



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

LIÇÕES PARA O
SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Mariana Olívia Santana dos Santos
Everton Nunes da Silva
Luciano Bezerra Gomes
Organizadores



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Prof^ª. Célia Regina Diniz (Reitora)

Prof^ª. Ivonildes da Silva Fonseca (Vice-Reitora)



EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Cidoval Moraes de Sousa (Diretor)

CONSELHO EDITORIAL

Alessandra Ximenes da Silva (UEPB)

Alberto Soares de Melo (UEPB)

Antonio Roberto Faustino da Costa (UEPB)

José Etham de Lucena Barbosa (UEPB)

José Luciano Albino Barbosa (UEPB)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (UEPB)

Patrícia Cristina de Aragão (UEPB)

EXPEDIENTE EDUEPB

Erick Ferreira Cabral (Design Gráfico e Editoração)

Jefferson Ricardo Lima A. Nunes (Design Gráfico e Editoração)

Leonardo Ramos Araujo (Design Gráfico e Editoração)

Elizete Amaral de Medeiros (Revisão Linguística)

Antonio de Brito Freire (Revisão Linguística)

Danielle Correia Gomes (Divulgação)

Efigênio Moura (Comunicação)

Carlos Alberto de Araujo Nacre (Assessoria Técnica)

Thaise Cabral Arruda (Assessoria Técnica)

Walter Vasconcelos (Assessoria Técnica)



EDITORA INDEXADA NO SCIELO DESDE 2012



EDITORA FILIADA A ABEU

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500

Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: eduepb@uepb.edu.br

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Mariana Olívia Santana dos Santos
Everton Nunes da Silva
Luciano Bezerra Gomes
Organizadores

**A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA NACIONAL DE
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB):
LIÇÕES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**



Campina Grande - PB | 2025



FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Mário Santos Moreira

Presidente

Instituto Aggeu Magalhães

Pedro Miguel dos Santos Neto

Diretor

Manoel Sebastião da Costa Lima Junior

Vice-diretor de Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Serviços de Referência

Sheilla Andrade de Oliveira

Vice-diretora de Ensino e Informação Científica

Ana Cláudia de Andrade Souza Leão

Vice-diretora de Gestão e Desenvolvimento Institucional

Edição de texto

Jardel Simplício de Oliveira Júnior

Revisão

Araceli Pimentel Godinho

Financiamento

CNPq/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/PE Nº 39/2018.

Depósito legal na Câmara Brasileira do Livro - CDL

E96 A experiência do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [recurso eletrônico] : lições para o Sistema Único de Saúde / organização e apresentação de Garibaldi Dantas Gurgel Junior ... [et al.] prefácio de Felipe Proença de Oliveira – Campina Grande : EDUEPB, 2025.

302 p. : il. color. ; 15 x 21 cm.

ISBN: 978-65-87171-60-9 (Impresso)

ISBN: 978-65-87171-59-3 (3.200 KB - PDF)

ISBN: 978-65-87171-58-6 (1.200 KB - EPub)

1. Políticas Públicas. 2. Sistema Público de Saúde. 3. Políticas de Atenção à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde - SUS. 5. Saúde Pública Brasileira. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Santos, Mariana Olívia Santana dos. III. Silva, Everton Nunes da. IV. Gomes, Luciano Bezerra. V. Título.

21. ed. CDD 362

Ficha catalográfica elaborada por Lêda Cristina Diniz Andrade - CRB - 15/1023

Copyright © EDUEPB

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

PREFÁCIO

POR QUE É FUNDAMENTAL SEGUIR DEBATENDO O PMAQ?

Felipe Proenço de Oliveira¹

Ainda faz sentido ler hoje um livro que aprofunda discussões sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um Programa criado em 2011 (Pinto; Magalhães; Koerner, 2014) e descontinuado há alguns anos? Mesmo depois da implementação do Previner Brasil, modalidade de pagamento que é bastante distinta daquela modalidade iniciada no Governo Dilma? Ainda, dado que, em 10 de abril de 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS Nº 3.493 (Brasil, 2024), que institui a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em que mantém uma estratégia de pagamento por desempenho (P4P) entre seus componentes, mas que não retoma em seus moldes o PMAQ?

A resposta a essas perguntas é sim por diversos motivos. Em primeiro lugar, porque o PMAQ continua sendo a estratégia de P4P

1 Felipe Proenço de Oliveira é médico de família e comunidade, com mestrado e doutorado em saúde coletiva. Professor adjunto do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba. Atualmente, ocupa o cargo de Secretário de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

realizada em um sistema público de saúde que foi mais ampla em termos de quantidade de equipes e maior em volume de recursos investidos em todo o mundo (Saddi; Peckham, 2018). Em segundo lugar, porque muito do que se realizou de críticas ao Previn Brasil durante o Governo Bolsonaro foi possível porque os autores que tiveram tal postura partiram, em boa medida, da análise dos acertos e erros do PMAQ (Giovanella; Franco; Almeida, 2020; Gomes; Merhy, 2017, 2020; Massuda, 2020; Melo et al, 2019). Ainda, também é relevante considerar que a modalidade que foi aprovada em 2024 precisará ser avaliada em seus efeitos com base em seu próprio processo de implementação, mas à luz de experiências anteriores, em que o PMAQ continua sendo o modelo prévio de maior destaque.

Mas para além das motivações do campo da própria política, que se destacam nesse momento, também é preciso dizer que ler “um” livro sobre o PMAQ não é o mesmo que ler “este” livro. Isso, porque a ampla pesquisa que serviu de base para sua elaboração apresenta diferenciais importantes, que ampliam sua potência em contribuir não apenas para as políticas de saúde, mas também na perspectiva acadêmica para o campo da saúde coletiva.

O grupo de pesquisadores envolvidos nesta obra agrega pessoas com larga experiência em pesquisas de elevada qualidade, sendo integrada por docentes de reconhecidas instituições brasileiras: Universidade de Brasília, Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Pernambuco e o Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fiocruz em Pernambuco. Além deles, também compõem o Projeto pesquisadores relevantes da economia da saúde vinculados à *London School of Hygiene & Tropical Medicine*, que integra o grupo de instituições que captou os recursos que viabilizaram esta pesquisa, por meio de edital internacional do Medical Research Council (MRC) / Newton Fund do Reino Unido como o Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa (CONFAP) do Brasil. As pessoas envolvidas têm um intenso caráter interdisciplinar, mobilizando saberes da saúde

coletiva, da economia e da ciência política, entre outros campos de conhecimento. Além disso, também colaboraram com as produções dessa obra pesquisadores importantes de outras Universidades brasileiras além de gestores de diferentes esferas de governo que foram convidados a debater os resultados encontrados, e se incorporaram na sistematização desses debates na presente publicação.

Enfim, para além da potencial contribuição para as políticas (atuais) e da elevada qualidade das e dos pesquisadores envolvidos, este livro também merece ser lido pela qualidade dos conteúdos que ele sistematiza. São retomados aqui artigos produzidos ao longo dos últimos anos, e já publicados em importantes periódicos da saúde coletiva internacionais e brasileiros, com sua redação interpretada e algumas de suas análises atualizadas. Também, se reúnem aqui elementos aprofundados em teses e dissertações realizadas por discentes de pós-graduação vinculados ao grupo e que o acesso separado de tais seria mais difícil e demandaria investimento de tempo maior para leitura de seus conteúdos na íntegra. Além disso, os debates que realizaram com outros pesquisadores e gestores foram revistos e adaptados para facilitar a compreensão dos pontos centrais que as reflexões realizadas nesta pesquisa permitem evidenciar. Por fim, seus conteúdos apresentam importantes elementos para reflexão dos temas abordados, que foram oriundos de pesquisas quantitativas e qualitativas realizadas com elevado esmero e com métodos e técnicas robustos, implicando em informações de alta qualidade, para orientar o debate que se faz necessário.

Espero ter conseguido, com essas breves linhas, compartilhar com quem está começando a manusear esse livro porque minha opinião é de que sua leitura é importante, para quem se interessa nas várias áreas e temas que ele aborda. Quanto ao teor de seu conteúdo, deixo a cada pessoa a análise de em que e como aproveitará, para dialogar com seus interesses e com as perspectivas que defende. Isso, porque os debates que podem surgir e continuar a partir de obras como

esta é que são mais importantes do que o que elas em si portam de informações. Sigamos, então, dialogando, para fazermos políticas de atenção à saúde no SUS cada vez mais robustas e consistentes, e para que a produção acadêmica socialmente referenciada continue a ser um diferencial da saúde coletiva brasileira.

REFERÊNCIAS

Brasil. **Portaria GM/MS Nº 3.493**, 10 de abril de 2024, que institui a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>>

Giovanella, L; Franco, C. M.; Almeida, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020.

Gomes, LB; Merhy, EE. A atenção básica no olho do furacão In: Akerman M et al. **Atenção básica é o caminho!** Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde.1 ed. São Paulo: Hucitec, 2020, p. 38-47

Gomes LB, Merhy EE. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB. In: Gomes L B, Barbosa MG, Ferla AA. **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 49–73.

Massuda, A. 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, abr. 2020.

Melo, E. A. et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 137-144, 2019.

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

Saddi, F. C.; Peckham, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. **Journal of Ambulatory Care Management**, 41(1), 25–33. 2018. doi:10.1097/jac.0000000000000220

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
APRESENTAÇÃO	21
<i>Os organizadores</i>	
CAPÍTULO 1. A REFORMA INCREMENTAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL ENTRE 2011 E 2016– QUANDO APENAS MANTER NÃO BASTA	31
<i>Allan Nuno Alves de Sousa</i>	
<i>Helena Eri Shimizu</i>	
CAPÍTULO 2. PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA GLOBAL	59
<i>Luci Fabiane Scheffer Moraes</i>	
<i>Marcelo Souza de Jesus</i>	
<i>Jorge Otávio Maia Barreto</i>	
<i>Helena Eri Shimizu</i>	
<i>Everton Nunes da Silva</i>	

**CAPÍTULO 3. A TRAJETÓRIA DA COOPERAÇÃO
INSTITUCIONAL GOVERNO-ACADEMIA NO PROGRAMA DE
MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
(PMAQ-AB) DO SUS..... 79**

Pauline Cavalcanti

Michelle Vieira Fernandez de Oliveira

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

**CAPÍTULO 4. ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INCENTIVO
FINANCEIRO POR DESEMPENHO DO PROGRAMA NACIONAL
DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO
BÁSICA (PMAQ-AB) ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO NORDESTE 117**

Nádia Maria da Silva Machado

Letícia Xander Russo

Helena Eri Shimizu

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

André Luís Bonifácio de Carvalho

**CAPÍTULO 5. MUDANÇAS INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVA
DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO NO
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)..... 149**

João Pedro Sobral Neto

Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento Sobral

Mariana Olívia Santana dos Santos

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Francisco de Assis da Silva Santos

CAPÍTULO 6. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) – BRASIL 167

Helena Eri Shimizu

Everton Nunes da Silva

Juliana Sampaio

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Keila Silene de Brito e Silva

Luciano Bezerra Gomes

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

CAPÍTULO 7. DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)..... 195

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Roxanne Dunaiski-Kovacs

Luiz Augusto Facchini

José Eudes Barroso Vieira

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Helena Eri Shimizu

CAPÍTULO 8 CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) PARA REDUÇÃO DAS HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL - 2009–2018..... 223

Leticia Xander Russo

Everton Nunes da Silva

Claunara Schilling Mendonça

Alzira de Oliveira Jorge

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

CAPÍTULO 9. O DESENHO DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO IMPORTA? EFEITO DO BÔNUS PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO PMAQ-AB NO BRASIL	255
<i>Juliana Sampaio</i>	
<i>Everton Nunes da Silva</i>	
<i>Timothy Powell-Jackson</i>	
<i>Lígia Giovanella</i>	
<i>Hêider Aurélio Pinto</i>	
<i>Helena Eri Shimizu</i>	
<i>Mariana Olívia Santana dos Santos</i>	
<i>Garibaldi Dantas Gurgel Junior</i>	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	293
SOBRE OS(AS) AUTORES (AS).....	297

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua formalização, através da Constituição de 1988, passou por diversos processos institucionais complexos em busca da efetivação dos seus princípios fundamentais reafirmados nas Leis Orgânicas da Saúde. Ao longo de todo esse processo histórico de implementação de mudanças no campo da saúde pública, destaca-se dois períodos marcados por nítidas diferenças de caráter institucional em relação as diretrizes centrais e seus desdobramentos operacionais em todas as políticas públicas, programas e ações de responsabilidades do Estado Brasileiro.

Em mais de três décadas, o SUS encontra-se embebido por esse processo mais amplo de natureza estrutural em que dois longos períodos de grandes transformações na esfera político-institucional ocorreram, desde a positivação do direito universal tardio, pactuado no advento político da Nova República, até as crises conjugadas que atingem o país gradativamente em 2013 e inauguram um novo período de instabilidade crescente a partir desse ano. Sucessivos governos ao longo dessa trajetória histórico-institucional do SUS implementaram duas grandes ondas de reformas do serviço público que se superpõem incrementalmente, inseridas no processo mais amplo de reforma estrutural do Estado Brasileiro. Curiosamente, a partir do ano de 2016, se descortinou de forma mais visível um processo de grande turbulência do sistema político, seguido por novas iniciativas de reformas constitucionais que alteram profundamente a capacidade institucional de intervenção do SUS com impacto significativo sobre todos os programas de saúde pública.

Nesse amplo contexto histórico de natureza estrutural, a implementação de processos de elaboração e reforma da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, posteriormente, a condução do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) inserem-se no âmbito das Reformas de Segunda Geração dos serviços públicos no Brasil, conforme apontam as publicações do **Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde-GSS** da Fiocruz-PE. Esse grupo de pesquisa foi formalmente criado em 2012, com a finalidade de produzir conhecimentos novos sobre essa temática relacionadas a crises e reformas institucionais que atingem o SUS, a partir dos esforços de investigação científica, juntamente com outros parceiros acadêmicos voltados para o desenvolvimento de projetos de pesquisa em cooperação internacional.

Um conjunto mais diversificado dessas pesquisas sobre as Reformas de Segunda Geração no SUS foram publicadas em uma coletânea de três livros, lançada pelo GSS-Fiocruz em 2021². Esses livros trazem uma amostra da produção científica de docentes e discentes dos programas lato e stricto senso da Fiocruz-PE sobre essa temática e concentram o esforço científico para compreensão de diversas iniciativas de mudança das políticas públicas e programas governamentais no SUS, implementadas por mais de uma década e meia ao longo desse período de reformas institucionais, com destaque para diferenças, rupturas e consequências das diretrizes centrais, independente da

2 Gurgel Junior, GD et al. Inovações da gestão pública no SUS: uma abordagem das iniciativas no processo de reforma institucional. Recife: Ed. UFPE, 2021. Disponível em <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/5>

Gurgel Junior, GD et al. Mecanismos de governança e regulação pública no SUS – Programa Rede Cegonha: experiências e desafios institucionais. Recife: Ed. UFPE, 2021. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/39>

Gurgel Junior, GD et al. Novos modelos de gestão no SUS e as relações interinstitucionais de controle em foco. Recife: Ed. UFPE, 2021. Disponível em: <https://editora.ufpe.br/books/catalog/book/38>

orientação ideológica de diversos governos que se sucedem nesse contexto de longo prazo.

Demonstra-se assim, nas publicações do GSS, que ao longo da Primeira Geração de Reformas do Estado Brasileiro de natureza tipicamente contracionista, os serviços públicos ficaram historicamente delimitados pela ortodoxia macroeconômica de caráter neoclássico com viés político radicalmente neoliberal. De tal forma que as iniciativas de mudança implementadas no setor público naquele longo período apresentavam como diretriz central a redução da capacidade de intervenção institucional do Estado, tendo como principal objetivo a liberalização da economia e sua consequente desregulação, com forte indução para privatizações em larga escala e residualização da proteção social, sintetizadas pelo tão conhecido “Consenso de Washington” fiador do conceito de estado mínimo.

Em contraste, as Reformas de Segunda Geração, nessa mesma perspectiva analítica longitudinal de caráter político-institucional, apesar de permanecerem orientadas por princípios de mercado e pelo dogma do equilíbrio fiscal das contas públicas, seu objetivo central passou a ser mitigar os efeitos negativos das políticas ortodoxas guiadas por indicadores de eficiência microeconômica que delimitavam aquele padrão de intervenção do estado ao longo da década de 1990. Numa perspectiva mais ampla, as reformas institucionais que sucederam esse período com delimitação cronológica no Brasil, mais nitidamente estudadas, a partir da década de 2000, objetivavam a retomada do papel do Estado-nação como indutor do desenvolvimento planejado e regulador da economia. Importante destacar que agências internacionais de maior relevo induziram e, de certa forma, direcionaram essas duas ondas de reformas a apresentarem um padrão homogêneo no contexto global, sobretudo em países onde essa influência política teria sido mais nitidamente marcante.

As iniciativas de mudanças nos serviços públicos, naquele período, estavam calcadas no reconhecimento político que as reformas

iniciais que marcaram toda a década de 1990, agudizaram os efeitos da crise macroeconômica da década anterior, levaram os serviços públicos ao colapso por falta de planejamento e esgarçaram o tecido social de vários países com forte impacto sobre setores fundamentais como a saúde pública. A necessidade de um estado presente, ativo e responsável pela provisão de serviços públicos de qualidade, como diretriz da segunda geração de reformas de natureza regulatória, postulados sinteticamente pelo que se convencionou chamar academicamente de Nova Governança Pública, estavam em contraste com alguns pressupostos teóricos e ideológicos centrais que direcionavam as reformas estruturais para a completa desresponsabilização do Estado, com consequente desmonte e sucateamento dos serviços públicos.

Esse fenômeno ocorreu de forma relativamente clara na sua delimitação cronológica em todas as áreas de intervenção institucional do Estado Brasileiro, ao longo da primeira onda de reformas, com destaque para a saúde pública que caminhou para a desinstitucionalização e focalização das ações de saúde voltadas para os mais pobres, fundamentas em pacotes básicos simplificados e implementados por frágeis Sistemas Locais de Saúde. Iniciativas semelhantes impactaram de diversas formas os grandes sistemas nacionais de saúde de caráter universal, integral e equânime em todo o mundo que passaram por esse processo de reformas guiadas por princípios de mercado na agenda política-institucional, inclusive aquelas iniciativas oficiais induzidas no Brasil, com destaque para a atenção básica no SUS na sua etapa inicial de implementação.

O objetivo dessa nova publicação em formato de livro é apresentar novos estudos sobre a atenção básica e um dos seus mais emblemáticos programas governamentais contextualizados por essa segunda onda de reformas institucionais. Nessa oportunidade os projetos de pesquisa concentram os esforços de investigação nesse nível do sistema de saúde no contexto histórico em que formalmente a atenção básica do SUS havia se tornado uma iniciativa estratégica,

porém demarcada pelos limites político-institucionais de natureza fiscal estabelecidas por reformas macroeconômicas no âmbito do Estado Brasileiro.

Nesse esforço de compreensão desse fenômeno político-institucional complexo, especificamente no campo da atenção básica do SUS, inserem-se os Projeto “Unpacking the effect of the national pay for performance scheme (PMAQ-AB) on inequalities in the financing and delivery of primary care in Brazil” financiado pelo Edital CONFAP – 13/17 MRC: Health Systems Research Networks e o Projeto complementar “Impactos do PMAQ-AB na atenção básica: uma análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho nas equipes de saúde no Brasil” financiado pelo edital CNPq/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz/Pe Nº 39/2018. Além dos dois outros projetos complementares sob responsabilidade da Universidade de Brasília-UNB e a Universidade Federal da Paraíba-UEPB articulados nessa cooperação internacional.

No cenário de longo prazo da saúde pública brasileira, as reformas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a implementação do PMAQ-AB, operacionalizadas naquele contexto institucional mais amplo, representavam esforços significativos para promover a qualidade e ampliação do acesso à atenção básica, como lacuna estrutural a ser preenchida, seguindo diretrizes internacionais que destacam a importância desse nível dos sistemas de universais de saúde para sua sustentabilidade.

A reforma da PNAB, ocorrida ao longo desse período, buscou reorganizar a atenção básica, fortalecendo-a como estratégia fundamental para coordenação do cuidado contínuo e porta de entrada preferencial do sistema público de saúde no Brasil. Por sua vez, o PMAQ-AB introduziu dentre outras iniciativas fundamentais, uma lógica de incentivos financeiros baseada em desempenho para as equipes de saúde da família e gestão local do SUS, contratualizadas e avaliadas nacionalmente, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados à população, a exemplo de vários países que implementaram

iniciativas semelhantes na Atenção Primária da Saúde (APS). No caso brasileiro essas iniciativas estavam inseridas em um conjunto muito vasto de novos programas intergovernamentais implementados no contexto da PNAB, em processo de reforma, sob o prisma das políticas baseadas em evidências que de certa forma se caracterizaram como uma prioridade no SUS.

Essa presente publicação agrega uma amostra dos resultados de uma série de pesquisas sobre o PMAQ-AB, contextualizada por tais mudanças na PNAB que marcaram a implementação do SUS no âmbito da atenção básica. A partir da mobilização de vários parceiros institucionais do GSS-Fiocruz-PE, essa equipe se junta a outros grupos de pesquisa no Brasil, sob responsabilidade da London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), como a Universidade de Brasília (UNB) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o objetivo de analisar essa iniciativa de política pública sob diferentes ângulos e dimensões, voltado a compreensão dessas mudanças institucionais e seus desdobramentos.

APRESENTAÇÃO

Esse livro está dividido em 9 capítulos. Os seis primeiros trazem produtos da formação discente no âmbito dos programas ensino stricto sensu das instituições parceiras e os três últimos ilustram o debate sobre a produção científica, liderada pelos investigadores principais, publicadas em artigos científicos, debatidos em webinários com gestores do SUS e membros da academia sobre tópicos fundamentais relacionados a essas publicações acadêmicas resultantes desse acordo de cooperação internacional. Essa publicação no formato de livro reforça a relevância de aprofundar esse debate para uma variedade de públicos, incluindo formuladores de políticas, profissionais de saúde, acadêmicos e estudantes, destacando seu papel na promoção de um entendimento mais profundo da complexidade envolvida na melhoria da saúde pública no Brasil e na redução das desigualdades em saúde.

Capítulo 1: A Reforma Incremental da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil entre 2011 e 2016 - quando apenas manter não basta.

Este capítulo aborda a Reforma Incremental da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, durante o período de 2011 a 2016, uma fase crítica de mudanças que evidencia a busca contínua por melhorias no acesso e na qualidade da atenção básica de saúde como um dos desafios do SUS. Analisando as motivações, estratégias, e resultados dessa reforma, o estudo conduzido por Allan Nuno Alves de Sousa e Helena Eri Shimizu mergulha profundamente nos fatores que impulsionaram o Ministério da Saúde a iniciar mais um processo de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Através de uma rigorosa análise documental, os autores exploram como a reforma se configurou na

agenda política, destacando a necessidade de adaptações nos arranjos institucionais para enfrentar os desafios emergentes na atenção básica. O capítulo detalha as alterações promovidas em aspectos importantes como o padrão organizativo-assistencial, mecanismos de financiamento, prioridades no processo de implantação, sistemas de informação e provimento de profissionais, demonstrando a natureza incremental, porém potencialmente transformadora, dessas mudanças. Ao fazê-lo, não apenas ilumina o complexo processo daquela reforma da PNAB, mas também reflete sobre a dinâmica entre estabilidade e mudança nas políticas públicas, oferecendo caminhos para compreender a evolução da atenção básica no SUS e o papel fundamental dos programas governamentais, com destaque para o PMAQ-AB como iniciativa pactuada para promover a qualidade na atenção básica que será aprofundado nos demais capítulos.

Capítulo 2: Publicações científicas sobre pagamento por desempenho: uma análise bibliométrica global

Neste capítulo, Luci Fabiane Scheffer Moraes, Marcelo Souza de Jesus, Jorge Otávio Maia Barreto, Helena Eri Shimizu e Everton Nunes da Silva realizam uma análise abrangente das publicações científicas focadas no pagamento por desempenho em sistemas de saúde em todo o mundo. A pesquisa aborda como essa modalidade de financiamento, igualmente conhecida como financiamento baseado em resultados, tem sido implementada em diferentes contextos, especialmente em países de baixa e média renda. Explorando publicações ao longo de duas décadas (2000-2019), o estudo destaca uma tendência de crescimento nas pesquisas sobre o tema, que começa a declinar a partir de 2016. Detalhando a seleção e análise de centenas de artigos, o capítulo identifica publicações científicas que debatem a eficácia, eficiência e justiça do pagamento por desempenho na saúde. Através dessa análise, os autores observam uma concentração geográfica significativa da pesquisa sobre o tema, com destaque para Estados Unidos, Reino Unido

e Brasil. Também é discutida a cooperação internacional na ciência e os desafios encontrados nos estudos sobre o tema, evidenciando a importância de investigações mais profundas sobre os efeitos a longo prazo e os impactos na estrutura dos sistemas de saúde. Este capítulo oferece uma visão geral detalhada da literatura sobre o pagamento por desempenho, fornecendo percepções acadêmicas sobre a aplicação e o estudo dessa estratégia de financiamento globalmente, além de suas implicações para a evolução dos sistemas de saúde.

Capítulo 3: A Trajetória da Cooperação Institucional Governo-Academia no Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica do SUS

Este capítulo examina a cooperação entre o Ministério da Saúde e as instituições acadêmicas na implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) através da lente do Neoinstitucionalismo Histórico, utilizando uma abordagem mista que combina análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas semiestruturadas com principais gestores e acadêmicos. Os autores Pauline Cristine da Silva Cavalcanti, Michelle Vieira Fernandez de Oliveira e Garibaldi Dantas Gurgel Junior exploram como o contexto político, as diferenças político-ideológicas e os legados históricos moldaram esta parceria desde sua origem em 2011 até sua conclusão em 2019. O desenvolvimento e o encerramento da cooperação refletem o processo de mudanças e rupturas nas políticas e institucionais no Brasil iniciados em 2016, evidenciando os desafios e os avanços alcançados. A interação entre o governo e o meio acadêmico, caracterizada por negociações complexas e conflitos de interesse, é detalhadamente descrita, revelando o aumento da capacidade institucional do Ministério da Saúde e a contribuição das instituições acadêmicas na avaliação do PMAQ-AB. O capítulo não apenas destaca a cooperação como um elemento institucional para a política de saúde, mas também reflete sobre o equilíbrio entre continuidade política e mudança ideológica,

proporcionando uma análise sobre as futuras diretrizes de políticas de saúde informadas por evidência no Brasil.

Capítulo 4: Análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) às equipes de saúde no Nordeste

Neste capítulo, os autores Nádia Maria da Silva Machado, Letícia Xander Russo, Helena Eri Shimizu, Garibaldi Dantas Gurgel Junior e André Luís Bonifácio de Carvalho exploram a aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde na região Nordeste induzido pelo PMAQ-AB. Através de um estudo descritivo exploratório, o capítulo detalha como os municípios nordestinos utilizaram os recursos do programa, evidenciando a prevalência do pagamento por desempenho, os critérios para repasse financeiro, as categorias profissionais beneficiadas, e a utilização dos recursos em melhorias estruturais e de gestão. A análise revela um aumento gradativo na adesão ao pagamento por desempenho, com a certificação do Ministério da Saúde como critério principal para o valor do repasse de recursos financeiros. Este estudo não apenas contribui com uma compreensão aprofundada sobre a implementação do programa no Nordeste, mas também destaca a importância de mecanismos de incentivo financeiro como um dos mecanismos para promover melhorias na qualidade e no acesso aos serviços de saúde básica, evidenciando as variadas formas pelas quais os municípios aplicaram esses recursos para atender às suas necessidades locais e prioridades em saúde.

Capítulo 5: Mudanças institucionais e perspectiva de gestores municipais de saúde de Pernambuco no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Este capítulo, elaborado por João Pedro Sobral Neto, Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento Sobral, Mariana Olívia Santana

dos Santos, Garibaldi Dantas Gurgel Junior e Francisco de Assis da Silva Santos, discorre sobre o PMAQ-AB sob a ótica de gestores municipais de saúde de Pernambuco, enfocando nas mudanças institucionais provocadas pelo programa e sua capacidade limitada de promover melhorias no acesso e qualidade da atenção básica do SUS. A pesquisa revelou que, apesar do aumento nos recursos financeiros destinados à atenção básica e da melhoria na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) proporcionada por iniciativas programáticas associadas a PNAB, esse programa alcançou parcialmente seus objetivos, com desafios persistentes na melhoria da qualidade do atendimento e dos cuidados em saúde. O estudo também destaca a percepção dos gestores sobre o impacto do programa nos processos de trabalho, monitoramento de indicadores, e educação permanente em saúde. Embora tenha contribuído para trazer as equipes de saúde para a discussão de seu papel no processo de cuidado, lacunas no desenho do programa e indefinições da autoridade federal no jogo de interesses intergovernamentais prejudicaram o alcance integral de seus objetivos. Além disso, o capítulo aborda a evolução do programa ao longo de seus ciclos avaliativos, os mecanismos de financiamento e as mudanças nas etapas de avaliação. Este capítulo propõe uma reflexão crítica sobre a implementação do PMAQ-AB, destacando a importância de políticas que promovam não apenas o financiamento, mas também a efetiva melhoria da qualidade do cuidado da atenção básica no SUS.

Capítulo 6: Análise da implementação do sistema de pagamento por desempenho: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Brasil

Neste capítulo, Helena Eri Shimizu, Everton Nunes da Silva, Juliana Sampaio, Adriana Falangola Benjamin Bezerra, Keila Silene Brito e Silva, Luciano Bezerra Gomes, e Garibaldi Dantas Gurgel Junior exploram a implementação do sistema de pagamento por desempenho através do PMAQ-AB. Utilizando uma metodologia avaliativa que combina

questionários on-line e análise de respostas abertas com o *software* Iramuteq @, o estudo identifica barreiras e desafios enfrentados pelos gestores da Atenção Básica na execução do programa. Entre as principais barreiras destacadas, ressalta-se a padronização rígida do programa para todo o território nacional, que não considera adequadamente as peculiaridades regionais e locais, gerando sentimentos de injustiça e desmotivação. Os problemas relativos à avaliação externa, como a falta de preparo dos avaliadores, a carência de respostas claras aos questionamentos, e a dificuldade de diálogo, são pontos críticos mencionados. Ademais, evidencia-se a necessidade de maior participação dos municípios na elaboração dos indicadores de avaliação, para que reflitam mais precisamente as realidades locais. O capítulo também discute a importância dos indicadores de avaliação regionais/locais na atenção às necessidades da população, enfatizando o acesso aos serviços essenciais. Barreiras ligadas aos sistemas de informação e à infraestrutura das unidades de saúde são apontadas como fatores contribuintes para avaliações de desempenho negativas. Apesar dos desafios, reconhece-se o comprometimento e protagonismo dos gestores e trabalhadores de diferentes instâncias do SUS, que permitiram a implementação do programa nacionalmente, promovendo melhorias identificadas nos processos de trabalho, no acesso que influenciam na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Capítulo 7: Desigualdades socioeconômicas na qualidade da atenção básica no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Este capítulo discute os impactos do Programa nas desigualdades socioeconômicas que afetam o desempenho das equipes de saúde no Brasil. Através de um debate no formato de webnário mediado por Adriana Falangola Benjamin Bezerra sobre as evidências do artigo publicado por Roxanne Kovacs & cols com Luiz Augusto Facchini e José Eudes Vieira como representantes da academia e gestão do SUS.

No debate foram discutidos em maior profundidade os resultados de três ciclos avaliativos revelando como o programa conseguiu atenuar as disparidades no desempenho das equipes de saúde da família associadas a diferenças socioeconômicas entre as regiões. Investigando a qualidade do cuidado prestado por estas equipes ao longo do tempo, com base nas médias da avaliação nacional, o debate aponta que apesar de um cenário inicial de desigualdades, houve uma tendência de melhoria mais acentuada em áreas de menor nível socioeconômico. Esta tendência sugere uma equalização do desempenho entre equipes situadas em áreas mais ricas e mais pobres, desafiando preocupações iniciais de que o programa poderia ampliar as desigualdades existentes ao favorecer equipes já bem-posicionadas. O debate destaca a importância do desenho adaptativo do PMAQ-AB, que permitiu ajustes baseados na vulnerabilidade socioeconômica dos municípios, promovendo uma alocação de recursos financeiros mais equitativa. Através desta análise, os autores argumentam que programas de pagamento por desempenho, quando cuidadosamente estruturados, podem contribuir para a redução das desigualdades na saúde, ao invés de perpetuá-las. Ao examinar o processo avaliativo do programa e seus impactos sobre as desigualdades socioeconômicas na atenção básica, este capítulo fornece mais elementos sobre como ajustes no pagamento de incentivo financeiro podem ser empregados para promover a equidade na saúde, destacando o papel central da atenção básica na redução de desigualdades e seu potencial de melhoria do acesso e qualidade do cuidado em saúde.

Capítulo 8: Contribuição do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para redução das hospitalizações por condições sensíveis a atenção primária de saúde no Brasil - 2009–2018

Este capítulo, traz mais um debate no formato de webinar para o aprofundamento dos achados do artigo publicado por Letícia Xander Russo e Cols intermediado por Everton Nunes, juntamente com

convidados da academia e gestão do SUS Claunara Schilling Mendonça e Alzira de Oliveira Jorge que destacam elementos fundamentais sobre a influência do PMAQ-AB nas hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, observadas no período de 2009 a 2018. O estudo original publicado apresenta uma análise longitudinal dos dados de todos os municípios brasileiros, buscando-se entender se a adesão ao programa está estatisticamente associada à diminuição dessas hospitalizações, que são potencialmente evitáveis com um atendimento primário efetivo. Apesar de resultados divergentes em estudos internacionais sobre esquemas de pagamento por desempenho, este estudo destaca uma tendência de declínio nas internações nas primeiras fases do programa, contrastando com o cenário de outros países e programas. O debate levanta novas questões sobre a efetividade do PMAQ-AB e da própria atenção básica como ferramenta para reduzir hospitalizações evitáveis, num contexto de políticas públicas e práticas de saúde variadas e em evolução no Brasil. A análise revela que, apesar das limitações e desafios na avaliação de programas de pagamento por desempenho, há evidências de que o PMAQ-AB contribuiu para a redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, especialmente em municípios que adotaram o programa integralmente. Contudo, ressalta-se a importância de considerar outros aspectos fundamentais, além de peculiaridades locais e regionais na implementação de tais programas, bem como a necessidade de pesquisas adicionais para uma compreensão mais ampla dos seus efeitos e impactos.

Capítulo 9: O desenho do Pagamento por Desempenho importa? Efeito do bônus para equipes de saúde da família na qualidade do atendimento do PMAQ no Brasil

Neste capítulo, Juliana Sampaio intermedia o debate sobre dois artigos publicados por, Everton Nunes da Silva & cols e Timothy Powell-Jackson & Cols, juntamente com Lígia Giovanella, e Hêider Aurélio Pinto como convidados da academia e gestão do SUS que debatem

questões fundamentais dos textos publicados que apresentam evidências sobre o desenho do Pagamento por Desempenho (P4P) no PMAQ-AB implementado na Atenção Básica do SUS entre 2011 e 2019. Os estudos publicados exploram como diferentes abordagens de pagamento por desempenho, adotadas pelos municípios brasileiros, influenciaram a qualidade da assistência à saúde e o acesso aos serviços de atenção básica do SUS. A pesquisa revela que o formato desse pagamento, incluindo a magnitude dos bônus e sua distribuição entre as equipes de saúde da família, teve um papel significativo nos resultados alcançados pelo programa. Especificamente, municípios que adotaram esquemas de pagamento por desempenho, com bônus mais substanciais e frequentes, observaram melhorias mais acentuadas na qualidade do atendimento, evidenciadas pelas notas de certificação do programa da atenção básica. O capítulo destaca a complexidade do debate mais profundo sobre a avaliação e a necessidade de considerar fatores fundamentais na implementação de programas de pagamento por desempenho, sugerindo que não existe uma abordagem única que seja efetiva em todos os contextos. Além disso, discute-se a importância da participação dos municípios na elaboração dos indicadores de avaliação, para que estes reflitam mais precisamente as realidades locais. Este estudo contribui para o debate sobre políticas de incentivo na saúde pública, indicando que o desenho cuidadoso de esquemas de pagamento por desempenho pode potencializar os benefícios desses programas, promovendo a equidade e melhorando a qualidade da atenção à saúde no contexto do SUS.

Boa Leitura e AbraSUS!

Os organizadores

Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Mariana Olívia Santana dos Santos
Everton Nunes da Silva
Luciano Bezerra Gomes

Capítulo 1.

A REFORMA INCREMENTAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL ENTRE 2011 E 2016– QUANDO APENAS MANTER NÃO BASTA

Allan Nuno Alves de Sousa

Helena Eri Shimizu

INTRODUÇÃO

O objetivo do presente estudo é analisar quais os fatores que conduziram o Ministério da Saúde (MS) a colocar em curso um processo de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) entre 2011 e 2016, quais as posições políticas dos principais atores envolvidos no processo e quais os elementos constitutivos dessa reforma, contrastando os aspectos centrais da nova política construída com a política anterior.

No contexto de ampliação dos direitos à saúde vivenciado pelo Brasil após o período autoritário, com a Constituição de 1988, importantes estratégias foram gestadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o intuito de promover seus princípios e diretrizes, como a universalidade e a integralidade. Dentre elas, a atenção básica (AB) se destaca por sua capilaridade e capacidade de produzir um deslocamento do cuidado centrado nos serviços de saúde, para uma perspectiva que considera as dimensões sociais, políticas e econômicas nas quais os usuários estão inseridos (Paim, 1997).

A AB foi-se constituindo de maneira heterogênea, estando associada à capacidade fiscal dos municípios, uma vez que não havia, até a construção do SUS, uma política nacional estruturada para atender às demandas locais para o seu desenvolvimento, que estava relacionada a preferências ideológicas dos governantes municipais (Merhy; Queiroz, 1993). Foi apenas em 1996 que o Governo Federal (GF) instituiu um mecanismo regular e universal de transferência de recursos aos municípios, vinculado à organização e prestação de serviços de AB: o piso de atenção básica (PAB), que passou a garantir repasses mensais de fundos baseados na população dos municípios por meio do PAB fixo, e condicionado à existência de equipes do Programa Saúde da Família (PSF) por meio do PAB variável (Giovanela; Mendonça, 2012).

Progressivamente, o Saúde da Família (SF) foi ocupando um papel de centralidade no SUS, tornando-se, explicitamente, o modelo prioritário de organização da AB. O movimento de expansão da sua cobertura entre 1998 e 2010 foi marcado por períodos de alargamento e contração, a depender do momento político e econômico vivido. O maior aumento ocorreu entre 1999 e 2002, quando a cobertura nacional passou de 8,8% para 31,9%, representando um crescimento médio de 6,4 pontos percentuais ao ano. Essa trajetória ascendente continuou entre 2003 e 2006, com aumento médio de 3,5 pontos percentuais ao ano. A partir de 2007, essa ampliação apresentou números mais modestos. Até 2010, em média, o aumento anual foi de 1,7 pontos percentuais, demonstrando um refreamento no movimento de “adesão” ao programa.

Como produto desse rápido aumento do acesso à AB, inúmeros estudos desenvolvidos ao longo dos últimos anos evidenciam a potência e os bons resultados produzidos pelo SF, demonstrando sua capacidade de impactar nas condições de saúde da população, melhorando o acesso e a utilização de serviços, sobretudo para as populações com menor renda, impactando nas reduções de mortalidade infantil e adulta, para algumas condições sensíveis à AB, expandindo o acesso a tratamentos,

melhorando a equidade e a eficiência do SUS, à medida que contribuiu para a redução de hospitalizações desnecessárias (Macinko; Mendonça, 2018). Contudo, mesmo apresentando resultados positivos, num período de rápida expansão de coberturas, o cenário de desaceleração da ampliação do número de equipes do SF (eSF) deu espaço para um debate sobre os limites e as possibilidades do desenho da PNAB.

No campo da análise de políticas públicas, uma importante vertente da literatura entende as mudanças como meras adaptações ou ajustes para alterar circunstâncias constrangidas pela reprodução contínua de sistemas existentes. A ênfase à estabilidade institucional está associada à ideia de que, nas arenas de disputa, por presunção, existem constrangimentos suficientemente fortes que retroalimentam a continuidade de políticas (Lindblom, 1981).

Outra perspectiva da literatura que se debruça sobre o desenvolvimento de políticas é a de que as mudanças ocorrem como produto de rupturas históricas que sucedem longos períodos de estabilidade, pressionados por crises que mudam a percepção geral sobre os problemas associados à política, gerando um rompimento no equilíbrio existente (Baugartner; Jones, 1993).

No entanto, como sugerem Streeck e Thelen (2005), é inerente aos processos políticos certa dinamicidade que confronta o instituído e que apresenta alternativas, ajustadas a novas demandas, a partir de mecanismos que geram retornos crescentes e *feedback* positivo para as instituições. Para eles, mais do que emergidas do lado de fora de um determinado sistema ou subsistema político, mudanças são frequentemente endógenas e, em alguns casos, são resultado dos comportamentos gerados pela própria instituição (Streeck; Thelen, 2005).

Instituições não são apenas periodicamente contestadas, mas também permanentemente reinterpretadas ou redirecionadas por determinados atores, de maneira a ampliar a probabilidade de alcançarem melhores resultados. Quando os custos de se manter a política inalterada se tornam mais elevados do que produzir alguma mudança sobre

ela, os atores políticos com poder de agendamento ou veto começam a se movimentar e tensionar no sentido da sua transformação. Para os autores, ambientes democráticos ocupados por atores capazes de introduzir elementos de constrangimento aos tomadores de decisão demandam mecanismos de negociação que cada vez mais se distanciam da ideia de mudança associada à ruptura (Streeck; Thelen, 2005).

Por seu turno, Kingdon (2011) argumenta que processos de mudança estão relacionados à confluência de fatores que abrem possibilidades de modificações no *status quo*, denominadas “janelas de oportunidade”, que se abrem e fecham-se com a interação dinâmica entre os problemas, possível alternativa para a sua solução e atores políticos. As janelas de oportunidade se abrem em função de problemas identificados como rotineiros nos quais eventos institucionalizados desencadeiam abertura para processos de mudança; iniciativas discricionárias de atores políticos com demandas ou posições específicas; questões conexas que se aproveitam de janelas abertas por outros motivos; e crises ou eventos aleatórios (Kingdon, 2011).

À luz de conceitos e tipologias propostos por Kingdon (2011), Streeck e Thelen (2005), procuramos desenvolver uma análise sobre a entrada na agenda de problemas identificados por diferentes atores a respeito das necessidades de mudança na PNAB colocada em curso a partir de 2011, cotejando o posicionamento desses atores com os elementos constitutivos das alterações implementadas³. Abordaremos o tema da mudança partindo de uma perspectiva de que, na realidade da política de AB no Brasil, mais do que abruptas, as mudanças foram produto da acumulação de ajustes graduais e, mais do que emergidas de fora do sistema, foram resultado de reivindicações e disputas endógenas ao SUS.

3 Convencionalmente, utiliza-se o termo “Política Nacional de Atenção Básica” como sinônimo da portaria ministerial que condensa a maior parte dos regimentos para o funcionamento da AB no País. Contudo, é importante assinalar que, ao nos referirmos à PNAB, estamos tratando do conjunto de dispositivos normativos que regulam o funcionamento da política.

Para a elaboração do estudo, desenvolvemos análise documental para um conjunto de publicações oficiais e documentos não publicados pelos principais atores identificados no processo de reformulação da PNAB. Primeiramente, realizamos uma prospecção do que havia disponível de publicações oficiais do MS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assim como das Conferências Nacionais de Saúde ocorridas nas proximidades do período em estudo. Em seguida, realizamos levantamento de registros das reuniões técnicas da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), arena responsável por processar formalmente as demandas de normatização e pactuação político-institucional das modificações em curso. Com o intuito de capturar os significados dos conteúdos que compunham os diversos documentos levantados, empreendemos um esforço de análise mobilizando uma abordagem hermenêutica, que permitiu a identificação dos principais aspectos e categorias que permearam o debate em torno do tema em discussão.

A agenda da reforma: necessidades, atores e posições

O processo de refreamento na expansão das coberturas populacionais, um crescente esgarçamento na capacidade de gastos municipais para sustentar o modelo determinado pelo GF no processo de implantação da PNAB e a escassez da força de trabalho médica para a atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram consolidando, no final da década de 2000, um movimento para a abertura de uma agenda de revisão da política. A demanda pela construção de uma nova institucionalidade se associava a uma percepção de que a PNAB carecia de adaptações para se ajustar à realidade do País, sobretudo nas regiões mais pobres e isoladas do território nacional e nos maiores centros urbanos, contextos nos quais as coberturas populacionais de SF ainda apresentavam números tímidos.

Mas, para que pudesse haver mudança, foram necessários mais de cinco anos de debate para a acomodação das forças e interesses políticos. Nesse cenário, os principais atores envolvidos foram o GF, municípios e estados, representados respectivamente pelo Ministério da Saúde, Conasems e Conass, além do CNS, responsável por aglutinar as posições de diferentes segmentos, como o acadêmico e o de entidades de representação de classes profissionais e usuários.

De modo crescente, o SUS foi produzindo mecanismos de transferência e compartilhamento de autoridade e responsabilidade do governo central para estados e, sobretudo, para municípios, que passaram a concentrar a oferta de serviços de AB. A despeito disso, o governo nacional ainda manteve seu forte poder de agendamento da política de AB, com significativa capacidade decisória, em razão do controle dos recursos financeiros, ainda que toda e qualquer alteração relevante nas políticas que constituem o sistema requeira um processo de negociação interfederativa processada no âmbito da CIT.

Entrada na agenda: o que defendem os atores?

A identificação das ideias e posições dos atores que se articulam em torno de um determinado tema é central na análise da evolução do desenvolvimento de políticas públicas, dado que elas definem os problemas, afetam as interações estratégicas entre os atores e reduzem o leque de opções que serão consideradas no momento da formulação ou transformação de uma determinada política (Howlett; Ramesh; Perl, 2013). Por isso, o exercício de escrutinar as posições dos principais atores que se engajaram no processo de transformação da PNAB torna-se tarefa essencial ao entendimento da formação da agenda e seus desdobramentos na constituição da política.

A busca pela construção de uma nova institucionalidade revelou interesse pelo descongelamento de determinadas características da PNAB por parte dos diferentes atores envolvidos no processo

de legitimação e reinterpretação das necessidades da AB no País. Analisando documentos publicados por diferentes segmentos, podemos identificar as principais questões e pautas reivindicatórias que permeavam o debate, tanto para a gestão quanto para o controle social (quadro 1).

No campo do controle social, em 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em seu relatório final, indicou um conjunto de elementos que apontavam para a necessidade de mudanças que valorizassem e reforçassem a AB. O documento detalha medidas que deveriam ser incorporadas ao Plano Nacional de Saúde e às políticas a serem implementadas no SUS. Entre as propostas, destacam-se o financiamento, indicando a necessidade de priorização do modelo do SF, mas ao mesmo tempo reconhecendo as equipes de saúde da AB não vinculadas ao modelo de SF; a instituição de processos avaliativos que pudessem contribuir com o aperfeiçoamento da AB, de acordo com as demandas e especificidades locais; a implementação de estratégias de formação de profissionais compatíveis com o que requer a AB; a reformulação do sistema de informação para o aperfeiçoamento do planejamento e da avaliação das ações da AB (Brasil, 2008).

No campo da gestão, em 2009, o Conass publicou um documento intitulado *SUS 20 Anos*, com o propósito de visitar os avanços e desafios impostos para a consolidação do SUS. Nesse documento, os estados indicam um elenco de necessidades para a sustentação da AB, porém sem relacioná-las diretamente a ações que pudessem superar os problemas identificados. Entre as principais questões elencadas no documento, destacam-se a fragilidade na estrutura física das UBS; a desarticulação entre as Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde; a falta de planejamento e integração entre as diversas ações; a desarticulação da rede de atenção à saúde; a baixa capacidade de monitoramento e avaliação; a elevada rotatividade dos profissionais, especialmente médicos; a falta de médicos num elevado número de equipes; a deficiência na formação dos profissionais (Brasil, 2009a).

Quadro 1 – Questões e pautas reivindicatórias por temas e atores sociais

Tema	Ator			
	Conferência Nacional de Saúde/ Conselho Nacional de Saúde	Conass	Conasems	Ministério da Saúde
Financiamento	Aumento do financiamento, principalmente por parte das esferas estadual e federal, com atualização periódica	-	Ampliação dos repasses federais para os municípios	Ampliação do financiamento destinado à AB
	Prioridade para o SF		Alteração dos mecanismos de distribuição dos repasses federais para os municípios	
	Reconhecimento de equipes não vinculadas ao SF			
Gestão, planejamento, monitoramento e avaliação	Instituição de processos avaliativos para o aperfeiçoamento da AB	Baixa capacidade de monitoramento e avaliação	Reforço das práticas de monitoramento e avaliação como integrante do processo permanente de planejamento	Desenvolvimento da capacidade de gerenciamento dos gestores
	Reformulação do sistema de informação	Desarticulação entre gestões estaduais e municipais	Aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão e planejamento regional	Implantação de sistema de informação com registro individualizado
	Instituição de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços de AB	Falta de planejamento e integração entre as diversas ações		Aumento de incentivos e implementação de dispositivos para a melhoria do acesso e da qualidade da AB
	Instituição de dispositivos de captação da satisfação dos usuários			Desenvolvimento de iniciativas para a medição da satisfação dos usuários
Formação e educação permanente	Formação de profissionais compatível com as necessidades da AB	Deficiência na formação dos profissionais para sua atuação na atenção básica	Instituição de uma política efetiva de educação permanente	Formação complementar dos profissionais

Tema	Ator			
	Conferência Nacional de Saúde/ Conselho Nacional de Saúde	Conass	Conasems	Ministério da Saúde
Infraestrutura e equipamentos das UBS	Aumento de recursos para a construção e reforma de UBS	Fragilidade na estrutura física das UBS	Investimentos federais para a construção e reforma de UBS	Destinação de recursos para a qualificação da infraestrutura e condições de funcionamento das UBS
	Informatização das UBS			Informatização das UBS
Rede de atenção à saúde	Aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação e interação entre a AB e os demais níveis de atenção	Desarticulação da rede de atenção à saúde	Integração vertical de serviços que são, em geral, ofertados de forma fragmentada	Desenvolvimentos de ações vinculadas às redes de atenção prioritárias (saúde da mulher e criança, urgência e saúde mental)
Gestão do Trabalho	Implementação de programas que assegurem profissionais de saúde em todos os contextos	Elevada rotatividade dos profissionais, especialmente médicos	Estabelecimento de instrumentos que garantam a atração e fixação de profissionais médicos, sobretudo em áreas mais isoladas.	Piso para ACS
		Escassez de profissionais médicos	Construção de mecanismos de gestão do trabalho que valorizem os profissionais	Estímulo a contratação de profissionais com vínculo adequado
Modelo organizativo-assistencial	Implantação de mecanismo para o aumento da resolutividade e capacidade de coordenar o cuidado		Instituição de modos diversificados de composição de carga horária dos profissionais	Radicalização do SF
				Estímulo a implantação do acolhimento à demanda espontânea nas UBS
	Implantação de acolhimento com classificação de risco e ampliação do horário de funcionamento dos serviços de AB		Fortalecimento do apoio matricial na AB	Fortalecimento da promoção da alimentação saudável, de práticas corporais e práticas integrativas e complementares

Fonte: elaboração própria, 2024.

No campo da gestão, em 2009, o Conass publicou um documento intitulado *SUS 20 Anos*, com o propósito de visitar os avanços e desafios impostos para a consolidação do SUS. Nesse documento, os estados indicam um elenco de necessidades para a sustentação da AB, porém sem relacioná-las diretamente a ações que pudessem superar os problemas identificados. Entre as principais questões elencadas no documento, destacam-se a fragilidade na estrutura física das UBS; a desarticulação entre as Secretarias de Estado da Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde; a falta de planejamento e integração entre as diversas ações; a desarticulação da rede de atenção à saúde; a baixa capacidade de monitoramento e avaliação; a elevada rotatividade dos profissionais, especialmente médicos; a falta de médicos num elevado número de equipes; a deficiência na formação dos profissionais (Brasil, 2009a).

Os problemas identificados pelas SES revelaram maior preocupação com aspectos relacionados à gestão, dando menor ênfase a temas vinculados a problemas mais concretos vivenciados pelos municípios que extrapolam o campo da gestão. Esse caráter mais genérico presente no espectro de incômodos explicitados pode estar vinculado ao dilema construído historicamente a respeito das responsabilidades da gestão estadual na implementação da AB (Heinzmann *et al.*, 2014).

No ano seguinte, em 2010, dirigentes da AB no MS produziram um documento (não publicado) apontando os grandes desafios e necessidades da AB, com o propósito de interferir na agenda eleitoral em curso naquele momento. O documento enumerava dez questões que, de acordo com a perspectiva do gestor federal, seriam capazes de enfrentar os desafios impostos para o desenvolvimento da política. A pauta aglutinava o acúmulo de necessidades identificadas para a superação dos problemas enfrentados pela AB, contudo, restringindo-se à agenda associada ao SF. Os dez itens tratavam do aumento do financiamento; da radicalização do SF; da valorização dos profissionais com contratações, salários e continuidade na formação adequada; do

investimento em infraestrutura e informatização; da qualificação da gestão.

Ainda em 2010, o Conasems reuniu gestores e especialistas em AB para produzir um documento que demarcasse a posição dos municípios para a sustentação da política. O documento intitulado *A atenção básica que queremos* expôs aquilo que os municípios entendiam como os problemas do modelo de gestão e de atenção à saúde, assim como os desafios vinculados ao financiamento da AB. Diferentemente do MS, que defendia a radicalização do SF, os municípios apontavam os limites de expansão de cobertura e da importância de o SUS enfrentar o fato de que ainda havia cerca de 50% da população sem cobertura pela AB (Brasil, 2011a).

Dentre os principais problemas e soluções apresentados pelo Conasems, destaca-se o subfinanciamento da AB. Os gestores indicavam um estrangulamento na capacidade dos municípios em manterem um projeto de ampliação da cobertura diante de um cenário em que o financiamento estadual era quase inexistente e as transferências federais encontravam-se em retração. Para superar essa situação, os municípios propuseram uma lista de ações de curto prazo que reivindicava o aumento dos recursos e a mudança nos mecanismos de sua distribuição, com a elevação dos repasses do Piso de Atenção Básica para a vigilância em saúde, alimentação, nutrição e farmácia básica; e para construção e reforma de UBS (Brasil, 2011a).

Para além do tema do financiamento, o Conasems apontou as grandes dificuldades enfrentadas pelos municípios para qualificarem os serviços de AB existentes e garantirem atração e fixação de profissionais médicos, sobretudo em áreas mais isoladas. Para o enfrentamento das questões, a entidade apresentou uma série de sugestões, com maior destaque para a necessidade de se reconhecer modos diversificados de composição de carga horária dos profissionais; o estabelecimento de uma política efetiva de educação permanente como instrumento de mudança de práticas dos trabalhadores na gestão do cuidado; a

importância da construção de mecanismos de gestão do trabalho que valorizem os profissionais; o fortalecimento do apoio matricial às equipes de AB; e o aumento da resolutividade, com o reforço de práticas como a de acolhimento. O Conasems apresentou, ainda, a importância de articulação vertical da AB com os demais níveis de atenção que, em geral, são ofertados de forma fragmentada; o reforço das práticas de monitoramento e avaliação como parte integrante do processo de planejamento; e o aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão e planejamento regional (Brasil, 2011a).

Em 2011, o MS desenvolveu um processo de planejamento no qual definiu 16 objetivos estratégicos, subdivididos em 131 estratégias, das quais 13 estavam intimamente relacionadas às ações sob a responsabilidade do Departamento de Atenção Básica. Essas estratégias apontavam para a relevância da ampliação e qualificação das ações dos agentes comunitários de saúde (ACS) e das equipes de Saúde da Família (eSF); da universalização do acolhimento à demanda espontânea, com avaliação de risco na AB; da construção de programas que atendessem a especificidades locais; do aumento de incentivos e implementação de dispositivos para a melhoria do acesso e da qualidade da AB e satisfação dos usuários; da ampliação de investimentos direcionados à qualificação da infraestrutura e condições de funcionamento das UBS; do aperfeiçoamento do sistema de informação da AB; do fortalecimento da promoção da alimentação saudável, de práticas corporais, práticas integrativas e complementares. Além disso, estava prevista uma série de estratégias relacionadas às redes de atenção à saúde prioritária (saúde da mulher e criança, urgência e saúde mental), sob a responsabilidade da AB (Brasil, 2015). As estratégias presentes no planejamento do MS revelam aquilo que os gestores federais introduziram em sua agenda de prioridades para o período subsequente e apontam as medidas que passariam a ser implementadas dali por diante.

Em abril de 2011, o CNS publicou a Resolução n. 439, na qual apresentava medidas que visavam colocar a AB no centro do debate

da organização das redes de atenção à saúde. A principal delas estava relacionada ao aumento do financiamento, principalmente por parte das esferas federal e estadual, bem como a implementação de *“ações necessárias para que a Rede de Atenção Básica, inclusa ou não na estratégia de saúde da família”*, fosse fortalecida, na perspectiva de efetivação desse nível de atenção como principal porta de entrada do sistema de saúde, com aumento da sua resolutividade e capacidade de coordenar o cuidado. Além disso, nessa resolução, o CNS apontava para a relevância da introdução de iniciativas que pudessem captar a satisfação dos usuários como dispositivo para a correção e orientação da política; da implementação de programas que procurassem assegurar profissionais de saúde em todos os contextos, sobretudo nos mais vulneráveis; e da instituição de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços de AB (Brasil, 2011b).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011, dedicou uma de suas 15 diretrizes para apresentar um quadro de propostas vinculadas à AB e seu papel no fortalecimento do SUS. Entre as principais propostas presentes no relatório final da conferência, ganham destaque o aumento dos recursos financeiros destinados à AB, de maneira a viabilizar a ampliação e qualificação dos serviços, com prioridade para a estratégia saúde da família e com financiamento diferenciado para realidades que alcancem melhores resultados; o aumento das coberturas populacionais de SF, saúde bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); o aperfeiçoamento dos mecanismos de comunicação e interação entre a AB e os demais níveis de atenção; o aumento de recursos para a construção e reforma de unidade básica de saúde (UBS); a implantação de acolhimento com classificação de risco e ampliação do horário de funcionamento dos serviços de AB; o aperfeiçoamento do sistema de informação, com informatização e implantação de prontuário eletrônico nas UBS (Brasil, 2012).

Para Kingdon (2011), os processos de transformação de políticas públicas requerem, em sua fase de montagem da agenda, além

de problemas identificados e soluções que possam enfrentá-los, que o ambiente político e as forças organizadas empreendam o processo de mudança. Nesse sentido, a conjunção dos elementos apontados pelos gestores do SUS e pelo controle social, associada à entrada em postos relevantes do MS de atores, nos termos de Kingdon, com significativa capacidade de empreendedorismo político, produziu um cenário favorável para a implementação de uma série de mudanças na PNAB a partir de 2011.

Elementos constitutivos da reforma

A força dos atores engajados na arena política pode tencionar para uma maior chance de abertura de espaços favoráveis à mudança, dado que a estabilidade da política depende da composição da arena e da força relativa dos atores com capacidade de influenciar ou vetar possíveis transformações (Kingdon, 2011). Nesse sentido, a conformação do MS passou a contar com gestores bastante identificados com a pauta de transformações na AB defendida pelos municípios, incluindo dois secretários que haviam sido presidentes do Conasems.

Para fazer prevalecer a sua agenda de reforma na AB, o MS teve que iniciar negociação no âmbito da CIT, dado que, embora houvesse muitos pontos de intersecção entre as agendas de governos federal, estaduais e municipais, ainda havia discordâncias quanto aos modos de se enfrentar os problemas. As amarras institucionais que obstaculizavam um processo de mudança paulatinamente foram sendo rompidas com inúmeras reuniões entre técnicos dos três níveis de gestão e negociações políticas entre os gestores⁴; e, a partir de 2011, vários documentos normativos foram publicados, alterando as condições anteriores da política. No quadro que segue (quadro 2), estão sumarizados aqueles

4 O desenrolar do processo de negociação entre os gestores pode ser observado com a análise de atas das reuniões do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da CIT.

que entendemos serem os pontos mais relevantes nesse processo de reforma da PNAB, e que passaremos a analisar a seguir.

Quadro 2 – Características da Política Nacional de Atenção Básica anterior e pós-reforma

Elemento	Política anterior (até 2011)	Política pós-reforma (a partir de 2011)
Padrão organizativo-assistencial	Maior ênfase à prevenção e promoção da saúde e à atenção a grupos populacionais prioritários	Incorporação do acolhimento à demanda espontânea como elemento indutor para maior acesso e resolutividade da AB
	Modelo único de composição das equipes de SF	Ampliação das possibilidades de composição da carga horária das equipes de SF
Mecanismos e ampliação do financiamento	Financiamento fixo linear e financiamento variável única e exclusivamente determinado por credenciamento e implantação de equipes	Financiamento fixo diferenciado por elementos socioeconômicos e financiamento variável baseado em desempenho (PMAQ-AB)
	Implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios de maior porte populacional	Universalização da possibilidade de implantação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família
	Restrição de financiamento do PAB variável para equipes de SF	Reconhecimento de equipes de AB ajustadas a contextos específicos (Consultório na Rua, eSF Ribeirinhas e UBS Fluviais)
	Financiamento em infraestrutura por meio de convênios e emendas parlamentares	Investimento direto para a construção, ampliação e reforma de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)
Prioridade no processo de implantação	Ampliação do acesso com o aumento da cobertura populacional	Qualificação da política com centralidade em monitoramento, avaliação e transferência de recursos mediante desempenho (PMAQ-AB)
Transformação digital e sistema de informação	Sistema com informações agregadas por serviço e ausência de comunicação informacional com outros sistemas (SIAB)	Sistema com informações individualizadas por usuário e comunicação informacional com outros sistemas (e-SUS AB)
Provimento de profissionais médicos	Contratação de médicos exclusivamente pelas gestões municipais	Contratação de médicos pelo MS por meio do Programa Mais Médicos

Fonte: elaboração própria, 2024.

Padrão organizativo-assistencial

Entre os principais entraves para o processo de qualificação do cuidado ofertado pela AB no Brasil, merecem realce os aumentos do acesso e da resolutividade (Giovannella, 2014). Desde o início do processo de construção do que viria a ser o SF, as ideias de promoção e prevenção ocuparam maior centralidade na política de AB. Com a sua evolução, muitas redes de serviços e profissionais se mantiveram presas à percepção de que o papel das equipes deveria estar associado à prática de ações voltadas para promoção, prevenção e atenção a grupos populacionais prioritários, negligenciando o tema do acolhimento à demanda espontânea. Mas, como aponta a literatura, a qualidade do acesso e o aumento da resolutividade estão fortemente associadas à capacidade dos serviços em desenvolver boas práticas de acolhimento à demanda espontânea, reduzindo filas e tempo de espera (Lima *et al.*, 2018).

Em 2011, o MS passou a atacar de maneira mais direta o tema e a colocá-lo no núcleo da agenda de qualificação da AB. A portaria de normatização geral da PNAB que passou a vigorar acrescentou com maior ênfase a responsabilidade de todos os trabalhadores que integram as eSF em ações de acolhimento, e inseriu a necessidade de um espaço físico próprio para a respectiva realização na estrutura das UBS (Brasil, 2011c). Além disso, o MS passou a ofertar, de maneira sistemática, materiais de apoio e formação relacionados ao tema, tanto para gestores quanto para profissionais. Contudo, o principal mecanismo instituído pela PNAB para induzir a prática do acolhimento foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com a introdução de indicadores e padrões de qualidade relacionados à temática no modelo avaliativo instituído pelo programa (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012).

Ao mesmo tempo, buscando enfrentar o problema do acesso aos serviços de AB, reconhecendo as dificuldades dos municípios em

atrair e fixar profissionais médicos, sobretudo em regiões remotas ou em periferias das grandes cidades, a política rompeu com a rigidez em que se pressupunha que os princípios da AB somente poderiam ser assegurados caso os médicos atuassem em jornadas semanais de 40 horas. Durante muito tempo, gestores municipais indicaram a dificuldade de atração de médicos para atuarem em UBS em tempo integral e reivindicaram a possibilidade de manterem os financiamentos federais, mesmo com médicos atuando com cargas horárias inferiores a 40 horas. Como medida para mitigar esse cenário, a PNAB ampliou as possibilidades de composição da carga horária médica em eSF, permitindo que ela pudesse ser constituída de diversificadas maneiras, com médicos que somassem 40 horas, ou até mesmo com apenas um médico de 20 horas, com financiamento reduzido. Uma alternativa prevista foi a possibilidade de médicos poderem destinar parte de sua carga horária para realizarem atendimento na rede de urgência do município ou ações de apoio matricial (Brasil, 2011c).

Mecanismos e ampliação do financiamento

Como pudemos notar anteriormente, o tema do financiamento figurou como problema consensual abordado por todos os atores envolvidos no processo de discussão da PNAB. Uma marcada característica do financiamento no SUS é o seu caráter *top-down*, com intensa capacidade de indução e constrangimento das práticas implementadas nos diferentes níveis de gestão. Por esse motivo, o tema atraiu centralidade nos debates e entraves que envolveram o processo de transformação da PNAB.

Até 2011, o único critério utilizado para se definir o volume de recursos a serem transferidos para cada municipalidade, por meio do PAB fixo, foi o critério populacional: o MS transferia regularmente um valor por habitante/ano. Incorporando elementos de equidade, a política inseriu um mecanismo redistributivo no qual os municípios

foram categorizados conforme o seu grau de desenvolvimento socioeconômico, sendo que os menores e mais pobres passaram a ter um valor por habitante/ano superior aos demais (Pinto, 2018).

Quanto ao PAB variável, que anteriormente era transferido aos municípios apenas considerando o registro de equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, passou a contar com um componente de qualidade no âmbito do PMAQ-AB. Com isso, o financiamento das eSF passou a ser determinado também pelo seu desempenho, aferido por processos de monitoramento de indicadores de saúde e pelo alcance de padrões de qualidade dos serviços.

Além disso, a política ampliou as possibilidades de municípios menores acessarem os incentivos para implantação dos NASF, antes restritos às maiores municipalidades, e reconheceu, com a introdução de repasses de recursos nacionais, a implantação de diversificados modos de organização de equipes de AB para atenderem especificidades de contexto, como o Consultório na Rua, as equipes de SF Ribeirinhas e as UBS Fluviais.

Ainda quanto ao financiamento, o padrão anterior de transferência dos recursos do MS para intervenções na infraestrutura das UBS era por meio de convênios caracterizados pela baixa, difícil e lenta execução, ou por emendas parlamentares, de caráter discricionário, marcadas por elementos de natureza clientelística, sem necessariamente vincular as necessidades de aprimoramento das unidades com a priorização dos projetos financiados. Esse quadro passou a ser transformado com a instituição do Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS), a partir do qual o MS começou a transferir recursos diretos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde com vistas à construção, reforma e ampliação de UBS. O programa garantiu aos municípios a possibilidade de acessarem diretamente fundos para o financiamento de obras, desde que tivessem justificativa e aprovação técnicas.

Prioridade no processo de implantação

Desde o início do processo de implantação do SF, uma das principais características da política foi o esforço permanente em manter um intenso ritmo de adesão e ampliação da cobertura populacional. No entanto, como vimos anteriormente, a partir do reconhecimento das diversas dificuldades que passaram a impor obstáculos para a expansão do SF pelos municípios, assim como de que, embora o programa tivesse sistematicamente apresentado resultados positivos, eram necessárias medidas que pudessem incentivar a melhoria da qualidade da oferta dos serviços de AB, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes assumiu maior importância na agenda dos gestores do SUS e a preocupação pela expansão foi proporcionalmente perdendo espaço e dando lugar a um maior interesse pela qualificação das equipes existentes no debate intergovernamental.

Na esteira desse debate, o processo de reforma da PNAB introduziu um importante mecanismo indutor de qualidade ao vincular o repasse de recursos federais à implantação e ao alcance de padrões de acesso e de qualidade com o PMAQ-AB (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012; Sousa, 2018). Um dos principais objetivos do programa era provocar mudanças nas práticas de gestores e profissionais, alterando a estrutura de preferências e o comportamento desses atores. Com uma lógica vinculada ao aperfeiçoamento dos processos de gestão, da infraestrutura e equipamentos e da gestão do cuidado, o programa demarcou uma coleção de aspectos que deveriam ser tratados como prioridade por gestores e trabalhadores. Ganharam relevo temas como planejamento, monitoramento e avaliação, acolhimento à demanda espontânea, clínica ampliada e compartilhada, dentre outros no âmbito da governança clínica. Com o emprego de um exaustivo processo de avaliação realizada por agentes externos, cada equipe participante do programa passou a ser certificada conforme a qualidade verificada, considerando tanto

os indicadores de saúde alcançados quanto os padrões de qualidade verificados *in loco* (Pinto; Sousa; Florêncio, 2012; Sousa, 2018).

Transformação digital e sistema de informação

Desde 1998, o sistema de informação utilizado para o registro e acompanhamento das ações desenvolvidas nas UBS era o Sistema de Informação da Atenção Básica, que possuía como principal característica a possibilidade de disponibilizar informações territorializadas, contribuindo ao planejamento das equipes e dos gestores, uma vez que permitia a agregação de dados por área de atuação de cada serviço e equipe (Sousa, 2018). Contudo, a nova realidade de saúde digital que se desenvolveu mais recentemente impulsionou um movimento de transformação nos modelos de desenvolvimento e implementação de sistemas informacionais, que passaram a exigir informações individualizadas, somente possíveis de serem efetivamente captadas com o emprego de Prontuário Eletrônico (PE). Tornou-se consenso a importância de se implementar mecanismos informatizados de registro, utilização e recuperação dos dados nas UBS, na perspectiva de se otimizar e qualificar as ofertas, assim como a segurança nas práticas clínicas, dado que a ampliação do acesso às informações clínicas mais relevantes aumenta a possibilidade de os profissionais tomarem melhores decisões (Marín, 2010).

Os elevados custos para a aquisição de equipamentos e o desenvolvimento ou a compra de *softwares* obstaculizaram o ritmo de crescimento da utilização de PE na AB. Estudo realizado em 2008 pelo MS apontou um cenário de baixa informatização e uso de PE nas UBS; os dados indicaram que apenas 4,7% das equipes utilizavam PE, com maior concentração nas regiões Centro-Sul do País (BRASIL, 2009b). Na tentativa de reverter esse quadro, em 2013, o MS instituiu a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que pretendia promover o avanço tecnológico do sistema de informação utilizado na AB; aprimorar as ferramentas utilizadas por trabalhadores e gestores nas ações de cuidado

e gestão; promover a integração e a interoperabilidade com outros sistemas de informação; buscar a reestruturação nas formas de coleta, processamento, e uso dos dados, com informações individualizadas. Com o e-SUS AB, os municípios passaram a dispor de ferramenta de PE para implantação em suas UBS e o tema da informatização foi ocupando maior centralidade na agenda de implementação da PNAB (Sousa *et al.*, 2019).

Provisionamento de profissionais médicos

O cenário de oferta e distribuição da mão de obra médica para a AB no Brasil sempre foi caracterizado pela escassez, com número insuficiente de médicos por habitante, comparativamente a outros países, e má distribuição no território. Essa escassez foi-se configurando como um dos principais entraves para a expansão do acesso e a melhoria da qualidade da AB, e pauta reivindicatória constante entre gestores e usuários (Girardi *et al.*, 2016).

Iniciativas para a regulação e o provisionamento em áreas com maiores dificuldades para a atração de médicos foram tomadas ao longo das últimas décadas, mas alteraram marginalmente o quadro geral de aumento de custos (Carvalho; Sousa, 2013). Como vimos anteriormente, o enfrentamento desse problema preenchia o elenco de preocupações da totalidade dos atores envolvidos na arena de discussões sobre a necessidade de aperfeiçoamento da PNAB. As reivindicações oriundas de toda parte forçaram o MS a implantar um programa que pudesse atender, de maneira abrangente e universal, a demanda por médicos.

No final de 2011, foi instituído o Programa de Valorização da Atenção Básica, que tinha como principal objetivo prover e incentivar trabalhadores médicos a atuarem na AB em localidades com maior dificuldade para o provisionamento, lançando mão de dispositivos de educação à distância e supervisão pedagógica, associados a pontuações adicionais em exames de residência médica (Carvalho; Sousa, 2013).

Dois anos depois, na esteira das reivindicações populares eclodidas em meados de 2013, o GF lançou o Programa Mais Médico (PMM), intensificando as medidas que pretendiam mitigar o problema da escassez médica no Brasil. Embora as reivindicações não tratassem particularmente de questões vinculadas à saúde, o governo entendeu haver ali uma janela de oportunidade para inserir no pacote de medidas que visavam arrefecer os movimentos de contestação um programa que já vinha sendo gestado nas instâncias técnico-burocráticas do MS.

O PMM apresentou duas medidas de maior amplitude como alternativas para a superação da insuficiência da força de trabalho médica: o aumento do número de vagas nas escolas de formação médica e a atração de profissionais brasileiros e estrangeiros formados em outros países. Além disso, o programa previa como medida estruturante a alteração da grade curricular dos cursos de medicina na perspectiva de adequar a formação dos futuros médicos às demandas da rede básica de saúde e incluiu critérios de obrigatoriedade de realização de residência em medicina geral de família e comunidade como pré-requisito para o acesso da maior parte das demais residências.

É importante destacar que, diferentemente das demais alterações produzidas, a instituição do PMM sofreu forte resistência de atores que se engajaram contra as medidas governamentais. As entidades médicas, orientadas por princípios corporativistas, impuseram obstáculos para a efetivação do programa, sobretudo no seu componente de atração de profissionais formados em outros países, apresentando como argumento a má qualidade da formação de médicos no exterior, incompatível com a necessidade do sistema de saúde brasileiro (Gomes, 2016).

No outro lado da disputa, entre os gestores, havia uma posição hegemônica de que as soluções apresentadas no âmbito do PMM poderiam equacionar o problema da escassez médica principalmente nas áreas mais remotas, nos menores municípios e nas periferias das grandes cidades e regiões metropolitanas, localidades nas quais se concentrava a maior parte da demanda (Girardi *et al.*, 2016; GOMES, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como procuramos apresentar no presente estudo, um importante aspecto dos processos de modificação das políticas é o desenvolvimento de mecanismos incrementais, dissociados de fortes rupturas. De fato, uma essencial característica de sociedades democráticas é que a mudança política é condicionada e constringida pelas instituições que a precedem, o que não quer dizer que as mudanças que ocorrem não possam ser tratadas como relevantes e transformadoras.

Mesmo que tenha havido certa multiplicidade de eventos ou modificações que foram sendo construídas ao longo das últimas duas décadas, o período estudado revela um esforço dos diferentes atores implicados com a implementação do SUS no sentido de superar a inércia institucional, entrelaçando propósitos práticos comuns em direção ao aperfeiçoamento da AB brasileira. Tais mudanças resultam de contínuas contestações políticas e periódicos ajustes incrementais, num processo de adaptação, considerando o ambiente econômico, social e político que, ao longo do tempo, foi impondo restrições e limites para o desenvolvimento da política de AB.

Na análise aqui empreendida, apresentamos as circunstâncias sob as quais a agenda de uma reforma da PNAB se construiu, identificando o posicionamento dos principais atores que atuaram no movimento de transformação institucional da política, associando suas posições ao conjunto de problemas que, durante mais de dez anos, foram-se acumulando e ganhando maior relevo.

De maneira geral, os principais elementos que passaram a constituir a PNAB a partir de 2011 dialogaram com os temas mais relevantes que ocuparam a agenda de reivindicações e posicionamentos sobre as necessidades de ajustes na política: foram incorporadas novas possibilidades de composição da carga horária médica das eSF; o acolhimento à demanda espontânea passou a figurar como dispositivo estruturante para a qualificação do acesso e resolutividade da AB; o financiamento

federal inseriu conteúdos de diferenciação socioeconômica em favor de contextos mais pobres e de maior dispersão populacional, além de resultados produzidos pelas equipes (PMAQ-AB); os incentivos financeiros nacionais para o apoio matricial, por meio do NASF, deixaram de ser restritos a municípios maiores; o financiamento federal reconheceu a implantação de equipes de AB para atenderem especificidades de contexto, como o Consultório na Rua, as equipes de SF Ribeirinhas e as UBS Fluviais; os problemas relacionados às condições de infraestrutura das UBS passaram a contar com financiamento direto para a construção, ampliação e reforma de unidades (Requalifica UBS); um novo sistema de informação, com a implantação de ferramenta de PE e informações individualizadas (e-SUS AB), substituiu aquele que condicionava o uso de dados em formato agregado e impedia a comunicação informacional entre diferentes sistemas e níveis de atenção; a implantação de um amplo programa vocacionado a enfrentar as dificuldades de atração, fixação e formação de médicos (PMM) alterou o cenário geral da mão de obra médica no País.

A partir da análise dos fenômenos identificados, entendemos que as mudanças ora elencadas possuem nítido caráter incremental nesse estágio dos processos de reforma, mas, ao mesmo tempo, significativa potencialidade transformadora nos arranjos institucionais que delineiam a PNAB. Como procuramos apontar, em diferentes frentes, a política aglutinou novos aspectos às instituições previamente existentes; em algumas situações contestando-as e, em outras, ajustando-as. Quando adensadas, tais mudanças revelam um conteúdo de transformação gradual com potencial de gerar efeitos na política pública analisada. De todo modo, os potenciais resultados produzidos sobre a organização dos serviços de AB nas diferentes realidades e sobre o aperfeiçoamento dos processos de gestão e do cuidado em saúde, assim como sobre as condições de saúde da população, ainda carecem ser investigados em estudos posteriores. E, da mesma forma, isso é válido em relação a alguns aspectos particulares analisados nesse capítulo, sobretudo

no que tange as respostas as mudanças na política de Atenção Básica observadas posteriormente a esse estudo.

REFERÊNCIAS

BAUGARTNER, F.; JONES, B. **Agendas and instability in american politics**. Chicago: University of Chicago Press, 1993.

BRASIL. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: Conass, 2009a.

BRASIL. **Saúde da Família no Brasil: situação atual e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **A atenção básica que queremos**. Brasília: Conasems, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 439, de 07 de abril de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2488 de 21 de outubro 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 de outubro, p. 48-55, 2011c.

BRASIL. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**: todos usam o SUS; SUS na seguridade social; política pública, patrimônio do povo brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde**: 2011-2015: resultados e perspectivas. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARVALHO, M. S.; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 913-926, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 30-37, 2014.

GIRARDI, S. N. *et al.* Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21 n. 9, p. 2675-2684, 2016.

GOMES, L. B. **A atual configuração política dos médicos brasileiros**: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

HEINZELMANN, R. *et al.* Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: O Fortalecimento da gestão estadual da Atenção Básica no Rio Grande do

Sul. *In*: FAGUNDES, S. M. S. *et al.* (org.). **Atenção básica em produção:** tessituras do apoio na gestão estadual no SUS. Porto Alegre: Rede Unida, p. 17-35, 2014.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública, seus ciclos e subsistemas:** uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies.** Reino Unido *London* Pearson, 2011.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 52-66, 2018.

LINDBLOM, C. E. **O processo de decisão política.** Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 18-37, 2018.

MARÍN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. *In*: FLEURY, S. (org.) **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012. Suplemento.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 289-301, 2018.

SOUSA, A. N. *et al.* Estratégia e-SUS AB: transformação digital na atenção básica do Brasil. *In: TIC Saúde 2018: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros.* São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019. p. 29-38.

STREECK, W.; THELEN, K. Introduction: institutional change in advanced political economies. *In: STREECK, W.; THELEN, K. Beyond Continuity: institutional change in advanced political economies.* Oxford: Oxford University Press, 2005. p. 1-39.

Capítulo 2.

PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA GLOBAL

Luci Fabiane Scheffer Moraes

Marcelo Souza de Jesus

Jorge Otávio Maia Barreto

Helena Eri Shimizu

Everton Nunes da Silva

INTRODUÇÃO

Sistemas de saúde de diferentes países ainda enfrentam desafios para melhorar o acesso, a qualidade e a equidade (Ferreira *et al.*, 2018). Esses desafios se tornam cada vez mais importantes à medida que os custos são incrementados, em face de fatores contextuais: envelhecimento populacional, surgimento de novas tecnologias, necessidades de ampliação e qualificação de recursos humanos (Borghi *et al.*, 2018). Diante desse cenário, um compromisso internacional foi firmado para alcançar a cobertura universal de saúde (em inglês, *universal health coverage*, UHC) (World Health Organization, 2023), a fim de garantir o acesso a cuidados acessíveis e eficazes. A UHC depende de sistemas de saúde bem estruturados e capazes de responder às necessidades de saúde da população (FERREIRA *et al.*, 2018, p.6), mediante a alocação, o uso efetivo e equitativo dos recursos disponíveis (Borghi *et al.*, 2018, p.1).

Nesse sentido, têm-se buscado estratégias para melhorar os resultados dos sistemas de saúde. Entre elas, destacam-se os esquemas de pagamento por desempenho (em inglês, *pay for performance*, P4P), também designado como “financiamento baseado em resultados” (em inglês, *result-based financing*, RFB), que consiste na premiação, geralmente mediante transferências financeiras, a provedores individuais ou organizações/serviços de saúde, condicionada aos resultados alcançados, em face de metas previamente estabelecidas (Viana *et al.*, 2003). Esse modelo de financiamento condicionado tem sido utilizado em diferentes cenários, locais e nacionais, sendo também usado para garantir a transparência e *accountability* nos processos de gestão dos sistemas de saúde, além de favorecer o fortalecimento do controle social e focar nas necessidades de saúde dos usuários (Barreto, 2015; Brasil, 2015).

Assim, o P4P tem sido propagado como uma estratégia para fortalecer sistemas de saúde, melhorar a prestação de serviços e a saúde da população (Borghi *et al.*, 2018), sendo implementado, com diferentes configurações, em diferentes países: Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Alemanha, Noruega, Suécia, Canadá e Nova Zelândia, Taiwan, Israel, Índia, África do Sul e Brasil (Alshamsan *et al.*, 2010; Eijkenaar *et al.*, 2013; Milstein; Schreyoegg, 2016).

Entre os países de baixa e média renda que adotaram o P4P em algum nível organizacional dos seus sistemas de saúde, destacam-se aqueles que mostraram melhorias na cobertura ou qualidade dos serviços de saúde, incluindo aspectos como: (1) organização dos serviços de saúde ofertados, em Ruanda, Afeganistão, Camboja, Haiti e Libéria; (2) atendimento pré-natal e pós-natal, em Ruanda, Camboja e Afeganistão; (3) cobertura de imunização, especialmente para crianças do Camboja, Afeganistão e Haiti; (4) programas de planejamento familiar, em Ruanda, Camboja e Libéria; (5) cuidados preventivos, na Libéria; também (6) uma diminuição nos gastos com saúde da família,

reduzindo tanto as cobranças ilegais dos centros de saúde quanto a frequência de pagamento por prestadores de cuidados tradicionais sem instrução, no Camboja (Gergen *et al.*, 2017).

No Brasil, o P4P foi implementado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado pelo Ministério da Saúde em 2011, com o objetivo de induzir a ampliação da oferta e qualidade dos serviços de atenção primária à saúde (APS), em face das necessidades de saúde da população, bem como melhorar a capacidade da gestão tripartite (federal, estadual e municipal) do Sistema Único de Saúde (SUS) (Viana *et al.*, 2003). Foi implementado ao longo de três ciclos, contribuindo para a criação de uma cultura de avaliação e planejamento na linha de frente dos sistemas locais de saúde no Brasil (Barreto; Dias, 2016).

Tais constatações mostram que o P4P se encontra disseminado em todo o mundo; no entanto, sua implementação não é homogênea, nem se apresenta em um formato único, em função de fatores contextuais que influenciam o seu desenho de forma geral, incluindo os objetivos que cada programa prioriza (International Society Of Substance Use Professionals, 2023). Essa variedade de modelos de implementação produz diferentes cenários e resultados, os quais precisam ser estudados, para serem conhecidos e categorizados, considerando ainda que existe uma considerável lacuna no conhecimento sobre os efeitos do P4P, especialmente em face da sua natureza contexto-dependente e da própria diversidade dos arranjos organizativos e de implementação adotados (Paul *et al.*, 2018; Saddi, Dantas, Lozano, 2018; Peckham, 2018).

Esse panorama nos remete à necessidade de conhecer os padrões de *design*, implementação e avaliação frequentemente usados no pagamento por desempenho, como questão-chave a ser abordada de forma a subsidiar a discussão sobre como o pagamento por desempenho efetivamente pode ser aprimorado na condição de uma ferramenta para melhoria de sistemas de saúde, bem como a fim de apoiar a tomada de decisão (International Society Of Substance Use Professionals, 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as políticas e os programas do governo sejam avaliados quanto aos seus impactos na saúde, incluindo o prisma da equidade (Milstein; Schreyoegg, 2016). O encargo de realizar e usar os resultados dessas avaliações compete aos formuladores de políticas e pesquisadores, que também precisam conhecer e sistematizar a base de evidências disponível, especialmente para identificar lacunas de conhecimento capazes de orientar a formação de uma agenda de prioridades de pesquisa, com o objetivo de subsidiar as decisões em sistemas de saúde para o alcance de qualidade do atendimento, segurança do paciente, equidade dos serviços de saúde e sua relação custo-benefício. Nesse contexto, são essenciais para a tomada de decisão as evidências relacionadas aos benefícios e riscos potenciais na adoção de programas de P4P.

O objetivo deste capítulo é apresentar uma análise da base de evidência global sobre P4P, numa perspectiva bibliométrica, para mapear a produção científica publicada sobre o tema, identificar temáticas relevantes (tais como efetividade, eficiência e equidade) e a fim de colaborar em rede para o desenvolvimento de pesquisa abordando o P4P. Os resultados apresentados neste estudo podem ser considerados uma estratégia para sistematizar a pesquisa que vem sendo realizada e caracterizar a interação entre esses estudos, autores e instituições envolvidos.

MÉTODO

Este estudo bibliométrico, de caráter exploratório e descritivo, analisou sistematicamente a produção científica publicada em periódicos indexados sobre pagamento por desempenho e/ou financiamento baseado em resultado no âmbito de sistemas e serviços de saúde.

A busca compreendeu artigos publicados entre 2000 e 2019, totalizando 20 anos, e foi realizada em 6 de maio de 2020. As bases consultadas foram: *National Center for Biotechnology Information*

(NCBI/PubMed), Web of Science: Thomson Reuters (WoS); e também foram incluídos manualmente, por busca na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), estudos sobre o PMAQ-AB (programa brasileiro), por haver interesse específico na coletânea de publicações sobre o programa, e por elas não estarem indexadas nas bases selecionadas anteriormente. A estratégia para a busca dos estudos foi uma combinação de descritores controlados e palavras-chave, segundo indicação oferecida em cada base de dados.

Para busca dos artigos na PubMed, foram usados descritores controlados do *Medical Subject Headings* (MeSH); no Web of Science TM, usou-se o mesmo descritor do MeSH, a partir da estratégia de busca eletrônica descrita no quadro 1.

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores (LFSM e MJ), de maneira duplicada e independente, com apoio da Plataforma Rayyan (Ouzzani *et al.*, 2016), pela leitura do título e do resumo, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os conflitos foram decididos por consenso.

Foram incluídos artigos e estudos primários e artigos de revisão, com ou sem metanálise, com texto disponível na íntegra ou com resumo contendo as informações necessárias, que abordaram o pagamento por desempenho na área da saúde. Foram verificadas presença e consistência das informações bibliométricas mínimas: autoria, ano, periódico e resumo disponível. Foram excluídos na seleção: (i) editoriais, cartas, comentários, livros, resumos expandidos de trabalhos; (ii) artigos incompletos ou que não forneciam resumo/*abstract*; (iii) estudos duplicados; (iv) estudos com diferente proposta temática; (v) estudos de outras áreas.

Os dados extraídos, de acordo com os critérios estabelecidos, foram agrupados em tabelas, de acordo com os valores das medidas de associação entre as variáveis estudadas. Com essa extração de dados, buscou-se caracterizar aspectos gerais do estudo, método usado na investigação, bem como seus respectivos resultados.

Quadro 1 – Apresentação da estratégia de busca dos descritores e palavras-chave nas bases de dados selecionadas

Bases de dados consultadas	Estratégia de busca
National Center for Biotechnology Information (NCBI/ PubMed)	((((((((((((((((("Pay for Performance"[Title]) OR (P4P[Title])) OR (PFP[Title])) OR ("pay for value"[Title]) OR ("payment for quality"[Title])) OR ("financial incentive"[Title])) OR ("monetary incentive"[Title])) OR ("monetary incentives"[Title]) OR (bonus[Title])) OR (reward[Title])) OR ("performance-based payment"[Title]) OR ("performance-based reimbursement"[Title])) OR ("performance-based contracting"[Title])) OR ("performance-based pay"[Title]) OR ("output-based payment"[Title])) OR ("incentive reimbursement"[Title])) OR ("incentive program"[Title])) OR ("quality-based purchasing"[Title]) OR ("quality-payment"[Title]) OR ("quality incentive"[Title]) OR ("quality incentives"[Title]) OR ("quality-payment"[Title]) OR ("quality-payments"[Title])) OR ("quality-based payment"[Title]).
Web of Science: Thomson Reuters (WoS)	TS=("Pay for Performance") OR TS=("P4P") OR TS=("PFP") OR TS=("pay for value") OR TS=("pay for quality") OR TS=("payment* for quality") OR TS=("value based purchasing") OR TS=("financial incentive*" AND quality) OR TS= ("performance-related payment*") OR TS=("monetary incentive*" AND quality) OR TS=("financial incentive*" AND effectiveness) OR TS=("monetary incentive" AND effectiveness) OR TS=(bonus AND quality) OR TS=(reward* AND quality) OR TS=("performance-based payment") OR TS=("performance-based reimbursement") OR TS=("performance-based contracting") OR TS=("performance-based pay") OR TS=("output-based payment") OR TS=("incentive reimbursement") OR TS=("incentive program") OR TS=("quality-based purchasing") OR TS=("quality incentive") OR TS=("quality-payment*") OR TS=("quality-based payment*").
Scientific Electronic Library Online (SciELO)	Realizou-se uma busca complementar utilizando o termo "PMAQ" devido ao interesse nas publicações realizadas na Revista Saúde em Debate, volume 38, número especial, out/2014.

Fonte: *elaboração própria, 2024.*

Para a classificação nas categorias (i) financiamento, (ii) prestação de serviços, (iii) governança, (iv) implementação, (v) efeito, (vi) doença, (vii) equidade e (viii) não classificado, foi utilizada a taxonomia adotada pela McMaster University (2023).

No caso do ranqueamento das palavras-chave por categorias, foi utilizado o método de análise de rede usado para descrever a formação e as transformações das redes, bem como para analisar os efeitos e as estruturas que ajudam a entender as medidas que definem as relações

estabelecidas entre os nós (atores) e as ligações pelas arestas (linhas) entre as categorias das palavras-chave.

Os artigos selecionados no estudo foram inseridos no Mendeley para acesso e extração de informações específicas relacionadas à questão e ao objetivo da revisão, com o intuito de identificar: autor(es); instituição, ano de publicação; periódico; idioma; país da publicação; título; objetivos; tipos de estudo/método; país do estudo.

Os dados coletados foram organizados em planilha Excel para posterior análise das informações relacionadas ao objeto do estudo, a saber: autor(es); ano de publicação; periódico; idioma(s); país da publicação; título; objetivo(s); tipos de estudo/método; tamanho da amostra. As análises permitiram analisar a distribuição das publicações ao longo do tempo, os periódicos com maior número de artigos publicados, os autores com maior número de publicações e a distribuição por país de origem dos autores.

Com essa base, foi criado um arquivo em CSV (*comma-separated-values*). Para análise e tratamento dos dados selecionados, utilizou-se o *software* Gephi de análise de rede, no qual é possível criar visualização e exploração para todos os tipos de grafos de rede, identificando hipóteses por meio das relações de rede, descobrindo padrões e singularidades para melhor entender o cenário gerado – neste caso, para visualização da rede de autores e países.

A construção do mapa foi realizada por estatísticas no Excel a fim de separar os dados dos países de publicação e, em seguida, foi utilizado o *software* RStudio; com o pacote Bibliometrix, foi possível realizar uma análise bibliométrica que permitiu agrupar pesquisadores e fontes de pesquisa por seus países de origem, incluindo informações sobre frequência e índices de colaboração, tanto dentro de cada país quanto entre países diversos. Uma vez importados os metadados, identificaram-se os principais indicadores do *corpus* no menu Dataset, tendo sido gerado um mapa-múndi utilizando-se o *software* CorelDRAW (programa de desenho vetorial bidimensional para *design* gráfico)

para criação de uma visualização com qualidade das conexões das pesquisas e pesquisadores.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo utilizou dados secundários de artigos de acesso público encontrados nas bases de dados da literatura científica, não sendo necessária sua submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 e normativas éticas vigentes (Brasil, 2016).

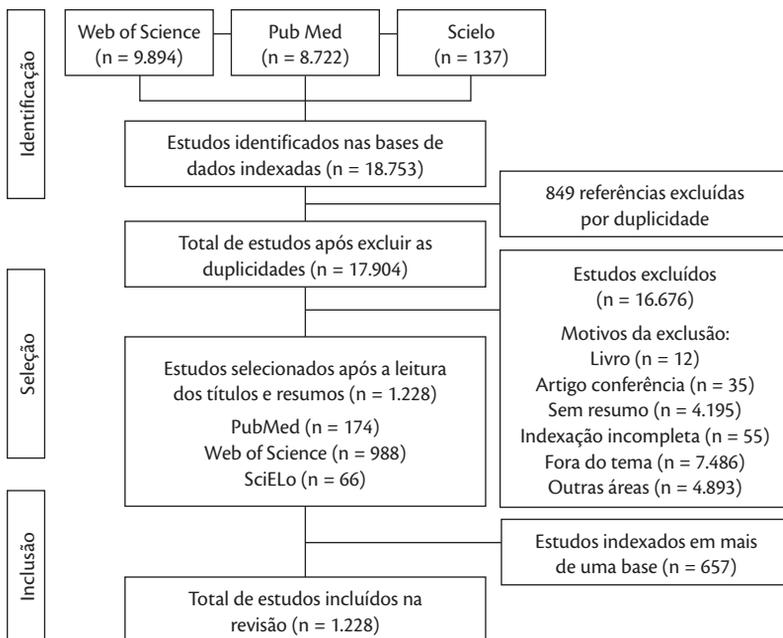
RESULTADOS

Foram identificados 18.753 registros (9.894 na Web of Science, 8.722 na PubMed e 137 na SciELO); desses, 849 foram excluídos por serem duplicados, permanecendo 17.904 para análise dos títulos e resumos. Após a avaliação dos estudos, foram excluídos 16.676 artigos por não atenderem aos critérios de inclusão, e 1.228 artigos foram selecionados para leitura completa e extração dos dados (figura 1).

Com a base constituída, aplicou-se a análise bibliométrica. Essa análise objetiva estudar e avaliar as atividades de produção e comunicação científica, pois utiliza uma técnica quantitativa e estatística de medição dos índices de produção e disseminação do conhecimento científico (Glanzel, 2001).

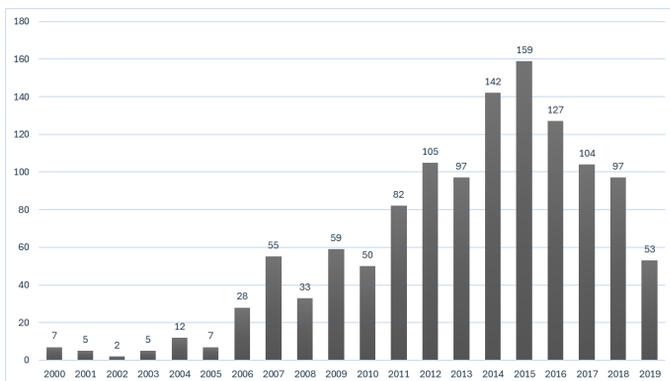
Quando observada a distribuição das publicações no período entre 2000 e 2019, verificou-se que: o menor número de publicações (2) se deu em 2002; houve um aumento crescente nas publicações, alcançando-se em 2015 o maior número de publicações (159); após esse período, ocorre um declínio gradativo das publicações na temática P4P (figura 2).

Figura 1 – Processo de busca, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos nas bases selecionadas



Fonte: elaboração própria, 2024.

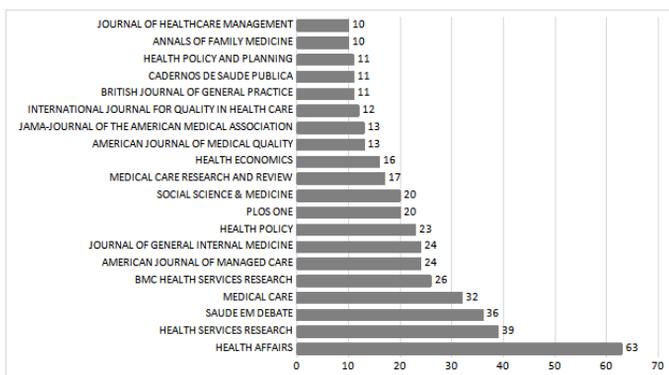
Figura 2 – Distribuição anual dos artigos publicados na temática P4P



Fonte: elaboração própria, 2024.

Após a análise das publicações a cada ano, foi possível ranquear os 20 principais periódicos que apresentaram o maior número de artigos indexados na temática P4P. De acordo com o *ranking*, a revista de saúde *Health Affairs* apresentou o maior número de publicações (63 artigos), seguida da revista *Health Services Research* (39 artigos) e, assim, sucessivamente, com a apresentação dos periódicos que publicaram 10 ou mais artigos sobre o tema P4P. Nesta perspectiva, também, podemos destacar a revista *Saúde em Debate* e o *Caderno de Saúde Pública* – periódicos brasileiros –, classificados em 3º e 17º lugar, respectivamente, com 36 e 11 artigos publicados (figura 3).

Figura 3 – Ranqueamento dos periódicos indexados que mais publicaram artigos na temática P4P

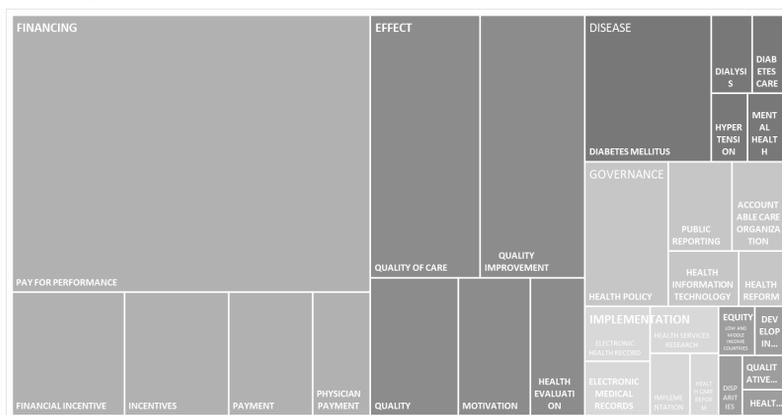


Fonte: elaboração própria, 2024.

A partir dos artigos considerados elegíveis, foram identificadas 4.559 palavras-chave nos 1.228 artigos selecionados, sendo 925 palavras-chave diretamente relacionados ao pagamento por desempenho. As três mais citadas foram: *pay for performance* (P4P), com 79 (13,5%) ocorrências; *primary health care*, com 97 (4,7%); *quality of care*, com 81 (3,9%). Também foi possível verificar que 1.519 (72,8%) dessas palavras-chave apresentaram uma única citação.

Para uma melhor demonstração do universo das palavras-chave mais utilizadas, foi feita a classificação por categorias utilizando a taxonomia adotada pela McMaster University (2023): (i) financiamento, (ii) prestação de serviços, (iii) governança, (iv) implementação, (v) efeito, (vi) doença, (vii) equidade, (viii) não classificado (Ouzzani *et al.*, 2016) (figura 4).

Figura 4 – Ranqueamento por categorias das palavras-chave mais utilizadas nos artigos na temática P4P



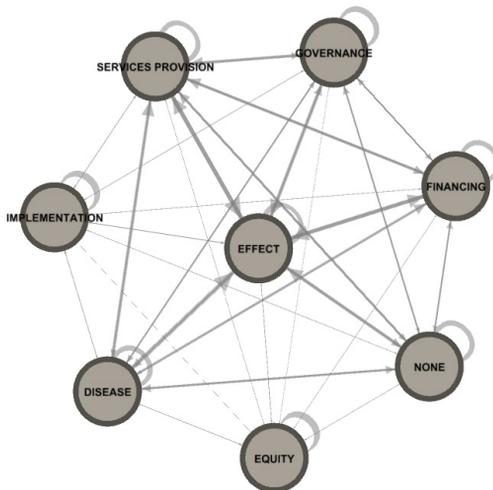
Fonte: elaboração própria, 2024.

Para melhor compreensão do ranqueamento das palavras-chave por categorias, foi utilizado o método de análise de rede usado para descrever a formação e as transformações das redes, bem como para analisar os efeitos e as estruturas que ajudam a entender as medidas que definem as relações estabelecidas entre os nós (atores) e as ligações pelas arestas (linhas) entre as categorias das palavras-chave.

A figura 5, a seguir, mostra um diagrama que apresenta a interação entre as categorias interligadas entre si por arestas (linhas): cada esfera representa uma categoria formando uma rede. Essas categorias se interligam por arestas com o objetivo de identificar o maior número de citações e conexões – quanto mais espessa a aresta, mais citações

possui. No caso da categoria efeito, apresentou maior influência na rede, pois possui o maior número de arestas espessas, o que representa mais conexões com as demais categorias.

Figura 5 – Rede de categorização das palavras-chave

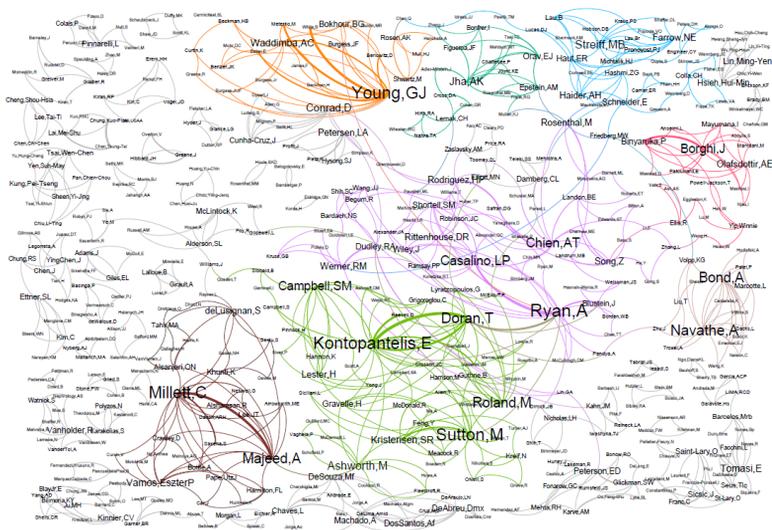


Fonte: elaboração própria, 2024.

A rede de conexão dos pesquisadores que publicaram sobre P4P pode ser observada na figura 6; essa rede relata a frequência existente entre as pesquisas financiadas: são 527 atores e 901 conexões. Quanto maior o número de conexões dos pesquisadores, maior a sua participação na rede de relacionamento. Dentre os pesquisadores com maior número de conexões, podemos destacar Kontopantelis, vinculado à *Alliance Manchester Business School*, um instituto de política e organização de saúde. Esse pesquisador é considerado um elo importante, devido à maior capacidade de influenciar seus pares por meio do número de publicações e consequente citação aos seus trabalhos. Exemplo disso é a sua vinculação com os pesquisadores E. Doran e A. Ryan, caracterizando uma rede científica de colaboração.

Dada a importância do tema e a necessidade de mapear os elos existentes entre pesquisadores vinculados a grupos de pesquisa que trabalham na mesma temática formando uma grande rede, destacam-se: Roland, M.; Millett, C.; Young, G. J.; Doran, T.; Majeed, A.; Cassalino, L. P.; Ryan, A.; Sutton, M.; Roland, M. No caso de atores que apareceram uma única vez, esses foram filtrados para melhorar a visualização dos registros.

Figura 6 – Rede de conexão entre os pesquisadores que publicaram sobre P4P



Fonte: elaboração própria, 2024.

A figura 7 é a representação do mapa mundial da rede de pesquisas sobre a temática P4P. Os Estados Unidos (USA) têm 50,2% das pesquisas relacionadas ao tema; o Reino Unido (GBR), em segundo, tem 13,68%; em terceiro lugar, o Brasil (BRA), com 5,07%. É notável que a maior parte do fomento e das pesquisas está nas Américas; apesar de haver na Europa 25 países fazendo pesquisas, a soma de todas elas corresponde a 26,39% do total de trabalhos com essa temática.

Outro ponto importante é a cooperação internacional entre pesquisadores. Na produção em rede, são possíveis interações e colaborações entre os membros individuais. São pessoas representando suas instituições, discutindo questões, refletindo, ensinando, aprendendo e explorando novas questões para ajudar a sociedade.

Figura 7 – Países que fazem parte das redes internacionais e nacionais que trabalham com a temática P4P



Fonte: elaboração própria, 2024.

DISCUSSÃO

Neste estudo, foi possível obter um mapeamento das publicações indexadas sobre P4P nos últimos 20 anos (2000-2019). Nos anos 2000, foi identificada uma média de 20,3 artigos por ano (2000-2009), passando para 101,6 artigos na segunda década (2010-2019). No entanto, verificou-se uma tendência de queda no número de publicações a partir de 2016. Em termos de nível de atenção, prevalecem os artigos que abordaram a atenção primária à saúde e a diabetes. Há maior volume de artigos que buscaram mensurar ou discutir questões relacionadas com o efeito dos esquemas de P4P do que com implementação e equidade.

Os efeitos dos programas de P4P são questão-chave para os tomadores de decisão, pois sinalizam o quanto de incremento no acesso, na qualidade ou na redução de custos pode ser obtido. As evidências disponíveis têm mostrado resultados variados, sugerindo efeitos positivos e nulos (Barreto, 2015; Diaconu *et al.*, 2021; Eijkenaar *et al.*, 2013; Wiysonge *et al.*, 2017). No entanto, as revisões sistemáticas ainda sinalizam limitações metodológicas nos estudos primários, particularmente nos desenhos observacionais sem controle por outros fatores de confusão. Outros autores acrescentam que os modelos de P4P variam substancialmente entre países, o que pode comprometer a comparação dos efeitos em termos globais (Renmans *et al.*, 2016).

A tendência de redução no número de artigos sobre P4P a partir de 2016, identificada em nosso estudo, pode estar relacionada com os efeitos reduzidos ou inconclusivos desses esquemas de pagamento por desempenho. Estudos têm levantado críticas sobre a atratividade dos modelos de P4P, especialmente nos países de baixa e média rendas (Paul *et al.*, 2018), ressaltando que pouca atenção é dada aos efeitos sistêmicos e de longo prazo, de modo que os esquemas de P4P podem prejudicar os sistemas e serviços de saúde.

Os estudos de implementação dos esquemas de P4P têm despertado interesse da comunidade acadêmica e da gestão, dado que eles identificam aspectos contextuais que podem influenciar os efeitos gerados pelos programas. Nesse sentido, cabe ressaltar que os modelos de P4P apresentam grandes diferenças em termos de desenho. Por exemplo, pode haver diferença em termos de: i) o que será incentivado (acesso, qualidade, custo); ii) quem será incentivado (indivíduos, equipes, serviços de saúde); iii) formas de pagamento (valor e periodicidade do pagamento do bônus, bem como tempo entre a avaliação e o pagamento); iv) bases da avaliação (comparação em termos absolutos, relativos ou ranqueamento); v) formas de evitar fraudes ou manipulação dos resultados de desempenho (Kovacs *et al.*, 2020). Assim, a forma de criar/desenhar o modelo de P4P e sua respectiva implementação

devem ser investigadas, pois aspectos contextuais podem atuar como facilitadores ou barreiras em âmbito local, contribuindo para o aumento ou a redução dos resultados dos programas.

A equidade é um tema negligenciado na literatura, dado o reduzido número de artigos abordando essa temática no período analisado neste estudo (2000-2019). Há preocupação de que os modelos de P4P acentuem as desigualdades já existentes nos serviços de saúde, especialmente para aqueles localizados em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica; ou seja, que se premiem aqueles indivíduos/equipes/serviços de saúde que já possuem alto desempenho, sem criar mecanismos para aqueles que possuem baixo desempenho aprimorarem seus resultados (Macinko *et al.*, 2017). Em relação ao programa de P4P adotado no Brasil entre 2011 e 2019, evidências têm sugerido que o PMAQ-AB favoreceu as equipes localizadas em áreas com menor renda, atuando em convergência com o conceito de “equidade” (Fardousi *et al.*, 2022; Kovacs *et al.*, 2021).

Embora este estudo tenha fornecido um panorama amplo das publicações indexadas sobre P4P ao longo de 20 anos (2000-2019), algumas limitações estão presentes. Os resultados basearam-se em estudo bibliométrico, levando em consideração a indexação de palavras-chave e outras informações bibliométricas dos artigos. Assim, não foi feita uma análise do conteúdo dos artigos, dado que está fora do escopo do desenho metodológico no nosso estudo. Adicionalmente, nossos dados restringiram-se ao período pré-pandêmico, no intuito de evitar confusão com a mudança no perfil das publicações em função do surgimento da Covid-19.

CONCLUSÃO

Há um volume considerável de publicações sobre os modelos de pagamento por desempenho em termos mundiais, especialmente na atenção primária. Ainda são escassos os estudos sobre implementação

dos esquemas de P4P, bem como quanto a aspectos relacionados à equidade. Foi observada uma tendência de redução de publicações sobre P4P a partir de 2016. De modo geral, os estudos sobre P4P são realizados em redes de cooperação científica, sendo mais frequente a cooperação do Brasil com países europeus.

REFERÊNCIAS

ALSHAMSAN, R. *et al.* Impact of pay for performance on inequalities in health care: Systematic review. **Journal of Health Services Research and Policy**, [S.l.], v. 15, p. 178-184, 2010.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: Uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Cienc e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015.

BARRETO, J. O. M.; DIAS, R. Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde: um overview de revisões sistemáticas. **Comun ciência saúde**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 119-128, 2016.

BARRETO, J. O. Pay-for-performance in health care services: a review of the best evidence available. **Cien Saude Colet**, [S.l.], v. 20, n. 5, p. 1497-1514, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015205.01652014.

BORGHI, J. *et al.* Understanding for whom, why and in what circumstances payment for performance works in low- and middle-income countries: Protocol for a realist review. **BMJ Glob Heal**, [S.l.], v. 3, n. 3, p. 1-8, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília: CNS, 2016. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. **Manual instrutivo PMAQ-AB para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

DIACONU, K. *et al.* Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.], v. 5, n. 5, CD007899, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD007899.pub3.

EIJKENAAR, F. *et al.* Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. **Health Policy**, New York, v. 110, n. 2-3, p. 115-130, 2013.

FARDOUSI, N. *et al.* Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis. **PLoS Med**, [S.l.], v. 19, n. 7, e1004033, 2022. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004033. PMID: 35797409; PMCID: PMC9262241.

FERREIRA, L. R. *et al.* Influências do programa de melhoria do acesso e qualidade nos processos de trabalho na atenção básica. **Rev da Esc Enferm da USP**, São Paulo, p. 1-9, 2018.

GERGEN, J. *et al.* Quality of care in performance-based financing: How it is incorporated in 32 programs across 28 countries. **Glob Health Sci Pract**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 90-107, 2017.

GLANZEL, W. National characteristics in international scientific co-authorship relations. **Scientometrics**, [S.l.], v. 51, n. 1, p. 69-115, 2001. DOI: 10.1023/A:1010512628145.

INTERNATIONAL SOCIETY OF SUBSTANCE USE PROFESSIONALS. Disponível em: <https://www.issup.net/pt-br/knowledge-share/>

research/2019-03/ciencia-aplicacao-intervencoes-reducao-estigma-paises-baixa-media. Acesso em: 29 set. 2018.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **Lancet Glob Health**, [S.l.], v. 9, n. 3, e331-e339, 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30480-0. PMID: 33607031; PMCID: PMC7900523.

KOVACS, R. J. *et al.* How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. **BMC Health Serv Res**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 291, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05075-y.

MACINKO, J. *et al.* Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **J Ambul Care Manage**, [S.l.], v. 40, Suppl 2, S4-S11, 2017. DOI: 10.1097/JAC.000000000000189. PMID: 28252498; PMCID: PMCS338882.

MC MASTER UNIVERSITY. Disponível em: https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/resources/16_hse_taxonomy.pdf. Acesso em: 3 maio 2018.

MILSTEIN, R.; SCHREYOEGG, J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. **Health Policy**, New York, v. 120, n. 10, p. 1125-1140, 2016.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. **Syst Rev**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 210, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>.

PAUL, E. *et al.* Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? **BMJ Glob Health**, [S.l.], v. 3, n. 1, e000664, 2018. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000664. PMID: 29564163; PMCID: PMC5859812.

RENMANS, D. *et al.* Opening the 'black box' of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. **Health Policy Plan**, [S.l.], v. 31, n. 9, p. 1297-1309, 2016. DOI: 10.1093/heapol/czw045. Epub 2016 Apr 28. PMID: 27126200.

SADDI, F. C.; DANTAS, J. P. M.; LOZANO, R. B. **Financiamento baseado em desempenho em países de renda baixa e média: não seria tempo de repensar?** Disponível em: <https://p4pglobalhealth.fcs.ufg.br/n/108165-ago-ora-em-portugues-artigo-de-debate-sobre-p4p-pbf-do-bmj-global-health>. Acesso em: 30 jul. 2018.

SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen from a Global Health and Public Policy Perspective: What Does It Mean for Research and Policy? **J Ambul Care Manage**, [S.l.], v. 41, n. 1, p. 25-33, 2018.

VIANA, A. L. d'Ávila *et al.* Política de saúde e equidade. **São Paulo em Perspect**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WIYSONGE, C. S. *et al.* Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.], v. 9, n. 9, CD011084, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011084.pub2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)). Acesso em: 8 jun. 2018.

Capítulo 3.

A TRAJETÓRIA DA COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL GOVERNO-ACADEMIA NO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) DO SUS

Pauline Cavalcanti

Michelle Vieira Fernandez de Oliveira

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

INTRODUÇÃO

Este capítulo deriva de uma pesquisa acadêmica apresentada ao Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, em 2021. De forma original, a pesquisa analisou a cooperação institucional entre governo e academia no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com base no Neoinstitucionalismo Histórico (NH), para fundamentar uma análise de política.

Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: 1- identificar os fatores político-institucionais que condicionaram a definição dos interesses dos gestores nacionais do SUS e as decisões no sentido dessa cooperação como via privilegiada para implementação do programa; 2- analisar a institucionalidade e o conjunto de ações realizadas pelas instituições de ensino e pesquisa (IEPs) no PMAQ-AB; 3- investigar a interação entre os gestores públicos e acadêmicos, a

influência dos atores e do contexto interinstitucional no processo de construção dessa política; 4- analisar circunstâncias relativas ao fim dessa cooperação academia-SUS para o desenvolvimento do programa, com foco no contexto histórico.

O presente texto está estruturado em cinco partes. A primeira aborda brevemente o PMAQ-AB e o referencial teórico-metodológico do NH, quando se explicita a sua aplicação na pesquisa. A segunda detalha a metodologia empregada no estudo. A terceira apresenta os resultados da pesquisa em quatro tópicos que revelam a trajetória histórica, os processos e os eventos inerentes à cooperação institucional academia-governo no programa, quais sejam: do contexto político-institucional do governo federal em 2011 à decisão pela cooperação institucional governo-academia para implementação do PMAQ-AB; da formulação teórica à execução da avaliação externa a partir da ampliação da capacidade institucional com o apoio de IEPs; da interação entre os atores institucionais do governo e da academia ao processo de decisão no contexto da cooperação institucional; do contexto político-institucional do governo federal em 2019 ao encerramento do programa e da cooperação. A quarta parte analisa a cooperação com base em pressupostos do NH, quando aponta questões relacionadas às instituições, aos atores, ao contexto histórico e político. Por fim, apresenta-se a conclusão, que inclui as contribuições e os limites da pesquisa, além das possibilidades de desenvolvimento de estudos futuros.

O PMAQ-AB E A COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL GOVERNO-ACADEMIA À LUZ DO NEOINSTITUCIONALISMO HISTÓRICO

O PMAQ-AB, instituído pelo MS em 2011, estabeleceu estratégias avaliativas padronizadas nacionalmente para mensurar os efeitos da política de saúde, a partir da verificação do funcionamento dos serviços

e das ações de saúde ofertadas na AB. Também, instituiu pela primeira vez no Sistema Único de Saúde (SUS) mecanismos de pagamento por desempenho na AB e atrelou a transferência de recursos financeiros federais para os municípios ao desempenho alcançado pelas equipes nos processos avaliativos predefinidos (Cavalcanti; Fernandez; Gurgel Junior, 2021; Pinto; Koerner; Silva, 2012; Resende et al., 2021; Russo et al., 2021; Sousa, 2018).

Dentre os esforços político-institucionais para sua implementação no SUS, o MS buscou uma parceria com a academia, considerando o conhecimento acadêmico sobre o SUS e atenção básica (AB), além da expertise acumulada em pesquisas avaliativas para operacionalização desse processo avaliativo em escala nacional. Assim, de 2011 a 2019, o MS estabeleceu cooperação institucional com IEPs brasileiras para a realização da avaliação externa, componente da certificação do desempenho das equipes de saúde (Cavalcanti; Fernandez; Gurgel Junior, 2021; Sousa, 2018).

Os processos de construção da política pública de saúde demonstram grande complexidade e a conjugação de diversos fatores que influenciam seu desenvolvimento operacional. Esse processo se dá a partir da interação entre os que fazem parte do governo com outros atores institucionais, que não ocupam função governamental, mas estão envolvidos com a política (Souza, 2006). Compreender os aspectos relacionados a essa interação entre MS e IEPs exige, em um plano de análise de política, investigar os fenômenos institucionais e políticos associados aos dispositivos que estruturam esse arranjo institucional.

Isso posto, entende-se que o NH desponta como modelo de análise de política útil para investigar, no âmbito da cooperação institucional governo-academia estabelecida a partir do PMAQ-AB, durante o período de 2011 a 2019, aspectos que envolvem a dinâmica político-institucional, com ênfase para fatos históricos que repercutiram na trajetória de dependência dessa parceria.

Parte-se do princípio de que uma política pública envolve e se constitui a partir de um aglomerado de instituições ou arranjos institucionais, e da interação entre as instituições e atores. Portanto, as instituições importam na perspectiva da mudança ou manutenção do status quo, devendo ser analisadas em associação aos fatos históricos, numa sequência longitudinal, em atividades relativas à AB no SUS.

O NH permite enxergar aspectos ligados à cultura, ao sistema social, às normas ou aos valores estabelecidos no espaço público que orientam as condutas dos gestores públicos e dos acadêmicos nesse cenário da cooperação para desenvolvimento do PMAQ-AB. Isso possibilita refletir sobre dimensões que revelem o contexto produzido pelos atores e a permanente necessidade de criação de novos arranjos institucionais numa sequência temporal (Hall; Taylor, 2003; Immergut, 1998; Pierson, 2000, 2004). Ou seja, os processos empreendidos pelas instituições e atores condicionam a dependência de trajetória, de forma que os arranjos e padrões institucionais preexistentes estruturam o comportamento dos atores e influenciam nas tomadas de decisão, na organização e na condução do programa, com efeitos na cooperação. Assim, as diferentes dinâmicas dos atores e os processos que ocorrem em uma dada situação conjuntural possibilitam a reconfiguração dos processos políticos, que, por sua vez, favorecem mudanças na política ou no programa. Nesse sentido, importa ainda analisar a existência de momentos críticos na história associados a transformações importantes, em termos de trajetória da cooperação.

Para compreender os aspectos históricos que envolveram a dinâmica político-institucional, considerou-se o papel das instituições e dos atores na formulação, decisão e implementação do programa. Sendo assim, na esfera pública, as autoridades com poder decisório assumem um papel importante nos desdobramentos do programa, perante as regras institucionais e sob as condições sócio-históricas vigentes em determinado período.

METODOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa de abordagem exploratória e qualitativa consiste em um estudo de caso que analisa a cooperação institucional governo-academia no âmbito do PMAQ-AB, segundo pressupostos do NH. A coleta e a análise dos dados foram orientadas pelas dimensões de análise a seguir, baseadas em proposições de Pereira (2014): 1- histórico da cooperação interinstitucional; 2- papéis e atribuições das IEPs; 3- operacionalização e acompanhamento das atividades; 4- processo de decisão; 5- avaliação dos resultados da cooperação.

Dada a complexidade do objeto de análise, buscou-se combinar métodos e fontes de coleta de dados visando obter informações a partir de diferentes ângulos ou pontos de vista para desenvolver linhas convergentes de investigação, possibilitando um processo de triangulação (Minayo, 2014). Dessa forma, a pesquisa foi realizada em etapas e utilizou diferentes técnicas de coleta, a saber: análise documental, bibliográfica e entrevistas.

A pesquisa documental de materiais buscou documentos oficiais do MS sobre o PMAQ-AB, divulgados por meio eletrônico, desde o início do programa, em 2011, até sua extinção, em 2019. Também, foram disponibilizados pelo MS os Termos de Cooperação com a descrição dos recursos financeiros federais transferidos às IEPs para execução do projeto de avaliação externa. As análises iniciais mostraram que os documentos apresentavam informações limitadas sobre a cooperação institucional, sem detalhamento dos processos políticos e arranjos institucionais que se constituíram nesse contexto.

Adicionalmente, foram buscadas publicações de natureza diversa divulgadas na grande mídia e de organizações da Saúde Coletiva (Cebes, Abrasco, Rede APS, etc.). Também foram levantadas informações sobre os gestores públicos do MS divulgadas na rede social LinkedIn e na Plataforma Lattes, o que possibilitou reunir um rico material, com posicionamentos, discursos, ideias, ações de atores e entidades

relevantes, que permitiram identificar importantes acontecimentos e processos da trajetória dessa cooperação institucional.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Virtual Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). As buscas por artigos, teses e dissertações em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, publicados até 31 de dezembro de 2020, foram conduzidas utilizando os seguintes termos livres, em títulos ou resumos das publicações: “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, “PMAQ-AB”, “Avaliação Externa”, “Programa Previne Brasil”. A inclusão deste último buscou identificar questões importantes sobre essa transição de programas governamentais, uma vez que o Previne Brasil instituiu um novo modelo de avaliação e pagamento por desempenho, em sua substituição. Tais termos foram selecionados e combinados visando ampliar a possibilidade de encontrar referências relevantes para análise.

A partir das análises documental e bibliográfica, foram encontrados 213 estudos acadêmicos que se referem ao PMAQ-AB. Desse total, 39 documentos considerados aderentes às questões de pesquisa foram selecionados. Tais documentos foram lidos na íntegra, sendo catalogados e fichados os elementos essenciais para esta pesquisa. Outros 11 documentos, menos aderentes à pesquisa, foram lidos parcialmente e geraram anotações.

A segunda etapa da pesquisa consistiu em entrevistas com aplicação de roteiros semiestruturados para cada perfil de entrevistado, com o objetivo de confrontar as evidências obtidas ou mesmo para revelar aspectos desconhecidos ou não anunciados nos documentos. Para avaliar a adequação dos roteiros, realizaram-se duas entrevistas-piloto com uma amostra de participantes: um representante da equipe do MS e um de instituição acadêmica.

A opção metodológica para alocação de indivíduos na pesquisa buscou obter elementos satisfatórios para aprofundar o conhecimento sobre essa cooperação a fim de propiciar boas interpretações e inferências, com garantia de um número suficiente de participantes, considerando o ponto de saturação (Minayo, 2014). As entrevistas focaram em atores-chave envolvidos institucionalmente nessa cooperação governo-academia, visando obter informações fundamentais sobre o contexto, a dinâmica social e político-institucional relacionada ao objeto de estudo.

Como critério de seleção, buscaram-se representantes do MS que ocuparam cargo de direção no MS entre 2011 e 2019 e protagonizaram as decisões acerca do programa. Também, representantes das instituições de ensino e pesquisa que estiveram institucionalmente envolvidas nas negociações iniciais para o primeiro ciclo do PMAQ-AB, que receberam recursos financeiros e lideraram os processos operacionais para execução do projeto, reunindo, sob sua supervisão, instituições parceiras, compondo um grupo. Além desses, foram convidados representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

As entrevistas semiestruturadas ocorreram de 6 de março a 30 de julho de 2020, de forma remota, considerando que o período coincidiu com a crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19. Assim, foi possível realizar nove entrevistas com os atores-chave: três com dirigentes do MS, quatro com pesquisadores de IEPs, uma com representante do Conass, uma com representante do Conasems. As entrevistas foram interrompidas quando constatada redundância de informações, ao atingir-se o ponto de saturação (Minayo, 2014), o que já era notável na quarta entrevista a partir da repetição de alguns temas, havendo cada vez menos novidades (Bardin, 2015). As entrevistas foram gravadas, transcritas e armazenadas eletronicamente, juntamente com os demais documentos para análise. Entre os entrevistados, os gestores tinham minimamente grau de mestrado e nove anos de experiência na

gestão do SUS. Os acadêmicos eram vinculados a instituições públicas federais, tinham grau mínimo de doutorado e experiência acadêmica com publicações sobre o SUS e a AB.

Os dados primários e secundários selecionados foram submetidos à análise de conteúdo, estruturada na sequência de fases propostas por Bardin (2015): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados da pesquisa são apresentados em quatro tópicos a seguir.

Do contexto político-institucional do governo federal em 2011 à decisão pela cooperação institucional governo-academia para implementação do PMAQ-AB

Em 2010, Dilma Rousseff, do Partido dos Trabalhadores (PT), foi eleita presidenta do Brasil, em continuidade aos governos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) do mesmo partido. Em 2011, a presidenta anunciou as prioridades de governo, dentre elas o SUS, com foco na qualidade dos serviços e o respeito ao usuário (Brasil, 2011).

Os principais cargos do MS foram ocupados por membros filiados ou próximos ao PT e da coalizão de centro-esquerda (Machado; Lima; Baptista, 2017). A trajetória de parte da equipe de gestão reflete vínculos anteriores e compartilhamento de objetivos, ideias e valores, que foram constituídos durante a atuação em gestões ou entidades representativas do SUS, em universidades públicas e em movimentos sociais (sanitário e estudantil).

Após reuniões entre a equipe do alto escalão do MS, da Presidência da República e da Casa Civil, a AB foi anunciada como uma prioridade no SUS. A partir disso, foram elencados os desafios condicionantes para o desenvolvimento da área que deveriam ser foco de atuação por meio de iniciativas governamentais, sendo um dos principais problemas o financiamento.

Segundo as evidências, a presidenta requisitou aos dirigentes do MS que pensassem uma forma de ampliar o financiamento para AB em função do desempenho. A estratégia formulada foi o PMAQ-AB, com objetivo de induzir mudanças no funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS), a partir da efetivação de um conjunto de iniciativas para qualificação, acompanhamento e avaliação das equipes de saúde, em associação ao pagamento por desempenho.

As declarações mostram que os dirigentes consideraram insuficiente agregar nesse conjunto iniciativas apenas de autoavaliação, análise de indicadores e verificação dos usuários, devido às limitações de cada um desses métodos. Decidiu-se, então, incluir uma avaliação externa, na forma de uma pesquisa padronizada de caráter nacional, para a checagem de um conjunto de variáveis.

A expectativa do governo era também avaliar as UBS com objetivo de conhecer a situação desses estabelecimentos de saúde do País e, com base nisso, orientar os investimentos na infraestrutura no âmbito do Programa de Requalificação da Estrutura Física das UBS (Requalifica UBS). Assim, no processo de formulação da política, um “Censo das UBS” foi integrado à avaliação externa do programa.

De acordo com os entrevistados, foram identificadas três possibilidades para a execução da avaliação externa no território nacional: por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de institutos privados de pesquisa (Ibope, Datafolha, Vox Populi) ou de universidades. Contudo, a parceria tornou-se inviável: com institutos, em função do elevado custo financeiro; e com o IBGE, devido ao tempo para a execução da pesquisa que afetaria a implantação do programa.

As declarações referem que a alternativa mais viável foi o estabelecimento de parcerias com as IEPs pelos motivos principais a seguir: a natureza do processo indicou a necessidade de conhecimento sobre a área da saúde, saúde coletiva e processo de trabalho das equipes de AB; a capacidade de realização da avaliação externa em virtude da expertise das IEPs em processos avaliativos na área, da capilaridade

dessas instituições nos estados brasileiros (a maioria pública, federal ou estadual), além do custo mais vantajoso; e a necessidade de legitimação política do processo de coleta dos dados, muito embora a avaliação externa não se baseasse em uma pesquisa avaliativa acadêmica *stricto sensu*.

Embora a maioria dos entrevistados tenha enfatizado a possibilidade de ampliar a produção de conhecimento e acumular inteligência em pesquisas avaliativas no campo da saúde como um motivador para a escolha pelas IEPs, um dos entrevistados revelou que esse não era um objetivo descrito na documentação inicial do PMAQ-AB, portanto não havia intencionalidade de apoiar a agenda de pesquisa em AB.

Legados históricos e fatores conjunturais, bem como os interesses, as ideias e os objetivos dos atores, influenciaram o estabelecimento dessa cooperação. Segundo os entrevistados, essa colaboração se insere em um processo histórico de aproximação entre MS e IEPs para auxiliar na produção de estudos avaliativos da AB, sobretudo a partir da concepção da saúde da família. A criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CGAA) do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) ampliou os esforços para institucionalizar a avaliação no SUS, com desenvolvimento dos estudos de linha de base do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e o processo de qualificação da saúde da família com a avaliação para melhoria da qualidade (AMQ).

Conforme os entrevistados, no início do governo da presidenta Dilma, o debate quanto às prioridades da política pública de saúde na esfera do governo federal incluiu dirigentes de alto nível hierárquico do MS e do núcleo central do governo, que decidiram sobre a priorização da AB na agenda governamental. No decorrer do processo de definição das estratégias para a implementação do programa, mais especificamente a operacionalização da avaliação externa, o debate ficou concentrado no MS e incluiu outros atores de entidades governamentais e não governamentais.

Os entrevistados destacaram o papel da Rede APS no processo de construção dessa cooperação, devido a sua atuação junto ao MS no apoio e na execução de pesquisas avaliativas na AB, ao longo de quase uma década. Inicialmente, a Rede APS foi eleita a principal interlocutora entre os parceiros e espaço de mobilização de diversos grupos de pesquisa no País, por meio de um movimento político-institucional de IEPs. Isso permitiu, ainda, articular outras IEPs que, historicamente, não participavam da produção de pesquisa e desenvolvimento de trabalho de campo na AB.

A presença de gestores, ao longo dos governos Lula e Dilma no MS, próximos à academia e atuantes em movimentos de mobilização social, foi um fator facilitador para a cooperação com as IEPs na perspectiva de viabilizar a implementação do programa. Todavia, as disputas política e técnica entre os grupos, pelas concepções e procedimentos metodológicos associados à avaliação do PMAQ-AB, principalmente na definição do instrumento avaliativo, determinaram a participação das IEPs na cooperação. Assim, a atuação dos membros vinculados à Rede APS não foi unânime.

Em 2011, membros da Rede APS foram convidados de agendas iniciais para discussão acerca da formulação do programa e para participar da construção e execução da avaliação externa. Contudo, as diferentes perspectivas epistêmicas ou trajetórias acadêmicas se revelaram em disputas políticas entre os grupos adversários. Uma das principais divergências foi em torno do instrumento avaliativo: alguns sanitaristas defendiam a utilização do AMQ; e outros, do Primary Care Assessment Tool (PCATool).

De um lado, o MS propôs o PMAQ-AB e a utilização de um instrumento de avaliação próprio, baseado no PCATool e em outras ferramentas. Por outro lado, alguns pesquisadores e membros da Rede APS e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) foram contrários à iniciativa (Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio, 2019). Essas instituições defendiam o uso PCATool

como instrumento avaliativo e sugeriram o pagamento diferenciado para o médico de família e comunidade; essas reivindicações não foram acatadas pelos gestores do MS à época. Assim, os proponentes se recusaram a participar da construção do programa e da avaliação externa, tornando-se potencialmente opositores e críticos ao programa.

No processo de articulação política e definição do objeto da cooperação institucional, além da avaliação externa, foi negociado o Censo das UBSs – todavia, a resolução quanto à execução desse pelas IEPs foi posterior à decisão da avaliação externa, porque foi preciso ter certeza de que as universidades conseguiriam desenvolver ambos os trabalhos de campo. A cooperação foi formalizada por meio de convênios para a transferência de recursos financeiros às IEPs, visando à execução da avaliação externa e do Censo em aproximadamente 40 mil UBS/equipes do País, nos diferentes contextos político-institucionais dos mais de cinco mil municípios brasileiros, em períodos distintos.

A cooperação ampliou a capacidade institucional do MS para a implementação da política, por meio da associação de IEPs, como estratégia utilizada para superar limitações de ordem administrativa para a descentralização de recursos financeiros federais. Na visão dos participantes, os desafios inerentes a um processo dessa envergadura e sem precedentes, além da diversidade de características dos municípios e de realidades da AP brasileira, somada à dimensão do trabalho, geraram a necessidade de mobilização institucional para agregar parceiros de diferentes IEPs do País, formando equipes descentralizadas, embora a carga administrativa e operacional permanecesse na universidade principal.

As IEPs responsáveis por mais de um estado, de grande extensão territorial e áreas de difícil acesso, com municípios com disparidades político-institucionais em que se localizam milhares de equipes de saúde para visitar, estabeleceram consórcios com instituições locais da mesma natureza (quadro 1), resultando em mais de 40 IEPs envolvidas

no projeto. Para os entrevistados, o propósito era mobilizar pares com uma concepção ampliada de trabalho colaborativo e uma ideia de composição pesquisa/ensino/extensão indissociável e, especialmente, comprometidos com o fortalecimento do SUS; além de buscar uma maior integração com o SUS local.

Quadro 1 – Lista de IEPs que firmaram convênio com o MS, exceto aquelas que não participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB

Instituições principais	Ciclo
Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz	1º, 2º e 3º ciclos
Universidade Federal de Minas Gerais	
Universidade Federal de Pelotas	
Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia	
Universidade Federal Rio Grande do Norte	
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1º e 2º ciclos

Fonte: elaboração própria, 2024.

Nota: a Universidade Federal de Sergipe passou a integrar o grupo principal a partir do 2º ciclo. A Universidade Federal do Pará, a Universidade Federal de Pernambuco e a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul passaram a integrar o grupo principal a partir do 3º ciclo.

Após definição de objetivo e composição da rede de IEPs, seguiu-se o rito da elaboração do projeto, com o delineamento do escopo da pesquisa e previsão de recursos financeiros, visando garantir a participação dessas instituições nos fóruns de debate para o planejamento das ações; a compra de equipamentos, material e insumos, incluindo tablets; a constituição de equipe de pesquisa; a execução do trabalho de campo nos municípios.

A implementação do PMAQ-AB se converteu em três ciclos programáticos. No primeiro (de outubro de 2011 a janeiro de 2013), o MS firmou convênio com seis IEPs; no segundo (de fevereiro de 2013 a setembro de 2015), com sete; no terceiro (de outubro de 2015 a maio

de 2019), com nove. O custo total da avaliação externa foi, em média, 1.411,69 (mil quatrocentos e onze reais e sessenta e nove centavos) por UBS, para aplicar o instrumento avaliativo de verificação da unidade e entrevistas com equipes e usuários, considerando todos os ciclos do programa.

Durante esses ciclos, a quantidade de equipes aumentou progressivamente, sobretudo depois da universalização do programa, no segundo ciclo. Portanto, os recursos financeiros transferidos às IEPs foram incrementados e houve ajuste nos recursos financeiros para assegurar a equivalência às instituições, considerando questões de acesso, nova distribuição de UBS/equipes visitadas e aquisição de equipamentos tecnológicos.

Da formulação teórica à execução da avaliação externa a partir da ampliação da capacidade institucional com o apoio de instituições de ensino e pesquisa

A cooperação objetivou realizar a avaliação externa do programa nos três ciclos implementados e, simultaneamente a essa avaliação, no primeiro ciclo, o Censo das UBS do País. Nesse processo, a Rede APS mobilizou a expertise do seu comitê gestor para colaborar com a definição de perguntas-chave norteadoras da avaliação. Essas diretrizes fundamentaram teoricamente o programa e o delineamento dos instrumentos avaliativos para medir o desempenho das equipes, resultantes dessa aproximação institucional do MS com IEPs no contexto das Políticas Informadas por Evidências (PIE).

O quadro a seguir consolida as atividades realizadas pelas IEPs, verificadas na análise documental e evidenciadas nas entrevistas.

No primeiro ciclo, foi necessário adequar os mecanismos de ação e os elementos avaliativos. Por exemplo, na construção do instrumento avaliativo, foi preciso contemplar os objetivos do programa e do Censo; no trabalho de campo, as IEPs precisaram adotar planejamento logístico para ir a municípios onde fariam avaliação e, em outros, apenas o Censo (Fausto; Fonseca; 2013; Gomes; Barbosa; Ferla, 2016; Rodrigues;

Santos; Pereira, 2014). Nos outros ciclos, foram adotados os mesmos instrumentos avaliativos e a mesma estratégia de trabalho de campo para avaliar todas as equipes.

Quadro 2 – Síntese das atividades realizadas pelas IEPs para o desenvolvimento do PMAQ-AB

Atividades ligadas à formulação	Formulação teórica do programa e instrumento avaliativo
	Formulação técnica voltada à criação de ferramentas tecnológicas (questionário eletrônico do instrumento avaliativo e Sistema de Gestão da Avaliação Externa)
Atividades relacionadas ao planejamento e à execução do trabalho de campo	Delimitação dos métodos de coleta de dados e planejamento logístico
	Realização do trabalho de campo com monitoramento das atividades de coleta
	Aquisição de equipamentos (especialmente <i>tablets</i>), materiais e insumos
	Seleção e capacitação de equipes do trabalho de campo (em geral, compostas por coordenador, supervisores e entrevistadores) – alguns indivíduos possuíam vínculo com a IEPs e outros eram selecionados através de editais específicos
Atividades relacionadas com apoio à gestão e acadêmicas	Apoio a processos administrativo-financeiros para execução do trabalho de campo
	Participação em eventos (oficinas, fóruns, reuniões) de Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), Comissões Intergestores Bipartite, Secretarias de Saúde, Conselhos de Saúde para debater aspectos relacionados à avaliação externa, sobretudo sua execução
	Apoio a processos decisórios do MS, em especial na AB
	Realização de eventos acadêmicos e inclusão do PMAQ-AB em atividades da universidade (ensino, pesquisa e extensão), com oferta de oficinas e cursos (incluindo de pós-graduação) voltados à capacitação e manutenção das equipes do trabalho de campo, para devolução dos resultados encontrados a partir do PMAQ-AB à gestão local
	Realização de atividades para disseminação do conhecimento a partir da organização de eventos, produção e tradução de artigos e capítulos de livros
	Participação em eventos nacionais e internacionais (oficinas, fóruns, seminário, reuniões) promovidos pelo MS, para apresentar resultados e avaliar o PMAQ-AB globalmente (especialmente ao final dos ciclos)
	Processamento administrativo dos convênios, com diversas mudanças de prazos e procedimentos

Fonte: elaboração própria, 2024.

Na coleta de dados, utilizaram-se recursos tecnológicos como o aplicativo móvel do instrumento avaliativo, o Sistema de Gestão da Avaliação Externa e o tablet – este último demandou um processo para aquisição do equipamento em larga escala. Também agregou a expertise do Laboratório de Tecnologia da Informação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com a função de gerar inovação com desenvolvimento de ferramentas tecnológicas. No último ciclo, foi criado um painel para acompanhamento em tempo real da avaliação externa (Uchôa et al., 2018). Esses recursos tecnológicos, que buscaram conferir maior agilidade e capacidade de execução ao trabalho e exigiram um trabalho específico para garantir o funcionamento adequado (Cavalcanti; Oliveira Neto; Sousa, 2016; Uchôa et al., 2018), também resultam dessa cooperação do MS com a academia para suprir necessidades operacionais do PMAQ-AB.

A cada ciclo, outras atividades foram progressivamente desenvolvidas pelas IEPs devido às lacunas e dificuldades encontradas no processo avaliativo, sobretudo após o primeiro ciclo. Segundo os acadêmicos, a aproximação com os gestores locais de saúde foi uma necessidade evidenciada no processo de governança e sua viabilização foi debatida na Coordenação Nacional de Avaliação Externa, grupo condutor da cooperação.

As relações institucionais com os gestores locais ocorreram de forma heterogênea. Em alguns casos, foram mais frequentes, com participação de IEPs nas negociações com gestores do SUS e Conselhos de Saúde, o que permitiu realizar uma diversidade de atividades junto com gestores e profissionais de saúde. Em outros casos, a aproximação com gestores municipais e estaduais focou na operacionalização da avaliação externa. Nesse cenário, as atividades restringiram-se à avaliação externa para planejamento e negociação dos roteiros do trabalho de campo com os gestores locais.

As entrevistas indicam que os motivos para essa aproximação com gestores locais de saúde objetivou principalmente uma melhor

compreensão e execução da avaliação e a redução de tensões originárias desse processo, relacionadas, sobretudo, às questões políticas que o influenciavam (Cavalcanti; Fernandez, 2020), especialmente devido à vinculação de recursos financeiros ao desempenho, que preocupava aos gestores e profissionais de saúde dos sistemas de saúde locais (Fausto; Fonseca; 2013; Uchôa et al., 2018).

Os depoimentos evidenciam que, na cooperação institucional, as IEPs desenvolveram um papel de apoio aos processos decisórios do MS, em particular da AB. Na ocasião, os gestores do MS buscaram interagir com os acadêmicos a fim de aproximar o conhecimento científico do processo de tomada de decisão colegiada para formulação e implementação do programa, como se observa nas PIE.

Os documentos formais do MS restringem as atividades realizadas pelas IEPs ao planejamento e à execução da avaliação externa. Os depoimentos ressaltam que isso traduz melhor as necessidades expressas pelo MS do que as dinâmicas necessárias às IEPs e pesquisa; e evidenciam uma visão de que as IEPs estavam sendo contratadas para realização de um serviço, não cabendo ao MS, portanto, o desenvolvimento do trabalho e de tecnologias.

Assim, foram destacadas atividades pouco visíveis que compõem duas vertentes: a primeira trata-se do “hercúleo” processo de institucionalização da parceria nas universidades, que não têm tradição de mobilizar recursos institucionais para execução de atividades-fim das políticas públicas de saúde; a segunda refere-se ao “trabalho” das IEPs, que não se restringiu à avaliação externa, visto que este foi influenciado por “variáveis intangíveis” de diversas dimensões que impactaram no processo.

Para os entrevistados, as universidades trouxeram diversos elementos de qualificação à formulação e implementação da política, de legitimação do processo avaliativo, na perspectiva do rigor científico, bem como da expectativa de isenção para reduzir possíveis vieses na alocação de recursos públicos vinculados ao programa, e de

ampliação da produção de conhecimento. Além disso, o apoio das IEPs ao PMAQ-AB foi visto como de “renovação dos processos decisórios pela tensão teoria/prática”; e de deslocamento do lugar da AB e dos processos de trabalho na AB no imaginário e no espaço da formação profissional e na educação permanente dos trabalhadores.

Logo, na ausência dessa cooperação institucional, a avaliação externa do programa teria muitas dificuldades operacionais e legais para ser implementada nacionalmente, em função das características organizacionais e dos obstáculos político-administrativos impostos às IEPs e ao MS isoladamente, como se evidencia.

Da interação entre os atores institucionais do governo e da academia ao processo de decisão no contexto da cooperação institucional

No sentido de estreitar as relações entre os atores institucionais, foi criada a Coordenação Nacional de Avaliação Externa, que figurou institucionalmente como fórum de governança dos processos relacionados à parceria. Essa estrutura era composta por representantes do MS e das IEPs principais. Segundo depoimentos, a Coordenação era muito marcada pela juventude dos gestores envolvidos pelo MS e pelo estranhamento do cotidiano da gestão por parte dos membros das IEPs.

Entretanto, as articulações não se restringiam a esse espaço, sobretudo em circunstâncias políticas delicadas. As declarações revelam a existência de processos articulados formalmente e informalmente durante a vigência da cooperação. Isto é, havia outras dinâmicas nas quais lideranças da academia articulavam politicamente os interesses das universidades junto ao MS. Essa movimentação ficou mais forte à medida que o PMAQ-AB começou a enfraquecer como política.

Esse fórum de governança serviu para coordenação dos processos relacionados à cooperação institucional, sobretudo no que se refere à operacionalização da avaliação externa, já que eram cerca de

40 instituições acadêmicas envolvidas com o processo avaliativo. De acordo com as declarações, o objetivo era o planejamento das atividades de campo da avaliação e, nessa perspectiva, as universidades principais articulavam a sua rede de instituições dos consórcios para contribuírem no projeto. Mas, também, a Coordenação se transformou em espaço de escuta das dinâmicas das diferentes instituições e avaliação dos processos. Sendo assim, os entrevistados argumentam que a ação colaborativa gerou viabilidades inéditas para problemas que pareciam não ter solução.

Outros arranjos institucionais criados no DAB/MS possibilitaram a ampliação dessa interação e a articulação das atividades relacionadas ao programa, quais sejam: a organização de uma coordenação do MS, responsável pela pauta e criação do Grupo de Trabalho do PMAQ-AB. Esse grupo executivo consolidava as propostas e organizava a pauta, por isso também tinha poder de influenciar a discussão dentro da coordenação e com os demais gestores nacionais do SUS, representados pelo Conasems e o Conass, na estrutura institucional de governança nacional do SUS.

Nessa interface governo-academia, os atores institucionais buscaram conciliar a perspectiva da gestão e da academia. A tensão entre política e academia foi evidenciada pelos entrevistados, que a associaram a diferentes visões e interesses dos gestores públicos e acadêmicos, relacionados às suas missões institucionais.

As narrativas revelaram interesses e posicionamentos geradores de conflitos na arena de debate e deliberação. Havia uma tensão permanente entre esses dois polos: acadêmico e gestão. De um lado, os dirigentes do MS agiam politicamente para garantir a implementação do programa e, em última análise, a certificação para a transferência de recurso financeiro aos municípios. Já as IEPs, embora solidárias em relação aos interesses do MS, tinham o interesse de pesquisa. Existia, ainda, um tensionamento maior quando o MS pautava o conteúdo dos instrumentos avaliativos, o que às vezes colidia com a perspectiva

e os interesses dos acadêmicos, criando um confronto do ponto de vista das ideias.

Os encontros da Coordenação Nacional da Avaliação Externa eram periódicos, porém a frequência variou conforme o cenário de desenvolvimento do programa. Com o tempo, os intervalos entre as reuniões foram aumentando, em especial no terceiro ciclo. Os depoimentos indicam que ao longo do tempo a interação entre os membros da cooperação foi gradativamente evoluindo, tornando-se menos conflituosa, em decorrência do reconhecimento e respeito aos múltiplos interesses e perspectivas dos atores, da compreensão dos limites e das questões importantes para os gestores e acadêmicos nessa arena de debate. Além disso, à medida que as mudanças no contexto político foram afetando o SUS, a partir de 2016, uma relação de maior parceria se estabeleceu, a tensão foi-se transformando em colaboração e apoio mútuo.

Nesse espaço, o processo de tomada de decisão relacionado à avaliação externa ocorria de forma dialética e compartilhada. Embora em situações mais delicadas ou controversas, as decisões ficavam sob responsabilidade dos gestores do MS. A dinâmica decisória costumava ser por consenso, ou seja, divergências não superadas mantinham o processo de conversação. Muitos problemas do MS e das IEPs eram compreendidos como estruturais e, portanto, de difícil solução.

A interação constante entre a equipe técnica do DAB e os pesquisadores tornou o processo decisório mais dinâmico e permeável às questões relacionadas à cooperação que precisavam ser decididas pelos gestores. Mas, com as mudanças de dirigentes no DAB, a equipe técnica passou a acumular o papel de articulação com as IEPs e a função deliberativa. A relação de confiança construída entre as IEPs e os técnicos do DAB durante anos, o conhecimento deles sobre o processo avaliativo e os trâmites no MS possibilitaram encaminhar as decisões rapidamente. Segundo os entrevistados, quem deveria decidir parecia não entender os processos, especialmente durante a gestão de Michel Temer.

Como o PMAQ-AB era uma iniciativa prioritária da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as decisões acerca da avaliação externa eram orientadas pela agenda política do MS, mas também eram influenciadas pela perspectiva dos diversos atores envolvidos com o programa. As decisões na coordenação sofriam interferência de outros processos políticos, especialmente pelas decisões tomadas no espaço de gestão nacional do SUS, a Comissão de Intergestores Tripartite, na qual a visão dos gestores municipais e estaduais influenciava as propostas e reorientava o debate e as decisões.

Contudo, a perspectiva da gestão do MS era considerável nesse processo, já que a avaliação externa não se tratava de uma pesquisa avaliativa *stricto sensu*. No espaço da coordenação, os pesquisadores se apoiavam nas suas concepções e nas regras básicas de pesquisa ao apreciar as decisões desses gestores públicos e decidir sobre a aceitação.

Os entrevistados revelaram alguns fatores que facilitaram o desenvolvimento da cooperação, como o compromisso e a motivação dos membros da coordenação; a disposição para encontrar soluções aos problemas de diversas ordens e complexidades para efetivação da avaliação externa, mesmo com interesses distintos e ainda que a relação em alguns momentos fosse tensa devido à própria natureza institucional dos órgãos cooperados.

Outras facilidades referem-se ao conhecimento das IEPs sobre a saúde pública e a expertise em pesquisas sobre a APS brasileira; aos princípios compartilhados coletivamente, com foco no desenvolvimento da AB no SUS e no uso do conhecimento científico para subsidiar as decisões dos gestores; e aos arranjos institucionais criados no DAB-MS e na Coordenação Nacional de Avaliação Externa.

Na interpretação dos entrevistados, a governança despontou como o principal problema da cooperação institucional. Nesse contexto, as diferenças institucionais de missões do MS e das IEPs, que refletem nas distintas formas como os atores reproduzem o conjunto de práticas e relações sociais, foram frequentemente destacadas como uma

dificuldade dessa interface governo-academia. Nessa cooperação, os objetivos e tempos da gestão e da academia, mais a conexão disso com o pagamento por desempenho do programa foram aspectos que não facilitaram a interação. Outra dificuldade está associada às mudanças de gestão no governo federal que influenciaram nos processos de interação e de tomada de decisão no âmbito da cooperação institucional.

Do contexto histórico-político-institucional do governo federal em 2019 ao encerramento do PMAQ-AB e da cooperação

Durante a implementação do programa, importantes mudanças político-institucionais no governo federal impactaram nas políticas do MS. As narrativas evidenciam que o seu encerramento reverberou no fim da cooperação institucional. Historicamente, o PMAQ-AB foi iniciado no governo de Dilma Rousseff (2011-2016), no contexto de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011. Os dirigentes do MS à época optaram por firmar cooperação com IEPs, a partir do apoio da Rede APS (Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2012).

Evidências documentais mostram que em 2016 havia um “clima de indefinição e morosidade” em termos de continuidade da avaliação externa, resultante da “crise institucional” observada no governo federal (Silva, 2016). Após o impeachment da presidenta Dilma, na administração de Michel Temer (2016-2018), a PNAB passou por nova revisão, em 2017. Segundo a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (2018), o PMAQ-AB e os incentivos por desempenho corriam risco de descontinuidade no SUS em função de restrições financeiras impostas pela Emenda Constitucional n. 95 (EC 95), de 15 de dezembro de 2016.

Em 2019, no governo de Jair Bolsonaro, ele foi substituído pelo Programa Previne Brasil (PPB), e a cooperação governo-academia foi encerrada. Assim, houve uma importante mudança institucional no MS e na política de saúde, sobretudo no seu financiamento. Conforme

depoimentos, a interrupção do programa esteve associada à escassez de recursos financeiros para a área da saúde como um motivo para o seu fim, além de motivada por divergência ideológica de cunho político-partidário.

Dois principais motivos interconectados contribuíram para o fim da cooperação. Primeiramente, a mudança institucional no MS em 2019, quando houve ascensão a cargos institucionais de alto nível hierárquico de atores contrários ao PMAQ-AB, sobretudo na direção no DAB/MS, setor posteriormente denominado Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). Associado a isso, destaca-se o conflito de grupos: dirigentes ministeriais de 2011 e dirigentes ministeriais de 2019. A base da disputa fundamenta-se na dissonância de concepções referentes à política pública de saúde e epistemológica relativa às compreensões sobre avaliação, seus procedimentos e métodos. Esses fatores foram determinantes para a interrupção do programa e tiveram expressa correspondência com a cooperação.

Dada a nova conjuntura institucional, as disputas ocorridas durante as negociações iniciais do PMAQ-AB contribuíram para acirrar a ruptura em 2019 entre MS e IEPs que apoiaram formalmente a iniciativa. Dirigentes da SAPS em 2019 que não participaram da implementação eram adversários políticos de grupos acadêmicos envolvidos com o programa.

Justificativas anunciadas por dirigentes do MS para sua substituição revelam as principais questões conflituosas, quais sejam: a metodologia de avaliação, o instrumento de avaliação externa e suas limitações, a periodicidade das avaliações, os indicadores de monitoramento selecionados, os critérios de adesão das equipes (incluindo a participação voluntária ao programa), a dependência de contratos com universidades, os questionamentos de gestores sobre os resultados da avaliação (HARZHEIM, 2020; SELLERA et al., 2020; TV PORTAL CNM, 2020). Ademais, problemas associados ao trabalho das instituições acadêmicas quanto à execução da avaliação por IEPs em estados

diferentes da sua localidade de origem, além de dúvidas dos gestores sobre a capacidade e a postura dos entrevistadores (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2020).

Contudo, não havia, por parte das representações nacionais dos estados e municípios, pleito à suspensão do programa e da cooperação institucional. A cada ciclo do programa, MS, Conass e Conasems trabalhavam conjuntamente com o objetivo de qualificar os métodos empregados no processo avaliativo. Entretanto, aspectos técnico-políticos favoreceram o acordo tripartite pela substituição do programa.

Ainda em 2019, o MS propôs tal substituição. No âmbito tripartite, buscou-se instituir uma estratégia correspondente (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2020). Como resultado, foi instruído o novo modelo de financiamento federal da AB, incluindo um componente de pagamento por desempenho, e definindo o PCATool como ferramenta avaliativa (Brasil, 2020).

Embora existam críticas ao processo de negociação em torno do PPB, a exemplo da ausência de debates mais amplos e da não valorização da opinião de pesquisadores, de entidades do campo da saúde e do Conselho Nacional de Saúde, além de argumentos sobre o risco de redução de recursos financeiros para os municípios (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2019; Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2019), o programa foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2019.

As entrevistas revelaram que o encerramento da cooperação foi decidido pela gestão do MS mediante um processo marcado pela ausência de debate. Não houve formalmente, por parte das autoridades ministeriais, comunicação ou convite de reunião às IEPs para informar sobre o fim do PMAQ-AB e a decisão de encerrar a parceria.

Conforme os entrevistados, houve um movimento de lideranças das IEPs buscando o diálogo com as autoridades ministeriais. O propósito era manter a aproximação governo-academia com o objetivo de elaborar estratégias avaliativas para a AB. As informações mostram

que, em um encontro informal entre as instituições cooperadas, os representantes do MS afirmaram que a proposta era substituir o modelo de cooperação com as IEPs por uma cooperação do IBGE com a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) para realizarem pesquisas avaliativas sobre AB no País. Depois disso, não houve abertura para interlocução sobre a parceria.

Documentos analisados (Brasil, 2019; Harzheim, 2020) também descrevem as estratégias das autoridades ministeriais: realizar o resgate histórico do IBGE como maior avaliador externo das políticas públicas em saúde no Brasil, a partir da formalização de termo de cooperação técnica, com aplicação de recursos perenes, visando ampliar o componente de AB nas pesquisas de base demográfica já existentes no País; além de estabelecer acordo inédito com a OCDE para a realização de duas grandes avaliações nacionais no SUS, a serem procedidas por pesquisadores ligados à instituição internacional.

Gestores e acadêmicos argumentaram que, nesse contexto, não foi oferecida por parte do MS alternativa para continuar com a cooperação institucional. Não houve proposta concreta para utilizar aquela rede de IEPs numa outra finalidade, ou para trabalhar algum outro aspecto de avaliação de desempenho e da AB. Restou às IEPs concluírem as formalidades administrativas relativas ao PMAQ-AB para recebimento de recursos financeiros remanescentes.

A decisão do MS de suspender a cooperação foi vista como prejuízo para o SUS, com reflexo na gestão da saúde e nas atividades acadêmicas em saúde. Os depoimentos indicam que essa medida caracterizou uma iniciativa de enfraquecimento das instituições democráticas e de desmonte das políticas públicas, no contexto do governo federal.

As declarações enfatizam que o encerramento da cooperação desarticulou e fragilizou as relações estabelecidas entre governo e academia no SUS. O fim da cooperação também foi interpretado como uma modificação no modelo de interação governo-academia, focada nas necessidades observadas pelo MS, como ocorre em outras formas de

interação, quando se abre edital ou se fazem termos de descentralização com a academia para pesquisar questões pontuais de interesse do MS.

Mencionou-se, ainda, que o fim da cooperação enfraqueceu a agenda de pesquisas na AB, repercutindo negativamente para o adensamento de conhecimento científico voltado ao aprimoramento dessa área do SUS. Refletiu na perda de dados da avaliação externa, os quais são geradores de informações importantes para pensar a política pública de saúde e subsidiar a tomada de decisão dos gestores na esfera federal, a partir da integração entre ciência e política no sentido da PIE. Também se observou preocupação dos entrevistados com o fim dessa aproximação governo-academia e o impacto disso nas políticas públicas de saúde, dados os desafios atuais do SUS.

Uma perspectiva sobre essa interface governo-academia no campo da saúde sob a ótica neoinstitucionalista histórica

Esta pesquisa apresenta a trajetória da construção da cooperação até o seu encerramento e, dentro desse percurso, dá ênfase aos processos e às circunstâncias que marcaram essa interação governo-academia no SUS, considerando o papel dos atores dentro dos contextos político-institucionais observados.

A efetivação dessa cooperação institucional como alternativa de ação para a implementação do PMAQ-AB no SUS ampliou a capacidade institucional do MS, possibilitando a execução de uma inédita pesquisa avaliativa de ações intergovernamentais em larga escala na AB do SUS. Esse processo resultou da mobilização intergovernamental do MS com as IEPs para suprir necessidades operacionais, que visou suprir lacunas técnicas de várias ordens na formulação e operacionalização dessa avaliação de grande magnitude no SUS e de apoio à gestão. Conferiu, ainda, maior grau de qualificação, isenção, legitimidade, credibilidade política e técnica a um processo com as características do PMAQ-AB, em razão da função social que se reflete em interesses, valores e cultura,

entre outras características particulares que diferenciam institucionalmente as IEPs de outras organizações (Freire-Maia, 2007).

Com base no NH, essa cooperação institucional evidenciou uma complexidade associada à natureza das organizações, que reflete nos papéis sociais, nas concepções e legitimidades distintas de gestores governamentais e membros da academia. Sendo assim, o processo de interação e de tomada de decisão foi marcado pela diversidade de ideias, interesses, perspectivas, divergentes e contraditórias, e pela capacidade de agir dos atores. Ao mesmo tempo, foi influenciado pela natureza das “instituições” que configuram as “regras do jogo” do campo da gestão pública no SUS e pelas normas que regem as atividades acadêmicas.

No âmbito da cooperação, foram adotados arranjos e práticas institucionais específicas. Destaca-se, nesse contexto, a Coordenação Nacional da Avaliação Externa, que funcionou como um comitê ou fórum de governança, com o objetivo de equacionar, de alguma forma, os paradoxos relacionados às diferentes perspectivas dos gestores públicos e acadêmicos. As decisões tomadas no espaço da coordenação, mesmo que baseadas em conhecimento e expertise da academia em pesquisas avaliativas, precisavam estar em consonância com deliberações procedentes de outros espaços de gestão e governança do SUS, a exemplo da arena da tripartite. As facilidades e dificuldades percebidas nessa interface governo-academia foram relacionadas a aspectos institucionais intrínsecos ao mundo da gestão e da academia, a fatores político-institucionais de um determinado contexto histórico.

Essa parceria transcorreu por três governos na esfera federal, quando terminou. Os achados mostram relação entre o processo de ruptura da “trajetória de dependência” desse programa governamental e o encerramento da cooperação, no qual mecanismos causais correlacionados que constituíram conjunturas críticas à cooperação podem ser identificados. A descontinuidade do governo na esfera federal, dos atores e de suas intencionalidades é fator em destaque.

A trajetória histórica dessa cooperação se mostrou dependente de iniciativas anteriores de aproximação entre governo e academia no SUS, intensificadas durante os governos do Partido dos Trabalhadores (PT) na esfera federal, na década de 2000. O fim da parceria passa pela ruptura da trajetória de dependência, quando é possível identificar mecanismos causais correlacionados caracterizados por uma conjuntura crítica que gerou um ponto de inflexão à cooperação (Pierson, 2000), mas também por mudanças incrementais deflagradas por políticas públicas (Mahoney; Thelen, 2010).

A conjuntura crítica reflete o momento histórico de mudança institucional intensa no governo federal em 2019, quando se iniciou o governo Bolsonaro (eleito em 2018), de posição política distinta daquela dos governos imediatamente anteriores do PT, cujos projetos políticos caminham em sentidos opostos (Cohn, 2020). A dinâmica político-institucional produzida nesse novo contexto permitiu a redefinição das instituições, além de modificações nas políticas públicas do SUS e nas relações com outros setores da sociedade, como se pode esperar em situação de mudança institucional, segundo March e Olsen (2008).

Similarmente à criação do PMAQ-AB em 2011, o seu encerramento dependeu de uma janela de oportunidade (Nogueira, 2006). O programa já vinha resistindo a mudanças político-institucionais do governo Temer: a adoção da Emenda Constitucional nº95 (EC-95), que afeta negativamente o financiamento das políticas de saúde e educação; e a revisão da PNAB, alvo de críticas de diversas entidades e atores da saúde coletiva/pública. O legado dessas medidas soma-se às prioridades políticas e orçamentárias definidas pelo governo Bolsonaro, inaugurando um novo contexto, que possibilitou transformações mais intensas no SUS.

Nesse cenário, diversos programas prioritários de governos imediatamente anteriores foram encerrados ou substituídos por novas iniciativas desenhadas como marca do governo à época. Na AB, destaca-se uma guinada no modelo de financiamento e de pagamento

por desempenho, que efetivou a substituição do PMAQ-AB pelo PPB (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020; Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2019); na oportunidade, a cooperação entre o MS e IEPs também foi interrompida.

O fato de cargos importantes de direção do MS nesse governo terem sido assumidos por atores políticos historicamente contrários ao programa e à cooperação também favoreceu o fim dessa parceria, como evidenciou esta pesquisa. O processo de formulação do PMAQ-AB em 2011 foi historicamente marcado por controvérsias quanto a seus elementos fundamentais. A influência de eventos do passado relativos ao momento de construção do programa, quando opções políticas ou escolhas iniciais relativas ao seu processo avaliativo foram assumidas, constituiu a gênese de um conflito de grupos, com concepções e posições técnico-políticas divergentes acerca da política de saúde, que repercutiram no futuro da cooperação.

Observou-se que o fim da cooperação institucional foi processado dentro do contexto político-institucional do SUS permeado de interferências históricas que impactaram nas práticas dos gestores públicos e na condução dos processos políticos nas arenas decisórias do processo de governança pública. Esse momento foi marcado pela ausência de interlocução entre gestores públicos e acadêmicos, mesmo após busca pelo diálogo por parte de representantes das IEPs, no intuito de manter uma aproximação SUS-academia. A decisão do MS de suspender a cooperação foi vista como prejuízo tanto para o SUS quanto para as atividades acadêmicas no campo da saúde. Nesse sentido, essa medida se destacou pelo potencial de enfraquecer a articulação entre governo e IEPs, inibindo possibilidades de ação integrada que busquem soluções eficazes para os atuais problemas do SUS.

Como ensina o NH, a dinâmica de construção das políticas públicas no SUS é influenciada pelos atores políticos envolvidos na tomada de decisão, e pelo contexto político-institucional nacional, o que termina por direcionar estratégias adotadas no âmbito da política.

Assim, na disputa da política, os atores agem estrategicamente influenciados por determinadas regras e pela distribuição desigual de recursos que condicionam, possibilitam e oferecem oportunidades à atuação. Essa interação entre governo e academia aponta a necessidade de analisar suas relações internas, bem como as que estabelecem com outros espaços, dentro do sistema político e social mais amplo.

O Neoinstitucionalismo Histórico trouxe elementos necessários para compreender os múltiplos determinantes que influenciam os processos e acontecimentos, ainda mais quando relacionados a procedimentos de caráter avaliativo e de pagamento por desempenho no campo da saúde; e para refletir sobre o papel dos atores, interesses, ideias, instituições, fatores sociais e econômicos nesse contexto.

A principal limitação deste estudo está relacionada à escolha dos entrevistados. Observou-se que não apareceram críticas mais contundentes aos processos político-institucionais que levaram à cooperação com a academia; também não foram evidenciadas críticas mais notórias a problemas e contradições relacionados ao processo avaliativo e suas consequências para a cooperação.

Sugere-se que pesquisas futuras explorem a visão de outros atores, narrando suas participações e posicionamentos nos espaços de disputa da política no SUS, a exemplo do Conselho Nacional de Saúde, gestores estaduais e municipais. A perspectiva desses últimos possibilitaria investigar aspectos que desvelem a dimensão da realidade local no contexto de implementação do PMAQ-AB, sobretudo na ótica da governança tripartite do SUS. Também é possível aprofundar sobre a perspectiva de outros atores/entidades do campo da saúde coletiva/profissionais que participaram dos debates iniciais acerca do PMAQ-AB, que possam revelar outros detalhes sobre as negociações em busca de apoio ao processo avaliativo do programa. Outros estudos podem focar na dimensão interacional entre governos e IEPs em níveis mais descentralizados do sistema, visando observar resultados dessa cooperação para ambas as burocracias institucionais e o impacto disso no SUS local.

Este estudo oferece uma contribuição à discussão sobre as formas de interação entre governos e a comunidade acadêmica dentro de ambientes complexos como o campo da saúde pública brasileira, que, muitas vezes, exigem a elaboração de medidas e soluções estratégicas para o enfrentamento dos problemas do sistema de saúde. Mesmo que não permita generalização mais ampla dos achados, a pesquisa aponta recomendações e apresenta um conjunto de resultados que podem vir a ser generalizados em análises futuras, em investigações sobre contextos de políticas de saúde similares. Também, abre uma interessante janela para estudos posteriores sobre políticas e programas do SUS que visem compreender a atuação das autoridades sanitárias no processo de implementação de políticas públicas e as suas formas de interação com setores da sociedade em diferentes contextos político-institucionais.

CONCLUSÃO

Este trabalho apresenta um olhar sobre a complexa história dessa cooperação institucional entre academia e governo no PMAQ-AB, iniciada em 2011 e encerrada em 2019. Essa parceria foi efetivada com a missão de garantir a implementação do principal programa do MS voltado à articulação de diversas iniciativas da PNAB 2011, e que inovou ao associar processos avaliativos à estratégia de pagamento por desempenho no SUS.

Há várias formas de contar essa história, mas certamente os postulados do NH permitiram analisar a trajetória de construção e desenvolvimento da cooperação, marcada por sequências e contingências, fruto de conformações institucionais e legados ideacionais, e da influência dos atores que agem nas arenas de disputa política.

O cenário político do governo federal, evidentemente, direciona as políticas governamentais formuladas nos ministérios. Nesse sentido, é preciso dizer que as diferenças ideológicas entre os grupos políticos

que estiveram no poder nos últimos anos são evidentemente consideráveis, e isso reverbera na própria política. Reconhecidamente, diversas iniciativas no campo da saúde, que vinham sendo construídas desde o início da década de 2000, tiveram a intenção de prosperar ainda mais nas conquistas do SUS.

Por outro lado, já no início do governo Bolsonaro diversas críticas (Lima et al., 2019; Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2018, 2019) apontam para retrocessos nos rumos das políticas sociais. Tais publicações denunciam o desmonte da saúde por orientação central do governo, que colocava em xeque o direito constitucional à saúde, alcançado por meio da luta social. De tal modo, a agenda governamental baseava-se na ideia de um SUS seletivo, o qual deveria prover ações básicas de saúde e ser focalizado para os mais pobres, rompendo o princípio da universalidade do sistema. Além disso, conceberam-se propostas ministeriais alinhadas com princípios neoliberais mais radicais que pensam a política de saúde como mercadoria, ao admitir que uma significativa parcela da população pague por planos de saúde baratos e de cobertura limitada, que oferecem baixa qualidade e resolutividade aos problemas de saúde.

Diante disso, pode-se afirmar que o intercâmbio interinstitucional para o desenvolvimento e a execução de projetos com vistas ao fortalecimento da gestão da saúde e apoio ao desenvolvimento institucional do sistema de saúde é uma expectativa futura, considerando os desdobramentos dessas iniciativas no campo da saúde.

Espera-se que a análise da trajetória histórica dessa cooperação institucional, constituída no esteio de um programa governamental no campo da saúde pública, influenciada pelo contexto político-institucional do governo federal, pelos atores com interesses, ideias e posições distintas, e por legados históricos que determinaram o seu curso, possa promover aprendizados que ajudem e orientem uma retomada institucional para reaproximação da política e da ciência em novo contexto sanitário, político e social.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 70, 2015. 229 p.

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 e o Incentivo Financeiro do PMAQ. **Diário Oficial da União**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério terá retrato da saúde da população**. Brasília: MS, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6575>. Acesso em: 23 fev. 2022.

CAVALCANTI, Pauline e FERNANDEZ, Michelle. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], V. 30, n. 03 [Acessado 31 Outubro de 2024], e300323. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300323>>

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M.; GURGEL JÚNIOR, G. D. Cooperação entre academia e governo para avaliar a APS no SUS. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. e210103, 2021.

COHN, A. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 109, p. 129-160, abr. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Nota informativa componente desempenho financiamento federal para atenção básica dos municípios**. Brasília: Conasems, out. 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/10/NOTA_INFORMATIVA_DESEMPENHO_revisao.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Entra atenção primária, sai o controle social**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2019.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. **Rotas da Atenção Básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FREIRE-MAIA, N. **A ciência por dentro**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção Básica**: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do neoinstitucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.

HARZHEIM, E. Previne Brasil: bases da Reforma da APS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 189-1196, mar. 2020.

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 30, ano 11, p. 139-166, 1996.

IMMERGUT, E. M. The Theoretical Core of the New Institutionalism. **Politics and Society**, Thousand Oaks, v. 26, n. 1, p. 5-34, Mar. 1998.

LIMA, H. S. C. et al. SUS, saúde e democracia: desafios para o Brasil Manifesto de seis ex-ministros da saúde a propósito da 16ª Conferência Nacional De Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3713-3716, out. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003713&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 jan. 2020.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, n. 33, e00129616, 2017. Sup. 2.

MAHONEY, J.; THELEN, K. A theory of gradual institutional change. Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power. **Imprensa da Universidade de Cambridge**, Cambridge, v. 1, p. 1-37, 2010.

MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. Neoinstitucionalismo: fatores organizacionais na vida política. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 16, n. 31, p. 121-142, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782008000200010>. Acesso em: 10 mar. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00040220, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 10 mar. 2020.

NOGUEIRA, F. A. **Continuidade e descontinuidade administrativa em governos locais**: fatores que sustentam a ação pública ao longo

dos anos. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

PEREIRA, A. M. Análise de políticas públicas e Neoinstitucionalismo Histórico: ensaio exploratório sobre o campo e algumas reflexões. *In*: GUIZARDI, F. L. *et al.* **Políticas de Participação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2014. p. 143-164.

PIERSON, P. Increasing returns, path dependence, and the study of Politics. **The American Political Science Review**, Cambridge, v. 94, n. 2, p. 251-267, jun. 2000.

PIERSON, P. **Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis**. Princeton: Princeton University Press, 2004.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. **Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica**. Brasília: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos--para-a-atencao-basica/>. Acesso em: 1 maio 2014.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Contribuições do PMAQ à APS**. Brasília: Rede APS, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/10/14/contribuicoes-do-pmaq-a-aps/>. Acesso em: 10 dez. 2019.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Seminário Anual da Rede de Pesquisa em APS**. Brasília: Rede APS, abr. 2012. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Relat%C3%B3rio-Rede-APS-17-de-abril-final.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RESENDE, T. C. *et al.* Avaliação de políticas públicas: revisão sistemática sobre um programa de pagamento por desempenho na saúde pública no Brasil. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, v. 23, n. 59, p. 63-77, jan./abr. 2021.

REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA ABRASCO. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, (spe. 1), p. 406-430, 2018.

RODRIGUES, V.; SANTOS, C. R. I.; PEREIRA, M. U. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 173-181, out. 2014.

RUSSO, L. X. *et al.* **Pay for performance in primary care**: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009-2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/353128903_Pay_for_performance_in_primary_care_the_contribution_of_the_Programme_for_Improving_Access_and_Quality_of_Primary_Care_PMAQ_on_avoidable_hospitalisations_in_Brazil. Acesso em: 23 nov. 2021.

SELLERA, P. E. G. *et al.* Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1401-1412, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.36942019>. Acesso em: 15 mar. 2022.

SILVA, I. **Bomba**: PMAQ corre risco de descontinuidade. 8 jul. 2016. Disponível em: <http://ivandoagentedesaude.blogspot.com/2016/07/bomba-pmaq-corre-risco-de.html>. Acesso em: 29 mar. 2022.

SOUSA, A. N. A. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, spe 1, p. 289-301, 2018.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

THELEN, K. Historical institutionalism in comparative politics. **Annual Reviews of Political Science**, London, n. 2, p. 369-404, 1999.

TV PORTAL CNM. Roda de Conhecimento. **Financiamento da Atenção Primária à Saúde**. 2020. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=dIVjlQPUsp0&ab_channel=TVPortalCNM. Acesso em: 20 mar. 2022.

UCHÔA, S. A. de C. *et al.* Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, v. 2, n. spe 1, p. 100-113, set. 2018.

Capítulo 4.

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO NORDESTE

Nádia Maria da Silva Machado

Letícia Xander Russo

Helena Eri Shimizu

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

André Luís Bonifácio de Carvalho

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi uma estratégia, criada em 2011, para fortalecer a atenção primária à saúde (APS), em um período em que o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrava importantes conquistas, mas principalmente desafios para avançar com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Foi uma iniciativa que inovou ao vincular o repasse de recursos à implantação e ao alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB), representando grande mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB).

Instituído como um componente da PNAB tinha o propósito de mobilizar os atores locais com vista à melhoria das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientados por diretrizes pactuadas nacionalmente (Brasil, 2011c, 2015).

As equipes de atenção básica eram certificadas pelo PMAQ-AB em todo o País e o desempenho foi monitorado por meio de indicadores relacionados às principais áreas estratégicas da AB e às marcas estratégicas do governo da então Presidenta Dilma Rousseff. Essa lógica governamental foi definida com o objetivo de ampliar a qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde (Brasil, 2013).

O processo de certificação das equipes contemplou uma variedade de ferramentas para avaliar e monitorar a qualidade dos serviços de saúde. A avaliação externa, a autoavaliação, os indicadores de processo e resultado, a avaliação da satisfação dos usuários e o monitoramento dos indicadores do programa são algumas das ferramentas utilizadas para garantir uma análise abrangente, sistemática e contínua da atenção básica (Brasil, 2011b, 2015).

O PMAQ-AB tornou-se a principal estratégia aplicada de repasse de recursos financeiros por desempenho do País, com diferentes formatos e modalidades utilizadas pelas autoridades municipais de saúde (Brasil, 2015). O programa segue o modelo *pay for performance* (P4P) – ou “pagamento por desempenho” – como referência para a transferência de recurso a provedores ou serviços de saúde, por meio do alcance de metas de desempenho pactuadas previamente. Esse modelo buscava o incentivo às melhores condutas individuais e coletivas em prol da produção de resultados ou padrões de acesso e qualidade na saúde (Barreto, 2015).

O modelo P4P é mundialmente utilizado como um mecanismo em que recursos financeiros são transferidos para provedores ou serviços de saúde com base nos resultados alcançados em relação a ações ou metas mensuráveis e predefinidas. Embora existam vários modelos identificados, os esquemas de P4P na área da saúde têm

como objetivo incentivar comportamentos individuais ou coletivos para a obtenção de melhores resultados ou padrões de qualidade na prestação de serviços de saúde (Barreto, 2015).

No Brasil, o modelo utilizado teve flexibilização quanto à aplicabilidade do recurso, pois os municípios decidiram a forma de utilização dos incentivos financeiros (Rodrigues *et al.*, 2021). A forma de aplicação dos recursos ficou a cargo da gestão municipal, porém, para o repasse financeiro, foram adotadas avaliações periódicas por meio de centenas de indicadores e metas estabelecidas, e procedimentos avaliativos por meio da ferramenta de autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade (AMAQ), os quais auxiliavam na pactuação de prioridades de investimentos para a melhoria da qualidade da AB (Brasil, 2015; Chimara *et al.*, 2013). No último período avaliativo do programa, o gestor foi inquirido sobre os profissionais e a gestão da AB em sistema eletrônico, porém este não contemplou variáveis importantes para a caracterização das modalidades de pagamento por desempenho orientadas pelo modelo P4P (Brasil, 2011a).

O PMAQ-AB refletiu em melhora na estrutura de planejamento e apoio ao processo de trabalho das equipes de atenção básica na região Nordeste, constatada nos três ciclos, com ampliação do financiamento e, conseqüentemente, recursos disponibilizados. O programa se mostrou relevante na promoção da extensão dos serviços de Atenção Primária à Saúde, especialmente nas regiões menos favorecidas, confiantes para a redução das desigualdades sociais e em saúde, desafios presentes e futuros nessa parte do País (Mangueira, 2016; Silva *et al.*, 2021).

Verificou-se em outro estudo que a participação dos municípios da região nordeste no PMAQ-AB foi expressiva – 45% da amostra total – e gradativa entre os ciclos, corroborando com o estudo de dimensão nacional que também demonstrou que no primeiro e segundo ciclos um percentual de 34% do total de UBS do País aderiu ao programa – a maioria (36,5%) era na região Nordeste (Machado, 2023). O terceiro ciclo do programa obteve adesão de 88% em relação ao total de respostas,

dimensão também observada em estudo posterior dessa região: 99,94% das equipes de atenção básica avaliadas correspondiam a 37,28% do total das equipes avaliadas no País, corroborando os resultados desta pesquisa (Neves *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2021).

Foi possível observar que ocorreu adesão gradativa dos municípios ao programa, sobretudo, a partir do maior conhecimento e compreensão do programa ao longo dos ciclos. Contudo, percebe-se que poderia ter havido maior divulgação e esclarecimento sobre os objetivos, benefícios e critérios para a participação dos municípios. Outro fator importante para maior adesão dos municípios foi a disseminação de informações e boas práticas entre os municípios; à medida que os municípios apoiaram suas experiências positivas, outros podem se sentir encorajados, buscando alcançar melhorias semelhantes em seus próprios serviços de saúde. Também é importante destacar que foi um programa de caráter voluntário, ou seja, os municípios tiveram a opção de aderir a ele ou não (Brasil, 2015; Manguiera, 2016; Rodrigues *et al.*, 2021).

Apesar da magnitude do PMAQ-AB, é preciso conhecer em maior profundidade como os municípios desenvolveram o sistema de pagamento por desempenho, considerando-se a liberdade dos municípios nos usos dos recursos obtidos do programa.

Este estudo teve como objetivos descrever como se deu o uso do recurso financeiro advindos do PMAQ-AB pelos municípios da região Nordeste, no que tange: a) municípios que pagaram por desempenho, b) os critérios utilizados para repasse de recurso, c) categorias profissionais, d) valor repassado, e) periodicidade de pagamento às equipes e f) outras finalidades para aplicação do recurso.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, realizado por meio de inquérito *on-line* (*Survey monkey*), autorrespondido pelos sujeitos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de

2019. Os participantes foram os secretários de saúde ou representantes da gestão municipal.

O instrumento de coleta de dados contemplou questões sobre: a) municípios que utilizaram o recurso do programa para pagamento por desempenho; b) porcentagem do recurso total recebido pelo município e utilizado para repasse às equipes da AB; c) critérios usados para definir o valor dos recursos repassados às equipes de AB; d) profissional que recebeu o recurso como forma de incentivo financeiro; e) periodicidade em que os recursos foram pagos; f) outras finalidades para as quais os recursos foram utilizados.

A região Nordeste possui 1.794 municípios; obteve-se resposta de 360 municípios, o que representa 20% do total de municípios da região. O público-alvo da pesquisa foram secretários municipais de saúde, coordenadores e/ou membros da atenção básica, caracterizados em 360 sujeitos: 239 (66,4%) secretários municipais de saúde, 108 (30%) coordenadores ou membros da atenção básica, 11 (3,05%) em outras ocupações e 2 (0,55%) que não se identificaram.

RESULTADOS

Dos estados da região Nordeste, 360 municípios aderiram ao PMAQ-AB; desses, 79% afirmaram ter utilizado o recurso do programa para pagar por desempenho aos profissionais da Atenção Básica (tabela 1).

Tabela 1 – Adesão municipal da região Nordeste ao PMAQ-AB e total de municípios que pagaram por desempenho aos profissionais de saúde, por UF (N=9)

UF	Participaram do programa	Pagaram por desempenho
	N	N
AL	14	10
BA	36	17
CE	50	34

UF	Participaram do programa	Pagaram por desempenho
	N	N
MA	5	3
PB	92	84
PE	60	44
PI	53	48
RN	24	20
SE	26	24
Total	360	284

Fonte: Elaboração própria, 2024. banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do PMAQ-AB pelos gestores da AB dos SUS.

Pagamento por desempenho aos profissionais com recurso do PMAQ-AB por ciclo do programa

Na tabela 2 são analisados os municípios da região Nordeste que participaram do PMAQ-AB e que usaram o recurso do programa para pagamento por desempenho aos profissionais de saúde por ciclo. No primeiro ciclo, 80% afirmaram fazer o pagamento: Paraíba, 95%; Sergipe, 88%; Piauí, 87%; Rio Grande do Norte, 82%. No segundo ciclo, 82% dos municípios pagaram por desempenho, apresentando maior participação os seguintes estados: Paraíba, 95%; Sergipe, 94%; Piauí, 92%; Rio Grande do Norte, 90%. O programa teve na região Nordeste a maior adesão municipal no terceiro ciclo de implementação, também teve o maior número de municípios que utilizaram o recurso como incentivo por desempenho das equipes de AB: 82%. Proporcionalmente, destacam-se estes estados: Sergipe, 96%; Piauí, 96%; Paraíba, 90%; Alagoas, 77%. Foi possível observar que o crescimento entre o primeiro e o terceiro ciclo foi gradativo na região. O estado da Paraíba destacou-se com maior adesão municipal ao programa e respectivamente maior aplicação de recurso em incentivo ao desempenho profissional.

Tabela 2 – Adesão municipal da região Nordeste ao PMAQ-AB e total de municípios que pagaram por desempenho aos profissionais de saúde, por UF e ciclo do programa (N=9)

UF	1º ciclo		2º ciclo		3º ciclo		Total mun./ adesão
	Adesão	Incentivo	Adesão	Incentivo	Adesão	Incentivo	N
AL	6	4	9	5	13	10	14
BA	24	11	24	11	31	16	36
CE	33	24	35	26	47	34	50
MA	3	2	2	1	2	1	5
PB	59	56	75	71	83	75	92
PE	32	24	48	35	49	36	60
PI	32	28	39	36	45	43	53
RN	17	14	21	19	21	19	24
SE	17	15	18	17	25	24	26
Total	223	178	271	221	316	258	360

Fonte: banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelos gestores da AB dos SUS.

Pagamento por desempenho segundo faixa de aplicação do PMAQ-AB e por ciclo de programa

Os municípios do Nordeste que usaram o recurso do PMAQ-AB para pagamento por desempenho foram classificados por faixa de aplicação do recurso. Conforme a tabela 3, a identificação do percentual dos recursos aplicados foi pesquisada por meio de cinco faixas. Em análise, a faixa de 41% a 60% foi a mais utilizada nos três ciclos de implementação do programa: 55,1% no primeiro ciclo, 62,5% no segundo ciclo, 62% no terceiro ciclo. Considerando a mesma faixa, por estado, no primeiro ciclo, destaca-se a Bahia com 81,8%; no segundo ciclo, Rio Grande do Norte com 78,9%; e no terceiro ciclo, a Bahia (novamente) foi o estado com maior percentual nessa faixa, 81,8%.

Porém, individualmente, para alguns estados, 100% dos municípios aplicaram em outras faixas por ciclo, como os municípios do estado do Maranhão: no primeiro ciclo, optaram por aplicar entre 1% e 20%; no segundo e terceiro ciclos, entre 21% e 40%. Os municípios do estado do Maranhão aplicaram o menor percentual de recursos do programa voltado para pagamento por desempenho aos profissionais de saúde. Ao analisar as respostas fornecidas, fica evidente que a maioria dos gestores municipais destinou entre 41% e 60% do valor recebido do PMAQ-AB às equipes de atenção básica. Também pode-se observar que houve um progresso gradual na adesão dos municípios a esse intervalo percentual de repasse, à medida que os ciclos avançavam (tabela 3).

Tabela 3 – Percentual dos municípios da região Nordeste que aplicaram o recurso do PMAQ-AB para repasse às equipes de atenção básica, segundo faixa de aplicação e ciclo do programa

Faixa %	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
1º Ciclo (n:178)										
1% - 20%	0,0	0,0	25,0	100,0	10,7	20,8	14,3	14,3	0,0	14,0
21% - 40%	0,0	18	25,0	0,0	19,6	8	21,4	7,1	6,7	16,3
41% - 60%	75,0	81,8	45,8	0,0	53,6	54,2	50,0	57,1	66,7	55,1
61% - 80%	25,0	0,0	4,2	0,0	16,1	12,5	10,7	21,4	20,0	12,9
81% - 100%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	3,6	0,0	6,7	1,7
2º Ciclo (n:221)										
1% - 20%	0,0	0,0	11,5	0,0	7,0	5,7	0,0	5,3	0,0	4,9
21% - 40%	0,0	36,4	30,8	100	14,1	20,0	16,7	0,0	0,0	16,5
41% - 60%	60,0	63,6	53,8	0,0	66,2	54,3	58,3	78,9	70,6	62,5
61% - 80%	20,0	0,0	3,8	0,0	12,7	11,4	13,9	15,8	23,5	12,1
81% - 100%	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,6	11,1	0,0	5,9	4,0
3º Ciclo (n:258)										
1% - 20%	0,0	0,0	5,9	0,0	2,7	2,8	2,3	15,8	4,2	4,2
21% - 40%	0,0	18,8	20,6	100	18,7	22,2	4,7	0,0	0,0	14,1
41% - 60%	60,0	81,3	64,7	0,0	66,7	47,2	65,1	68,4	54,2	62,0

Faixa %	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
61% - 80%	30,0	0,0	5,9	0,0	12,0	16,7	18,6	15,8	33,3	14,8
81% - 100%	10,0	0,0	2,9	0,0	0,0	11,1	9,3	0,0	8,3	4,9

Fonte: banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelos gestores da AB dos SUS.

Nota: o cálculo da tabela representa o percentual de municípios que fizeram pagamento por desempenho segundo faixa de percentual aplicado em relação ao total de municípios respondentes por UF e ciclo referente.

Pagamento por desempenho segundo categoria profissional do PMAQ-AB por ciclo do programa

Em relação à categoria profissional que recebeu pagamento por desempenho no programa, a predominância dos profissionais não médicos foi destaque: o profissional enfermeiro foi o que mais recebeu pagamento por desempenho entre os três ciclos, 94% em média. Destacam-se os profissionais que mais receberam o incentivo no primeiro ciclo: 88% de enfermeiros, 83% de técnicos de enfermagem, 82% de dentistas, 80% de auxiliares de saúde bucal, 78% de agentes comunitários de saúde, 67% de médicos, 37% de apoio, 34% de profissionais do Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família. Nos estados da Alagoas, Bahia, Maranhão e Ceará, 100% dos municípios pagaram por desempenho aos enfermeiros (tabela 4).

No segundo ciclo, receberam pagamento por desempenho 95% de enfermeiros e técnicos de enfermagem, 93% de dentistas e auxiliares de saúde bucal, 87% de agente comunitários de saúde, 75% de médicos, 52% de profissionais do NASF e 51% de profissionais de apoio. Por estado, Alagoas, Bahia, Maranhão, Rio Grande do Norte pagaram 100% aos enfermeiros e técnicos de enfermagem – com exceção do Rio Grande do Norte em relação aos técnicos de enfermagem: 94,7%.

No terceiro ciclo, foi pago o incentivo para 99,6% dos enfermeiros, 98% dos técnicos de enfermagem e dentistas, 95,7% dos auxiliares de

saúde bucal, 91% dos agentes comunitários de saúde, 73% de NASF e 60,9% de profissionais de apoio. Observou-se que 100% dos municípios, com exceção dos do Rio Grande do Norte, pagaram por desempenho aos enfermeiros. Houve uma tendência gradativa entre os ciclos na região Nordeste, de fato, no terceiro ciclo, além de ter sido o ciclo com maior adesão com (258) municípios que utilizaram o recurso para pagar por desempenho os profissionais de AB, teve 97% de gestores em média que optaram por pagar os profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Foi observada em todos os ciclos a predominância dos profissionais não médicos, com destaque para enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas no recebimento de incentivos por desempenho do programa.

Tabela 4 – Percentual de municípios da região Nordeste que aplicaram recurso do PMAQ-AB para pagamento por desempenho, segundo categoria profissional no primeiro, segundo e terceiro ciclos

Profissional	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
1º Ciclo (n:178)										
Médico	75,0	72,7	62,5	50,0	75,0	58,3	57,1	64,3	80,0	67,4
Enfermeiro	100,0	100,0	75,0	100,0	87,5	87,5	85,7	92,9	100,0	88,2
Dentista	100,0	81,8	66,7	0,0	85,7	87,5	75,0	85,7	93,3	81,5
Tec.enf	100,0	100,0	70,8	50,0	85,7	83,3	71,4	92,9	93,3	83,1
Aux.buc	100,0	81,8	62,5	0,0	85,7	83,3	71,4	92,9	86,7	79,8
ACS	100,0	100,0	37,5	50,0	82,1	83,3	71,4	92,9	93,3	77,5
NASF	75,0	27,3	37,5	0,0	26,8	37,5	35,7	42,9	40,0	34,3
Apoio	25,0	72,7	29,2	0,0	51,8	45,8	14,3	21,4	20,0	37,1
2º Ciclo (n:221)										
Médico	60,0	81,8	61,5	0,0	81,7	68,6	75,0	78,9	82,4	75,1
Enfermeiro	100	100	88	100	93	97	97	100,0	100	95
Dentista	100	81,8	88,5	0,0	94	91	97	100,0	94,1	93

Profissional	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
Tec.enf	100	100	88,5	100	94	97	94,4	94,7	100	95
Aux.buc	100,0	90,9	84,6	0,0	94,4	94,3	91,7	100,0	94,1	92,8
ACS	100	91	42	0	92	89	97	100,0	100	87
NASF	60	54,5	53,8	100,0	52	49	58	57,9	35,3	52
Apoio	20	82	50,0	0	66	46	36,1	42,1	35	51
3º Ciclo (n:258)										
Médico	80,0	75,0	61,8	0,0	85,3	66,7	83,7	73,7	79,2	76,7
Enfermeiro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	94,7	100,0	99,6
Dentista	100,0	93,8	97,1	0,0	100,0	100,0	100,0	94,7	95,8	98,1
Tec.enf	100,0	100,0	94,1	100,0	100,0	100,0	97,7	94,7	100,0	98,4
Aux.buc	100,0	87,5	94,1	0,0	98,7	97,2	95,3	94,7	95,8	95,7
ACS	100,0	100,0	50,0	0,0	97,3	100,0	95,3	94,7	100,0	91,1
NASF	70,0	56,3	70,6	100,0	81,3	69,4	86,0	68,4	50,0	73,3
Apoio	30,0	87,5	55,9	0,0	80,0	66,7	46,5	42,1	37,5	60,9

Fonte: banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelos gestores da AB dos SUS. Nota: a pergunta permitia múltipla escolha, e o cálculo da tabela representa o percentual de municípios que fizeram pagamento por desempenho por profissional por UF em relação ao total de municípios respondentes por UF no ciclo de avaliação referente.

Critérios de definição para repasse do PMAQ-AB por ciclo do programa

As variáveis investigadas relativas aos critérios usados para definir o valor dos recursos repassados para as equipes de atenção básica foram: i) resultado da certificação do PMAQ-AB realizada pelo Ministério da Saúde (MS); ii) alcance de metas estipuladas pelo município; iii) especificidades das unidades básicas de saúde (área de vulnerabilidade, condições críticas de infraestrutura etc.); iv) não houve distinção entre as equipes (todas receberam o mesmo valor); v) outros critérios não mencionados anteriormente.

Segundo tabela 5, na região Nordeste, a nota da certificação disponibilizada pelo MS foi o critério mais utilizado pelos gestores para definir o valor dos recursos repassados às equipes de atenção básica entre os três ciclos – representando 83,7% no primeiro, 79,6% no segundo, 73,6% no terceiro. Analisando por UF, os estados que mais utilizaram o critério de certificação foram: Maranhão, com 100% no primeiro e no segundo ciclos; Alagoas, com 100% no terceiro ciclo. O critério de metas foi o segundo mais utilizado entre os ciclos: 67,8%, 64,3% e 51,7% respectivamente. Por UF, observa-se que 100% dos municípios do Maranhão utilizaram também o critério de metas locais como avaliação para o pagamento por desempenho. Os municípios também utilizaram o critério das especificidades como terceira opção: 38%, 37,1% e 32% respectivamente nos ciclos, com tendência decrescente. Nota-se que o estado do Maranhão teve 100% dos municípios no primeiro e segundo ciclos, decrescendo no terceiro para 0%.

Tabela 5 – Percentual de municípios da região Nordeste que aplicaram recurso do PMAQ-AB para pagamento por desempenho, segundo critérios de definição no primeiro, segundo e terceiro ciclos

Critérios	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
1º Ciclo (n:178)										
Certificação	70,0	87,5	82,4	100,0	90,7	72,2	83,7	78,9	87,5	83,7
Metas	90,0	43,8	73,5	100,0	64,0	69,4	65,1	68,4	79,2	67,8
Especificidade	40,0	18,8	41,2	100,0	42,7	27,8	41,9	31,6	41,7	38,0
Sem distinção de critérios	30,0	12,5	29,4	100,0	33,3	41,7	37,2	52,6	33,3	34,9
Outros	20,0	31,3	47,1	0,0	36,0	33,3	25,6	15,8	29,2	32,2
Não sabia/não quis responder	0,0	6,3	5,9	0,0	4,0	2,8	9,3	5,3	0,0	4,7
2º Ciclo (n:221)										
Certificação	60,0	81,8	76,9	100,0	84,5	77,1	75,0	73,7	88,2	79,6
Metas	80,0	36,4	57,7	100,0	67,6	57,1	63,9	73,7	76,5	64,3
Especificidade	60,0	27,3	38,5	100,0	49,3	25,7	25,0	26,3	41,2	37,1

Critérios	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
Sem distinção de critérios	40,0	27,3	34,6	100,0	42,3	42,9	25,0	68,4	47,1	40,7
Outros	20,0	36,4	38,5	0,0	35,2	25,7	16,7	26,3	35,3	29,9
Não sabia/não quis responder	0,0	9,1	7,7	0,0	7,0	2,9	11,1	10,5	0,0	6,8
3º Ciclo (n:258)										
Certificação	100,0	72,7	79,2	50,0	75,0	58,3	60,7	85,7	93,3	73,6
Metas	100,0	45,5	50,0	50,0	51,8	33,3	50,0	57,1	73,3	51,7
Especificidade	100,0	18,2	33,3	0,0	39,3	20,8	25,0	14,3	46,7	32,0
Sem distinção de critérios	50,0	9,1	29,2	0,0	32,1	54,2	35,7	50,0	40,0	36,0
Outros	0,0	36,4	37,5	0,0	30,4	25,0	21,4	35,7	46,7	30,3
Não sabia/não quis responder	0,0	27,3	8,3	50,0	10,7	4,2	10,7	21,4	0,0	10,7

Fonte: banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelos gestores da AB dos SUS.

Notas: 1) A pergunta permitia múltipla escolha. O cálculo da tabela representa o número de municípios por UF que fizeram pagamento por desempenho segundo critérios definidos nos três ciclos de implementação do programa em relação ao total de municípios respondentes por UF no ciclo de avaliação referente. 2) “Certificação” representa o resultado da certificação, o sistema-base usado para definir o repasse de recurso do PMAQ-AB realizado pelo Ministério da Saúde. 3) “Meta” refere-se a metas estipuladas pelo próprio município para a equipe visando ao recebimento do incentivo. 4) “Especificidades” refere-se às condições das unidades básicas de saúde (área de vulnerabilidade, condições críticas de infraestrutura etc.), ou seja, o valor do repasse considerava tais condições.

Observa-se ainda que, apesar de os três critérios mais utilizados terem sido a certificação, as metas e a situação de especificidades, muitos municípios informaram não ter utilizado nenhum tipo de critério definido nos três ciclos: 34,9%, 40,7%, 36%, respectivamente – com destaque para o estado do Maranhão, com 100% no primeiro e no segundo ciclos. No entanto, os municípios dos estados de Alagoas, Pernambuco e Rio Grande do Norte não utilizaram nenhuma forma de critério no terceiro ciclo: 50%, 54,2% e 50% respectivamente. Pode-se

observar que, em alguns municípios, os critérios de pagamento por desempenho foram utilizados de forma mais eficaz do que em outros.

Periodicidade do repasse de recurso para pagamento por desempenho por ciclo de implementação

A maioria dos municípios da região Nordeste que pagou por desempenho aos profissionais de saúde utilizou a periodicidade mensal nos três ciclos de implementação do programa: 48% dos municípios no primeiro, 54% no segundo e no terceiro ciclos. Os resultados por estado apontam que, no primeiro ciclo, 100% dos municípios de Alagoas e 75% dos do Piauí utilizaram a periodicidade mensal para o repasse do recurso, porém os municípios do estado da Bahia fizeram pagamento de forma semestral e anual, 36,4% e 45,5% respectivamente. No segundo ciclo, 100% dos municípios do estado do Maranhão e 91,7% dos do Piauí optaram pela periodicidade mensal; contudo, no estado da Bahia, 27,3% dos municípios optaram pela periodicidade semestral e 63,6% pela anual. Já no terceiro ciclo, 100% dos municípios do Maranhão e 90,7% dos do Piauí também pagaram de forma mensal; os municípios dos estados da Bahia e da Paraíba utilizaram a periodicidade semestral: 37,5% e 49,3% respectivamente, e a periodicidade anual foi utilizada por com maior ênfase 50% pelos municípios da Bahia. Alguns municípios informaram que trabalham com o incentivo sem periodicidade definida para o pagamento: 2,8%, 1,8% e 3,2% nos três ciclos respectivamente. É percebida uma diminuição da ausência de periodicidade do primeiro para o segundo ciclo, tendo aumentado no terceiro.

Tabela 6 – Municípios da região Nordeste que aplicaram recurso do PMAQ-AB para pagamento por desempenho aos profissionais de saúde, segundo periodicidade repassada nos ciclos de avaliação

Periodicidade	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
1º Ciclo (n:178)										
Mensal	100,0	0,0	54,2	50,0	19,6	66,7	75,0	71,4	60,0	47,8
Bimestral	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	3,6	7,1	0,0	2,2
Trimestral	0,0	0,0	8,3	0,0	5,4	8,3	10,7	0,0	26,7	7,9
Quadrimestral	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	6,7	1,7
Semestral	0,0	36,4	4,2	0,0	37,5	0,0	0,0	0,0	6,7	15,2
Anual	0,0	45,5	8,3	0,0	16,1	0,0	0,0	7,1	0,0	9,6
Sem periodicidade definida	0,0	0,0	8,3	0,0	3,6	0,0	0,0	7,1	0,0	2,8
Não Sei/Não quero responder	0,0	18,2	16,7	50,0	14,3	16,7	10,7	7,1	0,0	12,9
2º Ciclo (n:221)										
Mensal	80,0	9,1	65,4	100,0	16,9	68,6	91,7	89,5	58,8	53,8
Bimestral	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	5,9	1,8
Trimestral	20,0	0,0	7,7	0,0	8,5	20,0	5,6	5,3	23,5	10,4
Quadrimestral	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Semestral	0,0	27,3	3,8	0,0	45,1	2,9	0,0	0,0	11,8	17,6
Anual	0,0	63,6	3,8	0,0	21,1	5,7	0,0	0,0	0,0	11,3
Sem periodicidade definida	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	0,0	2,8	0,0	0,0	1,8
Não Sei/Não quero responder	0,0	0,0	7,7	0,0	4,2	2,9	0,0	0,0	0,0	2,7
3º Ciclo (n:258)										
Mensal	60,0	6,3	88,2	100,0	17,3	72,2	90,7	84,2	45,8	53,8
Bimestral	10,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,8	0,0	5,3	0,0	1,8
Trimestral	20,0	6,3	2,9	0,0	10,7	16,7	7,0	5,3	29,2	8,4
Quadrimestral	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	12,5	4,2
Semestral	0,0	37,5	2,9	0,0	49,3	2,8	0,0	0,0	12,5	14,5
Anual	0,0	50,0	2,9	0,0	20,0	5,6	0,0	0,0	0,0	12,7

Periodicidade	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
Sem periodicidade definida	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	5,3	0,0	3,2
Não Sei/Não quero responder	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3

Fonte: banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pelos gestores da AB dos SUS.

Nota: o cálculo da tabela representa o número de municípios por UF que fizeram pagamento por desempenho segundo a periodicidade do repasse do recurso pelos três ciclos de implementação do programa em relação ao total de municípios respondentes por UF no ciclo de avaliação.

Outras finalidades para as quais os recursos do PMAQ-AB foram utilizados

A pesquisa também investigou quais as formas de aplicação do recurso do programa além de repasse para pagamento por desempenho aos profissionais da atenção básica, segundo as variáveis: i) remuneração fixa de profissionais; ii) gratificação de função/cargo comissionado; iii) reformas/adequações da unidade; iv) aquisição de equipamentos para a unidade; v) aquisição de insumos e medicamentos para as UBS; vi) realização de atividades de educação permanente/capacitação; vii) atividades de suporte à melhoria dos processos de gestão. As finalidades estudadas foram organizadas em quatro diferentes componentes estratégicos: melhoria de infraestrutura, qualificação da gestão, incentivo a prática de trabalho, incentivo essencial.

Melhoria de infraestrutura

Destacaram-se, entre as formas de aplicação do recurso, a aquisição de equipamentos e as reformas das UBS: no primeiro ciclo, utilizadas respectivamente por 60,1% e 48,9% dos municípios; no segundo ciclo, por 69% e 56,8%; no terceiro, por 72,1% e 59,5%. Os municípios do Rio

Grande do Norte foram os que mais investiram em aquisição de equipamentos no primeiro ciclo (70,6%); já no segundo e terceiro ciclos foi Sergipe, com 88,9% e 84% respectivamente. Foi possível perceber um aumento gradativo entre os ciclos no uso do recurso para esse fim.

Qualificação da gestão

A aplicação de recurso para a realização de atividades de educação permanente/capacitação e processos de gestão foi utilizada em média por quase 50% dos gestores, nos três ciclos: respectivamente, por 47,5% e 42,2% no primeiro ciclo; 58,3% e 51,7% no segundo; 62,3% e 67,9% no terceiro ciclo. O aumento gradativo entre os ciclos também foi observado. Os resultados por UF identificam maior uso entre os ciclos no Rio Grande do Norte no primeiro ciclo, 67,4%; já no segundo ciclo, o Maranhão, com 100%; no terceiro, a Paraíba, com 71,1%.

Incentivo a prática de trabalho

O uso do recurso para pagar remuneração fixa e gratificação ao profissional de saúde também foi realizado como incentivo aos profissionais por uma parte dos municípios, para além do modelo de pagamento por desempenho previsto no PMAQ-AB. Essa modalidade foi utilizada por 24,7% e 9% dos gestores no primeiro ciclo, por 25,8% e 11,1% no segundo, por 30,4% e 13,6% no terceiro, respectivamente. Permanece a tendência de aumento gradativo entre os ciclos neste componente. Destaca-se que os gestores dos municípios de Alagoas são os que mais usaram o recurso no primeiro ciclo para remuneração fixa e gratificação: 50% e 16,7% respectivamente, reduzindo o uso nos ciclos posteriores. No segundo ciclo, os estados do Maranhão e Sergipe aplicaram o recurso em 50% e 22,2% respectivamente; esses seguem sendo os estados que se destacam no terceiro ciclo, com 100% e 20% de aplicação respectivamente.

Incentivo essencial

Este componente representa a forma de aplicação em insumos e medicamentos, como opção de 46,2%, 51,7% e 57% dos gestores nos três ciclos, respectivamente. Trata-se de um componente estratégico para o funcionamento adequado do sistema de saúde, sendo necessário em todas as etapas da linha de cuidado na atenção primária. Analisando-se por estados, destacam-se Ceará, com 60,6% no primeiro ciclo; Maranhão, com 100% no segundo ciclo; Bahia, com 64,5% no terceiro ciclo. Em geral, observa-se um aumento entre o primeiro e o segundo ciclos, e um decréscimo entre o segundo e o terceiro ciclos em relação ao maior percentual aplicado por estado.

Foi possível verificar um aumento de investimento gradativo entre o primeiro e terceiro ciclo em quase todas as modalidades. É observada a priorização dos investimentos em melhoria da estrutura com a aquisição de equipamento e reforma de UBS, porém também foi expressivo o percentual de municípios que aplicaram o recurso em qualificação da gestão, com a estratégia de educação permanente e processos de gestão.

Tabela 7 – Municípios da região Nordeste do PMAQ-AB que utilizaram outras finalidades para aplicação do recurso nos três ciclos de implementação

Aplicação dos recursos	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
Remuneração fixa	50,0	20,8	24,2	0,0	20,3	18,8	37,5	17,6	35,3	24,7
Gratificação	16,7	16,7	6,1	0,0	8,5	12,5	0,0	11,8	11,8	9,0
Reformas UBS	33,3	50,0	54,5	0,0	49,2	56,3	50,0	47,1	35,3	48,9
Equipamentos	33,3	58,3	54,5	66,7	62,7	56,3	62,5	70,6	64,7	60,1
Insumos, medicamentos	16,7	50,0	60,6	33,3	49,2	34,4	40,6	58,8	35,3	46,2
Ed. perm./ capacitação	50,0	50,0	48,5	33,3	42,4	50,0	53,1	64,7	29,4	47,5

Aplicação dos recursos	AL	BA	CE	MA	PB	PE	PI	RN	SE	Total/NE
Processos de gestão	50,0	37,5	39,4	33,3	49,2	31,3	40,6	64,7	29,4	42,2
2º Ciclo (n:271)										
Remuneração fixa	22,2	20,8	25,7	50,0	20,0	27,1	35,9	28,6	27,8	25,8
Gratificação	11,1	12,5	17,1	0,0	10,7	6,3	7,7	9,5	22,2	11,1
Reformas UBS	66,7	62,5	54,3	0,0	57,3	64,6	48,7	52,4	55,6	56,8
Equipamentos	55,6	79,2	48,6	0,0	76,0	66,7	69,2	66,7	88,9	69,0
Insumos, medicamentos	33,3	54,2	54,3	100,0	56,0	50,0	46,2	52,4	44,4	51,7
Ed. perm/ capacitação	55,6	45,8	51,4	100,0	57,3	60,4	64,1	71,4	55,6	58,3
Processos de gestão	44,4	45,8	48,6	50,0	60,0	43,8	53,8	66,7	33,3	51,7
3º Ciclo (n:316)										
Remuneração fixa	23,1	25,8	40,4	100,0	25,3	24,5	40,0	28,6	28,0	30,4
Gratificação	7,7	12,9	19,1	0,0	15,7	10,2	11,1	4,8	20,0	13,6
Reformas UBS	46,2	71,0	51,1	0,0	65,1	71,4	48,9	52,4	56,0	59,5
Equipamentos	46,2	83,9	53,2	0,0	81,9	75,5	71,1	61,9	84,0	72,2
Insumos, medicamentos	53,8	64,5	59,6	50,0	62,7	55,1	48,9	57,1	44,0	57,0
Ed. perm/ capacitação	38,5	45,2	57,4	50,0	71,1	67,3	64,4	66,7	60,0	62,3
Processos de gestão	23,1	45,2	63,8	0,0	73,5	53,1	57,8	66,7	36,0	57,9

Fonte: banco de dados próprio: análise das modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do PMAQ-AB pelos gestores da AB dos SUS.

Nota: a pergunta permitia múltipla escolha. O cálculo da tabela representa o número de municípios por UF que utilizaram o recurso do programa para outras finalidades que não o pagamento por desempenho às equipes, em relação ao total de municípios respondentes por UF no ciclo de avaliação referente.

DISCUSSÃO

Verificou-se neste estudo que, a região Nordeste, como um todo, se destacou com percentuais maiores de 70% de adesão ao incentivo às equipes de AB, que ocorreu de forma gradativa entre os

ciclos, e maior no terceiro ciclo. O estado da Paraíba teve a média de 93% de repasse de recurso para o pagamento por desempenho nos três ciclos, porém, nesse item, foi o estado que apresentou a tendência gradativa inversa: teve o maior percentual no primeiro ciclo, mantendo no segundo e diminuindo no terceiro – o que difere da pesquisa de análise dos ciclos na Paraíba de Rodrigues *et al.* (2021).

Características do pagamento por desempenho aos profissionais da AB

O pagamento por desempenho no PMAQ-AB foi caracterizado, segundo a faixa de aplicação usada pelo gestor, a categoria profissional que recebeu o recurso, os critérios usados para avaliar o pagamento as equipes de saúde, e a periodicidade que foi repassado o recurso. É preciso ressaltar o programa recomendava o uso do recurso para o incentivo a ESF, não havendo a obrigatoriedade dessa forma de utilização. Nessa perspectiva, o gestor municipal também utilizou o recurso com outros investimentos como, infraestrutura, capacitação da equipe e insumos e medicamentos que serão vistos a seguir.

Faixa de aplicação por ciclos

A maioria dos municípios da região Nordeste repassou entre 41 e 60% dos recursos do programa para pagar incentivos aos profissionais da AB. Os estados de Alagoas, Rio Grande do Norte e Sergipe destacaram-se com a maioria dos municípios, porém a definição desse percentual ficava a cargo do gestor local; e houve estados como Pernambuco e Maranhão que optaram por faixas de percentuais menores, principalmente no primeiro ciclo; de modo geral, também foi observada tendência gradativa entre os ciclos. Pode ser observado no estudo de Candeia (2020) que as decisões tomadas pelos gestores em relação à alocação dos recursos para as equipes de atenção básica, atendendo

valores maiores de investimentos aplicados de maneira pertinente, são necessárias considerando seu potencial de modificação da realidade local.

Categoria profissional por ciclos

No programa um rol de profissionais de saúde podia receber o pagamento por desempenho: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas, auxiliares de saúde bucal, entre outros. Esse critério foi ampliado no decorrer da implementação dos ciclos e de regras locais (Brasil, 2011c).

A predominância do uso dos recursos como incentivo a determinadas categorias de trabalhadores da AB foi demonstrada neste estudo; o profissional de enfermagem recebeu pagamento por desempenho do programa na grande maioria dos municípios da região Nordeste. Entre o primeiro e o terceiro ciclos, o número de gestores que optaram por repassar o incentivo aos enfermeiros foi de 85 a 100%; a tendência gradativa também se deu para todas as categorias. No terceiro ciclo, todos os profissionais – exceto médicos, profissionais do NASF e apoio de gerência – receberam incentivo de mais de 90% dos gestores municipais. Essa evolução natural entre os ciclos demonstra o amadurecimento da proposta do programa; dentre outros aspectos, reconhecimento e valorização dos profissionais de AB. No entanto, é importante considerar que o pagamento por desempenho não deve ser adotado como a única intervenção para promover melhorias na AB, sendo necessário investir em outras áreas, como a capacitação dos profissionais, o fortalecimento da infraestrutura e a promoção de um ambiente de trabalho favorável (Barreto, 2015; Van Herck *et al.*, 2010). Contudo, é possível perceber que a manutenção dos incentivos só foi possível pela melhoria de um ciclo permanente de monitoramento e avaliação estabelecido pelo programa (Castro *et al.*, 2019).

Crêterios de defini o do repasse de recurso por ciclos

Crêterios distintos foram utilizados para a defini o do repasse de recursos aos profissionais; destacam-se as notas da certifica o das equipes nos três ciclos, de forma decrescente. Portanto, ao longo dos períodos programáticos, e de maior compreensão da engrenagem do programa, o gestor passou a utilizar também outros cr terios; por exemplo, metas específicas elaboradas pelos gestores para avaliar as equipes, cr terio de especificidades locais, como área de vulnerabilidade, condi oes críticas de infraestrutura das unidades de saúde (Candeia, 2020).

Os resultados desta pesquisa ressaltaram a importância do planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de aten o básica na região Nordeste, analisando o PMAQ-AB no seu terceiro ciclo. O programa tem-se mostrado relevante na promo o da extensão dos serviços de APS, especialmente nas regiões menos favorecidas, con-fiantes para a redu o das desigualdades sociais e em saúde, desafios presentes e futuros na região Nordeste (Silva *et al.*, 2021).

O não uso de cr terios para fazer o pagamento por desempenho também foi identificado.   possível inferir que esteve vinculado ao menor nível de implementa o do programa, e que houve uma varia o na forma como esses cr terios foram adotados e implementados pelos diferentes municípios participantes (Rodrigues *et al.*, 2021). Contudo, o processo de certifica o das equipes contemplou várias ferramentas que foram utilizadas para garantir uma análise abrangente, sistemática e contínua da aten o básica (Brasil, 2011b, 2015).

Periodicidade do repasse de recurso por ciclos

No PMAQ-AB, os gestores municipais tinham a autonomia de definir os cr terios utilizados para o repasse do incentivo aos profissionais de saúde, como a periodicidade de pagamento, que poderia variar

bastante entre eles. A periodicidade mensal foi a mais utilizada pelos gestores no Nordeste nos três ciclos, porém em algumas experiências locais, como na Bahia e na Paraíba, observou-se uma predominância do pagamento de forma semestral e anual, conforme destacado em estudos localizados (Candeia, 2020; Rodrigues *et al.*, 2021).

Experiências sobre a periodicidade de repasse de incentivos aos profissionais sugerem que, a fim de manter o caráter de pagamento baseado no desempenho alcançado, o repasse de recursos seja realizado de forma trimestral, semestral ou anual. A ideia por trás dessa recomendação é manter o caráter de incentivo decorrente do desempenho, evitando que o pagamento mensal descaracterize o estímulo fornecido pelos remunerados por desempenho. É importante ressaltar que a legislação que rege o programa não define claramente o sistema de pagamento aos profissionais de saúde e, portanto, o repasse mensal não deve ser incentivado como uma forma exclusiva de recompensa profissional (UFMG, 2014).

Contudo, a decisão sobre a periodicidade do pagamento por desempenho fica a cargo dos gestores municipais, que podem optar por diferentes modelos de repasse, levando em conta suas particularidades locais, capacidade financeira e gestão administrativa. É importante ressaltar que o objetivo principal é estimular a melhoria contínua da qualidade da atenção básica, independentemente da periodicidade escolhida para o pagamento por desempenho.

Outras finalidades para utilização do recurso

Os investimentos do PMAQ-AB tinham como objetivo fortalecer a qualidade dos serviços oferecidos, promover a extensão do acesso e incentivar o desenvolvimento das equipes de saúde; diferentes formas de investimentos relacionadas à melhoria da atenção foram identificadas em sua implementação. Mostrou-se positivo para a melhoria das condições de trabalho das equipes o uso dos recursos do programa

para prover outras formas de investimento, como a estrutura das unidades de saúde, sendo utilizados para a reforma, ampliação ou construção de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como para aquisição de equipamentos, educação permanente, processo de gestão, insumo e medicamentos, para remuneração fixa e gratificação (Brasil, 2011c, 2015). O estudo trouxe resultados homogêneos em relação aos componentes de educação permanente/processo de gestão e insumos e medicamentos nos três ciclos do programa. Foi possível observar uma tendência dos gestores para investir o restante do recurso na melhoria da estrutura e processos voltados às unidades de saúde e profissionais.

A melhoria da infraestrutura foi um componente da APS percebido a partir do investimento do recurso do PMAQ-AB, por exemplo na estrutura física e tecnológica das unidades básicas de saúde na região Nordeste, principalmente nos municípios do Rio Grande do Norte, Maranhão e Sergipe. A iniciativa do programa melhorou a qualidade dos serviços de saúde locais, que, por sua vez, proporcionaram um ambiente mais acolhedor e confortável aos usuários do serviço. Contribuiu para ampliação da atenção básica e melhor satisfação dos profissionais de saúde e usuários; consequentemente, também para melhores indicadores de saúde da população atendida. Por fim, a aquisição de equipamentos e reformas das UBS pode ser considerada uma forma de incentivar os gestores municipais a investir em saúde, já que o repasse de recursos do programa estava condicionado ao cumprimento de metas e à melhoria do desempenho das equipes de saúde (Flôres *et al.*, 2018; Jales; Jales; Gomes, 2017; Sossai *et al.*, 2016).

Para a qualificação da gestão, os gestores ofertaram ações de educação permanente em saúde as equipes, porém este estudo apontou que a frequência das equipes em tais ações foi muito baixa ou inexistente, o fortalecimento dessa estratégia na atenção básica precisa de maiores investimentos e implicação de diversos atores, começando

pelo fortalecimento da percepção dos profissionais sobre sua importância para a assistência de qualidade (Silva, 2017).

Observou-se que a educação permanente foi uma estratégia priorizada pelos gestores municipais, com tendência gradativa entre os três ciclos, com maior destaque no terceiro, principalmente nos estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte. O fortalecimento do trabalho em equipe, a interação e a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no PMAQ-AB são características que vêm sendo observadas como resultados nas avaliações do programa. Esse é um resultado que depende de uma postura proativa dos gestores, da criação de espaços de diálogo e troca de experiências. Outro ponto dissidente é a questão da sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e a falta de reconhecimento e valorização por parte da gestão. Outro estudo aponta que o PMAQ-AB pode ser uma forma de incentivar e reconhecer o trabalho dos profissionais por parte do gestor; além disso, discute-se a importância da formação e capacitação dos profissionais de saúde, tanto para a melhoria da qualidade da atenção básica quanto para o desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador (Frigoto, 2018). Jales, Jales e Gomes (2017) destacam que o programa reconhecia a educação permanente não apenas como participação em cursos, mas como um elemento fundamental de uma estratégia abrangente, que envolve planejamento e programação de ações coletivas para solucionar problemas e atender às necessidades de saúde da população.

O gestor visou como incentivo essencial a compra de medicamentos e de insumos com o recurso do programa. A estrutura e a oferta de materiais são essenciais para a entrega de qualidade nos serviços de saúde. Os gestores do programa direcionaram recursos tanto para a aquisição de medicamentos e insumos como para outras áreas de atuação. O PMAQ-AB buscou promover melhorias na assistência à saúde, considerando diferentes aspectos, incluindo a disponibilidade de medicamentos e insumos necessários para o atendimento adequado à

população. Importante ressaltar que a destinação dos recursos variou de acordo com as prioridades da gestão local e conforme as demandas específicas de cada região ou unidade de saúde (Lago, 2022; Rodrigues *et al.*, 2021).

O uso dos recursos do PMAQ-AB pelos municípios variou de acordo com as necessidades e prioridades locais. Alguns municípios optaram por utilizar parte dos recursos para o pagamento de prestações fixas e/ou gratificações aos profissionais de saúde, como forma de reconhecimento e estímulo ao bom desempenho.

O programa enfatizou a importância de monitoramento e avaliação, promoveu ações de educação permanente e apoio institucional, além do pagamento por desempenho. O objetivo era envolver os profissionais em uma dinâmica de gestão, atuação e negociação, visando melhorar continuamente a qualidade dos serviços e atender às necessidades de saúde da população.

As limitações do estudo versam sobre tratar-se de coleta transversal retrospectiva, porém respondidas pelos gestores em exercício no período da pesquisa, podendo incidir em viés da memória, o que pode ter ocasionado o número de respostas “não sabe”/“não quer responder”. A natureza exploratória deste artigo é uma limitação devido à falta de estudos aprofundados sobre o uso dos recursos em âmbito regional. Este artigo tentou preencher essa lacuna, porém outras pesquisas são necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível observar certo padrão no modo de aplicação do recurso do PMAQ-AB nos municípios da região nordeste, considerando que a maioria dos gestores optou pelo pagamento por desempenho aos profissionais da AB, mas com ampliação para outros trabalhadores, inclusive dos serviços de apoio, com periodicidade mensal, o montante repassado variou entre 40 e 60%, tendo como critério as notas da

certificação das equipes. Outra parte dos recursos do programa foi repassada para a gestão que investiram na infraestrutura das Unidades Básicas. O PMAQ-AB foi uma abordagem abrangente e inovadora na gestão da AB, com destaque para a possibilidade de melhoria contínua nos processos.

REFERÊNCIAS

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro - RJ v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HF68KSrcl6TcjyDbxhjXd4m/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro - RJ v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gzjfjDR9YDwjtZHTyppgRz6S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 mar. 2022.

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: MS, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e seu componente de requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasília: MS, 2011a. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html. Acesso em: 13 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf. Acesso em: 17 dez. 2022.

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. 3. ed. Brasília: MS, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília: MS, 2011b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2022.

CANDEIA, R. M. S. **Análise da utilização do incentivo financeiro do PMAQ-AB sob a ótica do gestor municipal**. Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. 99 f. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/21781>. Acesso em: 24 maio 2023.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 27 Jul. 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Epub 2019 Jul 11. PMID: 31303318.

CHIMARA, M. B. *et al.* Gestão do sistema de saúde do município de São Paulo com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: estudo

de caso na microrregião de cidade Tiradentes. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, São Paulo 2013, v. 2, n. 2, pp. 174-97, Jul/Dez, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12707>. Acesso em: 30 maio 2022.

FLÔRES, G. M. S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro - RJ v. 42, n. 116, p. 237-247, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619>. Acesso em: 22 maio 2023.

FRIGOTO, V. **Gestão do trabalho em saúde**: uma análise a partir do PMAQ-AB na macrorregião oeste do Paraná. 2018. 100 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2018. Disponível em: https://bdt.d.ibict.br/vufind/Record/UNIOESTE-1_169853b4ce606d2c7ab7934c29e157aa. Acesso em: 16 maio 2022.

GERHART, B. Compensation. *In*: WILKINSON, A. *et al.* (ed.). **The SAGE Handbook of Human Resource Management**. London: Sage, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 96 p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/int-5365>. Acesso em: 8 maio 2022.

GIOVANELLA, L. *et al.* Health and inequality: institutions and public policies in the 21st century. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 11, p. 466-470, 2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/466-470/#ModalArticles>. Acesso em: 10 maio 2022.

JALES, E. D.; JALES, R. D.; GOMES, J. G. N. O PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde a partir das percepções dos

gestores e profissionais de saúde. **RSC online**, v. 6, n. 3, p. 77-97, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.35572/rsc.v6i3.189>. Acesso em: 21 maio 2023.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national *pay-for-performance* programme: a longitudinal study of family health teams. **The Lancet Global Health**, Estados Unidos v. 9, n. 3, p. 331-339, mar. 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30480-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30480-0/fulltext). Acesso em: 9 maio 2022

LAGO, V. C. A. L. P. **Influência da utilização do incentivo financeiro do PMAQ na qualificação da atenção básica dos municípios da Paraíba sob o ponto de vista dos gestores municipais**. João Pessoa, 2022. 81 f. : il. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/26236>. Acesso em: 22 maio 2023.

MACHADO, N. M. S. Pagamento por desempenho na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise das formas de aplicação dos recursos financeiros do PMAQ-AB. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (PPGSS), Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília (DSS/UNB), Brasília, 2023.

MANGUEIRA, A. A. Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB. 2016. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/23931?mode=full>. Acesso em: 8 maio 2022.

MORAES, P. N.; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do

PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005. Acesso em: 23 maio 2023.

NEVES, R. G. *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro - RJ v. 34, n. 4, e00072317, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072317>. Acesso em: 29 abr. 2023.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, spe., p. 358-372, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>. Acesso em: 25 abr. 2023.

RODRIGUES, A. W. D. *et al.* Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro - RJ v. 45, n. 131, p. 1060-1074, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5k7j7LFFtvFG7qw6wb3TzG/?lang=pt#>. Acesso em: 8 maio 2022.

RUSSO, L. X. *et al.* Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009-2018. **BMJ Glob Health**, London, v. 6, n. 7, Jul. 2021. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc8273460#impact>. Acesso em: 16 mar. 2022.

SILVA, J. C. S. **Educação permanente em saúde no cenário do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), numa região de saúde da Amazônia brasileira.** Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde)

– Programa de Pós- Graduação em Ensino em Ciências da Saúde (MPECS), Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Porto Velho, 2017. Disponível em: <https://www.ri.unir.br/jspui/handle/123456789/2626>. Acesso em: 22 maio 2023.

SILVA, G. T. da *et al.* Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1749-1755, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03722021>.

SOSSAI, T. A. *et al.* Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 18, n. 1, p. 111-119, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15142>. Acesso em: 22 maio 2023.

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

VAN HERCK, P. *et al.* Systematic review: Effects, design choices, and context of *pay-for-performance* in health care. **BMC Health Serv Res.**, London, n. 10, p. 247, Aug. 2010. DOI: 10.1186/1472-6963-10-247. Acesso em: 16 mar. 2022.

WRIGHT, B. E. Public service and motivation: does mission matter? **Public Adm. Review**, Florida, v. 67, n. 1, p. 54, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00696.x>. Acesso em: 22 maio 2023.

Capítulo 5.

MUDANÇAS INSTITUCIONAIS E PERSPECTIVA DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PERNAMBUCO NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

João Pedro Sobral Neto

Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento Sobral

Mariana Olívia Santana dos Santos

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Francisco de Assis da Silva Santos

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é um programa federal, criado em 2011, com o objetivo de induzir a ampliação de acesso e a melhoria da qualidade na atenção básica (AB), a partir da instituição de processos de monitoramento e avaliação das práticas, da gestão do cuidado, da gestão do trabalho e da educação em saúde (Giovanella *et al.*, 2018).

A maioria das pesquisas com abordagem qualitativa relacionadas ao PMAQ-AB está ligada à percepção e ao julgamento dos trabalhadores em saúde sobre o programa, investigando tensões no processo de contratualização, avaliação e certificação das equipes, benefícios e prejuízos ao trabalho em saúde e os efeitos/impactos ao processo de trabalho

das equipes. O presente estudo buscou compreender a influência do programa sobre a tomada de decisão da gestão municipal e como se dá o diálogo entre municípios e governo federal, tão importantes dentro das relações interfederativas brasileiras, além de compreender as mudanças ocorridas no desenvolvimento de seus três ciclos avaliativos.

A fim de permitir o desenvolvimento desse trabalho foi delineada a seguinte pergunta de pesquisa: “Quais mudanças ocorreram na formatação do PMAQ-AB e quais as repercussões que elas trouxeram ao programa e ao desenvolvimento de seus ciclos avaliativos?”

A partir dessa pergunta, o estudo teve por objetivo principal analisar as mudanças ocorridas na formatação do PMAQ-AB e a percepção de gestores municipais de saúde sobre seus reflexos nos ciclos avaliativos do programa. Para tanto, foi dividido em três objetivos específicos: a) descrever as mudanças na formatação dos ciclos do PMAQ-AB; b) identificar os atores envolvidos e caracterizar o processo de pactuação da formatação do PMAQ-AB; c) investigar a percepção de gestores municipais de saúde do estado de Pernambuco sobre as mudanças ocorridas entre os ciclos.

EVIDÊNCIAS SOBRE O PROGRAMA

Nesta seção estão reunidos os principais resultados do estudo que subsidiou a construção deste capítulo, compilando os achados da pesquisa e discutidos com base nas evidências disponíveis em literatura científica.

Arcabouço normativo do PMAQ-AB

A participação da equipe assistencial no programa se dava a partir da adesão ao programa por parte da gestão municipal; era o primeiro movimento a ser realizado para que as equipes de saúde participassem do programa e fossem submetidas à avaliação do desempenho. Esse

processo sofreu algumas variações ao longo dos três ciclos, porém tais mudanças não geraram interferência no desenho do programa.

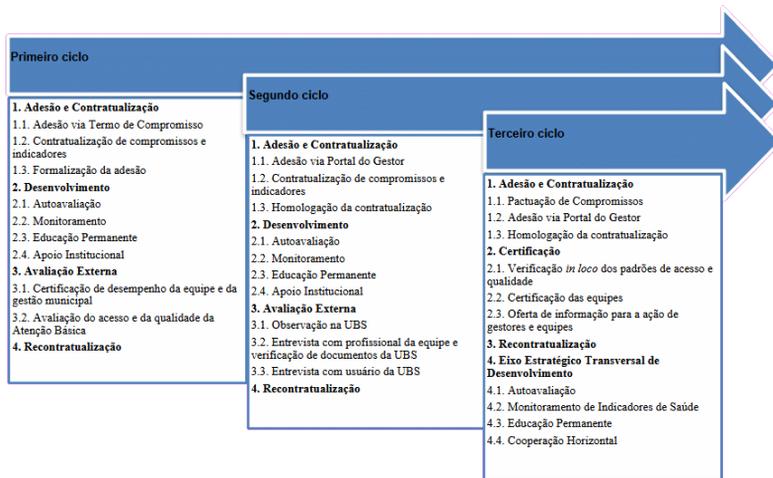
No primeiro ciclo do programa, após a adesão do município ao programa, um representante da equipe deveria acessar o sistema próprio do programa e realizar o cadastro e a adesão da equipe. Caso uma equipe selecionada pelo gestor municipal não realizasse o cadastro e a adesão, ela não seria considerada uma equipe contratualizada. A partir do segundo ciclo, a adesão ou recontratualização da equipe era realizada pelo gestor municipal, não havendo mais o processo de aceite pela equipe.

Uma segunda mudança identificada foi a reorganização em componentes das fases de avaliação, ocorrida no terceiro ciclo. Nos dois primeiros ciclos do programa, havia uma fase chamada “desenvolvimento”, em que se mensuravam os processos de autoavaliação, apoio institucional, educação permanente e monitoramento; no terceiro ciclo, essa fase passou a ser intitulada “eixo estratégico transversal de desenvolvimento”, pois, segundo o Ministério da Saúde (MS), as ações dessa etapa são transversais às demais etapas e ciclos do programa, sendo executadas de maneira contínua e ininterrupta. Desta forma, sua conformação como eixo transversal permite que ela seja mais bem visualizada ao longo do desenvolvimento de todo o programa.

É importante destacar que, mesmo com a mudança na nomenclatura de fases e etapas do programa entre os ciclos, os procedimentos realizados permaneceram semelhantes, como pode ser visto no caso da fase de “avaliação externa” em todos os ciclos. No quadro (1) que segue, apresentamos as etapas do PMAQ-AB, de acordo com seu ciclo.

O aumento do incentivo financeiro foi pensado como uma estratégia de estímulo para o alcance de metas, trazendo aos profissionais uma visão de que o PMAQ-AB é um programa que busca dar condições básicas para o alcance de metas estipuladas pelos gestores de saúde, ao mesmo tempo que atua como um programa de reconhecimento do seu trabalho (Pinto; Souza; Florêncio, 2012).

Quadro 1 - Etapas/Fases do PMAQ-AB por ciclo avaliativo



Fonte: *Elaboração própria, 2024.*

Participaram do primeiro ciclo apenas as equipes de saúde da família (EqSF), equipes de atenção básica parametrizadas e equipes de saúde bucal (ESB) vinculadas às equipes de saúde da família e atenção básica contratualizadas. Na transição do primeiro para o segundo ciclo, ocorreu a primeira grande mudança no programa pois, no período, foi permitida a contratualização das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), momento em que o programa passou a ser dividido em dois eixos: a) **PMAQ-AB** – referente à atenção básica – englobando as equipes de saúde da família, equipes de atenção básica parametrizadas, as equipes de saúde bucal e os núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica; b) **PMAQ-CEO** – referente à atenção especializada em saúde bucal, avaliando os centros de especialidades odontológicas, de acordo com a respectiva modalidade (Pinto; Sousa; Ferla, 2014).

O Quadro 2 apresenta os condicionantes para adesão e contratualização de equipes ao programa em cada um dos ciclos de avaliação realizados.

Quadro 2 – Equipes e condições para contratualização, de acordo com a tipologia de equipe, segundo ciclo avaliativo do PMAQ-AB

Tipo de equipe	Primeiro ciclo	Segundo ciclo	Terceiro ciclo
Equipes de saúde da família e equipes de atenção básica	50% das equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica	Equipes participantes do ciclo anterior + Novas equipes a critério do gestor	Equipes participantes do ciclo anterior + Novas equipes a critério do gestor
Equipes de saúde bucal	Equipes vinculadas às equipes de saúde da família e equipes de atenção básica contratualizadas	Equipes vinculadas às equipes de saúde da família e equipes de atenção básica contratualizadas	Equipes vinculadas às equipes de saúde da família e equipes de atenção básica contratualizadas
NASF 1	Não participava do programa	Equipes NASF com pelo menos 5 equipes de saúde da família matriciadas contratualizadas	Equipes NASF com pelo menos 5 equipes de saúde da família matriciadas contratualizadas
NASF 2	Não participava do programa	Equipes NASF com pelo menos 3 equipes de saúde da família matriciadas contratualizadas	Equipes NASF com pelo menos 3 equipes de saúde da família matriciadas contratualizadas
NASF 3	Não participava do programa	Equipes NASF com pelo menos 1 equipe de saúde da família matriciada contratualizada	Equipes NASF com pelo menos 1 equipe de saúde da família matriciada contratualizada

Fonte: elaboração própria, 2024.

Durante o estudo, foi observado que houve incremento no valor inicial destinado a cada equipe apenas entre o primeiro e o segundo ciclos do programa, sendo esse valor repassado por equipe no terceiro ciclo, igual ao ciclo anterior. Salienta-se que, de acordo com o MS, no momento de implantação do programa, o valor transferido às equipes seria reajustado periodicamente, o que no terceiro ciclo não era garantido, mesmo em caso de evolução da equipe em comparação ao ciclo anterior (Bezerra; Medeiros, 2018; Mota; David, 2015; Uchôa *et al.*, 2018).

O quadro 3 apresenta a variação no valor repassado pelo MS às equipes após homologação da contratualização ao programa, de acordo com o ciclo de avaliação.

Quadro 3 – Evolução do incentivo financeiro de adesão, de acordo com o tipo de equipe aderida e ciclo avaliativo do PMAQ-AB

Tipo de equipe	Primeiro ciclo	Segundo ciclo	Terceiro ciclo
Equipes de saúde da família e equipes de atenção básica	R\$ 1.300,00	R\$ 1.700,00	R\$ 1.700,00
Equipes de saúde bucal	R\$ 400,00	R\$ 500,00	R\$ 500,00
NASF 1	N/A	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
NASF 2	N/A	R\$ 600,00	R\$ 600,00
NASF 3	N/A	R\$ 400,00	R\$ 400,00

Fonte: elaboração própria, 2024.

Durante os primeiro e segundo ciclos do programa, os valores suprarreferidos correspondiam a 20% do valor integral que as equipes poderiam receber por aderirem ao programa (valor repassado às equipes certificadas com desempenho ótimo). Após a avaliação externa, o valor a ser recebido por equipe poderia variar de acordo com o desempenho, haja vista que, no momento de contratualização, as equipes estavam aptas a receber um incentivo proporcional ao valor máximo de incentivo. Assim, as EqSF/EAB poderiam receber até R\$ 6.500,00; em caso, de essas equipes possuírem equipes de saúde bucal, esse valor poderia ser acrescido em até R\$ 2.000,00. Para o NASF, o valor integral respectivo seria: NASF 1: R\$ 5.000,00; NASF 2: R\$ 3.000,00; NASF 3: R\$ 2.000,00.

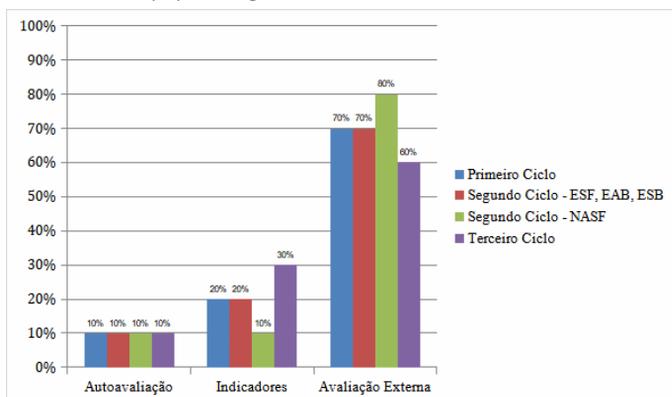
No terceiro ciclo, houve mudanças no cálculo do valor integral a ser recebido. As equipes contratualizadas receberam, após homologação do processo, os valores descritos no Quadro 3 – referente aos antigos 20% “garantidos” com a adesão ao programa – e o valor do incentivo a ser recebido após avaliação externa seria calculado mediante um

mecanismo chamado “fator de desempenho”, que estava associado ao número de equipes classificadas em cada estrato e ao orçamento global do programa. A criação dos estratos é visualizada por Medeiros (2019) como uma tentativa de se implantar um padrão de qualidade da atenção básica diante das heterogeneidades demográfica, econômica e social no contexto brasileiro.

Para a certificação das equipes aderidas ao PMAQ-AB, também são considerados os resultados em duas outras etapas: autoavaliação e avaliação externa. Na fase de autoavaliação, os profissionais de saúde realizam uma avaliação de seus processos de trabalho e identificam quais os seus nós críticos, proporcionando a possibilidade de construir intervenções para superação desses problemas. Na fase de avaliação externa, uma equipe de entrevistadores realiza visita *in loco* para observar condições de estrutura e funcionamento das unidades, assim como entrevistar profissionais e usuários sobre o processo de trabalho e assistência prestada (Brasil, 2012, 2015, 2017).

Durante os ciclos, o valor que essas etapas possuíam no desempenho final da equipe oscilou, conforme gráfico seguinte.

Gráfico 1 – Variação no peso das etapas de avaliação do PMAQ-AB na nota final atribuída às equipes, segundo o ciclo



Fonte: elaboração própria, 2024.

Implantação/implementação do PMAQ-AB e motivações para a adesão dos municípios

Os participantes da pesquisa são unânimes em afirmar que o principal motivo para adesão ao programa foi a perspectiva de aumento de recursos financeiros repassados aos municípios dentro de um cenário de subfinanciamento da saúde, em especial da atenção básica, conforme relato:

[...] como os municípios já vinham sendo sobrecarregados quanto a investimentos na estruturação da Atenção Primária, a adesão foi muito mais nesse sentido de captar mais recursos. (E4)

Quanto ao processo de instituição do programa, também se encontra um consenso quanto à verticalização de sua construção e, quando o programa foi apresentado aos gestores, ele já estava formatado, cabendo aos municípios apenas formalizar sua adesão ou não ao programa.

Estudos realizados por Lemos, Prado e Medina (2018), Rocha *et al.* (2019) apontam para uma verticalização compreendida em uma concepção cultural e institucional segundo a qual as políticas e os programas públicos são construídos em meio a processos pouco participativos.

Também nas entrevistas identifica-se um único fórum participativo de avaliação após sua instituição, ocorrido no intervalo entre o primeiro e o segundo ciclo. Contudo, é feita a ressalva e a importante sinalização de que grande parte das decisões sobre programas de saúde ocorre na Comissão Intergestores Tripartite, vista como importante fórum de discussão e pactuação de políticas de saúde que tem o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) como representante do conjunto dos municípios brasileiros, através da respectiva diretoria, eleita democraticamente entre seus participantes.

Com relação à adesão dos municípios ao programa, também é consensual nas falas de gestores que o principal motivador é a oportunidade de ampliação de recursos financeiros captados para a AB, ainda que esses recursos sejam considerados insuficientes para o cumprimento dos objetivos do programa. Do mesmo modo, encontram-se falas que associam a adesão à melhoria das unidades (espaços físicos) sem menção à qualificação das equipes profissionais e ao estímulo à educação permanente em saúde, por exemplo, conforme relatos a seguir.

Na verdade, a motivação (para adesão ao PMAQ-AB) era mais econômica mesmo. (E4)

(sobre o motivo da adesão) Para trazer melhorias. Qualidade, não é? Na questão mais de... é... a compra de equipamentos. Porque o PMAQ, o recurso do PMAQ a gente poderia usar na compra de equipamentos, de melhoria para a unidade. (A1)

Esses dois últimos relatos corroboram a percepção de que a adesão de grande parte dos municípios se deu em face da expectativa de novos recursos federais, fator que pode ter influenciado negativamente a compreensão dos gestores sobre o programa. Na sessão seguinte discute-se com mais profundidade as repercussões que o programa teve sobre o acesso à atenção básica e como o emprego do recurso em melhorias estruturais pode estar ligado à ampliação do acesso à AB.

Repercussões da incorporação do monitoramento de indicadores nos processos da atenção básica

Um dos elementos constitutivos do programa que mais sofreu mudanças ao longo dos ciclos foi o monitoramento de indicadores: no caso das EqSF, EAB e ESB, teve o número de indicadores monitorados e/ou avaliados de 47 para 11 indicadores; e 5 indicadores para o NASF. Os 47 indicadores do primeiro ciclo eram divididos em indicadores de desempenho e monitoramento; nos segundo e terceiro ciclos, os

indicadores de monitoramento ficaram restritos ao NASF, e as demais equipes foram monitoradas através de indicadores de desempenho.

Quanto a essas mudanças, identificou-se uma avaliação positiva dos entrevistados, que consideraram o enxugamento do número de indicadores algo importante para a obtenção de melhores resultados.

Cavalcanti e Fernandez (2020) apontam que os indicadores selecionados para o PMAQ-AB buscavam captar informações sobre os processos de trabalho e a produção das equipes participantes, de forma a contribuir para a qualificação do cuidado ofertado pelas equipes; entretanto, ainda há uma grande dificuldade das equipes se apropriarem dessa importante ferramenta, além de que o desconhecimento quanto aos próprios indicadores e metas ainda é presente na maioria das equipes (Silva *et al.*, 2017).

É importante destacar que, anteriormente ao PMAQ-AB, o Ministério da Saúde já desenvolvia ações de avaliação da atenção básica, a exemplo dos estudos de linha de base do Projeto de expansão e consolidação do saúde da família (Proesf) e da avaliação para melhoria da qualidade (AMQ), tendo o PMAQ-AB sido desenvolvido de maneira mais abrangente e com mais tecnologias avaliativas.

Outrossim, há a percepção de que a instituição dos processos de monitoramento e avaliação de indicadores é um resultado positivo, ainda que, dentro do programa, ela ocorra pontualmente em momentos específicos, sendo considerada um disparador para a adoção de estratégias de monitoramento constante e avaliação periódicas.

Ainda sobre o monitoramento de indicadores, um fato que comumente é apontado com repercussão negativa no processo avaliativo do segundo ciclo é a mudança de sistema de informação do Ministério da Saúde para a atenção básica, processo que, segundo gestores e trabalhadores, prejudicou a avaliação das equipes. Apesar de esse discurso ter-se apresentado em nossas entrevistas, não encontramos exemplos claros de como essa mudança foi responsável pelo resultado final da avaliação.

Repercussões nos recursos financeiros transferidos aos municípios

É inegável que, na década 2011 a 2020, houve um aumento no investimento federal na atenção básica, notadamente no componente variável do Piso da Atenção Básica, através da implantação de novos programas, como o Requalifica UBS, PMAQ-AB e Programa Mais Médicos para o Brasil.

O PMAQ-AB incorporou às transferências da União para os municípios um novo componente de financiamento: o incentivo financeiro intitulado “componente de qualidade do piso de atenção básica variável” (Brasil, 2012).

Dentro das entrevistas realizadas, observou-se a existência de três pontos principais de relatos sobre a transferência dos recursos financeiros: a) atraso no repasse do incentivo aos municípios no segundo ciclo; b) congelamento do valor por equipe no terceiro ciclo; c) manutenção dos valores do PAB.

Estudo realizado em 2015 pela Conferência Nacional dos Municípios apontou que havia, à época, uma defasagem de cerca de 17% nos valores do PAB fixo, tornando os municípios responsáveis por 70% dos gastos locais com a atenção básica. Naquele contexto, os gestores municipais manifestaram a necessidade de ampliação do financiamento federal para a AB, entretanto, o Ministério da Saúde optou por adotar a estratégia de incentivo a ações específicas por meio do PAB variável, o que, do ponto de vista dos gestores, não era a solução para a superação do subfinanciamento apontado (Mendes, Carnut, Guerra, 2018).

Por fim, a autonomia dada aos municípios para a discussão da aplicação dos recursos do componente de qualidade conforme sua escolha e pactuação, de maneira preferencial, mediante resolução do Conselho de Saúde e lei municipal aprovada pela Câmara de Vereadores, apesar de ser considerada uma iniciativa positiva, passou a trazer vieses

negativos devido à ampla variedade de empregos adotados pelos municípios, variando desde a incorporação do incentivo ao salário dos trabalhadores à exclusão de categorias profissionais do recebimento do recurso, causando disputas políticas que prejudicavam as relações interpessoais, profissionais e o desenvolvimento de ações e serviços de saúde nos territórios.

Repercussões do PMAQ-AB sobre o acesso e a qualidade da atenção básica

Apesar de seu objetivo principal ser a qualificação dos processos de trabalho, de cuidado e a ampliação do acesso à atenção básica, foi apontado pelas partícipes do estudo, em especial as gestoras que ocuparam cargos na diretoria do Cosems-PE, que, após a melhoria nas condições de acesso à atenção básica, o principal resultado obtido pelo programa foi a melhoria da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde.

À época da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ocorrida em 2011, o Ministério da Saúde havia lançado uma agenda prioritária intitulada Saúde Mais Perto de Você, cujo objetivo era o fortalecimento da atenção básica e, entre seus eixos, tinha um programa federal de apoio à melhoria da estrutura física das unidades de saúde: o Programa Requalifica UBS. O programa previa transferência de recursos para reforma e ampliação de unidades já existentes ou construção de novas unidades de saúde. Dessa forma, a partir dos resultados da avaliação do primeiro ciclo e da realidade existente nos municípios, novas unidades de saúde foram construídas em substituição a unidades existentes em casas alugadas ou em prédios antigos, assim como o número de equipes de saúde da família e/ou saúde bucal foi expandido.

Assim, o Programa Requalifica UBS tornou-se uma ferramenta de apoio ao planejamento e à organização da atenção básica, além de

que, somado ao incentivo para abertura de novas equipes de saúde, muitos gestores municipais adotaram o cadastro de propostas que contemplassem mais de um dos componentes do programa, levando à ampliação do número de equipes como estratégia para diminuição de sobrecarga assistencial e adequação aos processos de avaliação do PMAQ-AB.

De acordo com Giovanella *et al.* (2018), o Requalifica UBS foi um programa abrangente: até aquele ano, havia alcançado quase a metade das UBS do País com reformas ou ampliação, e proporcionado a construção de novas 7.749 UBS.

Um segundo componente que proporcionou condições para ampliação do acesso foi o estímulo e incentivo ao provimento e à fixação de profissionais na atenção básica, primeiro através do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), criado em 2011 – que aparenta não ter atingido seus objetivos –, e, posteriormente, pelo Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013, que proporcionou tanto a fixação de profissionais em equipes existentes quanto a abertura de novas equipes de saúde e a interiorização dos cursos de graduação (Junior; Amorim; Aquino, 2020; Oliveira *et al.*, 2015; Santana; Vilas Boas, 2018).

Estudos apontam que a fixação de profissionais via PMM resultou em resultados mais positivos que os resultados encontrados em equipes que não possuíam profissionais do programa, o que foi potencializado em municípios com maior grau de vulnerabilidade socioeconômica. Quanto ao Provab, não se encontram relatos sobre sua influência ou repercussões no processo avaliativo, sendo importante registrar que, em 2015, o programa foi incorporado ao PMM (Junior; Amorim; Aquino, 2020).

Com relação à melhoria da qualidade em saúde, observou-se nas entrevistas realizadas um consenso de que o PMAQ-AB apresentou pouca repercussão e/ou impacto nessa dimensão. Em duas das entrevistas, encontram-se menções sobre uma total ausência de

resultados do programa na melhoria da qualidade do cuidado ofertado pela atenção básica. Para obter mais respostas, foram buscadas, no acervo de entrevistas da pesquisa à qual o presente estudo está vinculado, informações que pudessem corroborar esta percepção ou que pudessem trazer novos elementos à discussão das repercussões do programa na dimensão da qualidade em saúde.

O resultado de tal busca foi o encontro de menções superficiais ao cumprimento de um dos atributos da qualidade em saúde descritos por Donabedian (1990): o atributo da aceitação. É importante discutir que, dependendo da compreensão que se faça das menções feitas nas entrevistas, pode ocorrer uma confusão entre qual dimensão está sendo apontada, haja vista que na dimensão do acesso em saúde há a discussão sobre a categoria da aceitabilidade dos serviços ofertados pelos serviços de saúde, como promotor do acesso ao sistema de saúde. Sendo assim, discutir apenas uma percepção de que as mudanças ocorridas na estrutura das unidades de saúde ampliaram o grau de satisfação do usuário para com a equipe de saúde, como se encontrou nas entrevistas disponíveis, não é suficiente para mensurar repercussões do programa sobre esse componente da avaliação em saúde.

Implicações para a política nacional de atenção básica

Apesar dos apontamentos sobre pontos positivos do programa, os autores têm a percepção de que o PMAQ-AB não conseguiu atingir totalmente o objetivo de melhoria da qualidade da atenção básica, sendo um programa que obteve maiores êxitos no aumento dos recursos transferidos aos municípios e pelo incentivo à qualificação da estrutura física das unidades de saúde.

A partir de 2011, percebeu-se uma considerável ampliação nos recursos transferidos pelo governo federal aos municípios para a manutenção dos serviços da atenção básica; contudo, o PMAQ-AB

foi um dos contribuintes para esse incremento, não o provocador de tais resultados.

Outras iniciativas federais – como os programas Requalifica UBS, Mais Médicos – e ações como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) possuem reflexo sobre a melhoria do acesso ao nível primário de atenção à saúde identificada a partir de 2011, podendo se compreender que a melhoria do acesso e da qualidade visualizada na última década foi resultado da articulação entre diversos programas e políticas de saúde que fortaleceram a APS e permitiram que ela possa cumprir com seus atributos e finalidades dentro da Rede de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS

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**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 188-202, Oct. 2018.

BRASIL. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAVALCANTI, Pauline.; FERNANDEZ, Michelle. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. e300323, 2020. Acesso em 04 jan. 2022.

DONABEDIAN, A., 1990. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 114: 1115-1118.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. *In: MENDONÇA, Maria Helena et al. (org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil**: conceitos, práticas e pesquisa.* Sao Paulo: Hucitec, 2018.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em: Acesso em 17 ago. 2021

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. *In: **Política de saúde**: o público e o privado.* [S. l.: s.n.], 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. *In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**.* Rio de Janeiro: Editora Fiocuz, 2018. 1100 p.

JUNIOR, Elzo Pereira Pinto, Amorim Leila Denise Alves Ferreira, Aquino Rosana. Programa Mais Médicos: contexto de implantação e efeito no provimento de médicos na atenção primária à saúde no Brasil, 2008 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e23. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.23>. Acesso em 17 ago. 2021.

LEMOS, Larissa Morgan Andrade; PRADO, Nília Maria Brito Lima; MEDINA, Maria Guadalupe. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): modelização da política no âmbito nacional. **Sociedade e Cultura**, v. 21, n. 2, 17 dez. 2018.

MEDEIROS, Gabriella de Almeida Raschke. Avaliação do uso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina. Tese (doutorado). Universidade Federal de Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 275 p. Florianópolis, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: Conass, 2019.

MESQUITA FILHO, Marcos; LUZ, Bruna Suellen Raimundo; ARAÚJO, Cristina Sousa. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>. Acesso em: 10 set. 2021

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; LEAL DAVID, Helena Maria Scherlowski. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar [National Primary Care Access and Quality Improvement Program: issues to discuss]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 122-127, mar. 2015.

OLIVEIRA, Felipe Proença de, *et al.* Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 54, p. 623–634, 2015.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. 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.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 358-372, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014s027>. Acesso em 17 ago. 2021

ROCHA, Paula Almeida da Silva *et al.* Programa Nacional de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica: avaliando o processo de trabalho das equipes do Espírito Santo. **APS EM REVISTA**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 141–151, 2019. DOI: 10.14295/aps.v1i2.33. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/33>. Acesso em: 10 set. 2021.

SILVA, Isabelle Cristina Borba da, *et al.* O Processo de Trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Trabalho, Educação e Saúde, v. 17, n. 1, p. e0018009, 2019. Acesso em: 30 set. 2021.

SANTANA, Anderson Freitas de, VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Avaliação da implantação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica no estado da Bahia. Saúde em Debate, v. 42, n. spe2, p. 203–217, 2018.

UCHÔA, Severina Alice da Costa *et al.* Inovação e utilidade: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 100-113, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S107>. Acesso em: 15 dez. 2021.

Capítulo 6.

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO: PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) – BRASIL

Helena Eri Shimizu

Everton Nunes da Silva

Juliana Sampaio

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Keila Silene de Brito e Silva

Luciano Bezerra Gomes

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

INTRODUÇÃO

O pagamento por desempenho, ou *pay for performance* (P4P), é um mecanismo voltado para recompensar financeiramente aqueles profissionais que alcançam metas de desempenho preestabelecidas e vem sendo adotado em sistemas de saúde, em diferentes modalidades, por diversos países, como Reino Unido, França, Itália, Alemanha, Canadá, Haiti, Nigéria e Tanzânia (Cashin *et al.*, 2014; Fleetcroft *et al.*, 2012; Kondo *et al.*, 2016; Paul *et al.*, 2018).

Ao contrário de alternativas de incentivo financeiro que pagam com base na produtividade (quantidade de procedimentos realizados),

o P4P visa estimular determinados padrões de qualidade dos serviços ofertados e à capacidade de melhoria dos indicadores de saúde (Kondo *et al.*, 2016).

Alguns estudos apontam para a capacidade de estratégias de P4P promoverem resultados positivos em curto prazo, porém alertam para o risco de efeitos indesejáveis no médio e longo prazo, ressaltando as limitações desse mecanismo para transformações mais profundas e duradouras (Barreto, 2015; Feng *et al.*, 2019; Fleetcroft *et al.*, 2012; Minchin *et al.*, 2018).

Apesar de vários esquemas de P4P terem sido implementados ao redor do mundo, até o momento, não há evidências robustas, especialmente em países de baixa e média renda (Binyaruka; Lohmann; De Allegri, 2020), sobre como os processos avaliativos influenciam a motivação dos trabalhadores para aumentar a qualidade dos serviços, sobretudo naquelas que têm a Atenção Primária (APS) como coordenadora do sistema de saúde.

Muitos sistemas de avaliação de desempenho, como o *Quality and Outcomes Framework* (QOF), concentram-se na análise dos indicadores clínicos e organizacionais (Roland; Olesen, 2016), mas não exploram a percepção dos principais atores sobre esse processo. Estudos demonstram que os sistemas de avaliação com foco na melhoria da qualidade e na realização favorecem a maior aceitação dos participantes (Gergen *et al.*, 2017; Van Herck *et al.*, 2010). Com relação às metas, os indicadores de processo geralmente promovem taxas de melhorias mais altas do que de resultados. Muitos desses sistemas incluem a lista de verificação dos componentes estruturais da qualidade do cuidado e os indicadores de processos relativos aos protocolos de atendimento. Além disso, os programas recentes expandiram a cobertura do grupo de pacientes e a diversidade de grupos-alvo (Gergen *et al.*, 2017).

No Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), pela Portaria n. 1.654 GM/MS, que tinha como objetivos,

além de ampliar o acesso da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) do País, “*garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente*” (Brasil, 2011). O PMAQ-AB foi desenvolvido simultaneamente com um conjunto de programas estratégicos para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011), como o Requalifica Unidade Básica de Saúde (UBS), que propunha reformas, ampliações, construções e informatização da AB, e o Programa Mais Médicos (PMM), que alocou médicos nas unidades de saúde, em especial nos lugares mais remotos do Brasil (Gomes; Merhy, 2020).

Os municípios tinham liberdade para decidir como usar os recursos financeiros oriundos do pagamento por desempenho repassado pelo governo federal, o que resultou numa variedade de desenhos de P4P, alguns bastante eficientes para estimular melhores cuidados na AB (Kovacs *et al.*, 2021).

Contudo, no contexto brasileiro, permanecem lacunas do conhecimento quanto à capacidade de indução direta do programa para melhoria da qualidade, a partir de suas estratégias avaliativas para medir o desempenho das equipes de saúde. E, mais especificamente, pouco se sabe a respeito da visão dos gestores públicos locais sobre o efeito de tais estratégias avaliativas na transferência de recursos públicos federais, relacionada a indicadores de processo, infraestrutura e qualidade do cuidado.

Apesar da proximidade com a academia na elaboração, discussão e tomada de decisão, que ocorreu nos fóruns de governança do SUS sobre os processos avaliativos externos, implementados por quase uma década com o PMAQ-AB, a diversidade dos sistemas locais na resposta aos processos de melhoria contínua, induzida pela avaliação de desempenho, é ainda menos conhecida na perspectiva desses gestores municipais.

A heterogeneidade dos sistemas locais de saúde no Brasil é um aspecto a ser explorado nessa perspectiva, considerando as evidências

até o momento analisadas em países que adotaram tais programas. Ademais, compreender melhor a percepção dos atores diretamente envolvidos na implementação do programa pode ser uma medida importante para construir formas de ampliar sua efetividade (Khan *et al.*, 2020), especialmente em situações que abrangem áreas territoriais variadas, que vão de grandes centros urbanos a regiões remotas (Pu *et al.*, 2020).

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de implementação de sistema de pagamento por desempenho do PMAQ-AB, na perspectiva dos gestores da AB, com destaque para principais barreiras e desafios.

MÉTODO

Contexto do estudo

O Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir o direito ao acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos (Paim, 2018), tem investido na AB para fortalecer as suas funções de porta de entrada e coordenadora do sistema. A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi ampliada em 64,2% em 2018 (Sousa; Shimizu, 2021), sendo composta por equipe multiprofissional (médico, enfermeira e agente comunitário) que atua no território e realiza atendimento de primeiro contato, cuidados longitudinais, atenção integral, e atenção coordenada quando os usuários necessitam de cuidados especializados (Sousa; Shimizu, 2021).

Os municípios, em pactuação com suas equipes de saúde, aderiram ao PMAQ-AB de maneira voluntária, chegando o programa, no seu terceiro ciclo, a envolver 38.864 equipes, em 5.323 municípios (Russo *et al.*, 2021).

O PMAQ-AB se desenvolveu em três ciclos: de 2011 a 2013; de 2013 a 2015; de 2015 a 2019. Nos dois primeiros ciclos, o programa

apresentou quatro fases (Brasil, 2012, 2013): adesão e contratualização; desenvolvimento (autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional); avaliação externa; recontratualização. No terceiro ciclo, a fase de desenvolvimento tornou-se “eixo estratégico transversal”, perpassando todas as fases e buscando promover ações contínuas de melhoria em todas as etapas do programa (Bertusso; Rizzotto, 2018).

Ao final de cada ciclo, as equipes participantes eram certificadas de acordo com uma nota construída a partir de três dimensões de avaliação: a) preenchimento da autoavaliação, b) desempenho nos indicadores pactuados entre os municípios e o Ministério da Saúde, c) desempenho na avaliação externa (AE) com (600 a 900) indicadores de qualidade da infraestrutura, práticas de gestão, processo de atendimento clínico e resultados de saúde (Kovacs *et al.*, 2021). A AE foi realizada por diversas instituições de ensino e pesquisa do País; representava 70% da nota nos dois primeiros ciclos, e 60% no terceiro (Brasil, 2017).

De acordo com a certificação de cada equipe, os municípios passavam a receber mensalmente um valor financeiro por meio do Piso da Atenção Básica Variável, até a certificação seguinte, no ciclo posterior. Os recursos recebidos pelos municípios poderiam ser investidos em reformas das unidades de saúde, compra de insumos, equipamentos e medicamentos, desenvolvimento institucional e/ou repassados às equipes de saúde. A forma de utilização dos recursos era pactuada em nível local entre os gestores municipais, os trabalhadores e os conselhos municipais de saúde como representantes dos interesses da sociedade.

Com o intuito de fortalecer o eixo desenvolvimento, o Ministério da Saúde manteve em cada estado um apoiador institucional para acompanhar a implementação do programa nos municípios. A partir do terceiro ciclo, esses apoiadores incentivaram a criação de Grupos de Trabalho do PMAQ-AB Estadual (GT PMAQ-AB), compostos por representações de secretarias municipais de saúde (SMS), da secretaria

estadual de saúde (SES), da instituição de ensino superior responsável pela avaliação externa no estado, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e com apoio institucional do Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) (Brasil, 2017).

Desenho do estudo

Este estudo avaliativo foi realizado a partir da aplicação de um questionário em todos os municípios brasileiros, composto por blocos de diferentes questões que versavam sobre a implementação do PMAQ-AB. O primeiro bloco, composto por questões fechadas de múltipla escolha, buscou identificar como o PMAQ-AB foi implementado localmente. O segundo bloco utilizou Escala Likert de 5 pontos (discordo fortemente; discordo; nem discordo nem concordo; concordo; concordo fortemente) para avaliar a percepção dos gestores sobre o processo de avaliação do programa, ressaltando seu grau de concordância quanto à adequação dos processos avaliativos do programa: (i) indicadores pactuados; ii) autoavaliação; iii) avaliação externa) para medir padrões de qualidade no contexto municipal. Por fim, o terceiro bloco foi composto por uma questão aberta: “Quais modificações deveriam ser implementadas na avaliação do PMAQ-AB?” A partir dessa questão, os gestores respondentes escreveram livremente sobre aspectos atinentes à implementação, sobretudo dificuldades e limites do programa.

O questionário foi aplicado por meio do *software* Survey Monkey®, e enviado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) aos secretários municipais de saúde do País. Facultou-se aos secretários municipais de saúde o encaminhamento do questionário eletrônico a membros de sua equipe – por exemplo, ao coordenador de atenção básica. Para municípios não respondentes, um lembrete era enviado a cada 15 dias, durante o período de outubro a dezembro de 2019.

Na segunda fase, os respondentes podiam acrescentar comentários “sobre quais modificações deveriam ser implementadas na avaliação do PMAQ-AB”. Entretanto, os participantes escreveram livremente sobre outros aspectos relacionados à implementação, sobretudo dificuldades e limites do programa.

Análise dos dados qualitativos

O material qualitativo ou *corpus*, oriundo da questão aberta, foi analisado com o auxílio do *software* livre Iramuteq, comumente usado em estudos de representações sociais, pois auxilia na compreensão dos conteúdos compartilhados por um determinado grupo social (Camargo; Justo, 2013). Neste estudo, optou-se pelo uso da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ou método Reinert, que permite análise de agrupamentos ou *clusters* sobre os segmentos de texto de um *corpus*, ou seja, do conjunto das respostas.

Esse *corpus* foi sucessivamente dividido em partes, em função da ocorrência de formas lexicais. Tal procedimento possibilita a obtenção de uma classificação estável, na qual os segmentos de texto são destacados em classes lexicais homogêneas, segundo o vocabulário utilizado. Posteriormente, o *software* realiza testes de qui-quadrado (χ^2), objetivando verificar o grau de associação entre as formas linguísticas do *corpus* e as classes lexicais, resultando em um dendrograma (figura 1), que representa graficamente os diferentes conjuntos lexicais e suas palavras mais características (Sousa *et al.*, 2020).

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (CAAE 90331418.6.0000.8069); todos os respondentes da pesquisa receberam e assinaram eletronicamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram recebidas 818 respostas do questionário, representando 14,7% dos municípios brasileiros. Houve maior representação da região Nordeste, com 362 municípios (44,3%), seguida das regiões Sul (148 municípios, 18,1%), Norte (120 municípios, 14,7%), Sudeste (98 municípios, 12,0%) e Centro-Oeste (90 municípios, 11%).

O questionário foi respondido pelo secretário de saúde do município em 62% dos casos, pelo coordenador/gerente de Atenção Básica em 32% dos casos, e os demais respondentes se classificaram como outros (5,5%), ou não quiseram se identificar (0,4%). Em termos de relato de participação dos ciclos do PMAQ-AB, 60,6% participaram do ciclo 1; 72,4%, do ciclo 2; 83,4%, do ciclo 3.

Em relação à adequação do processo avaliativo, os resultados sugerem maior grau de concordância do que discordância. Por exemplo, 74% dos respondentes concordaram que o instrumento de avaliação do PMAQ-AB, ao longo dos três ciclos do programa, foi adequado para avaliar a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, em contraposição aos 15% que discordaram.

As mudanças no processo avaliativo do PMAQ-AB realizadas ao longo dos três ciclos do programa também obtiveram alto grau de concordância em relação à discordância (69% *versus* 16%, respectivamente). Quando os instrumentos de avaliação do programa são avaliados separadamente, verifica-se que a avaliação externa obteve maior percentual de discordância sobre a sua adequação ao longo dos ciclos do PMAQ-AB (23%) em relação aos indicadores contratualizados (15%) e à autoavaliação (10%) (quadro 1).

Do *corpus* originário do material qualitativo, a partir da CHD, foram analisados 313 segmentos de texto, com retenção de 76,04%, os quais geraram um dendrograma (figura 1) com cinco classes, subdivididas em quatro eixos temáticos: o primeiro, formado por classe 2

(22,7%) e classe 1 (17,2%); o segundo, pela classe 3 (33,9%); o terceiro, pela classe 4 (13%); o quarto, pela classe 5 (13,8%).

Quadro 1 – Percepção sobre a adequação do processo avaliativo do PMAQ ao longo dos três ciclos do programa, baseado em 818 municípios brasileiros, 2019

Indique o quanto você está de acordo com as seguintes afirmações	Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
O instrumento de avaliação do PMAQ-AB, ao longo dos três ciclos do programa, foi adequado para avaliar a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.	7%	8%	11%	65%	9%
Ao longo dos três ciclos do programa, a forma de avaliação do PMAQ-AB sofreu algumas modificações, as quais foram importantes para o melhoramento do processo de avaliação das equipes de saúde.	3%	13%	15%	61%	8%
A avaliação externa do PMAQ-AB é adequada para medir um conjunto de padrões de qualidade da unidade de saúde e da equipe de saúde no contexto do seu município.	5%	18%	15%	54%	8%
A implementação de processos autoavaliativos é adequada para medir um conjunto de padrões de qualidade da unidade de saúde e da equipe de saúde no contexto do seu município.	1%	9%	14%	70%	6%
A avaliação dos indicadores contratualizados é adequada para medir um conjunto de padrões de qualidade da unidade de saúde e da equipe de saúde no contexto do seu município.	2%	13%	14%	66%	5%

Fonte: elaboração própria, 2024.

Figura 1 – Barreiras e desafios da implementação do PMAQ na percepção dos gestores municipais da atenção básica do SUS/Brasil

Eixo 1 – Barreiras e desafios de um programa padronizado para todo o País			Eixo 2 – A avaliação não refletiu a realidade dos municípios			Eixo 3 – A avaliação deve considerar as necessidades da população			Eixo 4 – Dificuldades nos sistemas de informação e na infraestrutura das unidades					
Classe 2 22,7%			Classe 1 17,2%			Classe 3 33,91%			Classe 4 13,03%			Classe 5 13,87%		
Palavras	Freq.	Chi ²	Palavras	Freq.	Chi ²	Palavras	Freq.	Chi ²	Palavras	Freq.	Chi ²	Palavras	Freq.	Chi ²
**PMAQ	69,6	31,9	**Externo	84,6	93,0	**Realidade	92,3	46,0	**População	100	55,3	**Informação	84,6	57,6
**Todo	64,7	18,4	**Avaliação	40,0	43,8	**Município	69,8	31,7	**Maior	100	41,1	**Dado	76,9	45,8
**Indicador	51,7	15,9	**Avaliador	61,1	26,3	**Alguma	100	23,2	**Acesso	87,5	40,5	**Cadeira	100	38,2
Ano	100	13,9	**Realizar	72,7	24,9	**Acordo	92,3	21,7	**Conseguir	100	34,1	**Sistema	100	31,7
Levar	100	13,9	**Último	100	19,6	**Vez	90,0	15,2	**Depender	100	27,2	**Problema	70,0	27,5
Forma	60,0	12,7	Processo	50,0	9,5	Sair	100	12,4	**Alcançar	80,0	20,2	**Envio	100	25,3
Ciclo	61,5	11,8	Critério	75,0	9,5	Outro	100	10,3	**Perder	80,0	20,2	**Possuir	100	25,3
Melhorar	80,0	9,6	Momento	66,7	5,2	Nota	100	10,3	Qualidade	75,0	13,8	**Quanto	83,3	24,9
Mesmo	58,3	9,2	Condição	44,4	4,9	Unidade	71,4	9,8	Cidade	75,0	13,8	**Motivo	100	18,8
Precisar	62,5	7,5				UBS	100	8,2	Ainda	57,1	12,4	**Já	100	18,8
Meta	66,7	6,8				Situação	100	8,2	Pouco	60,0	10,0	**Exame	100	18,8
Programa	75,0	6,4				Condizer	100	8,2	Resultado	41,7	9,2	**Desclassificar	100	18,8
Consideração	75,0	6,4				Deixar	83,3	7,0	Interior	66,7	7,7	**SUS	80,0	18,7
						Acabar	100	6,1	Dificuldade	50,0	7,4	Relatórios	75,0	12,7
						Ficar	80,0	5,1	Funcionar	50,0	4,9	Nunca	66,7	7,1
						Só	80,0	5,1	Melhor	37,5	4,9	Correto	66,7	7,1
						Falta	80,0	5,1				AB	66,7	7,1
												Ainda	42,9	5,1
												Concordar	50,0	4,5
												MS	50,0	4,5

Fonte: elaboração própria, 2024.

Legenda: ** p<0,0001 – força associativa entre as palavras e suas respectivas classes.

O **primeiro eixo temático**, constituído pelas classes 1 e 2, demonstrou as barreiras e desafios de um programa fortemente marcado pela padronização da avaliação de desempenho para todos os municípios brasileiros. Dos avanços, houve o reconhecimento de que o programa possui estratégias capazes de mobilizar os gestores e as equipes a modificarem as práticas de trabalho e de cuidado, o que culminou na melhoria do acesso e da qualidade da atenção da APS.

O PMAQ colabora muito em manter a motivação da equipe e, conseqüentemente, melhor acesso e qualidade para a população. Fizemos um imenso esforço enquanto gestão para apoiar as equipes a desenvolver processos estratégicos que visam à transformação das práticas, tais como empoderar as equipes na prática do acolhimento, gerenciamento das agendas, gerenciamento da condição crônica na atenção primária etc. (Gestor AB1).

As palavras em destaque na classe 2 – “PMAQ”, “todo”, “indicador” – mostraram que a padronização anteriormente citada dos indicadores de avaliação dificultou a consideração das peculiaridades e das necessidades locais.

Os respondentes criticaram o desenho do programa que previa o pagamento por desempenho fortemente centrado no alcance de metas, pois induziu os trabalhadores a se restringirem a esse quesito, em detrimento do maior comprometimento com o avanço nas mudanças das suas práticas da AB.

Uma observação que devemos registrar é que o pagamento da gratificação do PMAQ atrelado ao alcance de metas não tem sido potente para alcançar a mudança no modelo de saúde na atenção primária, uma vez que a concepção de muitos profissionais ainda é de bater a meta e não conseguir avançar nas mudanças. (Gestor AB3).

Na classe 1 desse mesmo eixo, as palavras “externo”, “avaliação”, “avaliador” evidenciaram diversos problemas com a avaliação externa (AE). As críticas foram relacionadas à metodologia e certa rejeição aos

avaliadores por serem oriundos das universidades, e não dos serviços da APS do SUS, apontando falta de preparo respectiva.

A avaliação externa deveria ser feita por técnicos que trabalham no SUS, conhecem a Estratégia de Saúde da Família. Não por universitários. (Gestor AB7).

A equipe de avaliação externa não tinha preparo e pouco conhecia de saúde pública e, nos municípios de pequeno porte, as questões políticas são fortes e as pessoas avaliam conforme partido político. (Gestor AB8).

Os participantes questionaram, também, o componente da avaliação dos serviços pelos usuários, que não considerava o critério de representatividade amostral.

A avaliação feita com os usuários tem uma representatividade pequena em relação à quantidade de clientes atendidos pelas equipes e, às vezes, não representa a realidade dos fatos para melhor ou pior. (Gestor AB10).

Outra questão apontada pelos participantes foi a ausência de um processo de discussão e análise dos resultados das avaliações do programa, que não permitiu às equipes uma melhor compreensão sobre em que precisavam melhorar. Essa fragilidade produzia uma incompreensão dos resultados e desmotivação das equipes, que, segundo os respondentes, se empenharam para alcançar bom desempenho nos indicadores.

Na avaliação externa não fica muito claro onde as equipes deixaram de ser eficientes e quais pontos foram avaliados; por exemplo, no município na avaliação do terceiro ciclo, unidades com boa estrutura e equipamentos ficaram inferiores a outras com estruturas inadequadas. Acredito que a avaliação deve ser mais clara nas falhas para gestão e equipes. (Gestor AB12).

A falta de comunicação dificultou o acesso ao Ministério da Saúde para contestar os resultados negativos ou inconsistentes da

avaliação de desempenho; isso, aliado à desconexão temporal entre os resultados da avaliação externa e o resultado da certificação, provocou problemas de pagamento dos incentivos aos municípios.

Em contato com a equipe avaliadora, ela informou que o contato teria que ser feito diretamente pela coordenação do PMAQ de Brasília; porém, em contato com a coordenação, a mesma falou que o município teria que aguardar entrada de recurso que sairia após a segunda lista de certificação das equipes, prevista inicialmente para dezembro de 2018, porém só saiu a lista de certificação na metade de 2019. O prejuízo financeiro ao município está em média de no mínimo 10 mil reais/mês. (Gestor AB15).

Os respondentes pontuaram que as equipes se organizavam para “ludibriar” a avaliação de desempenho com um processo denominado *pmaquiagem*. Isso ocorria porque as equipes já conheciam previamente todas as etapas do processo; portanto, preparavam as unidades com os requisitos que compunham a avaliação.

O PMAQ se transformou em maquiagem nas unidades para receberem a entrevista. (Gestor AB13).

O **segundo eixo temático** é composto pela classe 3, cujas palavras constituintes são “realidade”, “município”, “acordo”, “alguma”, “vez”, complementando a ideia exposta no primeiro eixo temático sobre a padronização do programa. Nesse eixo, os gestores expressaram a demanda por uma avaliação que considerasse as especificidades das diversas realidades dos municípios brasileiros.

Existem alguns parâmetros, como acesso dos serviços ao usuário, acompanhamento da população com maior risco e vulnerabilidade, que são mais importantes que determinados indicadores contratualizados. Entendo que esses indicadores devem ser definidos conforme a realidade de cada região. Que haja os de parâmetro nacional, mas não deixe de contemplar os municipais. É preciso incluir indicadores qualitativos e adequados a cada realidade e perfil municipal. (Gestor AB17).

Ademais, reforçando o que foi apontado sobre a fragilidade da comunicação entre os atores do programa, os gestores apontaram ainda sentirem-se pouco incluídos nos processos de pactuação respectivos, em especial na definição dos indicadores de avaliação a cada ciclo.

Eles evidenciaram, ainda, que o monitoramento dos indicadores deveria ser realizado de forma regular e contínua – não, como pactuado, por três meses.

[...] acrescentar a realidade local de cada equipe, indicadores de monitoramento no elenco avaliado, bem como utilizar um maior período para monitoramento, não apenas três meses, e sim um ano, por exemplo. (Gestor AB19).

Sugiro a disposição de um acompanhamento mensal ou trimestral dos relatórios dos indicadores contratualizados, para assim os municípios acompanharem o que conseguiram alcançar e o que precisam melhorar nas ações. (Gestor AB20).

Ainda sobre a inadequação de alguns indicadores, em especial por não considerarem as especificidades locais, os gestores apontaram que há padrões de qualidade exigidos pelo programa que não dependem da gestão municipal apenas para serem alcançados, como, por exemplo, padrões que implicam a qualidade de serviços, usualmente sob gestão estadual ou federal.

Muitas vezes, o não alcance dos indicadores não é devido à falta de empenho do município; pode ser de pactuações que são de responsabilidade do estado, e este não assume as providências, deixando a população sem o serviço, e o município com dificuldade de alcançar o indicador. Exemplo no Estado do Tocantins: exames de citologia, onde a Secretaria Estadual de Saúde (SES) é quem contrata o laboratório, e teve região de saúde com período de mais de seis meses sem laboratório de referência, devido a SES não ter contratualizado de forma contínua. Outro exemplo são as vacinas, que estão passando por um período de descontinuidade de fornecimento pelo Ministério da Saúde, provocando o não alcance de alguns indicadores. (Gestor AB30).

O **terceiro eixo** temático é composto pela classe 4, cujas palavras em destaque foram “população”, “acesso”, “conseguir”, “depende”, “alcançar”. Demonstraram a necessidade de a avaliação de desempenho contemplar, de forma mais contundente, as necessidades da população, considerando-se seus riscos e vulnerabilidades, visando melhorar o alcance do acesso aos serviços de saúde. Destacaram a importância de ajustes nos indicadores de avaliação para que sejam sensíveis às especificidades das populações locais, sobretudo as que vivem em áreas remotas, de difícil acesso, e que convivem com maiores dificuldades de infraestrutura de serviços.

Precisa verificar as especificidades de cada local e, em alguns lugares, precisamos ajustar para que consigamos alcançar a população. Esses padrões dependem de vários fatores de cada cidade do Amazonas, que possui suas dificuldades de acesso, desde a internet a como chegar às vacinas para a população. (Gestor AB31).

O **quarto eixo** temático contém a classe 5, que mostrou dificuldades nos sistemas de informação e na infraestrutura das unidades. Mais uma vez, são apontadas as diversidades locais, agora quanto às estruturas das unidades de saúde, que não foram consideradas na pactuação dos indicadores e padrões de qualidade utilizados. Os gestores evidenciaram que diversas equipes não conseguiram atender aos requisitos da infraestrutura e de condições de trabalho verificadas pela AE devido à precariedade financeira de muitos municípios.

Concordo com a avaliação estrutural e de condições de trabalho, mas a falta de recursos às vezes impede que muitas adequações sejam feitas. (Gestor AB1).

Esse aspecto foi identificado pelas palavras “possuir”, “cadeira”, “problema”, “motivo”, “desclassificar”, “consultório”; por exemplo, quanto às unidades odontológicas, que culminaram na avaliação negativa recebida pela equipe. E, como a resolução desses fatores escapou à

capacidade de organização dos gestores locais, houve grande sentimento de injustiça quando as equipes eram desclassificadas.

O PMAQ é um sistema um pouco engessado ainda. Precisa ser visto para entender todas as dificuldades financeiras, de acesso e, sobretudo, de melhorias que os municípios enfrentam. Um exemplo disso são equipamentos, materiais e estruturas físicas que são exigidas, que, com o repasse que os municípios recebem, não conseguirão nunca adequar. (Gestor AB2).

As palavras “informação”, “dado”, “SISAB”, “quanto”, “envio”, “sistema” se referem às dificuldades encontradas para inserir os dados produzidos nos sistemas.

Concordo desde que o e-SUS/SISAB esteja recebendo o envio dos dados de forma correta, porque hoje não temos apoio adequado e os dados são errôneos de acordo com os procedimentos realizados, enviados e transmitidos pelas equipes. Precisamos ter segurança que a forma de recebimento chegue corretamente como são realizados e transmitidos. (Gestor AB5).

Além disso, observaram que foram escassos os treinamentos dos profissionais para operar o novo sistema denominado e-SUS/SISAB.

Quanto ao e-SUS/SISAB, ainda há muita informação não repassada para os municípios; os pouquíssimos treinamentos que ocorreram ficaram muito aquém da necessidade e realidade dos municípios. (Gestor AB6).

Essas dificuldades com o sistema causaram divergências e prejuízos na avaliação de desempenho dos municípios, e geraram insatisfações nos gestores e nas equipes da AB.

Referente aos indicadores de saúde, produzimos muito mais do que o TABNET tem de informações, pois os dados das produções não sobem 100% para o Ministério da Saúde devido a problemas com versões do SIA. Por este motivo, não concordo que as unidades de saúde sejam prejudicadas quanto a estas informações. (Gestor AB11).

DISCUSSÃO

Constatamos que, na percepção dos gestores, os avanços alcançados pelo PMAQ-AB foram as mudanças substanciais nas práticas de trabalho: organizativas e de cuidado, que contribuíram para a melhoria do acesso e da qualidade na AB.

Todavia, constituiu-se uma barreira à implantação do programa a forte padronização para todo o território nacional, conforme observado também em outros estudos que a caracterizaram como *top-down* (Saddi *et al.*, 2018). Se, de um lado, o programa tinha como objetivo “Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiam a melhoria da qualidade da AB” (Brasil, 2012, p. 10), o que ajudou a levar a resultados mais uniformes do programa (Gergen *et al.*, 2017), por outro, prejudicou uma avaliação mais regionalizada e coerente com as diferentes realidades locais.

Esse problema é comum em modelos de P4P que desconsideram as diversidades e valorizam os padrões daqueles que estão em melhores condições (Van Herck *et al.*, 2010). É um dos desafios dos modelos de avaliação em países com profundas desigualdades como o Brasil adotar um modelo de P4P que não considere as diversidades locais na implantação de políticas de incentivo.

Nessa direção, os gestores apontam a necessidade de o programa, para além de assumir padrões gerais de qualidade, avançar na pactuação de ações e serviços, sobretudo os mais especializados e para populações específicas de determinadas regiões, que considerem as peculiaridades localregionais. Isso se torna ainda mais relevante dada a diversidade do Brasil e sua enorme extensão geográfica, em que diferentes processos de desenvolvimento territorial e urbano se deram, guardando “profundas diferenças entre suas regiões” (Santos, 2009, p. 63).

Além disso, apesar de o Conasems ser um dos atores mais estratégicos na negociação e pactuação (Brasil, 2011, 2012), os municípios não se perceberam envolvidos na pactuação dos indicadores para a

avaliação do programa. Esse dado evidencia as históricas dificuldades de governança no SUS pelo Conasems, instância que os representou ao longo de todos os processos decisórios do programa. Tal dificuldade parece atingir diretamente os resultados do PMAQ-AB, à medida que estudos apontam que o envolvimento das partes interessadas na seleção e definição de alvos tem encontrado efeitos de P4P mais positivos do que aqueles que não o fazem (Gergen *et al.*, 2017).

Outro conjunto de resultados importantes produzidos pelo presente estudo foi em relação à avaliação externa (AE). Embora a maioria dos gestores tenha percebido que era adequada para o que o programa se propunha, e que as mudanças ocorridas ao longo dos ciclos se deram de maneira a melhorá-la, não obstante, foram observados alguns incômodos quanto à implementação da AE.

Exemplo dessa dificuldade é apontado em relação à heterogeneidade da estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde. As diferenças de condições entre os municípios, e até entre unidades de uma mesma cidade – ao serem submetidos a um sistema de avaliação com padrões de qualidade uniformes para todas as regiões do País –, geraram um sentimento de impotência e insatisfação entre gestores e trabalhadores.

Vale destacar que a AE era a etapa do programa que mais incidia na nota final das equipes (Brasil, 2017), com impacto direto na certificação e, conseqüentemente, no pagamento por desempenho das equipes. Assim, não é de se estranhar que esta tenha sido, também, a etapa que mais mobilizou gestores e trabalhadores dos municípios. Esse cenário produziu diversos problemas e dificuldades em nível local; por exemplo, a *pmaquiagem*, apontada pelos participantes, e por outros estudos (Sampaio *et al.*, 2016), como estratégia de burlar as condições reais das equipes e unidades de saúde com fins de garantir melhor avaliação e certificação no programa.

Outra dificuldade que afetou a AE foi a complexidade do processo de atribuição das notas das equipes. Apesar de os gestores poderem

acessar no e-Gestor AB (sistema de informação do PMAQ-AB) os microdados de cada uma de suas equipes, e de o cálculo para a obtenção das notas ter sido divulgado em notas metodológicas pelo Ministério da Saúde, a complexidade das informações dificultou a respectiva análise e, conseqüentemente, a compreensão dos gestores e trabalhadores acerca dos motivos que levaram a equipe a obter determinada nota na certificação. Desta forma, mesmo havendo transparência na disponibilização das informações, dos critérios de avaliação e certificação, a complexidade do processo não permitiu a adequada compreensão dos trabalhadores e gestores sobre tais informações, gerando um clima de insatisfação.

Outra dimensão da AE que ganhou destaque nos resultados desta pesquisa foi a insatisfação com a execução da verificação dos padrões de qualidade, comumente compreendida entre gestores e trabalhadores como a visita dos avaliadores do programa. Destacou-se a insatisfação quanto à transformação dos parâmetros observados pelos verificadores e o resultado da avaliação. Essa percepção da inadequação das verificações era justificada pelo fato de ser feita por instituições de ensino superior e pesquisa que, na percepção dos gestores, não teriam qualificação adequada para realizar uma pesquisa de verificação de qualidade das equipes de saúde e, assim, sugeriam fosse feita por trabalhadores da saúde. Toda essa situação produziu importantes efeitos negativos no processo, como a desconfiança dos gestores e trabalhadores em relação às equipes de AE e ao próprio programa.

Quanto a esse aspecto, vale destacar que a escolha por instituições de ensino superior e de pesquisa por parte do Ministério da Saúde se sustentou por terem qualificação técnica reconhecida e capacidade logística para realizar a AE (Melo, 2017); pelo interesse em fortalecer a integração ensino-serviço, aproximando os pesquisadores da saúde dos gestores do SUS (Santos *et al.*, 2016); a fim de promover apoio institucional aos municípios, no sentido de favorecer processos de melhoria da APS (Sampaio; Gomes, 2016); e para garantir isonomia, isenção e cientificidade ao processo de AE.

A necessidade de apoio institucional foi apontada pelos gestores que defendem que o foco das ações do programa deveria ser a aposta nas ações de desenvolvimento: apoio institucional, educação permanente, autoavaliação, monitoramento, cooperação horizontal. Essa avaliação dos participantes segue a mesma direção da aposta dos atores envolvidos na pactuação do programa (Ministério da Saúde, Gestores do SUS – em especial o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conasems – e Conselho Nacional de Saúde) de transformar a fase de desenvolvimento (dos ciclos 1 e 2) no eixo estratégico transversal do Programa no ciclo 3 (Brasil, 2017). Essa aposta sustentou-se ainda em estudos apontando que o apoio institucional e a formação em saúde são ações estratégicas para promover mudanças positivas nos processos de trabalho com repercussões na qualidade da APS (Vieira-Meyer *et al.*, 2020).

Por fim, destaca-se que os gestores apontaram, ainda, que, na avaliação dos indicadores de saúde, muitos municípios foram prejudicados, pois o Sistema de Informação do SUS – o e-SUS – encontrava-se em fase de implementação em vários municípios que enfrentavam diversos problemas de inclusão digital, rede de internet, inexistência de equipamentos computacionais, profissionais pouco treinados (Silva *et al.*, 2018). Vários estudos abordam essas dificuldades e reforçam a importância de capacitar os profissionais de saúde da AB para a utilização do e-SUS AB, de modo a qualificar os trabalhadores para uma ação resolutiva, ao tempo que o sistema seja aperfeiçoado para ser incorporado como ferramenta de apoio, e não um dificultador (Laatikainen *et al.*, 2022). Nesse contexto, o apoio da gestão e a supervisão especializada são condições para a compreensão do sistema e respectivo uso (Alves *et al.*, 2017; Araújo *et al.*, 2019; Laatikainen *et al.*, 2022). Sistemas de informação que não respondem às necessidades e levam os trabalhadores/as a sentimentos negativos (como de incompetência), estruturas físicas e equipamentos inadequados são reconhecidamente fatores que acarretam desmotivação e podem

interferir negativamente na prática do cuidado. A insatisfação acarreta menos envolvimento e pior desempenho; conseqüentemente, baixa performance diante de uma avaliação (Alves *et al.*, 2017; Araújo *et al.*, 2019; Lopes; Scherer; Costa, 2015; Moura, 2015; Neves, 2018; Ribeiro; Pires; Blank, 2004).

Uma das limitações do estudo diz respeito à coleta de dados *on-line*, que dificultou o alcance de todos os gestores municipais da AB do Brasil; portanto, algumas regiões ficaram sub-representadas. Ademais, havia pouco espaço para os conteúdos discursivos.

CONCLUSÕES

Conclui-se que se constituíram como barreiras o modelo homogêneo para todo o território nacional, sobretudo a complexidade da avaliação externa, que gerou resistência e insatisfações dos gestores e trabalhadores; a falta de infraestrutura dos sistemas de informação e das unidades, particularmente a não consideração das diferenças e carências regionais, causando sentimento de injustiças; ademais, ficou evidente que são desafios as coparticipações dos municípios na construção dos indicadores de avaliação para retratar com mais precisão suas necessidades.

A despeito de todas as dificuldades, o comprometimento e o protagonismo dos gestores e trabalhadores permitiram a implementação do programa em todo o território nacional, com substanciais melhorias no acesso, no processo de trabalho, e na qualidade da atenção.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jairo Porto *et al.* Avanços e Desafios na Implantação do e-SUS Atenção Básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2. **Anais...** Campina Grande: Centro de Convenções Raymundo Asfora, 2017.

ARAÚJO, Jaianne Ricarte *et al.* Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro v. 43, n. 122, p. 780-792, jul./set. 2019.

ARAÚJO, Walesca Regina Machado *et al.* Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Rev Saude Publica**, São Paulo, n. 51, p. 75, 2017.

BARRETO, Jorge Otavio Maia. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis [Pay-for-performance in health care services: a review of the best evidence available]. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, May 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015205.01652014.

BERTUSSO, Francielle Regina; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 408-419, abr./jun. 2018.

BINYARUKA, Peter; LOHMANN, Julia; DE ALLEGRI, Manuela. Evaluating performance-based financing in low-income and middle-income countries: the need to look beyond average effect. **BMJ Global Health**, London, n. 5, e003136, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-00313.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ – 3º Ciclo (Avaliação Externa) – Orientações Gerais – Versão Preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mais Perto De Você - Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo – 1º Ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mais Perto De Você - Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Manual Instrutivo** – 2º Ciclo. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf. Acesso em: 31 jul. 2023.

CAMARGO, Brígido. Vizeu.; JUSTO, Ana. Maria. Iramuteq: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. DOI: 10.9788/TP2013.2-16.

CASHIN, Cheryl *et al.* (ed.). **Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability**. New York: Open University Press, 2014.

FENG, Yan *et al.* Pay for performance for specialised care in England: Strengths and weaknesses. **Health Policy**, London, v. 123, n. 11, p. 1036-1041, 2019.

FLEETCROFT, Robert *et al.* Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis. **BMC Health Services Research**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 16, 2012.

GERGEN, Jessica. *et al.* Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs Across 28 Countries. **Glob Health Sci Pract**, Washington, v. 5, n. 1, p. 90-107, 2017. DOI: 10.9745/GHSP-D-16-00239.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson. Elias. A atenção básica no olho do furacão. *In*: AKERMAN, Marco *et al.* (org.). **Atenção básica é o caminho!** Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das universidades brasileiras para a avaliação e pesquisa na APS: perspectivas: avaliação, pesquisa e cuidado em atenção primária à saúde. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 38-47.

KHAN, Nagina. *et al.* A pay for performance scheme in primary care: Meta-synthesis of qualitative studies on the provider experiences of the quality and outcomes framework in the UK. **BMC Fam Pract**, London, v. 21, n. 1, p. 142, 2020. DOI: 10.1186/s12875-020-01208-8. PMID: 32660427; PMCID: PMC7359468.

KONDO, Karli K. *et al.* Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: a systematic review. **Journal Of General Internal Medicine**, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 61-69, 2016.

KOVACS, Roxana. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **Lancet Glob Health**, London, v. 9, n. 3, e331-e339, 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30480-0. PMID: 33607031; PMCID: PMC7900523.

LAATIKAINEN, Tiina. *et al.* National electronic primary health care database in monitoring performance of primary care in Kyrgyzstan. **Primary Health Care Research & Development**, [s.l.], n. 23, E6, 2022. DOI: 10.1017/S1463423622000019.

LOPES, Estela. Auxiliadora Almeida *et al.* O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 237-250, 2015.

MELO, Daine Celestino. *et al.* Avaliação externa do PMAQ-AB: elementos facilitadores e restritivos em capital do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 3-17, 2017.

MINCHIN, Mark *et al.* Quality of Care in the United Kingdom after Removal of Financial Incentives. **N Engl J Med**, Massachusetts n. 379, p. 948-957, 2018.

MOURA, Sandra Cristina Sá. **Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação de enfermagem em suporte eletrônico**: um estudo no Aces Porto Ocidental. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015.

NEVES, Miriam Nareti Luís. Análise da correlação entre a satisfação no trabalho e o comprometimento organizacional: estudo com os enfermeiros da pediatria do hospital geral de Luanda. **Sapientiae**, [s.l.], v. 3, n. 2, p. 96-125, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva. Thirty years of the Unified Health System (SUS). **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018. PMID: 29972481.

PAUL, Elisabeth *et al.* Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? **Bmj Global Health**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 664-680, 2018.

PU, Xiaoying. *et al.* Realigning the provider payment system for primary health care: a pilot study in a rural county of Zhejiang Province, China. **Prim Health Care Res Dev**, [s.l.], n. 21, e43, 2020. DOI: 10.1017/S1463423620000444. PMID: 33032674; PMCID: PMC7577833.

RIBEIRO, Edilza Maria.; PIRES, Denise.; BLANK, Vera Lúcia. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROLAND, Martin; OLESEN, Frede. Can pay for performance improve the quality of primary care. **British Medical Journal**, London, n. 354, p. i4058, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4058>.

RUSSO, Letícia Xander. *et al.* **Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018.** *BMJ Global Health*, n. 6, e005429, 2021.

SADDI, Fabiana. Cunha. *et al.* Perceptions and evaluations of front-line health workers regarding the Brazilian National Program for Improving Access and Quality to Primary Care (PMAQ): a mixed-method approach. **Cad Saude Publica**, São Paulo, v. 34, n. 10, e00202417, 2018.

SAMPAIO, Juliana. *et al.* PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 10, p. 4318-4328, 2016.

SAMPAIO, Juliana; GOMES, Luciano Bezerra. Potencialidades e desafios para a construção de redes colaborativas universidades-SUS: reflexões a partir da experiência da avaliação externa do PMAQ-AB. *In*: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016. v. 1, p. 219-234.

SANTOS, Milton. **A urbanização brasileira.** 5. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009.

SANTOS, Thais Chiapinotto. *et al.* **PMAQ-AB e os pactos do SUS**: função dispositivo ou repetição. Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade–(PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 75-99.

SILVA, Talita Ingrid Magalhães *et al.* Difusão da inovação tecnológica e-SUS AB: aceitação ou rejeição? **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 23, n. 3, 2018.

SOUSA, Allan Nuno Alves; SHIMIZU, Helena. Eri. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.08972020>.

SOUSA, Yuri.Sá Oliveira. *et al.* O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, e3283, abr./jun. 2020.

VAN HERCK, Pieter *et al.* Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC Health Serv Res.**, n. 10, p. 247, 2010. DOI: 10.1186/1472-6963-10-247.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes *et al.* Infrastructure and work process in primary health care: PMAQ in Ceara. **Rev Saude Publica**, Rio de Janeiro, n. 54, p. 62, 2020.

Capítulo 7.
**DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS
NA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Roxanne Dunaiski-Kovacs

Luiz Augusto Facchini

José Eudes Barroso Vieira

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Helena Eri Shimizu

APRESENTAÇÃO

Neste capítulo, aprofunda-se a discussão sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e sua contribuição para a redução dos efeitos das desigualdades socioeconômicas sobre o desempenho das equipes de saúde no Brasil. A discussão se baseia no debate transmitido pela internet sobre o artigo publicado pela equipe de pesquisadores. O webinar foi realizado em outubro de 2021, com membros da academia e da gestão do SUS para ampliar as possibilidades de translação do conhecimento e suas implicações para a política de atenção básica no Brasil.

INTRODUÇÃO

O Brasil lançou o PMAQ-AB em 2011 como um dos maiores esquemas de pagamento por desempenho do mundo, implementado em diferentes cenários, em contextos locais dos municípios brasileiros (Brasil, 2015; Cavalcanti *et al.*, 2016; Gomes *et al.*, 2016; Facchini, Tomasi, Thumé, 2021). Ao longo dos últimos 15 anos, muitos governos, em vários países, têm introduzido programas de pagamento por desempenho para incentivar os serviços de saúde a melhorar a qualidade do cuidado (Buntin; Ayanian, 2017; Cookson *et al.*, 2018; Eijkenaar *et al.*, 2013). No entanto, as evidências sobre esses programas ainda são escassas, sobretudo quanto aos efeitos relacionados às desigualdades no cuidado da saúde. Apesar de esses esquemas serem utilizados há muitos anos em diferentes contextos, ainda não se sabe quais seus reflexos em relação à equidade, sobretudo em decorrência das variações socioeconômicas das áreas em que as equipes das unidades básicas foram submetidas a essas iniciativas.

A maioria dos estudos discorre sobre os efeitos médios dos esquemas de pagamento por desempenho, particularmente sobre os resultados distais em relação a potenciais iniquidades (Alshamsan *et al.*, 2010; Doran *et al.*, 2008; Glidewell *et al.*, 2015; Mason *et al.*, 2016). Embora haja uma crescente literatura sobre o PMAQ-AB, estudos anteriores limitaram-se a análises transversais do programa em um ponto no tempo ou com foco restrito em resultados específicos, condições de saúde ou estados individuais (Alves *et al.*, 2019; Barcelos *et al.*, 2017; Macinko *et al.*, 2017; Protasio *et al.*, 2017).

Apesar de todos os esforços, não está suficientemente claro se esses programas aumentam ou diminuem as desigualdades de acordo com os efeitos mensurados, principalmente quando os desenhos dos estudos são realizados com técnicas e abordagens tradicionais, a partir dos municípios no Brasil como unidade de análise (Kovacs *et al.*, 2021).

O estudo que fundamenta este debate avalia as desigualdades socioeconômicas e o desempenho das equipes de saúde da família que aderiram ao Programa do Brasil ao longo de três ciclos avaliativos nacionais (Kovacs *et al.*, 2021).

Foram analisados dados referentes à qualidade do cuidado prestado pelas equipes de saúde da família que participaram dos seguintes ciclos de avaliação do PMAQ-AB: ciclo 1, que ocorreu de novembro de 2011 até março de 2013; ciclo 2, que foi realizado entre abril de 2013 e setembro de 2015; ciclo 3, de outubro de 2015 a dezembro de 2019 (Kovacs *et al.*, 2021).

O desfecho principal foi o percentual da nota máxima do desempenho obtida pelas equipes de saúde da família no processo de avaliação nacional, baseada em centenas de indicadores, que variaram de 598 a 914 nos diferentes ciclos, relacionados aos padrões de cuidado ofertado na atenção básica pelas unidades que aderiram ao programa ao longo desse período (Kovacs *et al.*, 2021).

Assim, buscou-se saber se, nas áreas mais ricas e, portanto, com melhor nível socioeconômico, essas equipes teriam melhores notas no processo avaliativo ao longo desse período, que poderiam ser resultantes do recebimento de mais recursos em relação às áreas relacionadas a vulnerabilidades crônicas, encontradas nas regiões mais pobres do País, que receberiam conseqüentemente menos recursos por baixo desempenho.

Da mesma maneira, questionava-se se os efeitos sobre os mais pobres em relação à melhoria da qualidade poderiam ser consequência da margem mais ampla para melhorar o desempenho a partir do recebimento desses novos recursos. É esperado, do ponto de vista teórico, que esquemas de avaliação baseados nos princípios da meritocracia possam levar a potenciais efeitos negativos com respeito à equidade, que é o ponto central da discussão deste capítulo em relação ao estudo em discussão.

A questão principal que se busca responder é se o desempenho das equipes de AB, a partir da introdução do PMAQ-AB, variou de acordo com as condições socioeconômicas das regiões censitárias onde as equipes estão localizadas nos respectivos municípios.

O referido estudo (Kovacs *et al.*, 2021) buscou observar também se essa condição sofre alguma alteração ao longo do tempo, a partir dos dados do processo avaliativo por ciclos padronizado em escala nacional.

O objetivo era melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica no Brasil; assim, cerca de 40 mil equipes de saúde da família participaram, por adesão e contratualização, desse programa, cujos gastos chegaram a cerca de US\$ 1,5 bilhões (R\$ 8,6 bilhões de reais) desde seu início, em 2011, até o ano de 2017 (Brasil, 2015; Silva *et al.*, 2023).

Como um programa federal, os respectivos repasses de recursos financeiros foram feitos pelo Ministério da Saúde aos municípios brasileiros de acordo com a atuação e o desempenho das equipes de saúde da família, aferidos por uma nota média em três ciclos avaliativos entre 2011 e 2017, cujo resultado foi certificado em 2019 (Cavalcanti *et al.*, 2016; Gomes; Merhy, 2016).

O desempenho foi medido por meio da nota geral, que varia de 0 a 100, calculada com base em centenas de indicadores inseridos nessas avaliações em três longos ciclos de longo prazo. O esquema de avaliação foi baseado no uso de indicadores pactuados para o monitoramento da utilização do serviço, numa avaliação externa baseada em processos complexos de checagem em cooperação com as universidades nos locais onde as equipes atuam e, por fim, foram utilizados o instrumento de autoavaliação. A quantidade de recursos que cada município recebia e, conseqüentemente, o que cada equipe poderia receber dependiam desse desempenho com notas atribuídas em relação aos referidos processos periódicos de avaliação (Brasil, 2015; Gomes *et al.*, 2016).

Nos primeiros dois ciclos, o montante de recursos que cada município recebeu foi ajustado de acordo com o respectivo grau de

vulnerabilidade socioeconômica, agrupados em blocos de acordo com esse critério, como definido no processo de negociação com os gestores nos fóruns de governança do SUS. No terceiro ciclo, não houve mais esse ajuste. Os dados referentes ao desempenho de todas as equipes que participaram eram avaliados para efeito de obtenção dessa nota média final atribuída às equipes. E, assim, os municípios passavam a receber novos recursos federais, que poderiam ser utilizados de acordo com a decisão dos gestores locais para diversas finalidades, inclusive para pagamento de bônus de desempenho para as equipes.

Ao serem analisados os resultados médios das equipes desse processo avaliativo, não se observa algo muito relevante, como previsto em relação ao desempenho de cada unidade básica. Entretanto, nesse estudo, foram usados dados sobre renda domiciliar vinculados aos setores censitários do País, a partir da nota da avaliação dividida em 20 percentis de renda. Assim, foram utilizadas técnicas de regressão por mínimos quadrados ordinários para examinar a associação entre as notas do PMAQ-AB e a renda dos setores censitários ao longo dos ciclos de implementação e análise de variância para investigar a variação geográfica (KOVACS *et al.*, 2021).

Das 40.361 equipes de saúde da família que participaram do programa em algum momento, 13.934 equipes que participaram dos três ciclos foram incluídas na análise estatística por apresentarem informações completas sobre renda local, demografia e características das unidades. Essas equipes estavam localizadas em 11.472 setores censitários e proveram cobertura para 48 milhões de pessoas.

A nota média foi 61,0% (mediana 61,8, IQR 55,3–67,9) no ciclo 1, 55,3% (mediana 56,0, IQR 47,6–63,4) no ciclo 2, e 61,6% (mediana 62,7, IQR 54,4–69,9) no ciclo 3. No ciclo 1 foi observado um gradiente socioeconômico positivo, com a média da nota variando até 56,6% no grupo mais pobre e até 64,1% no grupo mais rico.

Entre os ciclos 1 e 3, a média do desempenho aumentou 7,1 pontos percentuais para o grupo mais pobre e diminuiu 0,8 ponto percentual

para o grupo mais rico ($p < 0,0001$), com a diferença entre o grupo mais rico e o mais pobre diminuindo de 7,5 pontos percentuais (95% IC 6,5–8,5) para -0,4 ponto percentual no mesmo período (-1,6 a 0,8).

Quando a análise é realizada considerando-se dados socioeconômicos de acordo com o setor censitário da área geográfica, onde as equipes se localizam de forma mais precisa, essas disparidades se revelam muito acentuadas, como foi visto desde o primeiro ciclo. Nesse ciclo, as regiões Norte e Nordeste apresentam as piores notas de desempenho comparativamente às regiões Sul e Sudeste, detentoras das médias mais elevadas no que concerne às notas das avaliações no primeiro momento da intervenção.

Os dados geoprocessados por área censitária têm o potencial de revelar ainda mais o que estava encoberto e, assim, permitiram visualizar as relações entre as disparidades socioeconômicas e as notas do processo avaliativo, quando a unidade de análise passou a ser essa área censitária, em substituição ao município. Dessa maneira, foram localizadas todas as equipes de saúde que aderiram ao programa em áreas censitárias.

De acordo com as médias por município, observou-se que no primeiro ciclo as equipes tiveram uma média de 61 pontos; no segundo ciclo a média caiu para 55 pontos; porém, no terceiro ciclo a média subiu novamente, para 62 pontos. Esses resultados das médias municipais, particularmente, não revelam quase nada sobre as possíveis iniquidades decorrentes das desigualdades socioeconômicas potencialmente capturadas no processo avaliativo, sobretudo em relação às características das unidades censitárias onde trabalham as equipes.

Assim, os resultados geoprocessados em mapas demonstram as áreas com médias inferiores localizadas nas regiões Norte e Nordeste – são as que apresentaram no ciclo 1 as notas mais baixas; e as áreas que representam as equipes localizadas em áreas mais ricas, que tiveram notas altas, localizadas nas regiões Sul e Sudeste. Portanto, as notas de desempenho alcançadas nesse ciclo são bem inferiores nas regiões

Norte-Nordeste, o que pode estar relacionado a questões macro-estruturais e características do desenvolvimento socioeconômico, considerando o histórico de vulnerabilidades crônicas dessas regiões.

Após o primeiro ciclo, observou-se que essa tendência foi atenuada, com redução desse quadro e melhoria mais acentuada do desempenho das equipes localizadas nas regiões mais pobres, de acordo com os dados geoprocessados a partir do ciclo 2, visto que é possível observar uma curva de melhoria concentrada nas áreas prioritárias, de acordo com os blocos de municípios mais pobres, conforme os critérios utilizados para priorizar as transferências de recursos federais.

No ciclo 3, essa situação aparece corrigida: é possível observar que as diferenças dos valores da avaliação de desempenho se tornaram menos pronunciadas ao longo desse tempo. Não se observa mais a elevada concentração de áreas correspondentes com notas baixas nas regiões Norte e Nordeste em relação a áreas com notas mais elevadas localizadas no Sul e Sudeste do País.

Dessa forma, os dados apresentam um quadro que se tornou mais homogêneo, com destaque para áreas com menor variação da média demonstradas em mapas geoprocessados, revelando uma possível redução do potencial de melhoria contínua, como um platô atingido naquele período. Demonstra-se assim que, ao contrário do esperado, as áreas mais vulneráveis, contempladas com os ajustes financeiros para recebimento de repasses de recursos com prioridade, de acordo com os blocos socioeconômicos, efetivamente melhoraram suas notas ao longo dos ciclos.

Algumas questões ainda são intrigantes para a leitura apropriada desse efeito. Mas, de todo modo, a redução da diferença entre o terceiro e o primeiro ciclos, com destaque para a alteração das notas mais baixas localizadas nas áreas censitárias que apresentavam pior condição socioeconômica, é revelada com essa abordagem. Houve uma equalização do efeito de concentração de renda, com melhoria basicamente na região Norte das notas médias do processo avaliativo.

Para demonstrar esses resultados, as equipes foram metodologicamente agrupadas em intervalos: o primeiro grupo (0) representa o mais pobre, o grupo 10 é intermediário, o grupo 20 é o mais rico. Quando os dados são plotados em gráficos, em relação a esses grupos, é possível observar que a nota final do processo avaliativo e a renda das áreas censitárias dos municípios se alteram ao longo dos ciclos, nessa perspectiva em que os grupos mais pobres melhoram muito mais suas notas em relação aos grupos mais ricos.

As evidências desse estudo quantitativo demonstram essa variação ao longo dos ciclos. No ciclo 1, as notas finais apresentam significativa diferença entre as áreas mais ricas e as áreas mais pobres, tendo como referência a comparação com os dados socioeconômicos do processo avaliativo nacional. Nas áreas mais pobres, a nota do primeiro ciclo chega a 57 pontos, e no grupo mais rico essa nota atinge 64.

No ciclo 2, é importante observar que esse padrão se modifica e a linha de base do estudo se torna mais plana, com a redução dessa diferença: os municípios mais pobres melhoram significativamente suas notas em relação aos municípios mais ricos. Os municípios localizados em regiões mais ricas melhoram menos e, conseqüentemente, essa diferença nas notas médias foi reduzida.

No terceiro ciclo, essa linha se torna ainda mais plana e não se observam mais lacunas tão expressivas entre municípios ricos e pobres, com destaque para uma situação homogênea em relação as áreas censitárias em todo o País.

Em síntese, no ciclo 1, a nota final apresenta uma associação positiva com relação à renda das áreas mais ricas que obtiveram melhor desempenho que as equipes que estavam em áreas pobres dos municípios brasileiros em 2011. Isso reflete as desigualdades históricas existentes desde antes do PMAQ-AB. Porém, com o passar do tempo, nos ciclos seguintes, essa diferença entre as notas diminuiu e no terceiro ciclo esse fator não apresenta relevância com relação a notas obtidas. Esse comportamento pode estar relacionado aos

ajustes financeiros realizados com a segmentação dos municípios implementados nos ciclos 1 e 2. No ciclo 2, essa hipótese faz sentido, pois observa-se a redução das diferenças nas áreas mais pobres. Dessa forma, as desigualdades entre as equipes nos mesmos municípios, relacionadas a áreas censitárias, podem ser reveladas, o que aponta para a necessidade de mais estudos sobre esses efeitos e os esforços no sentido de equacionar as desigualdades internas, a partir desses programas de incentivos.

As diferenças entre as equipes são observadas dentro dos municípios que possuem as áreas mais pobres e, conseqüentemente, apresentam maiores necessidades de saúde comparativamente àqueles municípios e àquelas equipes localizadas em áreas mais ricas, mesmo que o desempenho municipal médio em relação à nota de avaliação seja o mesmo. Essa situação não é justa do ponto de vista da equidade e representa um desafio no sentido de reduzir as desigualdades internas nos municípios em relação aos padrões de atendimento na atenção básica. Esse é um fator relevante na agenda política do SUS em que são apresentados alguns pontos fundamentais para o aprofundamento das discussões em torno desse estudo, os quais merecem destaque nos debates sobre políticas públicas de forma mais ampla, entre os principais atores institucionais.

As desigualdades de renda existentes na oferta dos cuidados primários de saúde foram atenuadas durante os três ciclos, possivelmente devido à característica do processo de implementação do programa, em que eram ajustadas as transferências financeiras por desigualdades socioeconômicas entre os blocos de municípios agrupados por critérios socioeconômicos. Diante de todas essas questões, ainda persiste uma agenda política importante a ser priorizada para enfrentar as grandes iniquidades em saúde observadas no País e cujo debate é fundamental para os próximos anos na atenção básica do SUS.

COMENTÁRIOS, REFLEXÕES E IMPLICAÇÕES PARA A POLÍTICA DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NA VISÃO DA ACADEMIA E GESTORES DO SUS

Nessa parte do capítulo são colocadas para o debate as principais questões e aspectos mais relevantes sobre o trabalho de pesquisa publicado sob a ótica da academia e gestores públicos do SUS. O objetivo desse debate é promover a disseminação do conhecimento publicado em artigos científicos e debatidos no formato de webinários para aprofundar as discussões dos achados e conclusões dessas pesquisas.

Comentários de Luiz Augusto Facchini pela academia.

Inicialmente é importante destacar a relevância das evidências apresentadas por Kovacs e colegas (2021), sobre o PMAQ-AB no contexto da Política Nacional de Atenção Básica e da avaliação externa da Atenção Primária da Saúde. Merece destaque no artigo de Kovacs e colegas (2021), o reconhecimento da relevância do incentivo financeiro para a equidade do desempenho da ESF no país.

Entretanto, o PMAQ-AB não era exclusivamente um programa de pagamento por desempenho individual de profissionais da APS, como por exemplo o Quality Outcomes Framework (QOF) no National Health Service-NHS da Inglaterra (Doran et al., 2008), mas foi uma iniciativa política muito bem-sucedida de incentivo ao desempenho das equipes da ESF. No Brasil, o Ministério da Saúde não pode pagar diretamente ao profissional do município. Assim, o incentivo financeiro de desempenho era transferido do Ministério da Saúde aos municípios, que decidem o que fazer com os recursos. Para premiar os profissionais, os municípios precisam aprovar legislação específica para esta finalidade (Gomes et al., 2016).

Independente de nuances na sua caracterização, é fundamental saudar as contribuições desse estudo ao aprofundar a análise de seus efeitos na melhoria do desempenho da APS com redução das desigualdades regionais e sociais (Facchini, Tomasi, Thume, 2021). Sobretudo, sua contribuição ao conhecimento dos determinantes sociais que reforça os efeitos do programa na promoção da equidade dos cuidados à saúde.

O artigo mostra os serviços de saúde e o SUS entre os determinantes sociais da saúde da população. Apesar das diferenças históricas no padrão de desenvolvimento entre as regiões do país, avanços equitativos no desempenho dos serviços de saúde podem contribuir para torná-las menos desiguais.

As Américas em geral, especialmente a América do Sul e o Caribe, reúnem algumas das nações mais desiguais do mundo, nas quais as iniquidades sociais de saúde são muito expressivas, como por exemplo, o Brasil, um dos campeões mundiais nesta categoria. Nosso contexto de desigualdades aumenta a relevância das políticas de saúde, dos programas de saúde pública e das ações dos serviços para melhorar as condições de atendimento à população nas regiões mais remotas, nos lugares mais pobres, onde as carências sociais são mais presentes.

É possível que o efeito pró equidade do PMAQ-AB tenha sido ainda mais pronunciado, pois no primeiro ciclo, em 2012, por limitação de recursos institucionais disponíveis, houve adesão de uma parte das equipes de APS, especialmente nos grandes municípios, que induziu a seleção das melhores, com melhor capacidade de receber um maior incentivo financeiro, mas também por temores de potenciais prejuízos na fiscalização do MS, ou alguma penalidade por baixo de desempenho.

Alguns municípios se negaram a inscrever suas equipes no programa, talvez por esses temores. Por exemplo, São Luiz, capital do Maranhão, não participou do ciclo 1. Com o passar do tempo, o Programa aumentou sua abrangência e o viés de seleção foi minimizado. No ciclo 3 houve uma universalização da adesão das equipes. Foi viabilizada a participação de todas as equipes de saúde da família

do Brasil com interesse em melhorar o acesso e a qualidade da APS. Além disso, as equipes que participaram de mais um ciclo tiveram melhor desempenho do que aquelas com menor participação (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

Nos ciclos 2 e 3, também houve promoção da equidade com equalização das médias das notas em áreas mais ricas e mais pobres do país. Foi valorizado a melhoria do desempenho da equipe em comparação com seu resultado anterior, incentivando aquelas em situação inicial pior, mas com respostas mais expressivas nos ciclos seguintes.

Os autores, do artigo que foi apresentado para discussão pelos convidados do webinar, indicam a necessidade da ação sistemática do poder público para mitigar as diferenças iníquas no desempenho dos serviços de saúde na atenção básica no SUS. A melhoria do desempenho da APS em setores censitários e regiões mais pobres foi capaz de modificar o efeito estrutural de determinantes clássicos da saúde, como por exemplo a renda nas áreas geográficas das UBS, que aderiram ao programa, o que demonstra potencial inovador da abordagem com uma unidade de análise ao interior dos limites municipais

O PMAQ-AB possibilitou a melhoria de todas as equipes, promovendo um padrão de desempenho mais equitativo ao longo do tempo. O artigo de Kovacs e colegas fundamenta e aprofunda essa discussão, mostrando as grandes vantagens do Programa, para os lugares mais pobres e mais vulneráveis, ao equalizar o recebimento dos recursos financeiros (Kovacs et al., 2021).

A avaliação externa ofereceu ao País um conhecimento em profundidade da situação da ESF, identificando as áreas mais problemáticas e subsidiando a definição de prioridades pelos gestores do SUS, inclusive sobre a prática clínica dos profissionais de saúde e as estratégias organizacionais necessárias para a melhoria do desempenho das equipes nas unidades básicas (Facchini, Tomasi, Thume, 2021). Realizada por grupos de pesquisa de excelência, envolvendo ao redor de 50 universidades brasileiras, se antecipava como contraponto a opções de

monitoramento com base em cestas mínimas de indicadores. Avaliou em detalhe as características da estrutura de serviço e do processo de trabalho das equipes, tanto do ponto de vista da organização do atendimento dos usuários, como das práticas profissionais das equipes no cuidado das pessoas (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

As múltiplas evidências sobre o PMAQ-AB mostram a potencialidade das políticas de saúde em mudar os padrões tradicionais da atenção básica no País (Facchini, Tomasi, Thume, 2021). Seus resultados foram muito importantes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e para a extensão da rede básica de saúde. Além disso, cabe lembrar que foi implementado em um contexto institucional favorável, no qual vários programas concomitantes do Ministério da Saúde incentivavam a melhoria da APS, como por exemplo o Requalifica UBS, destinado a reforma, ampliação e construção de UBS e o Programa Mais Médicos, garantindo a provisão e educação permanente de profissionais da medicina para as equipes incompletas e as novas implantações (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

O PMAQ-AB identificou a melhoria da infraestrutura dos prédios das UBS, mas também o aumento expressivo de testes diagnósticos, de materiais impressos e do acesso à internet, inclusive do uso de prontuário eletrônico. Também houve melhoria da acessibilidade para os usuários da rede de saúde, com a coordenação de fluxos de pacientes para a oferta de cuidados profissionais (Facchini, Tomasi, Thume, 2021; Separavich; Couto, 2021).

Mas, ainda mais importante, foi haver valorizado a participação dos usuários, em amostras selecionadas nas equipes sob avaliação externa, a fim de dimensionar a relevância da resposta dos serviços para as necessidades de saúde da população. Ao longo dos três ciclos foram entrevistadas mais de 300 mil pessoas. No ciclo 3 foram incluídos em torno de 160 mil usuários, permitindo evidenciar as diferenças na perspectiva do cidadão no contexto de diversidade nacional (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

O Programa caracterizou indicadores intermediários de desempenho, como, por exemplo, o aumento das ações realizadas no pré-natal, a melhoria das ações realizadas no período pós-parto e no cuidado de crianças pequenas. O mesmo perfil de melhoria foi observado no cuidado das pessoas com condições crônicas de saúde, a exemplo de hipertensão e diabetes mellitus. Entretanto, também possibilitou identificar os desafios e pontos problemáticos da APS, em cada uma das ações de saúde ofertadas, úteis para orientar os esforços de melhoria contínua da qualidade (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

O terceiro ciclo ocorreu em um contexto de profundas mudanças políticas no País, relacionadas ao processo de impedimento da presidenta Dilma Rousseff em 2016. Ainda assim, foi possível verificar efeitos positivos na APS, mesmo sob circunstâncias de mudança radical na ação do Estado brasileiro em relação as políticas públicas, incluindo a saúde, causadas pela austeridade fiscal. Apenas a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, resultou no subfinanciamento da saúde e, consequentemente, da atenção básica, nas novas políticas implementadas pelo Ministério da Saúde a partir de então (Facchini, Tomasi, Thume, 2021; Massuda, 2020), como a nova PNAB de 2017.

Em 2019, apesar de todas as suas contribuições ao conhecimento em profundidade da APS brasileira e principalmente da ESF, conforme exemplifica o estudo de Kovacs e colegas (2021), o PMAQ-AB foi interrompido intempestivamente pelo Ministério da Saúde e substituído por um monitoramento simplificado de sete indicadores, registrados cotidianamente nas equipes de APS, chamado Programa Previne Brasil (Facchini, Tomasi, Thume, 2021). O ataque às bases da ESF e à sua universalização, promovido pelo Previne Brasil, foi agravado pela Pandemia de Covid-19 a partir de 2020 (Castro ET AL., 2019; Rasella et al., 2019; Tasca; Benevides, 2023).

Originalmente, o Previne Brasil premiaria o desempenho por meio do monitoramento quadrimestral dos indicadores. Porém, as dificuldades de alimentação e processamento dos dados nos sistemas

da APS retardou sua aplicação e tornou inócuo o monitoramento, seja para incentivar o desempenho das equipes, ou as mudanças e o fortalecimento de iniciativas bem-sucedidas. Além disso, o Programa Previne Brasil, centrou-se no cadastro de indivíduos, perdendo a ênfase na população no território, atributo clássico da ESF (Castro et al., 2019; Morosini, 2020).

As opções avaliativas implementadas pelo Previne Brasil na atenção básica, foram frágeis e sem a capacidade de abordar integralmente a APS e a ESF, como ocorreu com o PMAQ-AB. Por exemplo, não houve inclusão de nenhum indicador de saúde bucal, em um retrocesso de sua prioridade na APS, cujo agravamento foi ainda maior com a Covid-19. O indicador do pré-natal do Previne valoriza apenas o número de consultas da gestante. O PMAQ-AB mostrava que mais de 80% das gestantes fazem seis ou mais consultas de pré-natal regularmente. Logo o indicador tem baixa capacidade de discriminar a qualidade das consultas. A realização de exame ginecológico, no transcurso da gravidez, alcançou apenas 35% das gestantes no ciclo 3, o que é bastante grave, sobretudo após 6 a 8 consultas ao longo da gestação (Facchini, Tomasi, Thume, 2021). Esse fato evidencia o dilema de selecionar poucos indicadores para avaliar o desempenho da atenção básica no Brasil.

No Brasil, apenas metade das puérperas fazem revisão do parto, o que é um problema sistêmico. No entanto, se a equipe de saúde designar um agente comunitário ou outro profissional para visitar a puérpera, na primeira semana de vida do bebê, a cobertura de revisão do parto aumenta em mais de 50%, universalizando a realização deste cuidado prioritário (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

Em relação ao cuidado de condições crônicas de saúde, vale lembrar que cerca de 90% das pessoas com diabetes no Brasil fizeram consultas nos últimos seis meses ou realizaram um exame de glicemia, mas apenas 35% delas tiveram seus pés examinados. Se houver um esforço em relação a esse aspecto do cuidado individual, coordenado

com o trabalho dos auxiliares e dos técnicos de enfermagem, com o apoio das enfermeiras e da equipe médica, pode-se efetivamente ampliar a qualidade do serviço (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

A avaliação do ciclo 3 também indicava efeitos negativos da conjuntura política na APS. Por exemplo, houve diminuição da disponibilidade de medicamentos nas UBS, assim como a disponibilidade de vacinas. O item que mais faltou naquele momento foi caixa térmica para acomodar as vacinas a fim de realizar as ações fora da UBS. Essas situações ocorreram em um contexto de desmonte e, evidentemente, com todas as consequências que isso pode representar para o cuidado dos pacientes impactando em outros programas (Facchini, Tomasi, Thume, 2021).

Felizmente no presente contexto do Ministério da Saúde, há muita esperança de retomada da institucionalização da APS, orientada ao fortalecimento e universalização da ESF no SUS. Espera-se uma política de valorização do desempenho e de promoção da qualidade, com ênfase na integralidade das ações, com o objetivo de atender às necessidades de saúde das pessoas em toda a complexidade, especialmente nos lugares que mais precisam, garantindo a equidade como princípio essencial do SUS.

Comentários de José Eudes Vieira: uma discussão a partir do ângulo de análise da gestão do SUS

O PMAQ-AB foi elaborado em um contexto particular no seu processo de implantação que foi decisivo para alcançar o cenário encontrado. Os resultados dos três ciclos do Programa surgiram dentro do contexto da necessidade de levantar evidências sobre a situação da Atenção Básica no País, que até então não havia sido sistematizada no Ministério da Saúde, fundamentada em informações concretas e realistas sobre como as equipes estavam organizadas Brasil a fora e quais eram os principais problemas que enfrentavam.

Esse era o desafio naquele momento de elaboração, e grande parte das ações que eram formuladas tinham alguns recortes regionais ou amostras nacionais, mas não tinham dados concretos a respeito das equipes, de como estavam organizadas ou de quais eram as características das nossas unidades básicas de saúde. Não se sabia onde estavam localizadas com precisão e havia naquele momento uma equipe no MS motivada para trabalhar vários temas da Atenção Primária, mas não havia dados confiáveis que permitissem visualizar ou pensar a formulação de uma política mais consistente.

O primeiro ciclo trouxe um volume expressivo de informações, que permitiu ao Departamento de Atenção Básica (DAB-MS) ter um diagnóstico mais preciso da situação da Atenção Básica no SUS e maior capacidade para formular políticas. Esse foi o grande componente do programa: analisar as políticas no médio e no longo prazos, à medida que eram implantadas nos ciclos seguintes, foram apontadas as necessidades que implicavam algumas correções de rumo.

Havia grande expectativa em relação ao processo de formulação desse conjunto de indicadores avaliativos naquele padrão de qualidade inserido nos instrumentos do PMAQ-AB. Assim, a capacidade de análise se expandiu a partir do envolvimento das instituições de ensino e pesquisa, que ocorreu pela primeira vez no Brasil de forma mais estruturada. Nesse aspecto, é preciso destacar que a abordagem utilizada no estudo só pôde ser realizada em função do movimento intenso de diversas instituições de ensino e pesquisa sob a liderança de nove delas que tiveram um papel fundamental no processo de coordenação do conjunto de instituições que operacionalizaram o processo avaliativo nacional.

Esse fato trouxe uma nova capacidade de visualizar o programa e seus problemas, com o olhar dos formuladores das políticas e o olhar da academia sobre o processo de coleta de evidências e informações importantes para a avaliação nacional. Foi um aspecto importante para refletir sobre a formulação dos diversos instrumentos avaliativos

e sua capacidade analítica. Após coletar os dados, o desafio era reunir os gestores municipais e estaduais para conduzir o processo de adesão voluntária das equipes ao programa para receber incentivos. As equipes é que deveriam decidir se seriam ou não avaliadas por esse conjunto de atores externos das instituições de ensino e pesquisa. Para participar desse processo avaliativo, era necessária uma decisão intencional das equipes, juntamente com os gestores dos municípios, em um processo de contratualização formal.

Até então, não havia um processo institucional de contratualização com base no impacto local de indicadores e compromissos acordados entre a gestão local para coordenar as equipes, no sentido de buscar melhoria contínua dos padrões de qualidade da atenção à saúde. Assim, a adesão voluntária ao programa e a submissão aos ciclos avaliativos seguintes foram expectativas acertadas em função da adesão crescente das equipes ao longo dos ciclos, culminando com mais de 90% de adesão das equipes de Atenção Básica no terceiro ciclo. Isso de fato provocou mudanças na relação dos profissionais de saúde das equipes da estratégia de saúde da família, juntamente com os coordenadores municipais da Atenção Básica e os secretários de saúde locais, sobretudo ao longo do processo avaliativo, que firmava o compromisso das secretarias em relação às equipes para buscar, em conjunto, mudanças ao longo do tempo.

Um terceiro elemento importante, além desse movimento, era o retorno das informações do programa ao longo desses ciclos, com certa regularidade, para a realização de cada ciclo avaliativo. A princípio, foi pensado que cada ciclo duraria entre um ano e um ano e meio, após o período de coleta de dados e o processo de assimilação desses resultados, identificando-se, assim, quais eram as fragilidades e quais os pontos mais fortes a serem trabalhados, dentro das suas unidades, em tempo hábil para formular um plano de ação com estratégias de implementação desse plano e objetivando melhorar esses indicadores. O terceiro ciclo, trouxe o desenho do eixo transversal de

desenvolvimento que era o processo de educação permanente das equipes, após a análise desses indicadores, junto aos profissionais de saúde, e o incentivo para a inserção do apoio institucional das secretarias locais para as equipes, no sentido de ajudar na organização de ação e implementação dos seus planos.

Esses intervalos entre uma certificação e outra seriam momentos para as equipes planejarem como implementar as ações com o apoio da gestão local objetivando a promoção dessas mudanças. No primeiro ciclo, o Departamento de Atenção Básica acreditava que as melhores equipes do país teriam feito a adesão; nos ciclos seguintes, haveria uma queda desses indicadores, à medida que seria ampliado o programa para envolvimento de todas as unidades. Apesar desse viés de seleção, houve um movimento contrário, com demonstração do aumento progressivo da evolução das equipes em relação às notas dos ciclos seguintes. Essa foi uma surpresa para os gestores, mas refletiu algumas ações que fortaleceram o processo de implementação da atenção básica no País. Em 2010, os municípios que apresentavam as maiores coberturas na Estratégia de Saúde da Família eram de pequeno porte, com população até 50.000 habitantes. Esses municípios apresentavam percentual superior a 70% de cobertura do Programa de Saúde da Família. Os municípios acima de 50 mil habitantes tinham algo em torno de 70% de cobertura, apresentavam baixa cobertura dos programas de Atenção Básica implantados nos seus territórios.

Ao longo do tempo, após a implantação do PMAQ-AB, observou-se que esses municípios começaram a implantar novas equipes de Saúde da Família e isso representou um impacto importante para Atenção Básica em todo o País. Essas unidades começaram a ser implantadas com um padrão de qualidade superior em relação à realidade observada anteriormente, pois essas novas equipes foram implantadas com processos de trabalho mais organizados e estruturados.

Embora houvesse um conjunto muito grande de indicadores para aferir os padrões de qualidade, isso induzia à necessidade de

discussão local para orientar as equipes entre os ciclos do programa. Essa avaliação ocorria com o suporte em oficinas realizadas com gestores locais, grandes seminários com as secretarias estaduais e os municípios das regiões para discutir os resultados obtidos em cada ciclo avaliativo. Os secretários de saúde e os profissionais das equipes tiveram destaque com o programa, pois esses processos avaliativos ajudavam as equipes a organizarem seus processos internos e identificar elementos importantes que deveriam ser objeto de discussão para melhoria do processo de trabalho.

As equipes passaram a apresentar interesse em melhorar seu desempenho dadas as avaliações que o programa realizava de acordo com os padrões nacionais acordados. Isso ajudava as equipes a visualizarem e pensarem em como organizar seus processos internos de trabalho, que foram melhorando com esses ciclos avaliativos. O PMAQ-AB estava inserido em um contexto maior de mudança da Política Nacional da Atenção Básica, a partir de 2011, quando houve a revisão dessa política, emergindo vários elementos com o objetivo de fortalecer a Atenção Básica no País inteiro.

A mudança na forma de financiamento das equipes da Atenção Básica, com suporte aos municípios, relacionado ao apoio à gestão do cuidado no território, é um elemento importante. Assim, surgiram novas equipes específicas, como as equipes de saúde ribeirinhas, as equipes de saúde fluvial, direcionadas aos municípios da Região Norte pela característica desse território, que carecia de equipes de saúde com características que respeitassem as especificidades locais. Assim, surgiram as equipes do “Consultório na Rua”, com um olhar mais voltado à população em situação de rua, e as equipes de sistema prisional – dentro da Atenção Básica, com visões específicas voltadas a essas condições.

Esse foi um elemento que ajudou nesse processo mais amplo em que estavam inseridas as equipes de Saúde da Família, além da implantação do prontuário eletrônico. Anteriormente, os dados gerados na

Atenção Básica do País eram processados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), consolidados e enviados ao Ministério da Saúde. Esses dados não traziam especificidades e houve o incentivo para a implantação do prontuário eletrônico com a informatização das unidades de Saúde da Família (USFs). Nesse período, o e-SUS AB foi criado: um sistema de informação individualizada dos dados para que os profissionais de saúde e gestores pudessem orientar as ações de forma mais sistemática para gestão do cuidado (Cielo, 2022).

A informatização e a implantação do prontuário eletrônico do e-SUS AB propiciaram que os profissionais das equipes de Saúde da Família dispusessem de uma forma organizada para o acompanhamento dos pacientes atendidos. A informatização ajudou o processo de coordenação do cuidado para que as equipes desenvolvessem atividades nos territórios com dados concretos mais confiáveis, possibilitando a gestão daquelas situações que envolvessem maior vulnerabilidade.

Concomitantemente aos processos avaliativos, um conjunto de ações implementadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS) junto aos municípios favorecia que essas equipes conseguissem organizar melhor seus processos de trabalho, principalmente naqueles municípios localizados em áreas que tinham dificuldade em relação ao acesso à tecnologia. Os grandes municípios já utilizavam prontuário eletrônico havia certo tempo, mas os lugares mais afastados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, nas quais grande parte das equipes usavam prontuários em papel, ainda estavam longe dessa realidade (Cielo, 2022).

O incentivo para a implantação do e-SUS AB, juntamente com o programa de reestruturação das unidades básicas e o componente para aquisição de equipamentos e computadores para as unidades, ajudou nesse resultado em conjunto, principalmente naqueles territórios com maior vulnerabilidade e uma condição socioeconômica mais precária para melhorar a infraestrutura das unidades de atuação das equipes. O componente do programa que viabilizou melhoria na

infraestrutura, como parte do processo avaliativo, e o componente da organização do processo de cuidado, nessa combinação de elementos, foram importantes para as unidades localizadas em áreas mais pobres com maior dificuldade, quer seja financeira, quer seja em relação à capacidade de organização de processos por razões de deficiência de recursos institucionais e humanos.

Os incentivos observados no terceiro ciclo representaram um incremento de recursos para a Atenção Básica: o orçamento estava em torno de 18 bilhões de reais e, nesse período cerca de 1 bilhão e 800 mil reais, mais ou menos 10% dos recursos, estavam relacionados aos repasses de incentivos para gestores e profissionais de saúde. Houve um movimento também dos gestores para o financiamento dos recursos do Piso da Atenção Básica variável, que estavam relacionados à implantação de programas incentivados pelo DAB/MS que melhorassem os processos de trabalho e os indicadores dessas equipes com base nos respectivos repasses. Esse foi um movimento dos gestores baseados nas discussões junto às equipes.

A ruptura institucional e o processo de impedimento da presidência da república – que culminou com o término do programa, dentro do contexto geral de diminuição de recursos para área da saúde, não só na Atenção Básica, mas como uma política de limitação do teto de gastos na área da saúde – teve um grande impacto em toda essa articulação dos programas da Atenção Básica com a nova PNAB. Esse fato provocou um grande estrangulamento de recursos para avançar na implantação das políticas públicas. E a Atenção Básica, historicamente, no País, corresponde a um nível de atenção que tem um déficit muito grande de financiamento, pois a AB é um serviço complexo que precisa ter equipamentos de qualidade com infraestrutura adequada para que os profissionais consigam aprimorar seus processos e chegar na desejada capacidade resolutiva de 80% a 85% dos problemas de saúde da população.

É importante reforçar a capacidade institucional que o programa induziu junto aos municípios em termos de melhoria da qualidade dentro da atenção básica. Os municípios de pequeno porte tiveram um avanço muito grande do primeiro ao terceiro ciclo, com dados semelhantes quando se observa a diferença das regiões mais vulneráveis. E, nos últimos quatro anos de 2016 até 2020, em termos de organização de serviço, o País está retrocedendo em relação aos princípios básicos do SUS, com o financiamento limitado e estrangulamentos na Atenção Básica.

Nesse contexto, o SUS é uma grande conquista e precisa continuar avançando em melhorias. Quando o Ministério da Saúde implementou o PMAQ-AB pelo DAB com o compromisso de fortalecimento do primeiro nível de atenção à saúde do SUS, evidenciavam-se várias questões, como, por exemplo, a discussão sobre o Programa Mais Médicos e, nesse sentido, havia um compromisso no MS de propor políticas públicas para buscar enfrentar esses problemas com um conjunto de iniciativas, como o Programa de Requalificação das UBS e vários outros programas que foram surgindo em função desses dados do programa (Pinto *et al.*, 2022).

O programa prezou pela diversidade de indicadores específicos de qualidade do cuidado e permitiu formular políticas públicas para o enfrentamento das questões que contribuíram para que as equipes observassem melhor seus processos de trabalho, produtos e entregas, com envolvimento das instituições de ensino e pesquisa nesse processo avaliativo. As instituições de ensino e pesquisa refletindo juntas nesse processo, não só da avaliação externa, mas nas discussões dos resultados, foram grande fator impulsionador do programa, pois a cada resultado havia um movimento das secretarias e universidades.

A aproximação da gestão do SUS com as instituições de ensino e pesquisa foi um ganho enorme, tanto para fazer análise como para pensar nas soluções locais com potencial de individualizar as soluções. Pensando o país na totalidade, é possível entender a importância desse

movimento promovido pelo PMAQ e atestar que até hoje se colhem os frutos dessa aproximação. Um momento importante, que ocorreu no primeiro ciclo, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) protagonizou um seminário na região Norte, envolvendo todos os estados daquela região, a fim de discutir seus diferentes resultados. As políticas públicas têm tido pouca sustentabilidade e mesmo um programa como o PMAQ-AB, que estava em praticamente todos os municípios, deixou de existir. Esse é um ponto para se refletir no sentido de implementarem mecanismos para a sustentabilidade dos programas como política pública, não apenas os vinculando a determinados governos.

REFERÊNCIAS

ALSHAMSAN, R. *et al.* Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. *J Health Serv Policy*, n. 15, p. 178-84, 2010.

ALVES, K. C. G. *et al.* Evaluation of the primary care for chronic diseases in the high coverage context of the Family Health Strategy. *BMC Health Serv Res*, n. 19, p. 913, 2019.

BARCELOS, M. R. B. *et al.* Quality of cervical cancer screening in Brazil: external assessment of the PMAQ. *Rev Saúde Pública*, n. 51, p. 67, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2015.

BUNTIN, M. B.; AYANIAN, J. Z. Social risk factors and equity in Medicare payment. *N Engl J Med*, n. 376, p. 507-510, 2017.

CASTRO, M. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. *In: GOMES, L. B. et al. Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade – (PMAQ-AB)*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-48.

CIELO, A. C. *et al.* Implementation of the e-SUS Primary Care Strategy: an analysis based on official data. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 5, 2022.

COOKSON, R. *et al.* Health equity monitoring for healthcare quality assurance. *Soc Sci Med*, n. 198, p. 148-156, 2018.

DORAN, T. *et al.* Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*, n. 372, p. 728-736, 2008.

EIJKENAAR, F. *et al.* Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*, n. 110, p. 115-130, 2013.

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira. Ed Oikos, 2021.

GLIDEWELL, L. *et al.* Does a local financial incentive scheme reduce inequalities in the delivery of clinical care in a socially deprived community? A longitudinal data analysis. *BMC Fam Pract*, n. 16, p. 61, 2015.

GOMES, L. B. *et al.* **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

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: GOMES, L. B. *et al.* **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – PMAQ-AB. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 49-73.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *The Lancet. Global Health*, v. 9, n. 3, p. e331-e339, 2021.

MACINKO J. *et al.* Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ). *J Ambul Care Manage*, n. 40, p. S4-11, 2017.

MASON, T. *et al.* Is the distribution of care quality provided under pay-for-performance equitable? Evidence from the Advancing Quality programme in England. *Int J Equity Health*, n. 15, p. 156, 2016.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

PINTO, H. A. *et al.* O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 38, n. esp, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0358.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PINTO, H. *et al.* Panorama da implementação do Programa Mais Médicos até 2021 e comparação com o Programa Médicos pelo Brasil Rev Bahiana de Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 32-53, 2022.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. Cad Saúde Pública, n. 33, p. e00184715, 2017.

RASELLA, D. *et al.* Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. BMC Med, v. 17, n. 1, p. 82, 2019.

SEPARAVICH, M. A.; COUTO, M. T. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, n. 26, p. 3435-3446, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020>. Acesso em: 10 mar 2022

SILVA, H. F. R. *et al.* Conflito distributivo: análise do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em duas capitais nordestinas. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, n. 27, p. e220280, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220280>. Acesso em: 10 mar 2022

TASCA, R.; BENEVIDES, R. P. S. SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado. *In*: OCKÉ-REIS, C. O. (org.). **SUS**: avaliação da eficiência do gasto público em saúde. Brasília: Ipea, 2023. p. 41-59.

Capítulo 8

CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) PARA REDUÇÃO DAS HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO BRASIL - 2009–2018

Leticia Xander Russo

Everton Nunes da Silva

Claunara Schilling Mendonça

Alzira de Oliveira Jorge

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

APRESENTAÇÃO

Este capítulo trata da contribuição da implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) no SUS para a redução das hospitalizações por condições sensíveis à APS. Nele é debatido o estudo de Russo *et al.* (2021) em que foram analisados dados longitudinais coletados de todos os municípios brasileiros, cujo objetivo foi verificar se havia uma relação estatisticamente significativa entre a adesão ao PMAQ e a redução das internações hospitalares evitáveis.

INTRODUÇÃO

A experiência internacional sobre o tema demonstra que, para os países de baixa e média renda, ainda não há clareza sobre os efeitos dos esquemas de pagamento por desempenho (P4P) aos provedores, profissionais de saúde e os resultados dos programas que têm esse tipo de incentivo na APS (Angell *et al.*, 2019; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016; Wiysonge *et al.*, 2017). Dessa forma, observam-se variações nos efeitos em diversos países com resultados que merecem ser mais bem avaliados. Nos Estados Unidos, dois em cada três estados que implementaram esquemas P4P apresentaram redução nas hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (Rosenthal *et al.*, 2016).

Em estudo brasileiro, constatou-se declínio nas internações nos primeiros quatro anos de implementação do programa, porém essa pesquisa limitou-se apenas às duas primeiras rodadas do programa (2010-2014), não refletindo, portanto, as mudanças ao longo do tempo (Soares; Ramos, 2020). Alguns estudos, por outro lado, mostram resultados negativos, como é o caso de um trabalho realizado na República Democrática do Congo (Lagarde *et al.*, 2015). Assim, no contexto internacional, os efeitos dos diversos esquemas de P4P implementados no mundo ainda são controversos (Paul *et al.*, 2018; Sardan *et al.*, 2017).

Dois pontos merecem destaque em relação a essas variações: primeiro, as evidências se apresentam muitas vezes distorcidas ou enviesadas, a partir das abordagens direcionadas para alguns objetivos específicos de programas com P4P, sobretudo naqueles países cujos programas foram financiados por agências internacionais e se caracterizam por esquemas rígidos em relação à forma de implementação, os quais muitas vezes são limitados ou dissociados do contexto do sistema local de saúde – dessa maneira, não demonstram preocupação com os efeitos de longo prazo; um segundo aspecto importante é que muitos estudos são transversais, baseados em pesquisas que analisaram

os dados pontuais, diferentemente dos estudos longitudinais, que permitem analisar a evolução da implementação dos programas ao longo do tempo.

Especificamente no caso do Brasil, onde foram adotados esquemas de pagamento por desempenho (implementado oficialmente com o PMAQ-AB), o objetivo dessa iniciativa governamental era fortalecer a atenção básica de saúde do SUS a partir do incremento de recursos do Ministério da Saúde (MS) destinados aos municípios (Brasil, 2017; Saddi; Peckham, 2018). Tais recursos eram repassados na modalidade fundo a fundo, de acordo com notas de avaliação de monitoramento e desempenho das equipes em cada município, submetidas a ciclos avaliativos periódicos de caráter nacional (Pinto, 2018). Entretanto, diferentemente dos outros países, a decisão sobre os repasses desses recursos para utilização na forma de esquemas de pagamento por desempenho para os profissionais das equipes é tomada pela gestão local do SUS, baseada em leis municipais. Portanto, a alocação dos recursos pode ser direcionada tanto para repasses financeiros aos profissionais, a título de pagamento de bônus, quanto de outra forma: as autoridades sanitárias municipais têm autonomia e podem alocar esses recursos para outras finalidades, tais como compra de medicamentos, insumos, equipamentos, melhorias na infraestrutura e educação continuada (Cavalcanti *et al.*, 2016; Gomes; Merhy, 2016; Pinto, 2018).

Uma outra característica é que a avaliação nacional é bastante complexa, baseada em três componentes e em um processo de certificação nacional que considera três grupos de critérios para auferir as notas das equipes: uma avaliação externa periódica, baseada em centenas de indicadores relacionados à infraestrutura, indicadores de processos realizados na unidades básicas de saúde (UBS) e indicadores de resultados das ações da atenção básica; um componente baseado em envio permanente para o MS de um conjunto de indicadores pactuados; e uma autoavaliação padronizada executada pelos municípios (Brasil, 2018; Kovacs *et al.*, 2021).

O número de indicadores da avaliação externa variou ao longo dos ciclos de forma a se adaptar às circunstâncias do processo político de tomada de decisão nos fóruns de governança intergovernamentais do SUS. O primeiro ciclo avaliativo ocorreu até 2013, o segundo ciclo foi até 2015 e o terceiro ciclo foi conduzido em 2019 (BRASIL, 2018). O banco de dados da pesquisa que fundamenta as reflexões deste capítulo apresenta um recorte de 10 anos: de 2009, portanto anteriormente à implementação do PMAQ-AB, até 2019. Esse período perpassa três ciclos do programa (Cavalcanti; Fernandez, 2020).

No Brasil, os estudos sobre o PMAQ-AB estão concentrados em abordagens descritivas que abordam a percepção do trabalhador, questões ligadas à satisfação do usuário ou analisam uma condição de saúde específica como o diabetes, a assistência pré-natal e a realização de exames nessas condições de assistência à saúde (Tomasi *et al*, 2017).

Assim, a proposta do estudo foi trabalhar com as internações por condições sensíveis à atenção primária como um indicador indireto da efetividade e qualidade da assistência à saúde, utilizado de forma padronizada internacionalmente. Esse indicador está relacionado a um conjunto de doenças sensíveis à assistência adequada ofertada na atenção primária de saúde, cujos riscos de internação podem ser reduzidos com o atendimento oportuno de qualidade (Russo *et al.*, 2021).

Como tem o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da atenção básica no Brasil, e assim proporcionar mais prevenção e melhor condição de atenção e tratamento em conjunto, essa iniciativa poderia resultar em uma redução das internações por condições sensíveis (Brasil, 2015; Cavalcanti; Fernandez, 2020). Assim, foi adotada a lista brasileira de internação por condições sensíveis à atenção primária elaborada pelo Ministério da Saúde em colaboração com alguns especialistas; nela constam 19 grupos de doenças e condições que têm uma relação direta ou indireta com potenciais efeitos no sentido de reduzir internações hospitalares (Brasil, 2008).

Todos os grupos de condições sensíveis dessa lista foram selecionados e submetidos a testes de modelos estatísticos para análise de sensibilidade a fim de verificar quais seriam os melhores estimadores da relação entre o PMAQ-AB e sua cobertura ao longo do tempo, correspondente à expansão do programa e seus reflexos sobre as internações evitáveis nesse período (Russo *et al.*, 2021).

Para isso, foi utilizada como estratégia empírica a elaboração de um painel com efeito fixo, com todos os municípios brasileiros, ao longo de 10 anos, controlados para fatores demográficos, socioeconômicos e a oferta de assistência em saúde na atenção básica, a partir dos dados da adesão dos municípios brasileiros ao PMAQ-AB. A unidade de análise é, portanto, o município, pois é esse que toma decisão sobre a adesão ao programa e sua forma de implementação em relação ao pagamento por desempenho.

Metodologicamente, o desfecho principal adotado foi a taxa de hospitalização ajustada para a população de 0 a 64 anos por 10 mil habitantes com padronização direta. Foram excluídas da amostra pessoas acima de 65 anos devido à alta prevalência dessas condições, associadas a outras doenças muito frequentes na população idosa (Brasil, 2018). Foi considerado o percentual de equipes que aderiram ao programa em relação ao número total de equipes de cada município ao longo desse período (Brasil, 2018). Essa estratégia permite captar a expansão do programa em escala longitudinal, analisada a partir da quantificação das equipes que aderiram ao programa em relação ao número total de equipes de cada município, submetidos à expansão da oferta desse serviço no período estudado.

Nesse estudo, as variáveis de controle foram selecionadas a partir daquelas que estão disponíveis nos bancos de dados nacionais. Dessa forma, para variável de exposição, foi utilizada a cobertura da atenção básica com o percentual de indivíduos assistidos nas unidades de saúde nesse nível do SUS. Para captar variáveis relacionadas às taxas de escolarização dos municípios, foi utilizado o índice Firjan de

Desenvolvimento Municipal; em relação à renda, foi captada variável a partir do produto interno bruto (PIB) *per capita* ajustado (BRASIL, 2021). Por fim, foram consideradas como variáveis de controle a densidade populacional e os leitos hospitalares por 10 mil habitantes.

O painel com efeito fixo foi elaborado a partir da equação estimada, baseada na taxa de internações por condições sensíveis à atenção básica no Município I no período T, que demonstra a cobertura de forma longitudinal. A variável de Exposição X e as variáveis de controle apresentam dois componentes, que representam os efeitos fixos do município e a oferta de serviços. Assim, o Delta capta as características invariáveis do município ao longo do tempo nesse período de 10 anos; o Theta capta os efeitos ou choques relacionados a intervenções comuns realizadas em todos os municípios. Desse modo, o painel de efeito fixo consegue identificar esses dois efeitos que ocorreram nos municípios estudados.

Foram utilizados testes de erros padrão para verificar a robustez do modelo tendo em vista os possíveis erros mais comuns ao se utilizar esse tipo de modelagem. A unidade de análise é, portanto, o município ao tomar decisão local sobre a adesão ao programa e sua forma de implementação em relação ao pagamento por desempenho. Além do resultado principal, foram realizadas análises de sensibilidade para verificar se os resultados do modelo foram consistentes quando analisados diferentes grupos ou quando modificadas algumas variáveis. A primeira análise de sensibilidade realizada foi a estratificação por faixa etária calculada pelo método direto de padronização (Paho, 2018). E, assim, a população total de 0 a 64 anos foi estratificada em grupos de faixas etárias: infantil de 0 a 4, em seguida o grupo de 5 a 19 anos e os adultos de 20 a 64 anos.

A segunda estratégia adotada foi analisar as causas mais frequentes dos 19 grupos de internações por condições sensíveis. Foram selecionadas as causas mais frequentes de cada grupo etário e foram consideradas as causas com mais de 10% de prevalência como as mais

representativas, para evitar distorcer o modelo com números dispersos sem representatividade em escala municipal.

Uma terceira análise realizada foi verificar o modelo com as equipes classificadas pelo MS como insatisfatórias e as desclassificadas, que foram posteriormente excluídas da lista de unidades nos municípios. Isso significa aquelas equipes no município que por qualquer razão não tenham atendido aos requisitos do programa ou que desistiram e, conseqüentemente, saíram do PMAQ-AB, essas foram excluídas para efeito de resultado das análises de sensibilidade do modelo principal.

O município com pelo menos uma equipe aderida ao programa recebeu o valor 1 (um); se o município não tem nenhuma equipe, foi atribuído o valor 0 (zero). Os municípios que tinham 100% de adesão das equipes também foram considerados, atribuindo-se o valor 1 para dar uma ideia de exposição ao programa, que é a intervenção a ser analisada como causa provável da variação das internações hospitalares.

Em outra análise de acurácia do modelo principal, foi trabalhada a taxa ajustada de hospitalização; nesse estudo, foi considerada a taxa bruta como a melhor opção. Essa padronização é necessária para evitar distorções com muitas taxas de hospitalização mutáveis com curva de distribuição binomial negativa, cujo padrão de distribuição é diferente da curva de normalidade, que apresenta a possibilidade de alto padrão de dispersão com possíveis implicações para os cálculos estatísticos. A última análise realizada foi o teste de placebo, que utilizou a taxa de hospitalização por acidente de trânsito para verificação dos resultados a partir da inclusão dessa variável, pois, por hipótese, não existe uma relação direta entre o programa e seus efeitos na atenção básica em relação a esse tipo de condição de saúde.

Os resultados apresentam a evolução do PMAQ-AB no período estudado, cujo início foi em 2011, com 50% das equipes de saúde família do País e considerando a adesão de 3.965 municípios com equipes classificadas pelo Ministério da Saúde que adotaram o programa no primeiro ciclo. No segundo ciclo, foram 30 mil equipes, ou seja, algo

em torno de 75% das equipes de atenção básica no SUS. No terceiro ciclo, atingiu a média de 90% das equipes que fizeram adesão e se submeteram à avaliação nacional, em 5.323 municípios. Portanto, nesse painel, é possível perceber a evolução e rápida expansão do programa no território nacional. Os resultados demonstram como essa evolução se comporta em relação aos grupos etários analisados, considerando as causas mais frequentes de internações sensíveis à atenção básica no Brasil. Merece destaque a redução da taxa em torno de 26% de internações no período visível no painel, de acordo com as variáveis utilizadas ao longo do tempo. Na internação infantil de 0 a 4 anos, a causa mais frequente foi a gastroenterite, que apresentou redução de 50% no período analisado, dentre outras causas relacionadas a problemas cardíacos e doenças renais. As causas mais frequentes foram analisadas nos diferentes grupos etários padronizadas no processo de estimação.

Em relação à população estratificada, é possível verificar qual grupo apresentou números relacionados a essa intervenção com significado estatístico, comparativamente à população total, em relação à redução de internações e suas respectivas condições de saúde com a amostra selecionada. Dessa forma, é possível verificar toda a população e quais os grupos etários que receberam maior impacto – no sentido de redução das internações em relação à adesão do PMAQ-AB nesse período – quando esse coeficiente se apresenta estatisticamente significativo. Observa-se que há uma relação significativa do ponto de vista estatístico entre o PMAQ-AB e a taxa de hospitalizações evitáveis ao longo do tempo de exposição ao programa no processo de expansão da adesão dos municípios.

A expansão do programa reduziu as internações em todas as regressões e estimativas realizadas nas quais foram encontrados um efeito negativo. Em números mais precisos, os dados trabalhados no painel permitem inferir que o aumento de 1(um) ponto percentual na cobertura do PMAQ-AB diminuiu a taxa de internações em 0,036 por 10 mil habitantes. Esse é um aspecto importante do ponto de vista

estatístico, mas do ponto de vista da população geral esse efeito pode ser considerado modesto pelo valor negativo encontrado no coeficiente.

Entretanto, quando a amostra foi estratificada, foi possível perceber implicações desse efeito para populações de diferentes faixas etárias, com redução das internações específicas de acordo com o impacto da adesão ao programa em cada grupo em relação às internações por condições sensíveis. Algumas condições de saúde foram mais sensíveis que outras em relação a essa intervenção nos grupos etários de forma mais significativa. Para algumas dessas condições, todos os coeficientes foram negativos em todos os grupos. Quando confrontadas com a variável placebo, não se observa esse comportamento, constatando-se que acidentes de trânsito não tiveram relação estatisticamente significativa em relação à evolução do PMAQ no período. A análise de sensibilidade demonstra bem esse efeito placebo, considerando todos os municípios e suas equipes em relação a essa causa de internação.

Nas outras análises, como, por exemplo, sobre a taxa de hospitalização bruta em relação a outras taxas variáveis de internação, o modelo demonstra como essa comparação permite compreender melhor o efeito da redução das internações em torno de 3% no modelo principal utilizado. Esse resultado é consistente e apresenta significado estatístico para a variável de exposição ao programa. E, assim, consequentemente, aponta para a redução das internações sensíveis, ou seja, o programa contribuiu para a redução nas hospitalizações sensíveis à atenção básica no Brasil.

No contexto internacional, programas governamentais implementados na atenção primária com componentes semelhantes de P4P apresentam essa relação. (Fiorentini *et al*, 2011; Harrison *et al*, 2014). No caso do PMAQ-AB, merecem consideração alguns pontos que são apresentados para a discussão e seus potenciais mecanismos de redução de internações. Primeiro, as melhorias relacionadas aos processos de trabalho nas UBS e ao planejamento que ocorre na reorganização dos serviços de atenção básica, com o uso de ferramentas gerenciais e

computacionais que facilitam o trabalho das equipes, como as visitas domiciliares e o apoio de outros profissionais que realizam encaminhamentos para atendimento especializado quando há necessidade. Um outro mecanismo que pode estar associado seria o monitoramento da população-alvo: as famílias adscritas e seus membros que participam de monitoramento nas unidades básicas de saúde, a partir do acompanhamento de indicadores permitem o uso desse conhecimento para ajustar o cuidado clínico para as quais foi destinado o PMAQ-AB – assim permitindo aferir qual a sua necessidade em relação àquelas condições particularmente mais sensíveis a internação hospitalar. O terceiro ponto diz respeito à melhoria nos indicadores de avaliação nacional, considerando que esses indicadores fornecem uma boa visão do que precisa ser melhorado pela equipe na atenção básica. São esses potenciais mecanismos que apontam para essa relação entre o PMAQ-AB e as internações hospitalares.

Para sintetizar, os resultados demonstraram que o PMAQ-AB está associado à redução nas internações sensíveis do ponto de vista estatístico, porém com uma redução que pode ser considerada modesta no quantitativo geral de internações referente ao total da população. Na população de 0 a 64 anos, observa-se uma redução de cerca de 61 mil internações no período, que é outra forma de interpretar os dados em relação à taxa média de internações. No terceiro ciclo, os municípios participantes reduziram em 3% a taxa média de internações.

Quando comparado com a literatura no Brasil, esse trabalho difere de algumas publicações, como a de Soares e Ramos (2020) no qual foi encontrada uma redução de 9% das internações sensíveis. Entretanto, o resultado desse estudo no escopo do referido recorte difere em alguns pontos importantes: primeiro, foram utilizados os resultados de três ciclos e aquele trabalho considerou o começo do programa com outro recorte; segundo, foi considerada a intensidade da evolução do PMAQ-AB nos municípios em que foram trabalhados os efeitos fixos – tais efeitos foram controlados para aferir esse impacto mais específico

da intervenção governamental sobre as internações hospitalares sensíveis na perspectiva longitudinal; por último, as implicações para as políticas públicas de saúde sugerem que esse programa contribuiu para melhorar a qualidade da atenção básica no tocante à redução das hospitalizações evitáveis, mas no contexto internacional é preciso ter cautela para não extrapolar esses resultados considerando-se os padrões históricos da atenção básica no Brasil, que apresenta expressiva margem para melhoria ao longo desses anos de implementação do PMAQ-AB, sobretudo em algumas dimensões, como a infraestrutura das UBS, os processos de trabalho, os resultados clínicos avaliados e a integração com a rede de serviços, cuja influência sobre as internações sensíveis é reconhecida.

O PMAQ-AB no SUS apresenta um conjunto de particularidades que diferem dos outros programas com esquemas de pagamento por desempenho na atenção primária em um país cujo serviço de atenção básica é historicamente descentralizado, executado por equipes em unidades básicas municipais com autonomia dos gestores locais para a tomada decisão governamental sobre as diversas possibilidades dos esquemas de pagamento por desempenho, e essa particularidade tem implicações importantes. Além disso, o programa se beneficiou de um longo período de investimentos na atenção básica, inserido em uma política nacional em associação a outras iniciativas governamentais mais abrangentes que o esquema de pagamento *per se*, em um contexto político-institucional de expansão de gastos com atenção básica e incremento das atividades realizadas nesse primeiro nível do sistema público de saúde no Brasil.

APROFUNDANDO O DEBATE NA VISÃO DA ACADEMIA

Comentários de Claunara Schilling Mendonça

A primeira questão que merece ser aprofundada é sobre a riqueza do banco de dados disponível, que foi trabalhado com potencial de

realizar outras análises, a partir daquilo que já se conhece a respeito das interações sensíveis à atenção primária. Outro aspecto importante é permitir essa discussão mais ampla sobre os estudos publicados e trocar experiências entre os grupos de pesquisa, já que isso é pouco comum no Brasil. Nesse trabalho foram utilizados os 19 grupos propostos originalmente pelo MS, tendo essa lista sido posteriormente corrigida para 20 grupos porque foram separados o primeiro grupo das doenças preveníveis e evitáveis, para melhor entendimento de condições mais específicas, principalmente as doenças imunopreveníveis.

Em relação às análises de sensibilidade realizadas e, tendo em vista outras possibilidades da estratificação por faixa etária, seria importante expandir essa análise, pois essa inclusão modificaria inclusive as prevalências dentro dos grupos de doenças. Nesse ponto está o primeiro desafio que pesa sobre essas abordagens e explica a criação da lista brasileira que tem implicação nesse estudo, pois na amostra foram excluídos os idosos da faixa etária acima de 64 anos. É importante pensar nisso em função das pesquisas que foram realizadas, em Belo Horizonte, após 10 anos da implantação do programa de saúde da família; porque as doenças agudas como pneumonia e gastroenterite aparecem nos idosos acima dessa faixa etária estudada e isso é muito importante, já que essas são realmente condições sensíveis à atenção primária (Soares; Ramos, 2020). Em relação aos resultados apresentados nesse estudo comparativamente aos da esfera nacional, sem incluir essa faixa etária numa série histórica de 10 anos, relacionadas à evolução do PMAQ-AB, é importante insistir em analisar o comportamento do grupo de idosos acima de 64 anos e potenciais resultados dessa redução. É interessante pensar em realizar outras análises, em estudos futuros, que levem também em conta indicadores de idade e gênero, especialmente porque existem muitas variações internas nesses grupos de idosos que ajudam as gestões municipais a analisarem os seus dados, especificamente no que se refere aos resultados dessas abordagens.

Outra questão importante é considerar a existência de hospitais de pequeno porte nos municípios. Quando indicadores e variáveis utilizados foram baseados em todos os municípios brasileiros e, considerando-se que grande parte dessas localidades não tem hospitais de médio ou grande porte, mas apenas os de pequeno porte, esse resultado variou, pois, a existência de serviços hospitalares, em especial os pequenos, têm repercussão direta nas taxas de internações sensíveis. Essas organizações de pequeno porte, em geral, são sustentadas por taxas de internações por causas sensíveis à atenção primária, ou seja, por melhor que seja a qualidade da atenção básica daquele município, a presença do hospital e a sua consequente necessidade de sustentabilidade econômica podem gerar potencialmente internações desnecessárias, como pode ser evidenciado em estudo brasileiro de 2011 (Macinko et al, 2011). Essa questão merece uma discussão mais profunda porque talvez o tamanho do hospital existente nesses municípios seja mais importante que o próprio número de leitos por 10.000 habitantes, variável utilizada nesse estudo. É interessante aprofundar essas reflexões em novos estudos com essa abordagem, sobretudo com relação a tais detalhes metodológicos, em razão dessa particularidade da organização dos serviços locais de saúde nas diversas regiões geográficas do País, especificamente em relação à configuração da rede de serviços no SUS, relacionadas à presença de hospitais de pequeno porte, classificados com menos de 50 leitos nos municípios brasileiros.

O pagamento por desempenho é um tema importante para ser aprofundado a partir de publicações que suscitem mais estudos como fator de adesão a essa iniciativa nacional que estimula a expansão da oferta de serviços básicos. A experiência demonstra que, se o município não tem a estratégia de saúde da família (ESF) ou é incipiente nessas localidades, é preciso destacar que, na implementação desses programas, pode haver um aumento da capacidade de detecção de casos que precisam de internação hospitalar. Essa característica pode, conseqüentemente, elevar o número de internações. No primeiro

momento dessa intervenção entre a população que estava potencialmente sem acesso – como demonstram estudos norte-americanos, principalmente na população assistida pelo Programa Medicare, que introduz serviços para populações desassistidas no sistema público dos EUA – observa-se o aumento das internações sensíveis (Rosenthal *et al.*, 2016; Saha *et al.*, 2007)). Nesse sentido, a dúvida a respeito do próprio resultado dos efeitos do PMAQ-AB nos ciclos pode advir da necessidade de inferir se o município, ao aderir ao programa, tinha as unidades de saúde da família estruturadas à época da implantação dessa nova intervenção ou se tinha, pelo menos, uma equipe em funcionamento com qualidade, pois essa é uma dificuldade que desafia a comparação entre os três ciclos. Entretanto, nas pesquisas que estudam internações sensíveis no Brasil, observa-se, em geral, uma redução das internações sensíveis associadas à qualidade da atenção básica (Nunes, 2018; Castro *et al.*, 2020). A variação pode acontecer quando existem equipes de menor qualidade na prestação dos serviços comparativamente aos programas de atenção primária mais estruturados, fato que corrobora os resultados apresentados em relação aos desclassificados, pois esses também apresentam redução das internações. Por conta disso, não se sabe se a redução das internações realmente é decorrente da presença do programa de saúde da família estruturado anteriormente ou se está diretamente relacionada à implantação do programa. É necessário, pois, avaliar melhor a qualidade das equipes e o tempo de implantação nos municípios que, provavelmente escolheram as melhores equipes à época, já que no momento da implantação os gestores locais só podiam escolher 50% das equipes em 2011 – ao longo dos anos esse leque foi sendo ampliado e observa-se que quase a totalidade dessas equipes foram inseridas no último ciclo.

Fica, então, uma reflexão: poder-se-ia dentro dessa análise, com domínio do método, fazer uma avaliação realmente dessa diferença de qualidade das equipes observadas em relação ao próprio estágio de implantação da estratégia de saúde da família no tempo anterior ao

PMAQ-AB? Porque o tempo e a qualidade dos serviços em municípios com programas de atenção básica mais estruturados têm maior efeito na redução das internações sensíveis.

Os resultados encontrados apontam para uma redução muito importante nos primeiros anos da análise, que depois se mantém naturalmente, pois nunca vai ser possível anular as internações sensíveis, mas elas podem ser reduzidas a taxas aceitáveis, que são muito diferentes de acordo com o tamanho do município, a consolidação do modelo de APS e a integração com a rede de serviços, principalmente os serviços diagnósticos e terapêuticos e os hospitais. Ao se avaliar series temporais em municípios, encontra-se uma estabilidade nas taxas de internação, associada a variações dentro dos grupos específicos (Mendonça *et al*, 2017). É muito importante avaliar os grupos e como eles se comportam em relação ao que é mais prevalente, pois é dentro dos grupos que essa variação deve ter diferenças mais significativas após certo tempo de avaliações periódicas.

Realmente existe outro ponto relevante na análise desses dados sobre as relações da APS com a internação hospitalar por razões associadas às variáveis socioeconômicas e às determinações do processo saúde-doença, imprescindíveis ao se analisar os indicadores de internação hospitalar. Nesse caso, os indicadores socioeconômicos dos municípios quando comparados com o gasto *per capita* das internações em municípios maiores, podem ou não demonstrar a fragilidade da atuação das equipes que estão em áreas mais vulneráveis, pois essas áreas apresentam maior tendência à necessidade de internações mais frequentes. É interessante, portanto, estudar esse conjunto de variáveis utilizadas, inclusive o índice de desenvolvimento da educação que se relaciona com essas vulnerabilidades e suas consequências. Isso pode explicar o porquê, para todos os municípios, o grupo infantil apresenta maiores resultados de redução das taxas, o que leva a se supor que a escolaridade materna pode ser importante fator associado aos diferentes perfis de municípios com distintos graus de escolaridade, resultado já

encontrado em estudo na década de 90 sobre a efetividade da Saúde da Família na redução da mortalidade infantil, cujo efeito só foi menor do que a escolaridade materna (Macinko et al, 2006). Outras análises com essa amostra podem ser realizadas de acordo com o tamanho dos municípios, as quais podem demonstrar que, mesmo com alta cobertura de equipes de saúde da família, naqueles locais onde se têm hospitais na rede de saúde, encontram-se taxas maiores para as internações sensíveis.

Em estudo realizado na Espanha, observou-se, por exemplo, que a carga horária do médico atuando na unidade de saúde foi o único fator associado à redução de internação, o que demonstra que as características das unidades e a qualidade de acesso aos serviços são questões que estão relacionadas à redução das internações (Magan et al., 2011). A literatura pode ajudar a entender melhor estes fatores fundamentais, especialmente quando o crescimento das equipes e o Programa Mais Médicos alcançaram certa estabilidade, apesar de determinadas regiões e populações específicas ainda permanecerem com altas taxas de internação hospitalar (Russo et al., 2020; Caldart et al, 2016).

Para as condições crônicas, os estudos demonstram que seriam necessários, pelo menos, dois anos dos mesmos profissionais em contato com a população para impactar na redução das internações. O vínculo, o melhor acesso aos profissionais por meio de horários estendidos ou formas remotas de contato, aumentam a oportunidade do atendimento e reduzem idas a emergência dos hospitais (Freund et al 2013; Van Loeren et al, 2014). São essas questões que podem impactar e para as quais precisa ser chamada a atenção na continuidade dos estudos comparados. A comparação realizada nesse estudo, que apresenta uma redução de 9% de internações, tem relação com o tempo da intervenção analisada; quando se analisa longitudinalmente, essa variação é importante em relação à estabilidade que pode ser atingida com esses programas no SUS. Isso é importante diante da disputa

político-institucional que ocorre no sistema de saúde brasileiro sobre o financiamento e montante de recursos que deveriam ser alocados para a atenção primária em relação ao que deveria ser destinado para os outros níveis de atenção à saúde. Assim, é fundamental ter resultados, mesmo que modestos, dessa associação, porque no montante desta redução das internações hospitalares existe um impacto financeiro sobre o sistema de saúde, que representa uma economia para o SUS, quando se faz o uso de indicadores de custo-efetividade que permitem afirmar que cada real investido na atenção primária tem um impacto na redução de gastos em outros níveis. E isso tem uma importância enorme para o sistema de saúde, principalmente nesses tempos em que se apresentam fragilidades em relação à sustentabilidade do financiamento do setor público.

Portanto, ter informação sobre esses dados é vital para inferir sobre possíveis consequências na avaliação de rede de serviços, já que essas taxas têm uma média nacional. Chamar a atenção para declínio dessas taxas é um fator de impacto quando se analisa uma série temporal com reduções ainda mais significativas em relação ao período anterior à atenção básica e aos programas que demonstrem essa continuidade, a partir da presença das equipes e da continuidade do cuidado longitudinal.

UMA VISÃO A PARTIR DA GESTÃO DO SUS

Comentários de Alzira de Oliveira Jorge

A iniciativa governamental para transformar o modelo de atenção para um que fosse centrado no usuário e em suas necessidades, e que considerasse o conjunto de saberes para enfrentar a complexidade do processo saúde-doença, por meio de uma equipe de trabalho multiprofissional integrada, é fundamental no contexto de avaliação desse estudo. E, nesse sentido, a tentativa de construir projetos terapêuticos

compartilhados, inclusive incorporando os próprios usuários e apostando na coordenação e qualificação do cuidado em rede é uma oportunidade para melhorar o padrão de qualidade da atenção básica no País. Foi com este objetivo que o programa foi implantado a partir de 2011, com o propósito de ser um dispositivo de avaliação para rever as práticas e melhorar o cuidado à saúde.

Um dos principais dispositivos para esta mudança do modelo de atenção no Sistema Único de Saúde foi o investimento prioritário na estratégia de saúde da família, na tentativa de ampliar o escopo para além dos trabalhos técnicos dos médicos e enfermeiros: incorporando os agentes comunitários de saúde (ACS), todas as equipes das unidades de saúde da família (USF) e equipes de apoio multidisciplinares nesse esforço. E, do ponto de vista do financiamento, a implementação do piso da atenção básica fixo e da variável, apesar de não alcançarem o percentual desejado dos recursos assistenciais do MS, significou, desde seu primeiro repasse em 1998, os repasses de recursos federais mais equânimes na construção do SUS.

Toda essa mudança na política de atenção básica do SUS teve um impacto significativo e fez com que as equipes de saúde da família crescessem em relação ao começo da década de 2000, com uma expansão de algo em torno de 5% para quase 60% de cobertura nacional já ao final da primeira década. Foi nesse contexto que se propôs o PMAQ-AB, visando ampliar e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços primários, trazendo mais incentivos financeiros para adesão dos municípios e das equipes locais a este programa.

O desenho metodológico do estudo realizado em relação às interações sensíveis aprofundou esse debate, principalmente quanto ao acompanhamento longitudinal de 10 anos analisando esse grande banco de dados, com painel com efeito fixo em mais de cinco mil municípios para verificar a taxa de hospitalização bruta ajustada por grupos de faixa etária. A inclusão de todas as outras variáveis utilizadas em relação à expansão de cobertura de PMAQ-AB no processo de adesão,

a exemplo do índice de desenvolvimento da educação e os aspectos da renda foram fundamentais a fim de levar em consideração os aspectos socioeconômicos e suas implicações. Outros aspectos relevantes foram os testes de sensibilidade realizados para verificar a acurácia do modelo matemático e, logicamente, fazer uma avaliação da oferta de serviços de saúde em relação às internações por 10 mil habitantes.

Porém, chama a atenção que, apesar de parecer modesta, a redução total das internações ao longo de anos é um resultado importante para o SUS, pois comprova-se o efeito esperado com a redução continuada de internações potencialmente evitáveis. Isso não é pouco relevante, apesar dos 3% apresentados como número relativo quanto à redução das internações no País após a implantação do PMAQ-AB, esse número significa uma redução de milhares de hospitalizações na faixa etária de 0 a 64 anos, com um desempenho melhor ainda na faixa etária das crianças. E, mais expressivo ainda, por exemplo, nos casos relacionados às gastroenterites em todas as faixas etárias e à asma até os 19 anos. Isso é algo que merece ser destacado no estudo, com implicação direta para a implementação da política de atenção básica no Brasil.

Um aspecto que merece uma atenção seria aprofundar as razões pelas quais a redução das internações pode ser considerada modesta: seria em razão da comparação com o quadro geral das internações do País? Isso depende do referencial de análise e do destaque que se queira dar ao trabalho na atenção básica, sobretudo em condições de alta vulnerabilidade desses segmentos que apresentaram maior impacto no estudo. Esse aspecto merece ser melhor avaliado diante de algumas limitações de uma análise apenas quantitativa e dos bancos de dados que temos à mão. Aqui se está tratando de evitar internações desnecessárias; e, vale lembrar, a atenção primária cumpre um papel bem maior nos sistemas de saúde mais estruturados, como atesta a Organização Mundial da Saúde há muitos anos, com base nos princípios da Declaração de Alma-Ata e Astana (Who, 2008, 2018).

A primeira questão que deve ser realçada é a respeito das dificuldades metodológicas para medir os reflexos dessa redução considerada numericamente modesta em estudos quantitativos, mas muito expressiva no cotidiano das pessoas atendidas na atenção básica, sobretudo nas condições de vida dos segmentos populacionais de maior vulnerabilidade social. Por vezes, não se consegue, com estudos dessa natureza, utilizar variáveis que expressem toda a complexidade do processo saúde-doença. Torna-se necessário buscar outras evidências que tragam uma interpretação mais ampliada e que possibilitem enxergar o impacto disso nas vidas dos usuários e em seu contexto social, na organização e implicações no sistema de saúde, incluindo aspectos como financiamento, articulação em rede e ao papel fundamental da atenção primária no Brasil a partir da construção do SUS. Por vezes os estudos quantitativos não permitem enxergar a profundidade desses impactos, e os estudos mistos incorporando também análises qualitativas podem propiciar visões complementares e um ângulo de análise mais ampliado. Nessa perspectiva, é possível questionar se a redução de 3% no total das internações é de fato um número modesto.

Outras dificuldades merecem destaque nesse debate, em especial aquelas relacionadas à abrangência e à complexidade do território brasileiro. As dimensões do Brasil são continentais: um vasto território povoado por mais de 210 milhões de habitantes, com diversidades socioeconômicas, políticas e culturais muito significativas nas regiões de saúde que expressam desigualdades existentes no conjunto dos 5.570 municípios brasileiros. É importante referir que esses municípios se constituem na base do Sistema Único de Saúde, com toda essa diversidade. Além disso, não só as desigualdades socioeconômicas impactam de forma diferente os municípios, mas também a diversidade de organização e a capacidade de governança dessas redes municipais de saúde, ou seja, como essas equipes atuam e sua capacidade maior ou menor de trabalhar de forma efetiva e integrada. A distribuição de recursos e a capacidade de os secretários de saúde imprimirem uma

lógica realmente aberta à revisão das práticas de saúde com melhores resultados são questões fundamentais na experiência brasileira, sobretudo a partir dos resultados do PMAQ-AB e do processo avaliativo amplo que fundamenta o repasse de recursos financeiros por meio deste aos municípios. Isso não é fácil diante de tantas desigualdades/diversidades observadas historicamente nos territórios sanitários distribuídos nos mais de 5.500 municípios. O seu desenho para enfrentar essa complexidade é muito desafiador. O próprio programa se tornou um instrumento complexo para implementação, sobretudo em relação ao processo de avaliação nacional, com diferentes indicadores avaliados em cada ciclo. Na avaliação externa, houve, em média mais de 600 indicadores para serem avaliados por todos os municípios; e alguns deles só poderiam ser comprovados com documentos apresentados na hora da avaliação, como por exemplo, uma ata ou um registro documental, que nem sempre expressava a realidade do cotidiano das práticas. Por vezes, havia certa rigidez nesta avaliação referido por alguns municípios, em eventos como os Congressos dos Conselhos Municipais de Saúde, onde era expresso que não se levava em consideração os contextos locais diferentes. Assim, algumas pesquisas qualitativas que foram empreendidas mostraram uma burocratização no processo de implementação em vários municípios, especialmente naqueles em que a gestão local não encarou com a seriedade necessária a proposta de uma avaliação sistemática que tivesse como objetivo precípuo a mudança das práticas assistenciais e de gestão, sendo implementado muito mais visando garantir maior volume de recursos financeiros.

Por outro lado, é conhecido os resultados de muitos municípios que enfrentaram essas questões e abraçaram a proposta de utilizar o PMAQ-AB como um disparador de mudanças nas práticas locais de prestação de serviços básicos de saúde. E os resultados provavelmente foram mais significativos nesses municípios, apesar de conforme referido e identificado tanto na prática quanto em estudos qualitativos desenvolvidos que, em alguns locais, ocorreram poucas mudanças

e a atuação se deu apenas em relação aos aspectos mais formais e burocráticos do programa.

Essas discussões são necessárias para refletir sobre a complexidade da implementação do programa em nosso país, que nem foi fácil nem uniforme por todas as considerações já apresentadas, e ainda pelo contexto sociopolítico da construção do SUS.

Assim, vale destacar que o PMAQ-AB foi atravessado por diversas influências políticas de diferentes atores e projetos institucionais, tendo sido também modificado sucessivas vezes, e provavelmente todas estas circunstâncias devem ter influenciado na sua capacidade de se efetivar como programa governamental e de impactar os territórios de saúde, em especial em relação à redução das internações sensíveis.

Quando o webinar aconteceu o programa tinha sido encerrado e não havia mais aquele instrumento amplo de avaliação; ao mesmo tempo, o SUS estava vivenciando grandes retrocessos, como um todo, especialmente na atenção básica.

Sendo assim, o programa que era uma grande aposta para aprimorar o modelo de atenção, foi submetido a um conjunto de novas normatizações, várias delas relacionadas à nova política de atenção primária desde 2017, associada a toda a questão de flexibilização da carga horária dos médicos, redução nos números de ACS, retirada do financiamento dos NASF e criação da Agência Nacional para cuidar da atenção primária dentro de uma lógica especialmente seletiva. Tudo isso impactou numa nova forma de gerenciamento na saúde, com riscos para a gestão pública e para os objetivos da consolidação da atenção básica à saúde no País.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados alcançados demonstram algumas limitações do modelo, pois sempre que se trabalha com uma modelagem econômica existem várias limitações em relação às escolhas. Estudos em

países de baixa e média renda, ao analisarem programas semelhantes, também têm encontrado resultado modesto, mas é necessário dimensionar corretamente esse impacto no sistema de saúde. Os resultados encontrados nesse estudo estão alinhados a essa experiência internacional, e o programa *per se* tem impacto sobre essas questões de interesse para o sistema de saúde e a população coberta. Em recortes desse projeto, foram realizadas análises com diversas abordagens quantitativas e qualitativas para aprofundar as questões referentes ao PMAQ-AB; porém todo modelo econométrico tem limitações, uma das principais é a de que é necessário ter acesso às variáveis para mensurar alguns fatores, mas muitas variáveis não existem ou não estão disponíveis para todos os municípios.

Esse trabalho conseguiu captar esse efeito no modelo econométrico, que tem abrangência nacional no recorte longitudinal ao longo desses anos, isolando esses fatores potencialmente confundidores. Por isso, é importante mesclar as abordagens em estudos qualitativos para aprofundar e ir além dessas limitações dos estudos quantitativos – até para dar suporte aos resultados demonstrados nesse trabalho com recorte limitado à referida abordagem quantitativa.

Nesse estudo, foi realizado um esforço para captar, com o uso de variáveis de controle, o impacto específico da expansão do PMAQ-AB. Nesse tipo de estudo, uma variável interfere no coeficiente da outra; assim, nesse trabalho, foi apenas considerado o efeito dessa expansão sobre as internações sensíveis. É igualmente interessante explorar o banco de dados na perspectiva de compreender como o grupo de idosos acima de 64 anos se comportaria pelas considerações do debate com base nas particularidades desse grupo, muito frequentador dos serviços de APS, e que por serem multimórbidos, também descompensam por condições sensíveis à APS, e que poderiam ser evitadas.

Quanto à questão dos hospitais, não foi considerado nem o tamanho do município nem o porte hospitalar; foi considerada a taxa bruta de internações, que certamente reflete o número de leitos

e internações para determinada população. Assim, outros estudos certamente se beneficiariam dessas variáveis novas a serem inseridas em modelos matemáticos semelhantes para responder a outras perguntas com relação a essas questões que dizem respeito ao potencial de indução de demanda pelos serviços de saúde ofertados à população.

Variáveis sobre educação e escolaridade da população têm sido um problema nesses estudos; por essa razão, foram utilizados os dados da Firjan, porque o censo sobre a educação tem periodicidade de 10 anos – assim não há necessidade de grandes extrapolações. O índice da Firjan é anualmente calculado e apresenta maior regularidade com essas variáveis, podendo servir como bom estimador da questão educacional.

É pertinente salientar que esse Programa é grande e complexo e que não pode ser limitado a essa dimensão da redução das internações; mas isso pode demonstrar algo sobre a qualidade do cuidado ofertado na rede com o gasto de bilhões de reais. A redução das hospitalizações evitáveis, com economia de gastos das internações, é importante, mas o PMAQ-AB tem outros efeitos, como, por exemplo, sobre a mortalidade, que não foi estimada nesse estudo. Talvez fosse igualmente interessante calcular a efetividade do programa a partir da mortalidade evitável, sobretudo nos grupos etários com causas de internações mais sensíveis em áreas vulneráveis do ponto de vista socioeconômico e educacional. Se forem considerados os óbitos evitáveis, o impacto sobre essas questões do ponto de vista da política seria ainda maior, haja vista as vidas salvas por melhoria na qualidade do cuidado na atenção básica.

Com relação aos fatores confundidores, como outras iniciativas importantes associadas à Política Nacional de Atenção Básica – nesse caso, como é sobejamente citado o exemplo do Programa Mais Médicos –, certamente têm uma interação sinérgica com essas questões apresentadas, principalmente em relação à cobertura da estratégia de saúde da família. Nessa janela temporal, todas as referidas

iniciativas estão de alguma forma influenciando os resultados encontrados. Porém, com a abordagem do painel com efeitos fixos, é possível controlar bem algumas dessas variações, pois algumas não mudam, por serem intrínsecas. No caso em análise, o Programa Mais Médicos está parcialmente incluído, considerando que a série longitudinal tem início em 2009, o PMAQ-AB começou em 2011 e o Programa Mais Médicos apenas em 2013 (Russo *et al.*, 2020).

Do ponto de vista operacional, as taxas referentes às internações foram extraídas utilizando-se o Tabwin no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e tais taxas foram ajustadas por grupos etários para as condições sensíveis mais frequentes, pois esse sistema permite levantar tais dados com relativa facilidade. Os dados foram selecionados a partir de 2009, em função da necessidade de considerar a cobertura da atenção básica, por isso não foram consideradas as notas das equipes a partir dos ciclos avaliativos. Por razões de ordem técnica e operacional, para organizar os anos da série histórica, foi levada em consideração a disponibilidade dos dados nos sistemas de informação de modo que se cobrisse o máximo de variáveis no período. Dessa forma, a expansão da atenção básica nesse período foi analisada a partir da cobertura da atenção básica como uma variável de controle, e o total das equipes, como variável de exposição, tendo em vista o processo formal de adesão, sem considerar os blocos de municípios definidos pelo Ministério da Saúde quanto a sua vulnerabilidade socioeconômica.

Por fim, feitas todas estas considerações e ainda atentos às influências e constrangimentos derivados do contexto geral de construção e consolidação da Atenção Básica e SUS no Brasil, pode-se considerar relevante o impacto/papel do PMAQ-AB em nosso país, no período estudado revelado pelo estudo, mesmo que inicialmente tenha sido avaliado como um percentual tímido os 3% de redução nas taxas de internação por condições sensíveis. Vale referir além das limitações já apresentadas que, conforme Minayo nos alerta (2000), da impossibilidade do conhecimento por inteiro de qualquer objeto

social, que, por seu caráter peculiar, projeta luz sobre determinados aspectos e desconhece outros. Ou seja, sempre haverá sombras nos estudos empreendidos, visto ser quase impossível apreender tudo de uma realidade social referente a alguma política/programa social, dada sua complexidade e amplitude. Espera-se que algumas destas limitações possam ser mais exploradas em estudos futuros.

REFERÊNCIAS

ANGELL, B. *et al.* Primary health care financing interventions: a systematic review and stakeholder-driven research agenda for the Asia-Pacific region. *BMJ Glob Health* n. 4, p. e001481, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro ciclo – (2015-2017). Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Federation of industries of the state of Rio de Janeiro Rio de Janeiro, 2021**. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Hospital information System/DATASUS**. Brasília, 2021a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **National Registry of health facilities**. Brasília, 2021b. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Ordinance SAS/MS No. 221/2008**. Brasília: Ministry of Health, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 2 abr. 2020.

BRASIL. **Primary health care system**. Brasília, 2021c. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>. Acesso em: 2 abr. 2020.

CASTRO et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cad. Saúde Pública* 36 (11) 23 Nov 2020.

CAVALCANTI, P. C. S. *et al.* Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. In: GOMES, L. B. *et al.* **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-48.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. *Physis*, v. 30, n. 3, p. e300323, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300323>. Acesso em: 2 abr. 2020.

FACCHINI, L. *et al.* Quality of primary health care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saúde em Debate*, n. 42, p. 208-223, 2018.

FIORENTINI G; IEZZE E; BRUNI ML and UGOLINI C. Incentives in primary care and their impact on potentially avoidable hospital admissions. *Eur J Health Econ* (2011) 12:297 – 309.

FREUND T; CAMPBELL SM; GEISSLERS; KUNZ CU; PETERS-KLIMM F AND SZECSENY J. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. *Annals of Family Medicine*. Vol. 11 , n 4, July/August 2013. In: WWW.ANNFAMMED.ORG

GIOVANELLA, L. *et al.* Emergency supply of doctors by the MAIS Médicos (more doctors) program and the quality of the structure of primary health care facilities. *Ciência & Saúde Coletiva* , n. 21, p. 2697-2708, 2016.

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: GOMES, L. B. *et al.* **Atenção básica**: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB). Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 49-73.

HARRISON MJ, DUSHEIKO M, SUTTON M, GRAVELLE H, DORAN T, ROLAND M. Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *BMJ*. 2014 Nov 11;349:g6423.

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health* , n. 9, p. e331–9, 2021.

LAGARDE, M. *et al.* **Exploring the impact of performance-based financing on health workers' performance in Benin, 2015**. Washington: World Bank, 2015.

MACINKO J, DE OLIVEIRA VB, TURCI MA, GUANAIS FC, BONOLO PF, LIMA-COSTA MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011 Oct; 101(10):1963–1970.

MACINKO J, GUANAIS FC, DE FÁTIMA M, DE SOUZA M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan; 60(1):13–19.

MACINKO, J. *et al*. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. *J Ambul Care Manage*, n. 40, Suppl 2, 2017.

MAGÁN, P. *et al*. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). **Med Care**, n. 49, p. 17-23, 2011.

MENDONÇA, C S *et al*. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, 32, 2017, 1368–1374 doi: 10.1093/heapol/czx103

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2000. 269 p. (Saúde em Debate, 46)

NUNES, R P. Family Health Strategy and internations through primary attention conditions: a systematic review. *Rev. APS*. 2018 jul/set; 21(3): 450 - 460.

PAHO. **Health indicators**. Conceptual and operational considerations. Washington: Pan American Health Organization, 2018.

PAUL, E. *et al.* Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Glob Health*, n. 3, p. e000664, 2018.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde em Redes*, n. 4, 2018.

ROSENTHAL, M. B. *et al.* Pay for performance in Medicaid: evidence from three natural experiments. *Health Serv Res*, n. 51, p. 1444-1466, 2016.

RUSSO, L. *et al.* Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis atenção primária. *Ver Panam Salud Publica*, n. 44, 2020.

RUSSO, L. X. *et al.* Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018. *BMJ Global Health*, v. 6, n. 7, p. e005429, July 2021.

SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian payment for performance (PMAQ) seen from a global health and public policy perspective: what does it mean for research and policy? *J Ambul Care Manage*, n. 41, p. 25-33, 2018.

SAHA S, SOLOTAROFF R, OSTER A, BINDMAN AB. Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. *Med Care* 2007; 45(8):712-9.

SARDAN, J.-P. O. *et al.* Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Res Policy Syst*, n. 15, p. 60, 2017.

SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde em Debate*,

v. 44, n. 126, p. 708-724, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>. Acesso em: 28 ago. 2023.

TURCOTTE-TREMBLAY, A.-M. *et al.* Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Econ Rev*, n. 6, p. 30, 2016.

VAN LOENEN T, VAN DEN BERG MJ, WESTERT G P and FABER MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Family Practice*, 2014, Vol. 31, No. 5, 502–516

WIYSONGE, C. S. *et al.* Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 9, CD011084, 2017.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008**: primary health care now more than ever. Zurique, World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>. Acesso em: 2 abr. 2022.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Astana. 2018**. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>. Acesso em: 2 abr. 2022.

Capítulo 9.

O DESENHO DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO IMPORTA? EFEITO DO BÔNUS PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO PMAQ-AB NO BRASIL

Juliana Sampaio

Everton Nunes da Silva

Timothy Powell-Jackson

Lígia Giovanella

Hêider Aurélio Pinto

Helena Eri Shimizu

Mariana Olívia Santana dos Santos

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

APRESENTAÇÃO

Este capítulo aprofunda as discussões sobre como as formas de implementação do pagamento por desempenho utilizadas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade-PMAQ-AB, em nível local, influenciaram o desempenho das equipes de atenção básica no Brasil. Para tanto, são debatidos dois estudos publicados em revistas internacionais que abordaram essas questões no âmbito desse programa governamental, com um membro da academia e um gestor do SUS, convidados para participar de webinário realizado em 2021.

INTRODUÇÃO

No Brasil, entre 2011 e 2019, foi implementado, na Atenção Básica do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), proposto pelo Ministério da Saúde (MS), visando induzir mais qualidade na assistência à saúde e ampliação do acesso aos serviços de atenção básica. Para isso, o programa integrou o modelo de transferências financeiras do governo federal, para o cofinanciamento da Atenção Básica- AB e estabeleceu uma relação entre o governo federal, como principal pagador de bonificações, e as autoridades sanitárias municipais, como agentes executores desses recursos (Brasil, 2015; Brasil, 2011; Cavalcanti et al, 2016; Gomes, Barbosa, 2016).

Os recursos federais foram repassados fundo a fundo por transferências intergovernamentais para os municípios e podiam ser direcionados para o pagamento de incentivos às equipes ou ser utilizados livremente pelas autoridades sanitárias para compra de insumos, equipamentos e/ou melhoria de infraestrutura, de acordo com diretrizes estabelecidas pelos gestores locais (Brasil, 2015; Brasil, 2011; Gomes et al, 2016).

O repasse de recursos federais estava condicionado a um processo avaliativo abrangente, acordado entre os gestores do SUS, a partir da adesão voluntária das equipes e contratualização da gestão local, baseado num conjunto amplo de indicadores de desempenho, ligados tanto a resultados em saúde, quanto à implementação de padrões de qualidade, relacionados ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes, assim como, à infraestrutura e às condições de trabalho nos serviços de saúde (Pinto et al, 2014).

O processo avaliativo padronizado em nível nacional passou por mudanças ao longo dos três ciclos do programa, atingindo ao final o seguinte desenho: 10% da nota era referente a um processo de autoavaliação das equipes, 20% da nota correspondia à avaliação de indicadores de saúde do município e 70% correspondiam ao valor

da nota obtida por avaliação externa, realizada pelas universidades, a partir de centenas de indicadores (Kovacs et al, 2021).

Este componente do cofinanciamento federal para AB no SUS foi implementado até 2019, quando o PMAQ-AB foi substituído pelo Programa Previne Brasil. Esse programa implementou uma nova modalidade de financiamento da atenção básica, fundamentado em um processo avaliativo simplificado, baseado em poucos indicadores, estabelecendo uma nova forma alocação de recursos quadrimestrais, a partir do cadastramento de usuários nas Unidades Básicas de Saúde, aliado a um conjunto de mudanças relacionadas à Atenção Básica no SUS (Massuda, 2020).

Várias modalidades de desenhos de pagamento por desempenho (P4P) estão sendo utilizadas em diversos países como forma de incentivos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, inclusive na atenção primária (Dora, 2008; Kistensen, 2016; Basinga et al, 2011). Os esquemas de P4P podem variar de diversas maneiras, como por exemplo: de acordo com a frequência/periodicidade dos pagamentos; em relação aos destinatários dos recursos que atuam nas equipes de atenção básica; com o tempo de espera entre a avaliação e o recebimento desses recursos pelos executores do programa; em relação ao percentual ou volume de recursos destinados a esse incentivo como parte dos salários pagos e em relação ao repasse total de recursos recebidos pelos gestores, destinados ao pagamento dos membros das equipes a título de incentivo de desempenho.

Existem controvérsias sobre os efeitos positivos, assim como sobre a qualidade e a efetividade, de programas que realizam pagamento pelo desempenho de profissionais da AB. Segundo Roland (2016), a literatura mostra que pagamentos por desempenho apresentam menos efeito do que é esperado pelos agentes pagadores. Ainda que o pagamento por desempenho possa ser parte de uma estratégia mais ampla de melhoria da qualidade, esta resulta de um conjunto de intervenções múltiplas, diversificadas e sustentadas ao longo do tempo.

Na literatura internacional, o artigo de Kovac e cols (2020) esclarece como essas categorias podem ser combinadas para montagem de esquemas de P4P reconhecidas e validadas cientificamente em diversos estudos sobre o pagamento em sistemas de saúde. No Brasil, contudo, não se sabe muito a respeito do uso de recursos para o pagamento de incentivos às equipes que atuam nas UBS, e, sobretudo, não se sabe se as modalidades desses pagamentos estabelecidos em nível local influenciam nos resultados das notas obtidas pelos municípios numa avaliação de desempenho nacional.

Esse capítulo está fundamentado em dois estudos realizados com os seguintes objetivos: a) identificar as formas como os municípios realizaram os pagamentos por desempenho, mediante tipologia de agrupamento tipo clusters, b) identificar se existe diferença estatística em relação às notas obtidas no processo de certificação do programa com a existência de esquemas de pagamento por desempenho, e c) avaliar se o tamanho do bônus importa e se esse efeito varia com a renda local onde as equipes de atenção básica estão localizadas.

Para análise de cluster, foi aplicado um questionário eletrônico, através do @Survey Monkey de caráter censitário a todos os Secretários Municipais de Saúde-SMS do país que participaram do PMAQ-AB. Após três meses de aplicação do questionário, com monitoramento às respostas a cada 15 dias, foi obtida uma amostra de 818 municípios com Equipes de Saúde da Família vinculadas ao programa e que participaram do ciclo 3. Esse quantitativo representa 15% da totalidade dos municípios do país que receberam o questionário.

O desfecho principal foram as notas do PMAQ-AB mensuradas conforme o índice de qualidade de 0 a 100 atribuídos a certificação das equipes. Os resultados permitiram identificar quais os modelos e desenhos utilizadas como esquema de pagamento pelos gestores locais e, a conseqüente, formação de agrupamentos denominados de clusters de P4P na AB-SUS no seu terceiro ciclo. Os esquemas de pagamento foram definidos com base nesses agrupados de acordo com variáveis

selecionadas para análise estatística, quais sejam: o percentual do valor utilizado para pagamento de bônus ou para outros investimentos, o tamanho do bônus repassado aos trabalhadores da ABS em relação à média salarial da equipe, a quantidade de membros das equipes que recebiam esse bônus e a periodicidade do pagamento do bônus.

Para a análise foi adotada a técnica de regressão logística multinomial, tendo como unidade de análise o município. Foram utilizados controles para levar em consideração características dos municípios, como Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM); recursos recebidos do PMAQ-AB, em 2012, no primeiro ciclo como linha de base do programa; tamanho populacional do município; percentual da população urbana; coligação partidária no poder em relação ao prefeito e a presidência da república na época da implantação do programa, para verificar se havia alguma influência política nesse processo; e participação prévia nos ciclos de avaliação anteriores de municípios que participaram de mais de um dos ciclos de avaliação.

Além disso, o estudo permitiu estimar se existe alguma associação entre os clusters identificados com o desempenho das equipes, mensurado através da nota da certificação do programa. Para isso foi utilizado como método a regressão linear múltipla e como unidade de análise o município e sua certificação, como variável dependente (nota do PMAQ-AB atribuídas às equipes de saúde). O objetivo é explicar, a partir da média da nota das equipes, como as notas dos municípios estão relacionadas à forma de implementação do P4P em nível local (municipal). Foram utilizadas as notas na certificação das equipes no terceiro ciclo do programa e as variáveis de controle foram as mesmas utilizadas na identificação dos clusters.

Quando se observa o comportamento das variáveis, verifica-se que a nota média na certificação das equipes é de 61 pontos, numa variação entre 0 e 100, com desvio padrão de 10 pontos. 24% da amostra foi de equipes consideradas ótimas ou muito boas, e 42% de regular e ruim.

A maioria desses municípios são de pequeno porte, ou seja, estão abaixo de 50 mil habitantes, 30% dos municípios apresentaram convergência entre os partidos da coligação política do prefeito e da presidência da república em meados de 2015. Do total de eleitos um percentual elevado dos novos prefeitos nesses municípios não tinha experiência prévia e entraram no PMAQ-AB no terceiro ciclo.

Foram identificados cinco clusters de municípios: quatro agrupamentos que repassaram recursos para as equipes de acordo com critérios locais e um agrupamento que não repassou nenhum recurso do programa para os membros das equipes nas UBS. Em termos numéricos, dos 675 municípios participantes do estudo no terceiro ciclo, ou seja 302 não pagavam bônus de desempenho às 1.849 equipes de saúde da família e 373 municípios pagavam bônus.

De maneira geral, do valor total recebido pelo município, entre 40% e 70% eram destinados à bonificação das equipes, com pagamento de todos os trabalhadores envolvidos na prestação de serviços nas unidades, inclusive o pessoal de apoio, as equipes de saúde bucal e os NASF, denominados e-multi.

Os municípios que fizeram pagamento de bônus com maior volume de recursos para as equipes, com maior frequência e para o maior número de membros das equipes obtiveram as maiores notas na avaliação. Essa diferença de efeito positivo pode chegar até a 26% nos resultados das notas de avaliação. Aqueles municípios que não repassavam recursos para as equipes obtiveram as menores notas de desempenho no processo avaliativo. Duas variáveis foram significativas em relação aos clusters analisados: a) o porte medido pelo tamanho da população com uma correlação positiva e b) o índice de desenvolvimento humano do município que apresentou uma relação negativa. Ou seja, quanto maior o IDH menor a chance de o município optar por algum dos clusteres que repassam recursos para as equipes de saúde. Em relação ao porte populacional, observa-se o inverso, ou

seja, quanto maior o porte do município maior a chance de utilizarem alguma forma de P4P com repasses de recursos para as equipes.

Outra variável significativa nos clusteres foi a participação prévia nos ciclos avaliativos. O que significa que os municípios que tiveram experiências no primeiro ou segundo ciclo ou em ambos tendem a se enquadrar nos clusteres que pagam um maior quantitativo de recursos para as equipes em relação ao percentual de repasse de recursos do PMAQ-AB, com a extensão desse pagamento para maior quantidade de membros das equipes. Por outro lado, as coligações político partidárias não apresentam influência direta nesses resultados.

O segundo estudo debatido usou dados do módulo eletrônico do PMAQ-AB e a metodologia de diferenças-em-diferenças para investigar se o pagamento de bônus para as equipes de saúde estaria relacionado ao maior desempenho das equipes, controlando por variáveis de confundimento. Além disso, também foi possível analisar se o tamanho do bônus recebido pelas equipes de saúde em relação ao recurso total do PMAQ-AB (1-20%; 21-50%; >50%) estava associado a melhor desempenho (Russo et al (2024). Nesta análise, como variáveis de controle, foram utilizados dados do Censo Brasileiro de 2010, relacionados à renda local; características das unidades, segundo o tipo e quantidades de equipes; as características do município, quanto ao financiamento do PMAQ-AB no primeiro ciclo; o Produto Interno Bruto (PIB); o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDH) e o índice de Gini do município; o quantitativo total da população; a faixa etária da população e o percentual da população urbana.

Foram incluídos 3.371 municípios, totalizando 13.716 equipes de saúde. Desse quantitativo, 1.937 municípios não pagaram bônus para as equipes (7.575 equipes) e 1.434 municípios pagaram alguma parcela dos recursos do PMAQ-AB para as equipes (6.141 equipes). Nesse estudo foram consideradas apenas as equipes de saúde que participaram do primeiro e terceiro ciclos.

Os resultados mostram que os municípios que pagaram bônus para as equipes de saúde foram associados a um aumento de 4,6 pontos percentuais no desempenho das equipes de saúde, correspondente a nota do PMAQ-AB, quando comparado com os municípios que não pagaram bônus às equipes de saúde, sendo esse efeito significativo estatisticamente. Ademais, foi encontrado um efeito dose-resposta, ou seja, quanto maior o percentual do bônus, em relação ao total dos recursos do PMAQ-AB, maior é o incremento no desempenho das equipes de saúde. Por exemplo, os municípios com maior pagamento de bônus (>50%) foram associados com um incremento de 8,2 pontos percentuais no desempenho das equipes de saúde, comparado com o controle (municípios sem pagamento de bônus para as equipes). Outro resultado relevante foi que houve maior incremento no desempenho das equipes que estavam localizadas em cidades mais pobres, o que representa um aspecto positivo em termos de equidade.

Esses resultados levam a crer que, por mais que seja limitada a amostra deste estudo, há uma consistência estatística de seus resultados. Mas, uma extrapolação para 100% dos municípios, no sentido de prescrever essas modalidades de pagamento por desempenho, devem ser realizadas com a devida cautela em relação às características dos municípios e suas circunstâncias internas para implementar esses modelos.

APROFUNDANDO O DEBATE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS NA VISÃO DA ACADEMIA

Comentários de Lígia Giovanella

Em primeiro lugar, é preciso reafirmar a importância do PMAQ-AB para o país e a necessidade de conhecer melhor quais foram as formas de pagamento por desempenho e como foram aplicados recursos de transferências para os municípios brasileiros. Portanto, é

fundamental discutir alguns aspectos relevantes desses estudos originais, ressaltando toda a complexidade que esse tema impõe.

Um alerta inicial, entretanto, nessa discussão, é que não se deve confundir os esquemas de P4P e, portanto, a política de remuneração dos profissionais de saúde, com mecanismos de transferências financeiras intergovernamentais. O sistema de pagamento a profissionais como médicos generalistas tende a ser misto, compostos por salário, capitação, desempenho e produção de serviços, com vários componentes relacionados a diferentes estratégias, com a aplicação de diferentes incentivos econômicos.

As transferências intergovernamentais nos sistemas públicos de saúde têm outros componentes, demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, especificidades geográficas e implicações sobre as desigualdades sociais, porque essas transferências de recursos federais têm o objetivo de reduzir as desigualdades na qualidade dos serviços, para promover a coesão do sistema de saúde com acesso equitativo em todo o país (Massuda, 2020). Com efeito, o PMAQ-AB correspondia apenas ao chamado “Componente de Qualidade” do financiamento federal da Atenção Básica, implementado em 2011. Além dele, existiam outros componentes tratados mais à frente (Pinto, 2018a).

É importante enfatizar isso, nesse contexto mais amplo abrindo o debate, porque o “Previne Brasil” que substituiu o PMAQ-AB, definiu um novo formato de financiamento para a atenção básica no país. Aboliu a prioridade para a Estratégia Saúde da Família, modelo assistencial com claras evidências de efeitos positivos na saúde da população, e extinguiu os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família-NASFs, ferindo a multiprofissionalidade das equipes, além de utilizar critérios de cadastramentos de usuários como base para realizar as transferências intergovernamentais, afetando a universalidade do SUS. Supostamente, este modelo de financiamento se basearia na experiência de remuneração dos médicos generalistas (GP) do National Health Service (NHS), citado como referência para elaboração da

nova política de financiamento da atenção primária (Massuda, 2020; Harzheim, 2020).

No entanto, existe uma diferença fundamental entre pagamento a profissionais e transferências intergovernamentais para financiamento do sistema público de saúde. Ao invés de utilizar a captação e avaliação por indicadores de desempenho para remuneração de serviços prestados por profissionais, esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, cuja finalidade é subsidiar o financiamento dos sistemas locais de saúde, dado que o SUS é descentralizado e quem realiza esses serviços de atenção básica são os municípios. Portanto, se trata de outro ente federativo governamental e não de um prestador de serviços. As relações intergovernamentais não podem ser de compra e venda. A modalidade de cofinanciamento proposta pelo Previde Brasil incide nas relações intergovernamentais e passam a ser reeditadas as relações institucionais que existiam antes da década de noventa, estabelecidas pela medicina previdenciária com os serviços realizados pelos prestadores localizados nos municípios. Reeditam-se relações intergovernamentais anteriores ao SUS, de compra e venda de serviços, que foram abolidas com a Norma Operacional Básica de 1993 que definiu a municipalização do SUS como caminho (Brasil, 2019).

O Programa Previde Brasil não agregou recursos financeiros novos e promoveu focalização e seletividade, baseado em poucos indicadores utilizados para realizar os repasses do MS para os municípios, afetando a integralidade da atenção primária. Ao definir o cofinanciamento e cobertura por cadastramento, não mais por equipe e território, comprometeu as ações coletivas de promoção da saúde e restringiu o acesso ao SUS a cadastrados, o que fere os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Com a plena implementação do Previde, o primeiro nível de atenção à saúde no SUS deixaria de ter uma perspectiva universal e passaria a ficar restrito população cadastrada pelos municípios, a partir da atenção básica. Sem agregar

recursos novos necessários para cadastrar toda a população brasileira, ameaçava a universalidade do SUS. O conjunto de mudanças proposto pelo Previne Brasil, para além dos pagamentos por desempenho, teve consequências políticas para o modelo de atenção básica existente no país e para a própria concepção de atenção primária (Harzheim, 2020; Castro et al, 2019; Mendes et al, 2022).

Esse Programa integrou um conjunto de medidas que visaram mudar o modelo assistencial da Atenção Primária da Saúde e a própria institucionalidade do SUS. As ameaças à multiprofissionalidade das equipes, prioridade ao pronto atendimento, restrição ao cuidado individual, enfraquecimento do enfoque territorial comunitário e cobertura por cadastramento, evidenciam o redirecionamento da política nacional de saúde, ferindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Esse conjunto de medidas, que rompem com a universalidade do SUS, afetam o direito universal à saúde com a opção pela focalização e seletividade. Orientam-se por uma concepção de cidadania liberal restrita, associada a um Estado mínimo que somente deve proteger aqueles que “fracassaram” em resolver suas necessidades no mercado.

Dessa forma, há muitas controvérsias sobre os efeitos dos modelos de pagamentos por desempenho, sobretudo, conforme enunciados em pesquisas sobre essa temática, em que alguns indicadores podem induzir à redução de atenção das equipes para problemas de saúde que não estão contemplados nas métricas de avaliação (Costa et al, 2022; Oliveira et al, 2023). E podem, conseqüentemente, levar à redução do tempo dedicado aos problemas não contemplados por esses indicadores de desempenho, ao se estabelecer avaliação com base em um pequeno conjunto de indicadores, como critérios para o financiamento da atenção primária no SUS, como definido nesse novo programa. É possível que os municípios concentrem a atenção nesses indicadores que serão monitorados, alterando o escopo de trabalho das equipes de atenção primária, que devem ter como objeto os problemas de

saúde gerais apresentados pela população daquele território sob sua responsabilidade.

São poucas as evidências sobre os efeitos positivos em relação à melhoria de qualidade promovidas por modelos de pagamentos por desempenho. Revisões de literatura mostram que os programas que utilizam o pagamento por desempenho na atenção primária podem melhorar os resultados do processo de atenção no curto prazo, porém os dados sobre os efeitos a longo prazo são limitados. Além disso, os efeitos observados em relação à melhoria da qualidade se concentram em áreas onde o desempenho na rede básica era ruim, como mostram os resultados dos estudos realizados em muitos países. Também não são observados efeitos consistentes dos modelos de pagamento por desempenho em relação aos resultados de saúde intermediários e as evidências não são suficientes para caracterizar qualquer efeito nos resultados distais dos indicadores de saúde dos usuários (Mendelson et al 2017; Ryan et al 2016).

Os esquemas de pagamentos por desempenho apresentam menos efeitos do que aqueles esperados e precisam ser parte de uma estratégia ampla de melhoria da qualidade, como afirmam as pesquisas sobre esse objeto de investigação, nos países que acumulam conhecimento a longo prazo com esses incentivos na APS, como se observa no Reino Unido (Roland; Olesen, 2016)

O PMAQ-AB foi um modelo diferenciado de transferências financeiras intergovernamentais associadas ao desempenho, muito distinto do Programa Previner Brasil este, centrado em poucos indicadores utilizados para o pagamento por desempenho. Consistiu em ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica no SUS e é um equívoco identificar esse programa como uma modalidade de pagamento por desempenho, apenas (Massuda, 2020; Pinto et al, 2014). Constituiu-se em um complexo programa de melhoria do acesso e da qualidade com quatro fases em cada ciclo de avaliação nacional. Empregou várias estratégias para promover a melhoria da

qualidade e integrou um conjunto de políticas da Atenção Básica tais como: o Requalifica UBS, que melhorou a infraestrutura com 26 mil projetos de reforma e ampliação de unidades básicas e construção de 10 mil unidades básicas novas; a criação e implementação do e-SUS, que buscou informatizar e permitir o uso oportuno da informação para a qualificação das decisões clínicas e de gestão; a tentativa de universalizar o NASF e diversificar as equipes, com as UBS Fluviais, Equipes Ribeirinhas, Consultórios na Rua e Equipes de Atenção Domiciliar; o Programa Mais Médicos (PMM) que, além do provimento emergencial que permitiu levar médicos a inúmeras localidades, onde muitas tinham apenas a presença intermitente desse profissional, tinha um componente estratégico de formação médica, inserido na expansão da oferta futura desses profissionais (Giovanella et al, 2016)

Nas discussões e debates sobre a implementação, pontuava-se a necessidade de fortalecer a fase 4 de acompanhamento e desenvolvimento das ações necessárias, estabelecendo processos sistemáticos de discussão dos resultados da avaliação externa, por parte dos gestores municipais com cada equipe, para definição de intervenções voltadas para melhoria da coordenação e da qualidade da atenção prestada. Seria necessário tempo suficiente para implementar as intervenções e projetos de melhoria qualidade, a partir da Educação Permanente, em temas específicos e implementar o apoio institucional, como parte de uma nova contratualização para incrementar a qualidade, antes de iniciar o novo ciclo de avaliação nacional.

O intervalo entre o primeiro e segundo ciclos foi muito rápido. A inserção de incentivos adicionais para implementar projetos pilotos de novos modelos assistenciais com base na função de coordenação e seu fortalecimento, fundamentado em novas atribuições para os profissionais das equipes acompanhados por pesquisas avaliativas, era um caminho possível para criação de soluções inovadoras para melhorar a qualidade em relação aos problemas identificados.

Assim, em seu terceiro ciclo incluiu um eixo estratégico transversal contínuo, com parceria tripartite para autoavaliação e monitoramento dos indicadores de saúde contratualizados, a ser realizado por gestores e equipes, apoio institucional da gestão às equipes e processos de educação permanente das equipes e da gestão para implementar as necessárias melhorias (Brasil, 2015; Brasil, 2011; Pinto et al, 2014; Gomes et al, 2016; Giovanella et al, 2018). Por tanto, foi um programa complexo que em seus três ciclos, implementou processo de autoavaliação, monitoramento de indicadores, avaliação externa e educação permanente direcionadas às equipes das UBS e para a gestão da atenção básica municipal (Gomes et al, 2016).

Outro ponto importante a ser ressaltado é a disponibilização pública do banco de dados com informações que possibilitaram inúmeras análises e estudos sobre a AB no SUS e a intensa produção de conhecimento sobre o programa, que orientou ações e políticas. Esse material provisionou um panorama muito importante da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família no país.

A implementação da fase de avaliação externa, sendo realizada por pesquisadores de universidades, propiciou forte interação entre instituições acadêmicas e a gestão do SUS. Foram construídos consensos entre gestão e academia, ainda que não isentos de tensões. A participação dos grupos de pesquisa acadêmicos deu legitimidade ao processo avaliativo e incentivou a pesquisa em APS, contribuindo para o fortalecimento da avaliação no SUS.

Em suma, o PMAQ-AB não pode ser reduzido a um programa de pagamento por desempenho. E é necessário ter clareza que o P4P pode ser uma parte útil de programas mais amplos para melhorar a qualidade da atenção prestada, ainda que os ganhos de qualidade em relação aos incentivos financeiros sejam geralmente modestos, não pode ser uma iniciativa isolada para a melhoria da qualidade.

A melhoria da qualidade resulta de um conjunto amplo de intervenções múltiplas e diversificadas, sustentadas ao longo do tempo,

que incluem a implementação de diretrizes clínicas, auditorias com feedback, educação permanente, pagamento de desempenho, publicização dos resultados, além da valorização profissional com o fortalecimento do profissionalismo das equipes e ética profissional (Roland, 2012). Profissionalismo e ética são aspectos cruciais no processo de trabalho dos serviços de APS que têm o componente profissional muito importante para a qualidade do cuidado.

Por isso, mais pesquisas e diálogos sobre essas questões se fazem necessárias para conhecer as estratégias mais efetivas para a melhoria da qualidade da atenção na APS e no SUS.

UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS ESTUDOS A PARTIR DA GESTÃO DO SUS

Comentários de Hêider Aurélio Pinto

Uma primeira questão que já foi enfatizada anteriormente e que merece ser reforçada é que, desde a sua concepção, o PMAQ-AB não pode ser confundido com um modelo de pagamento por desempenho *per se*. Considerando-se que essa iniciativa governamental era um programa mais amplo de indução de mudanças na estrutura, processo e resultados dos serviços de atenção básica, inserido numa Política de Atenção Básica composta por outros programas sinérgicos e que tinha, inclusive, outros componentes de financiamento, como tratado acima (Pinto et al, 2014; Pinto, 2018a).

Foi parte do desenho da Política Nacional e do financiamento da atenção básica do Brasil, naquele período entre 2011 até 2017. A Portaria que criou o programa criou também o componente de qualidade, associado a ele. Mas, além deste componente, outros quatro existiram desde 1996 até 2019 na atenção básica. Um dos componentes da política de financiamento dessas ações nesse período era o componente *per capita*, criado em 1996, que financiava a AB-SUS em função

da quantidade de pessoas que residem nos municípios denominado de Piso da Atenção Básica Fixo.

A partir de 2011, esse componente do financiamento ganhou um fator direcionado para corrigir problemas relacionados a equidade, com a estratificação dos municípios de acordo com sua vulnerabilidade econômica. Assim, o município mais vulnerável e as pessoas mais pobres recebiam mais recursos de acordo a essa estratificação. Essas mudanças foram implementadas ao longo do tempo no repasse do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, que representava aproximadamente 25% do financiamento total do MS aos municípios para a Atenção Básica (Pinto, 2018a).

Outros 45% do financiamento da Atenção Básica, repassado dentro do PAB Variável, correspondia a um componente que buscava induzir a implantação e custear as equipes da Estratégia de Saúde da Família, tida pelo MS como o modelo de atenção a ser defendido e disseminado no país. Também criado em 1996, induzindo e custeando inicialmente equipes de agentes comunitários de saúde e de saúde da família, passou depois a incluir equipes de saúde bucal, NASFs, Equipes Riberinhas, UBS Fluviais, Consultórios na Rua, equipes do Melhor em Casa, entre outras.

Havia ainda outros dois, o componente de estrutura, criado em 2007 com o Bloco de Investimento e ampliado em 2011 com o Requalifica UBS. Recursos destinados às obras de reformas, ampliações e construções de UBS, e para equipar e informatizar as UBS. O máximo que esse componente atingiu foi de aproximadamente 7% dos recursos totais para a Atenção Básica.

E, por fim, o componente de provimento, representando aproximadamente 15% dos recursos federais, foi criado em 2013 com o Programa Mais Médicos (Pinto, 2018a). A lógica desde último é um pouco diferente dos demais porque, em vez de repassar o recurso, o MS executa diretamente e provê o médico ao município.

Todos esses componentes eram bastante significativos na composição e compreensão do financiamento da AB até 2019. Em termos

de volume de recursos, por exemplo, com exceção do componente de estrutura, os demais correspondiam a soma de recursos maiores que os do componente de qualidade, vinculado ao PMAQ-AB, que representava aproximadamente 8% do total de recursos repassados pelo MS aos municípios destinados à atenção básica. Ou seja, a parte do financiamento federal relacionado ao desempenho, à implantação de padrões de qualidade, representava apenas 8% do total, os demais 92% tinham como critério a população do município ponderada por critérios de equidade (25%), à quantidade de equipes previstas na PNAB (45%), à qualificação da estrutura (7%) e ao provimento do PMM (15%).

Analisando em detalhe seus componentes, fases e ciclos avaliativos, percebemos que a questão central no Programa é seu processo de indução, feito por uma combinação de estratégias, enquanto padrões desejáveis, pactuação entre entes e entre município e profissionais, autoavaliação, avaliações, repasses de recursos intergovernamentais e o estímulo para que o gestor municipal contratualize com as equipes formas de pagamento por desempenho.

O Programa induzia os gestores municipais a tomarem a decisão de mudar a lógica de pagamento dos seus profissionais contratados. Financiava o município e este, por sua vez, poderia tomar a decisão autônoma de modificar o esquema de remuneração dos profissionais para outros formatos baseados em avaliação local do desempenho e institucionalização de processos de remuneração por resultados, que poderiam levar em conta a síntese das avaliações complexas realizadas pelo Programa.

Associar o P4P com as notas síntese da avaliação do PMAQ-AB exige cautela. Há complexidades diferentes e específicas, do ponto de vista administrativo, legal, com relação à forma, indicadores e objetivos, quando comparamos uma iniciativa intergovernamental, que passa por relações interfederativas e cujo objetivo é viabilizar o repasse institucional de recursos do governo federal aos municípios, com as formas de pagamento por desempenho praticadas em nível local para pagamento

dos membros das equipes de atenção básica nos municípios, que se multiplicaram após a criação do PMAQ-AB. São desenhos, finalidades e relações distintas, como não poderia deixar de ser ao analisar uma relação entre entes em uma federação com três níveis de governo e uma relação de trabalho entre empregador e empregado. A avaliação local de desempenho pode levar em conta a avaliação do PMAQ-AB, mas é desejável que ela combine com outros critérios e que seja orientada por lógicas e experiências específicas da gestão do trabalho, incluindo questões legais que variam conforme o vínculo.

Justamente por isso, uma crítica importante às iniciativas do Governo Bolsonaro é a conexão direta e equivocada, do ponto de vista teórico, legal e prático, que o governo federal passou a fazer entre o Programa Previne Brasil e a remuneração por desempenho. Inspirou-se em modelos de remuneração por desempenho de trabalhadores e de organizações prestadoras de serviços e confundiu uma relação inter-federativa de repasse de recursos da União para os municípios com uma relação entre empregador-empregado em nível local, no âmbito da gestão institucional do SUS, e com uma política de remuneração de prestadores privados de serviços terceirizados.

Ao relacionar repasse federal entre entes com remuneração de desempenho para o trabalhador, é necessário compreender que há autonomia dos níveis de governo e que é uma decisão do gestor municipal se ele utiliza parte dos recursos para pagamento de incentivos às equipes nas unidades de saúde como bônus de desempenho. Um dos desenhos de incentivos possíveis e bastante utilizado no âmbito municipal foi premiar a participação das equipes nos resultados alcançados no PMAQ-AB.

Assim, em muitos municípios, a equipe que obteve uma avaliação ótima fez jus a um pagamento bônus pela participação nesse resultado. Fazendo assim, o município opta por uma forma simplificada, mas segura juridicamente, de alinhar o pagamento por desempenho com o resultado da avaliação nacional. Há muito receio de implementar

modelos de remuneração por desempenho na administração pública devido aos processos trabalhistas. Então, ter uma forma simples, segura e que transfere a responsabilidade da avaliação a outro, é um fator facilitador da implementação.

Mas, isso poderia ser realizado em nível local de muitas outras formas. Ainda usando o PMAQ-AB, poderiam ser selecionados, especialmente, outras variáveis utilizadas em quaisquer uma das avaliações do Programa. Um grupo específico de variáveis da avaliação externa, da avaliação de indicadores de saúde, de um módulo *online* e instrumento específico. O gestor poderia fazer uma síntese própria da nota que colocasse mais peso e ênfase, por exemplo, no grupo de indicadores relacionados à qualidade do cuidado.

Dados do próprio MS, coletados no módulo *online* para gestores municipais que reuniu informações sobre a gestão do trabalho, mostram que foram vários os esquemas utilizados com base nos indicadores do PMAQ-AB para implementar o P4P para os membros das equipes das UBS, na estratégia de saúde da família e nos NASFs. Há ainda casos como Florianópolis que agregou outros indicadores pactuados e produzidos localmente para, combinados com aqueles aferidos no PMAQ-AB, orientar o pagamento de bônus de incentivo às suas equipes. Juridicamente é possível construir modelos de pagamento seguros que podem variar em relação aos indicadores utilizados no programa.

O MS, inclusive, estudou esta estratégia com o apoio do Observatório de Recursos Humanos do SUS e estimulou que isso fosse feito, apontando elementos nas leis trabalhistas brasileiras que previam essa possibilidade. É importante ter essa questão em mente no momento de analisar os resultados na perspectiva dos gestores locais que implementaram essa forma mais simples e direta de P4P atrelada aos incentivos e avaliação.

Outra questão importante diz respeito a verificar qual o percentual pago a título de bônus de desempenho atrelado à avaliação do PMAQ-AB na composição global dos vencimentos dos diversos

trabalhadores e profissionais de saúde das equipes da atenção básica. É preciso avaliar o peso dessa remuneração no formato de P4P para as diferentes categorias, porque há ampla variação de salários e esse peso pode ser proporcionalmente maior para as categorias com os menores salários. Isso pode ter várias consequências de ordem prática sobre as questões funcionais e motivacionais relacionadas a satisfação dos trabalhadores.

O estudo identificou que houve mais impacto proporcional em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) com relação aos com mais alto. Além das hipóteses tratadas acima, há que se considerar também a possibilidade desse comportamento observado estar relacionado à composição dos salários, um valor proporcional e absoluto menor comparado a salários maiores praticados em cidades com melhor arrecadação per capita.

É razoável considerar que profissionais mais bem remunerados dispensariam o “stress” de perseguir incentivos baseados em metas de desempenho que não sejam significativamente atrativos. Por isso, uma linha de aprofundamento dos estudos exigiria metodologias, qualitativas e quantitativas, complementares que debruçassem sobre a capacidade de motivação desses estímulos considerando variáveis como percentual do incentivo comparado à remuneração global, por categoria profissional, frequência de pagamento, composição individual e composição destinado à equipe etc.

Algumas questões importantes para o gestor municipal ainda por investigar são, por exemplo, se há um limite absoluto e/ou proporcional abaixo do qual os trabalhadores pouco se motivam? Seria o caso de pensar outra estrutura de incentivos para profissionais bem remunerados e usar os recursos para outras finalidades? Para volumes menores se mostrou mais interessante praticar lógicas mais eventuais de pagamento, como um 13º e 14º salário em vez da diluição mensal desse recurso?

Importante analisar também o vínculo empregatício e o contrato de trabalho em relação às formalidades das leis trabalhistas brasileiras.

Há diferenças significativas, em termos de desenho e viabilidade, para implementar lógicas de remuneração por desempenho caso o trabalhador seja estatutário, empregado público celetista, tenha um contrato precário, seja contratado como pessoa jurídica, ou seja, um empregado celetista de um prestador de serviço. É esperado que essa situação varie em relação aos municípios brasileiros e às possibilidades de contratação utilizadas. Pois, se os trabalhadores das equipes e profissionais são concursados é mais difícil instituir essas modalidades de P4P e, nesses casos, é preciso de aprovação de lei municipal discutida na câmara de vereadores. Se o quadro de servidores estatutários é grande, conseqüentemente esse processo apresenta um custo político e econômico maior, em função da ação, junto ao executivo, legislativo e quiçá judiciário, das categorias não contempladas com remunerações por desempenho, da saúde ou de outras áreas, para serem beneficiadas com lógicas similares.

Outra análise necessária refere-se à variação dos efeitos desses esquemas de remuneração por desempenho ao longo do tempo. A mobilização e capacidade de estimular as equipes a perseguirem continuamente metas de qualidade baseados em indicadores mudam ao longo do tempo? Seria o caso, por exemplo, de considerar os chamados “efeitos de aprendizagem” tão caros aos estudos neoinstitucionalistas em políticas públicas? (Pinto; Cortes, 2022).

Trata-se de um efeito que deve ser analisado longitudinalmente, considerando fatores quantitativos e qualitativos, levando em conta as mudanças dos esquemas de pagamento ao longo dos ciclos de avaliação. Seria muito interessante municiar os gestores dos municípios com uma reflexão dos processos de aprendizagem institucional que ocorrem no próprio SUS.

Como exemplo, alguns municípios podem ter começado o processo avaliativo do PMAQ-AB utilizando apenas uma pequena parte dos recursos do Programa para pagar somente os profissionais de nível superior das equipes. A partir de relatos e de resultados apresentados

por outros municípios, por decisão sua ou por pressão dos trabalhadores, podem ter adotado diferentes esquemas de pagamento em termos de percentual do repasse federal utilizado na remuneração por desempenho, abrangência de trabalhadores beneficiados, volume proporcional e absoluto repassado, frequência etc.

O processo de certificação tem um viés de seleção porque o MS, no primeiro ciclo, ofereceu a possibilidade de os municípios aderirem com até metade de suas equipes e isso fez com que eles escolhessem as melhores equipes. Fez isso por restrições que se apresentavam do ponto de vista administrativo e econômico-financeiro; precisou se enquadrar nas regras do Fundo Nacional de Saúde (FNS) em termos de disponibilidade de recursos para realizar os repasses federais com o programa. Pelo fato de não haver um parâmetro estabelecido anteriormente para esta avaliação e para assegurar a previsibilidade de gastos requerida pelo FNS, o que inclui um teto orçamentário, foi preciso estabelecer que a premiação variaria em função da média apurada e de seu desvio padrão. Com isso, mesmo antes da avaliação, era possível saber qual o valor que seria gasto, o que variaria seria quais equipes estariam na média, um desvio padrão abaixo dela ou acima.

Um elemento fundamental nesse modelo de média apurada é justamente estimular o esforço incremental, induzir que as equipes procurassem melhoria contínua. Se a maioria melhorasse o desempenho, uma equipe que mantivesse o seu poderia ter sua nota reduzida. Por esse declínio ser um fator esperado, há mais um elemento para refletir bastante sobre a implementação de uma forma de pagamento por desempenho associado sem mediações à avaliação do PMAQ-AB.

O fenômeno observado em relação às melhores equipes e o esforço de melhoria das notas, a partir da institucionalização do pagamento por desempenho, espelha essa realidade em que as equipes melhores podem não apresentar uma capacidade de melhoria possível nas notas que medem o desempenho, enquanto aquelas que tenham notas mais baixas tem mais margem para melhorar ao longo do tempo,

a partir desses estímulos, como mostram os estudos abordados neste capítulo. Esse deslocamento das notas a partir dos ciclos de avaliação cria um fator que amplia a pontuação possível para as equipes avaliadas com menor desempenho e notas mais baixas, cuja tendência para responder aos estímulos do pagamento por desempenho é maior.

Por fim, um fator que precisa ser aprofundado nestes estudos envolve o mecanismo complexo como são elaboradas as notas finais obtidas pelas equipes em cada ciclo de avaliação no processo de certificação. Isso porque há relação direta de algumas variáveis como, por exemplo, a prática de remuneração por desempenho é considerada um padrão desejável pelo Programa, portanto, interfere na nota do PMAQ-AB, ou seja, ainda que seja só uma variável entre tantas outras, ela tem um peso específico e significativo e talvez fosse interessante isolar o impacto dessa redundância em novos estudos. Assim, é importante destacar essa questão na decomposição das notas da certificação. Temos aqui um caso no qual a presença desse critério no processo avaliativo e de certificação induz o comportamento da gestão por implementar formas de P4P, que interfere na pontuação das equipes.

Independente desse aprofundamento bem-vindo, os resultados do estudo analisado aqui são muito importantes para as políticas públicas por seus aspectos inovadores, por nos dar uma visão mais geral sobre as consequências das formas de pagamento por desempenho e revelar sua lógica de indução em relação aos desfechos distais sobre a qualidade e acesso na AB-SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DOS ESTUDOS

Sobre a interpretação dos dados, é importante ressaltar que decompor a nota da avaliação final e verificar o que cada um representa na avaliação de cada indicador é uma missão quase impossível, porque o cálculo é muito complexo e envolve centenas de indicadores

que mensuram diversas dimensões de alguma forma relacionadas a melhoria da qualidade e acesso na APS. Essa situação é tão complexa que é difícil o entendimento, sobretudo para os trabalhadores do SUS incentivados e avaliados sistematicamente nos ciclos. Inclusive esses dados apontam a baixa capacidade institucional das gestões locais e equipes para realizar melhorias, por várias razões, dentre elas a falta crônica de recursos financeiros nas ABS desses municípios. E isso conta na avaliação global que pode subtrair recursos para o município e, conseqüentemente, reduzir os recursos para o pagamento por desempenho para as equipes nos locais com problemas, por exemplo, relacionados a infraestrutura precária e falta de equipamentos que já apresentavam.

Talvez a estrutura de incentivos e avaliação global do PMAQ-AB não tenha sido bem compreendida, principalmente em relação às conseqüências teoricamente possíveis em relação ao comportamento dos membros das equipes e gestores do SUS na diversidade de situações que os municípios se encontram em relação à execução de serviços da atenção básica.

Isso pode ser evidenciado nos novos estudos qualitativos em andamento no âmbito do projeto de pesquisa de forma complementar. Os trabalhadores parecem não ter clareza dos objetivos do programa, mas tem consciência das possibilidades de atuação quando recebem os bônus de incentivo e se mobilizam com esforço para alcançar melhores notas na avaliação. Essa é a parte principal em discussão nesse recorte dos estudos sobre o pagamento por desempenho e os resultados aferidos nos ciclos do programa, em relação a variação desses esquemas de incentivo.

Por dois caminhos metodológicos foram realizados estudos quantitativos sobre os esquemas de pagamento por desempenho e as notas de certificação do PMAQ-AB e em ambos se observa que há impacto no resultado, mesmo com pequenos volumes de recursos/bônus repassados para os membros das equipes. Tanto a utilização de questionário com dados primários (Russo et al. 2024), como o módulo

eletrônico que utiliza dados secundários (Fardousi et al. 2022), apresentam comportamento semelhante em relação ao que foi mensurado com a nota final da certificação ao longo dos ciclos estudados. Os estudos qualitativos estão aprofundando essas questões que merecem ser decompostas em relação aos membros das equipes e sua diversidade de contratos e valores de remunerações, desde o médico até o ACS, passando pelos trabalhadores de apoio das unidades.

Como em relação às variáveis que foram destacadas no modelo de análise utilizado nos recortes quantitativos, fica evidente que os esquemas de pagamento por desempenho influenciam diretamente nos resultados das avaliações e devem ser levados em consideração na elaboração dos programas. Ao mesmo tempo, a amostra é pequena, mas tem validade interna. Foram 15% dos municípios e, por essa razão, esse comportamento é relativo a essa amostra. Muito se deve ponderar para evitar a extrapolação desses dados para todos os municípios, como apontam as discussões baseadas em debates mais ampliados. Como a amostra não foi probabilística é possível que apareçam alguns vieses já pontuados, mas todos os municípios tiveram chance de responder em relação aos instrumentos de coleta de dados utilizados.

As questões referentes aos mecanismos de financiamento da AB a partir das transferências intergovernamentais estão corretas, mas nesses recortes, a análise foi sobre os padrões e modelos de pagamento por desempenho encontrados no SUS e sua relação com a nota final do programa, de forma bastante específica relacionada ao formato de pagamento por desempenho utilizado. Mas claramente, o PMAQ-AB não é só isso e tem muito mais questões importantes para serem analisadas conjuntamente.

As sugestões para incluir outras variáveis de controle são válidas, como por exemplo a arrecadação per capita, para se verificar a capacidade de sustentação desses programas a longo prazo, além do IDH e do porte populacional.

Ainda não se tem uma explicação para algumas questões que dependem de estudos qualitativos complementares sobre o comportamento observado em relação a essas duas variáveis e os esquemas de pagamento adotados. Pois, geralmente aqueles municípios com o IDH alto também muitas vezes são municípios de grande porte, cujos resultados em um dos estudos apresentam sinais contraditórios. Essas questões merecem ser aprofundadas em estudos qualitativos para entendermos melhor esses resultados.

É importante destacar essa questão do viés de seleção do primeiro ciclo em função das restrições orçamentárias para incluir no programa apenas 50% das equipes. Mas, outros estudos demonstram que esse viés de seleção foi atenuado com o tempo, à medida que o PMAQ-AB expandiu até a adesão de quase a totalidade das equipes de saúde no Brasil.

A questão da mudança da forma de pagamento por desempenho é importante, mesmo considerando que houve problemas como viés de memória dos respondentes em relação a essas questões, nesse longo percurso estudado. Entretanto, mesmo assim, a influência das formas de pagamento por desempenho se torna ainda mais visíveis, pois os municípios foram provavelmente induzidos a mudar os esquemas em função das notas obtidas. Então a institucionalização do pagamento de bônus de desempenho pode ser considerada uma conquista dos trabalhadores, a exemplo dos ACS que se organizaram em nível nacional para terem direito ao pagamento por desempenho.

Em outro artigo publicado no escopo desse projeto de pesquisa se verifica que os esquemas de pagamento por desempenho podem ser encarados como mecanismos de reposição salarial para compensar perdas nos vencimentos dos trabalhadores ao longo do tempo (Silva et al, 2023). Essa talvez seja uma disputa política importante que mobilizou algumas categorias cujo pagamento por desempenho é significativo na estrutura de remuneração dos membros das equipes

que identificam isso como uma forma de recuperação do poder de compra dos salários.

De todo modo, foram realizados vários testes de sensibilidade nos estudos apresentados e embora não se tenha uma explicação para algumas questões pontuadas, não se observa grandes mudanças no comportamento das variáveis em relação à influência dos esquemas de pagamento sobre as notas obtidas no processo de avaliação do PMAQ-AB.

Primeiro debatedor: considerações finais dos estudos pelo ângulo de análise da academia

Primeiro, é realmente importante a relevância dos estudos apresentados e a qualidade das pesquisas realizadas sobre o PMAQ-AB. Sobretudo, pelo potencial de trazer diversas questões complementares para o aprofundamento dos debates sobre o componente relacionado ao pagamento por desempenho. Esse é um aspecto importante que merece ser aprofundado para esclarecer ainda mais a relação entre as formas de pagamento e os resultados do processo avaliativo do Programa. É interessante contextualizar essas questões na atualidade em que a avaliação foi simplificada e há riscos, que todos conhecem, de concentrar os esforços em torno dos poucos indicadores selecionados.

Mas, sinteticamente, alguns tópicos são fundamentais para demarcar essa discussão. Primeiro é que os incentivos financeiros não devem ser tão altos a tal ponto que todos vão fazer esforços numa direção que contemple os indicadores da avaliação em função dos ganhos potenciais com esse comportamento. Pois, por outro lado, isso traz o risco de piorar outras questões não abordadas nos processos avaliativos como efeito da institucionalização do pagamento por desempenho. O risco é concentrar esforços apenas naquilo que está sendo cobrado em relação aos cuidados à saúde.

Por essa razão, se imagina que um percentual pequeno de municípios fez um pagamento de bônus altos e muito frequente a todos os membros das equipes. Essas questões estão na discussão dos artigos, além daquelas questões que foram abordadas em relação a utilização dos bônus e incentivos como forma de reposição dos salários. Esse é um aspecto bastante importante nessa discussão do ponto de vista da sustentabilidade do programa que é interessante debater.

Outra questão fundamental, destacada no início, diz respeito à complexidade do PMAQ-AB em termos também da avaliação e certificação dos municípios, sobretudo após a institucionalização de um novo programa que utiliza poucos indicadores e não correspondem à complexidade dos processos de trabalho, nem da organização dos serviços de atenção básica, que só podem ser mensurados utilizando um amplo conjunto de indicadores.

Portanto, é preciso entender como funciona o processo de certificação nessa perspectiva para compreender a composição das notas. A questão da transparência dos processos avaliativos e seu retorno aos membros das equipes é fundamental como mencionado aqui. Principalmente em relação aos resultados que correspondem a essas notas, pois podem apresentar comportamentos negativos não esperados em relação ao processo avaliativo. Em especial, para aquelas equipes que fizeram esforços e não se sentem contempladas com as notas da certificação obtidas. Assim, a dificuldade do entendimento e a pouca transparência dos processos de avaliação afetou a sustentabilidade desse tipo de programa.

Outra questão que é preciso lembrar é que nos trabalhos de pesquisa é necessário declarar os conflitos de interesse. Com destaque para artigos publicados sobre essa temática, sobretudo, quando a equipe que publica um determinado trabalho é parte do conjunto de idealizadores dos programas avaliados. Não apenas pelo viés, mas porque o leitor precisa reconhecer essa questão em função dos exemplos no Brasil em que idealizadores de certas reformas recentes fazem uma apologia de resultados de processos ainda não implementados,

sem ter nenhuma referência a esses importantes conflitos de interesse. Essa é uma questão importante que pode ser aprofundada nesses debates que ampliam essa visão e declaram esses conflitos de interesses potenciais em nome da ciência. Assim, é importante declarar os conflitos de interesses nessas discussões, sobretudo quando as pessoas que participam dos estudos são idealizadores dos programas e podem tanto enriquecer como enviesar os resultados.

Isso tem implicações, mesmo diante da diversidade dos indicadores dos processos avaliativos pactuados nacionalmente com o PMAQ-AB. Por exemplo, não se sabia que a evolução da nota fazia uma diferença nesses processos, com o passar do tempo, por influência das discussões entre os municípios. O PMAQ-AB tem um pequeno componente relacionado à remuneração profissional, no contexto dos incentivos federais, com transferências financeiras, para melhoria da qualidade. Mas isso deve ser apenas um dos componentes para melhoria da qualidade e tem que ser avaliado a longo prazo em termos da continuidade da política, em conexão com outras políticas, pois isso é fundamental para o futuro do SUS.

Segundo debatedor: considerações finais dos estudos pelo ângulo de análise da Gestão do SUS

A nota do PMAQ-AB além de expressar as mudanças do processo de trabalho na atuação das equipes, representa também o esforço em busca da melhoria contínua, a partir dessas novas relações de trabalho, viabilizada por essa possibilidade de remuneração baseada em desempenho e resultados. Toda essa complexidade apontada na certificação não desvaloriza de maneira alguma as associações estatísticas que os trabalhos apresentam. Mas essa relação é mais complexa e outros parâmetros precisam ser avaliados nesse contexto para calibrar apropriadamente essa remuneração por desempenho no conjunto de atividades que estão associadas ao PMAQ na atenção básica do SUS.

Ao mesmo tempo, é preciso ter em mente as ressalvas apresentadas nesse debate para uma discussão em maior profundidade, para além das conclusões decorrentes da relação mais direta sobre as modalidades de pagamento por desempenho, associadas com a nota da certificação. Porém, a despeito de tudo isso, é necessário reforçar a importância dos estudos debatidos aqui, não só academicamente, mas também para informar a elaboração de políticas públicas nesse debate para outros públicos para além da academia.

Sobre a questão da complexidade do cálculo das notas, houve muitos ajustes complexos na construção política do processo avaliativo com várias áreas do MS envolvidas. Existiram várias questões de ordem jurídico-administrativas que passaram por negociações com o Fundo Nacional de Saúde, que estiveram relacionadas à comprovação de processos, repasses e resultados regularmente cobrados por vários setores governamentais e organismos de controle institucional. Todas essas questões interferiram no processo e instrumentos de avaliação, além, obviamente, das equipes de acadêmicos envolvidas na operacionalização do processo avaliativo. Nas reuniões de formuladores e gestores do SUS que foram convocadas na construção do PMAQ-AB foram discutidas questões que estão na base da discussão para premiar aqueles que se esforçassem para melhorar a qualidade do cuidado e para estimular que os membros das equipes assumissem os processos de mudança contínuas necessárias.

A complexidade da nota final era um dos problemas para dar retorno às equipes avaliadas, pois é um desafio dar retorno sobre tantas questões aferidas no processo avaliativo em escala nacional. Houve várias tentativas de simplificar esse processo, principalmente pensando na devolutiva para as equipes, mas na época não foi possível conseguir simplificar sem comprometer o Programa.

Foi tentada uma decomposição da comunicação do resultado da avaliação para as equipes, minimamente, para dar o retorno sobre onde houve melhoria e onde seriam necessárias mais mudanças para

melhorar os resultados. Mas, isso teve limitações na época, por várias razões, inclusive tecnológicas.

Vale destacar que a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Observatório de Recursos Humanos do SUS, apresentou ao MS um estudo que mostrou quantos municípios antes do PMAQ-AB tinham esquemas de remuneração por desempenho ou por resultados, analisando quantos realizavam isso no primeiro ciclo e no segundo, observando que houve uma indução desse processo no Brasil. Sem dúvida, o programa avaliou, premiou e induziu mecanismos de pagamento por desempenho no Brasil.

Foi um dispositivo intencional de fortalecimento do protagonismo das equipes pelo mecanismo de condicionar a indicação de cada equipe pelo gestor municipal à adesão explícita da respectiva equipe. Isso deu maior poder de barganha às equipes na negociação com o gestor local em relação ao que seria preciso para implementar as mudanças e, conseqüentemente, melhorar as notas da avaliação.

As equipes podiam, por exemplo, pedir contrapartidas como a aquisição de medicamentos e insumos, a melhoria na infraestrutura e das condições de trabalho, até mesmo uma negociação em torno da remuneração por desempenho. Houve, em todo país, uma mobilização de sindicatos com o propósito de melhorar a remuneração de algumas categorias com os recursos do programa.

Há vários fatos que evidenciam o aumento da capacidade de negociação dos profissionais com o gestor local. O exemplo dos agentes comunitários, como foi citado acima, é um deles, mas houve por exemplo, os dentistas de um município do Paraná que demandaram melhorias nos equipamentos odontológicos e, como não houve acordo com o gestor municipal, as equipes de saúde bucal encaminharam uma lista global de cancelamento da adesão ao programa. Trinta profissionais de saúde bucal saíram do Programa. O fato é que o PMAQ-AB estimulou esta contratualização e negociação local entre equipe e gestor municipal, que não tinha poder de impor

o credenciamento das equipes. Este é outro processo importante de ser estudado qualitativamente.

Para concluir é preciso destacar o contexto institucional que mostra as insuficiências e fragilidades da avaliação atual do Programa Previne Brasil em comparação com o PMAQ-AB. O financiamento da atenção básica tem uma fundamentação complexa que vem sendo construída desde 1996 e que o Previne Brasil simplifica, principalmente ao vincular o critério de remuneração per capita ao componente de qualidade.

Com o Programa Previne Brasil esses critérios ficaram sobrepostos. Isso simplifica a lógica do financiamento fazendo com que, por exemplo, se não houver cadastramento por problemas técnicos, pode acontecer um problema gravíssimo de financiamento da atenção básica por esse alinhamento. Esse é mais um elemento que mostra limitações, simplificações e riscos desse novo programa, porque acabou se concentrando nesse cadastramento e poucos indicadores que não têm uma relação direta com a qualidade do cuidado.

Teoricamente, é necessário associar à análise as últimas mudanças na política de atenção básica, em especial, depois da institucionalização do teto de gastos para o SUS, como tivemos a oportunidade de fazer em outra ocasião (Pinto, 2018b). Nesse contexto, as soluções de política, incluindo a PNAB de 2017 e o Previne Brasil de 2019, estavam condicionadas pelo teto de gastos e inseridas em uma estratégia governamental de desregulamentação da atenção primária que visavam permitir que os municípios pudessem fazer “escolhas de Sofia” com a destinação de seus recursos.

O MS reduzia proporcionalmente seu repasse de recursos, em contrapartida cobrava menos dos municípios, já não exigia o mínimo de ACS por equipe, nem vinculação integral das equipes, existência de equipes multiprofissionais como os NASF e mesmo a cobertura integral de toda a população do território, poderia ser só as priorizadas e cadastradas. Sem a obrigação de manter o que se tinha para

receber o repasse, essa “liberalização” e desregulamentação induziu o município a escolher quais as ações que iriam continuar de acordo com os orçamentos disponíveis.

Dessa forma, é possível selecionar se o gestor local quer ou não algumas atividades na atenção básica para se adaptar ao recurso existente, em função do ajuste fiscal e das escolhas relacionadas ao teto de gastos.

REFERÊNCIAS

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 (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2019.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, jul. 2019.

CAVALCANTI, P. C. S.; NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Uma narrativa sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. *In*: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p.17-48.

COSTA, N. R.; SILVA, P. R. F.; JATOBA, A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe8, p. 08-20, 2023.

DORAN, T. *et al.* Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. **The Lancet**, v. 372, n. 9640, p. 728–736, 2008.

EPSTEIN, A. M. Will Pay for Performance Improve Quality of Care? The Answer Is in the Details. **New England Journal of Medicine**, v. 367, n. 19, p. 1852–1853, 8 nov. 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697–2708, 2016.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; MEDINA, M. G.; LIMA, J. G.; FAUSTO, M. C. R.; SEIDL, H. M. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. *In*: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (ed.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 569–610.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade - PMAQ-AB**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189–1196, 2020.

KOVACS, R. J. *et al.* How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, 2020.

KRISTENSEN, S. R.; SICILIANI, L.; SUTTON, M. Optimal price-setting in pay for performance schemes in health care. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 123, p. 57–77, 2016.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, 2020.

MENDELSON, A. *et al.* The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, p. 341, 2017.

MENDES, A.; MELO, M. A.; CARNUT, L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2022.

MILSTEIN, R.; SCHREYOEGG, J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. **Health Policy**, v. 120, n. 10, p. 1125–1140, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília: Diário Oficial da União, 2015.

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 Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasil: Diário Oficial da União, 2011.

OGUNDEJI, Y. K.; BLAND, J. M.; SHELDON, T. A. The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. **Health Policy**, v. 120, n. 10, p. 1141–1150, 2016.

OLIVEIRA, V. A. *et al.* Relação entre indicadores de pré-natal do programa Previne Brasil e mortalidade fetal, infantil e materna por sífilis em Porto Velho – RO. **Revista Foco**, v. 16, n. 9, p. e2907, 2023.

PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 35, 2018a.

PINTO, H. A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 191–217, 20 dez. 2018b.

PINTO, H. A.; CÔRTEZ, S. V. Um modelo teórico-metodológico para análises de políticas com longas trajetórias e ação de atores em prol da mudança e da estabilidade. **Interface**, Botucatu, v. 27, p. e220186, 2023.

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

ROLAND, M.; OLESEN, F. Can pay for performance improve the quality of primary care?. **BMJ**, v. 354, p. i4058, 2016.

ROLAND, M. Pay-for-Performance: Not a Magic Bullet. **Annals of Internal Medicine**, v. 157, n. 12, p. 912, 18 dez. 2012.

RYAN, A. M.; KRINSKY, S.; KONTOPANTELIS, E.; DORAN, T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. **Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 268-274, 2016.

Fardousi, N. *et al.* Performance bonuses and the quality of primary health care delivered by family health teams in Brazil: A difference-in-differences analysis. **PLoS Med**, v. 19, n. 7, p. e1004033, 2022.

RUSSO, L. X. *et al.* Does pay-for-performance design matter? Evidence from Brazil. **Health policy and planning**, v. 00, n. 00, 25 abr. 2024.

SILVA, H. F. R. *et al.* Conflito distributivo: análise do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em duas capitais nordestinas. **Interface**, v. 27, p. e220280, 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas neste livro demonstram o compromisso contínuo com a melhoria do SUS por essas equipes de pesquisa em várias instituições no Brasil e no Reino Unido, refletindo sobre os desafios e conquistas na implementação de políticas e programas de saúde que visam não apenas a efetividade e qualidade, mas também a justiça social e a equidade. Através destes capítulos, emerge uma visão mais abrangente dos esforços para aprimorar o atendimento à saúde no Brasil, reafirmando a relevância das Reformas de Segunda Geração, como um caminho trilhado na implementação do SUS, ao longo da sua história, concentrados em estudos sobre a Atenção Básica da Saúde.

Um dos legados das reformas de segunda geração no setor público da saúde no Brasil foi a consolidação das políticas de saúde informadas por evidências e a institucionalização dos setores de avaliação na estrutura institucional dos organismos gestores do SUS, com especial destaque para o Ministério da Saúde. Esse movimento marcou uma transição em relação às políticas anteriores, que muitas vezes eram pautadas por diretrizes político-administrativas do que por evidências científicas robustas. A criação de novos setores dedicados à monitoramento, avaliação, planejamento, contratualização e regulação no SUS possibilitou uma abordagem mais assertiva, baseada em dados para a implementação e ajuste de políticas de saúde, na tentativa de garantir que as intervenções realizadas fossem mais alinhadas às necessidades reais da população na pauta da proteção social no campo da saúde. Essa diretriz evidencia a necessidade de um esforço ainda maior e contínuo para aprimorar a tomada de decisão no setor saúde nos processos de governança intergovernamental, promovendo políticas públicas mais inclusivas, responsivas e transparentes.

Ademais, as reformas de segunda geração impulsionaram uma mudança institucional na atenção básica do SUS, afastando-se da perspectiva de focalização que caracterizou quase toda a primeira década da sua implementação oficial. Ao contrário da abordagem restritiva daquele processo de reforma inicial, que limitava o acesso e o escopo da atenção básica seletivamente apenas aos mais vulneráveis, as reformas que sucederam desde a institucionalização da Atenção Básica como estratégia, ampliaram consideravelmente tanto a cobertura quanto o leque de serviços oferecidos na AB, em aproximação com o conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), estabelecida em diversas experiências históricas internacionais implementadas em sistemas universais, integrais e equânimes de saúde, fundamentados no Modelo de Seguridade Social. As demais iniciativas institucionais conjugadas com o PMAQ-AB ao longo das mudanças inseridas no leque de atividades programáticas implementadas por aquela PNAB tais como: o Programa Mais Médicos, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o E-SUS Atenção Básica (E-SUS-AB) e o Programa de Requalificação de UBS (Requalifica UBS), apenas para citar algumas iniciativas naquele contexto da reforma de segunda geração no SUS, refletem essa mudança de diretriz central, marcando um compromisso renovado com esse nível do sistema de saúde brasileiro.

Essas diretrizes de políticas em escala globais reafirmaram a atenção primária como alicerce do sistema universal de saúde, em conformidade com os princípios constitucionais do SUS no Brasil, e assim, destacam um período de expansão e fortalecimento sem precedentes da atenção básica, desde a década de 2000, ainda que limitada estruturalmente pela margem de manobra fiscal no contexto macroeconômico. As mudanças da PNAB, desde 2006 até 2011, induzidas pelas reformas de segunda geração, não apenas se distanciaram ao longo daquele período do modelo de focalização seletiva, mas também representou uma transformação estrutural mais profunda no Sistema Único de Saúde (SUS) com uma mudança de caráter político-institucional para

além dos governos municipais que compõem o caleidoscópio de orientações ideológicas dos diversos gestores públicos, envolvidos nos três níveis de gestão e governança do SUS numa perspectiva regional.

Esta transformação não se limitou a uma mera expansão de serviços ou programas; ela reconfigurou a estrutura e a dinâmica operacional do SUS, realocando e ampliando a composição dos recursos envolvidos. Esse processo longo e contínuo de implementação dessas iniciativas no contexto dessas reformas expandiu significativamente o escopo de responsabilidades institucionais não apenas da atenção básica no Brasil, superando a visão anterior que tentavam delimitá-la apenas aos dois programas básicos iniciais inseridos na agenda nacional, restritos e focalizados, dirigidos exclusivamente aos segmentos mais pobres da população brasileira na forma de um pacote básico inserido numa agenda mínima para a saúde pública.

Dessa forma, a atenção básica deixou de ser percebida e implementada como um “programa de pobres para pobres”, rompendo com a lógica prevalecente no contexto das reformas de primeira geração, que estavam fortemente ancoradas nos princípios da residualização das políticas de proteção social e a busca por eficiência microeconômica a todo custo associadas ao significativo arrocho fiscal e aos cortes de gastos públicos. Ao invés disso, as reformas de segunda geração ampliaram o escopo de atuação do SUS de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade, reconhecendo a atenção básica como uma estratégia vital para a promoção da saúde, independentemente da condição socioeconômica dos cidadãos, viabilizando uma expansão evidente da sua cobertura em todo território nacional. Mas, ainda marcada por muitos desafios estruturais e político-institucionais para atingir 100% de cobertura da população residente nos territórios sanitários, como recomenda toda a base científica da APS, fundamentada em sistemas universais consolidados institucionalmente. Aquele esforço político-institucional representou um importante passo na consolidação futura do SUS como um sistema de saúde verdadeiramente

universal, integral, que caminha no sentido de melhorar sua capacidade de intervenção para responder às necessidades de saúde de todos os cidadãos brasileiros de forma equitativa e abrangente como determina seus princípios constitucionais.

Entretanto, dialeticamente as crises conjugadas que atingiram o País, a partir de 2013, desaguarão em processos históricos de rupturas político-institucionais, mais amplamente impactantes a partir do ano de 2016. Esses processos atingiram todos os programas de saúde pública em andamento no Brasil submetidos sucessivas reformas constitucionais e mudanças de orientação central decorrentes, apesar dos nítidos avanços e desdobramentos daquelas iniciativas implementadas no País. A partir do processo de rupturas, calcadas mais particularmente na Emenda Constitucional 95, praticamente ficaram congelados, inicialmente por vinte ciclos orçamentários, os recursos destinados ao SUS, com severas consequências para todas as políticas no campo da saúde pública. Exemplo disso, de forma ainda mais clara foram o conjunto de mudanças decorrentes da aprovação da Nova PNAB de 2017 e o Programa Previnir Brasil que substituiu o PMAQ-AB com diretrizes reconhecidamente focais e seletivas novamente.

Dessa forma, faz-se necessário uma compreensão mais alargada desse novo fenômeno de crise-reforma que ainda requer mais esforço de pesquisa para a produção de conhecimento sobre essas temáticas na atualidade. Sobretudo, quanto a agenda institucional de direitos protetivos e a própria democracia inclusiva, no sentido de compreender o futuro do SUS, nesse novo contexto mais amplo em que o estado democrático de direito tem sido questionado, tensionado e reafirmado. Daí a necessidade de contínuos estudos sobre a natureza desses fenômenos estruturais que influenciam diretamente as políticas e programas de saúde pública no Brasil. Essa publicação é um convite para empreender esses novos esforços com projetos de cooperação internacional nesse campo da pesquisa nessa perspectiva mais abrangente.

SOBRE OS(AS) AUTORES (AS)

Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Nutricionista. Mestrado e Doutorado em Nutrição em Saúde Pública (UFPE). Professora Titular na área Acadêmica de Saúde Coletiva, Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Política de Saúde, Planejamento e Gestão em Saúde, Economia da Saúde, Avaliação em Saúde, Envelhecimento Populacional. Líder do Grupo de Pesquisa Economia Política de Saúde (GPEPS).

<http://lattes.cnpq.br/0706969557781466>

Allan Nuno Alves de Sousa

Possui graduação e mestrado em Ciência Política, e Doutorado em Saúde Coletiva. Atualmente é tecnologista vinculado ao Departamento de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Tem experiência na área de políticas públicas, com ênfase na formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde.

<http://lattes.cnpq.br/4730532176306966>

Alzira de Oliveira Jorge

Médica, possui mestrado em Demografia e doutorado em Saúde Coletiva. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento e Administração em Saúde e Gestão de Serviços de Saúde, tendo participado da direção das Secretarias Municipais de Saúde de Ipatinga-MG e Belo Horizonte, Secretaria Estadual de Saúde de MG, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Saúde Suplementar.

<http://lattes.cnpq.br/7900681792287383>

André Luís Bonifácio de Carvalho

Fisioterapeuta, doutorado em Ciências da Saúde, Mestrado em Ciência da Informação. Professor Adjunto 2 da Universidade Federal da Paraíba-DPS-CCM. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: gestão do SUS, regionalização, articulação interfederativa, planejamento, monitoramento e avaliação. <http://lattes.cnpq.br/1517396644134266>

Bárbara Angélica Bispo Fernandes do Nascimento Sobral

Enfermeira. Possui Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos e mestrado em Enfermagem pelo Programa Associado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco e da Universidade Estadual da Paraíba (PAPGenf - UPE/UEPB). <http://lattes.cnpq.br/5029692122946740>

Claunara Schilling Mendonça

Médica de Família e Comunidade. Possui doutorado em Epidemiologia pelo PPGEPID/UFRGS. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina no Departamento de Medicina Social da UFRGS. Faz parte do Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (ABRASCO) e é editora chefe da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. <http://lattes.cnpq.br/6572058633654156>

Everton Nunes da Silva

Economista, possui mestrado e doutorado em Economia. É Professor Adjunto da Universidade de Brasília, do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia e dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, em Ciência e Tecnologias em Saúde e em Políticas Públicas. É pesquisador colaborador do Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS). <http://lattes.cnpq.br/3121617627863531>

Francisco de Assis da Silva Santos

Fisioterapeuta, Especialista, Mestre, Doutor e Pós-doutor em Saúde Pública (IAM/ FIOCRUZ). Professor adjunto do Curso de Medicina (UFPE-CAA), do Centro Universitário ASCES/UNITA e da Faculdade de Medicina do Sertão (FMS).

<http://lattes.cnpq.br/4202239207519242>

Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Médico. PhD em Políticas Públicas pela Universidade de Manchester. Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Pernambuco, Brasil

<http://lattes.cnpq.br/0314408900005352>

Hêider Aurélio Pinto

Médico sanitarista e militante da reforma sanitária. Mestre em Saúde Coletiva e Doutor em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pós-doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Pesquisador, educador, professor da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

<http://lattes.cnpq.br/8202474144613938>

Helena Eri Shimizu

Enfermeira, possui mestrado e doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado na Pan American Health Organization (Washington DC), École de Hautes Études Sciences Sociales (Paris), Imperial College (London), Professora visitante Sênior na Aix - Marseille Université em 2024. Professora Titular do Departamento de Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

<http://lattes.cnpq.br/2576204257230209>

João Pedro Sobral Neto

Bacharel em Biomedicina. Possui Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e mestrado em saúde pública do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/FIOCRUZ-PE), onde atualmente cursa Doutorado em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/FIOCRUZ-PE).

<http://lattes.cnpq.br/4703016981050321>

Jorge Otávio Maia Barreto

Bacharelado em Direito pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Direito Processual, em Gestão da Saúde e em Economia e Avaliação de Tecnologias em Saúde. É mestre e doutor em Políticas Públicas. Atualmente é Pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

<http://lattes.cnpq.br/6645888812991827>

José Eudes Barroso Vieira

Médico, possui especialização em Curso de Especialização Apoio em Saúde. Atualmente é Coordenador-Geral de Saúde da Família e Comunidade do Ministério da Saúde.

Juliana Sampaio

Formada em Psicologia, com mestrado em Serviço Social, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora Titular do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (DPS/UFPB), e Líder do Grupo de Pesquisa Política, Educação e Cuidado em Saúde (GPECS).

<http://lattes.cnpq.br/8390769849429514>

Keila Silene de Brito e Silva

Graduada em Fonoaudiologia, possui Mestrado em Saúde Coletiva (UFPE) e doutorado em Saúde Pública (USP, 2013). É Professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no Bacharelado de Saúde

Coletiva (Centro Acadêmico de Vitória - CAV/UFPE) e no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFPE).

<http://lattes.cnpq.br/4865205841644636>

Letícia Xander Russo

Possui doutorado em Teoria Econômica pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Durante o doutorado realizou estágio sanduíche na University of Melbourne - Austrália (2015-2016). Tem experiência em economia aplicada, atuando principalmente em temas relacionados à economia da saúde e capital humano.

<http://lattes.cnpq.br/8300883324085662>

Lígia Giovanella

Graduada em Medicina, mestre e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Atualmente é pesquisadora sênior da Ensp/Fiocruz e membro do Fórum de Coordenadores de Projetos Integrados do Centro de Estudos Estratégicos (CEE) da Fiocruz na linha Atenção Primária na Rede SUS.

<http://lattes.cnpq.br/4385037327951834>

Luci Fabiane Scheffer Moraes

Graduação em Educação Física e em Fisioterapia.

Possui Mestrado em Engenharia de Produção na área de Ergonomia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Doutorado em Ciências da Saúde na UnB. Pós-doutoranda em Saúde Coletiva na área de Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Atua no Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde, da Secretaria da Informação e Saúde Digital, do Ministério da Saúde (Demas/Seidigi/MS).

<http://lattes.cnpq.br/1294243990472127>

Luciano Bezerra Gomes

Médico sanitарista e poeta, com Mestrado e Doutorado em Clínica Médica (UFRJ). É Professor Associado I do Departamento de Promoção da Saúde, do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba (DPS/CCM/UFPB) e atua no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da UFPB.

<http://lattes.cnpq.br/2402822862588148>

Luiz Augusto Facchini

Médico, tem mestrado em Medicina Social e doutorado em Medicina. É professor titular do Departamento de Medicina Social.

Tem atuação em iniciativas com o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a Associação Brasileira Saúde Coletiva (ABRASCO), a Rede de Pesquisa da APS e a Fundação Oswaldo Cruz.

<http://lattes.cnpq.br/5795415938371676>

Marcelo Souza de Jesus

Graduação em administração, especialização em gestão de pessoas e inteligência de futuro, e mestrado em ciências da informação. Pesquisador do Colaboratório de Ciência Tecnologia Sociedade da Fiocruz-Brasília, membro do grupo de pesquisa Políticas Públicas em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz e do grupo de pesquisa Jornalismo e Memória na Comunicação da Universidade de Brasília, além de atuar como professor voluntário na UNB

Mariana Olívia Santana dos Santos

Graduação em saúde coletiva e comunicação social, é, Especialista, Mestre, Doutora e Pós-doutora em Saúde Pública (IAM/FIOCRUZ PE), onde atua como docente permanente dos programas de pós-graduação em saúde pública e na coordenação de projetos de pesquisa na linha Saúde, ambiente e trabalho. Está como professora visitante no

Programa de pós-graduação em saúde coletiva e no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
<http://lattes.cnpq.br/7797461732473520>

Michelle Vieira Fernandez de Oliveira

Possui graduação em Ciência Política, mestrado em Ciência Política e Doutorado em Processos Políticos Contemporâneos. É professora adjunta do Instituto de Ciência Política da UnB e professora do Programa de Pós-graduação em Ciência Política da UnB, e professora colaboradora na Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). Pesquisadora colaboradora no IAM/Fiocruz Pernambuco e no Núcleo de Estudos de Burocracia (NEB/FGV São Paulo).
<http://lattes.cnpq.br/2265169231859319>

Nádia Maria da Silva Machado

Graduada em Gestão de Saúde Coletiva, em Marketing e Curso Superior em Publicidade e Marketing.
Possui mestrado em Ciências Sociais e Gestão e Mestranda em Saúde Coletiva pela UNB.
<http://lattes.cnpq.br/2585856302967196>

Pauline Cristine da Silva Cavalcanti

Enfermeira com residência em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães. Tem mestrado em Saúde Coletiva (UNB) e Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ PE.
<http://lattes.cnpq.br/2053547813931023>

Roxanne Dunaiski-Kovacs

Tem PHD em economia da saúde pela London School of Hygiene & Tropical Medicine London. Pesquisadora de pós-doutorado no

Departamento de Economia, University of Gothenburg (Suécia).
Trabalha com tópicos de economia da saúde e do desenvolvimento.
<https://www.gu.se/en/about/find-staff/roxannekovacs>

Timothy Powell-Jackson

Professor de Economia da Saúde no Departamento de Saúde e Desenvolvimento Global e Co-diretor do Centro Global de Economia da Saúde.

<https://www.lshtm.ac.uk/aboutus/people/powell-jackson.timothy>

Este livro apresenta novos estudos sobre a atenção básica e um dos seus mais emblemáticos programas governamentais: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

No cenário de longo prazo da saúde pública brasileira, as reformas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a implementação do PMAQ-AB, representam esforços significativos para promover a qualidade e ampliação do acesso à atenção básica, como lacuna estrutural a ser preenchida, seguindo diretrizes internacionais que destacam a importância desse nível dos sistemas de universais de saúde para sua sustentabilidade.

*Essa presente publicação agrega uma amostra dos resultados de uma série de pesquisas sobre o PMAQ-AB, contextualizada pelas mudanças na PNAB que marcaram a implementação do SUS no âmbito da atenção básica. A partir da mobilização de vários parceiros institucionais do **Grupo de Pesquisa em Governança de Sistemas e Serviços de Saúde-GSS** da Fiocruz-PE, essa equipe se junta a outros grupos de pesquisa no Brasil, sob responsabilidade da London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), como a Universidade de Brasília (UNB) e a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o objetivo de analisar essa iniciativa de política pública sob diferentes ângulos e dimensões, voltado para compreender essas mudanças institucionais e seus desdobramentos.*



ISBN 978-65-87171-59-3



9 786587 171593