



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Nádia Maria da Silva Machado

**Pagamento por desempenho na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise das formas  
de aplicação dos recursos financeiros do PMAQ-AB**

Brasília/DF  
2023

Nádia Maria da Silva Machado

**Pagamento por desempenho na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise das formas  
de aplicação dos recursos financeiros do PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Helena Eri Shimizu  
Coorientadora: Dr<sup>a</sup> Letícia Xander Russo

Brasília  
2023

Nádia Maria da Silva Machado

**Pagamento por desempenho na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise das formas  
de aplicação dos recursos financeiros do PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde

Brasília, 17 julho de 2023

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Helena Eri Shimizu  
(Universidade de Brasília)  
Presidente

---

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior  
(FIOCURZ/CE)

---

Prof. Dr. Everton Nunes Silva  
(Universidade de Brasília)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço às minhas filhas, que têm sido uma fonte inesgotável de amor, apoio e incentivo ao longo desta jornada acadêmica. Obrigada pela compreensão nos momentos de ausência e pelas palavras de encorajamento que me fortaleceram nos momentos de dúvida. Sou imensamente grata por ter vocês ao meu lado.

Agradeço aos meus orientadores, pela orientação e pelo conhecimento ao longo deste trabalho. Suas contribuições foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico e para a conclusão deste projeto.

Estendo meus agradecimentos aos meus colegas de trabalho e de equipe, que me apoiaram e contribuíram com trocas de ideias e apoio mútuo que foram importantes para o progresso deste trabalho. Agradeço a atmosfera de respeito, cooperação e entusiasmo que nos motivou a enfrentar desafios e a alcançar resultados alcançados.

Agradecimento ao CNPq e à FAPDF pelo financiamento do projeto. Os recursos financeiros utilizados na pesquisa foram aportados por meio da Chamada Pública internacional Confap-MRC: *Health Systems Research Networks*, envolvendo entidades de fomento à pesquisa do Brasil e do Reino Unido. A pesquisa custeou com recursos do Projeto Complementar (CNPq) bolsa de apoio à pesquisadora.

Gratidão a mim mesma pela conclusão deste curso, inspirada pela frase do filósofo alemão Friedrich Nietzsche: “Torna-te quem tu és”, impulsionei-me na incessante jornada em busca do meu verdadeiro ser, através do caminho do autoconhecimento, explorei forças e fraquezas mais íntimas, permitindo-me assim uma maior apropriação de quem sou.

## RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011, foi um modelo *pay-for-performance* (P4P) brasileiro que visou a melhoria da qualidade da Atenção Básica no SUS. Após a sua implementação, o programa foi avaliado segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, porém não foram investigados aspectos importantes para a caracterização dessas modalidades. Este estudo teve como objetivos: analisar como se deu a aplicação do recurso do PMAQ-AB em nível local, como estratégia de pagamento por desempenho, assim como verificar outras finalidades para a aplicação desses recursos. Trata-se de um estudo descritivo-analítico, de abordagem longitudinal, que analisou as modalidades de implementação do PMAQ-AB nos municípios, ao longo dos três ciclos, por meio de inquérito on-line realizado entre outubro e dezembro de 2019, ao que tange às formas de aplicação dos incentivos financeiros. A primeira etapa analisou os dados nacionais de forma comparativa entre os ciclos, e realizou a associação entre atributos de incentivo e indicadores socioeconômicos, demográficos e partidários por meio de modelo regressão logística multinomial. Já a segunda etapa adotou um recorte regional, considerando a maior participação dos estados do Nordeste no presente estudo, possibilitando comparar as categorias entre os estados. Obteve-se a participação de gestores de 798 municípios de 22 estados. Os resultados demonstraram que 55,4% dos gestores municipais utilizaram o recurso para pagamento por desempenho para as equipes de atenção básica. Mais de 54% dos gestores usaram de 41 a 60% do total dos recursos para pagar por desempenho as equipes e optaram pela periodicidade mensal. A certificação das equipes de saúde foi o critério mais usado pelos gestores para repassar o recurso, acima de 70%. Houve aumento de equipes completas no decorrer dos ciclos, e de profissionais além da equipe mínima de Saúde da Família receberam o incentivo. Os gestores também aplicaram os recursos para outras finalidades, como na aquisição de equipamentos para as UBS e na realização de atividades de capacitação. Municípios com maior dimensão populacional e com baixo IDH foram associados com um maior percentual do recurso destinado para o pagamento por desempenho e maior motivação das equipes. Da segunda etapa do estudo, o recorte pela região Nordeste teve amostra de 79% dos municípios que pagaram por desempenho os profissionais da AB. Principalmente no terceiro ciclo, 95% dos municípios do estado da Paraíba fizeram o pagamento às equipes. O total de 60% dos gestores optaram por investir o percentual de recurso entre 41 a 60%, com ênfase as categorias de enfermagem 93%, odontologia 90%, e agentes comunitários de saúde 85%, a nota da certificação foi usada como critério para o pagamento 79%, de forma mensal

52%, em média nos três ciclos, além de priorizar a infraestrutura e qualificação dos profissionais com investimentos na compra de equipamentos e educação permanente. Os resultados mostraram que o recurso do PMAQ foi aplicado com ênfase no pagamento para as equipes, por meio de critérios definidos no MS, com característica de pagamento regular, enfatizando os profissionais não médicos, também observando a infraestrutura e qualificação profissional. Observou-se que esse modelo de pagamento por desempenho visou reconhecer e qualificar os serviços e os profissionais. As decisões tomadas ao longo dos ciclos do programa resultaram em maior adesão, mas também demonstrou a necessidade de um planejamento que atenda fatores institucionais e contextuais para a maior eficiência e qualidade na implementação do modelo. Portanto, são necessários mais estudos nessa área para avançar o conhecimento. É possível observar que a transferência de recursos do PMAQ para incentivar o acesso e a qualidade dos serviços de AB, por meio da remuneração por desempenho, formação dos profissionais e melhoria das estruturas de trabalho, foi estratégia importante para o fortalecimento da Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária de Saúde; pagamento por desempenho; recursos financeiros em saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ).

## ABSTRACT

The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), established in 2011, was a Brazilian pay-for-performance (P4P) model aimed at enhancing the quality of Primary Care within the SUS (Unified Health System). After its implementation, the program was evaluated based on criteria set by the Ministry of Health, but important aspects characterizing these modalities were not investigated. This study had the following objectives: to analyze how the application of PMAQ-AB funds occurred at the local level as a performance-based payment strategy and to explore other purposes for the use of these resources. It was a descriptive-analytical study with a longitudinal approach that analyzed the modes of PMAQ-AB implementation in municipalities over three cycles through an online survey conducted between October and December 2019, focusing on the methods of financial incentive allocation. The first stage compared national data across cycles and established associations between incentive attributes and socio-economic, demographic, and political indicators using a multinomial logistic regression model. The second stage took a regional perspective, considering the greater participation of Northeastern states, enabling category comparisons among the states. Managers from 798 municipalities in 22 states participated. The results showed that 55.4% of municipal managers used the resources for performance-based payments to primary care teams. Over 54% of managers allocated 41% to 60% of the total resources for team performance payments and preferred monthly disbursements. Certification of health teams was the most commonly used criterion by managers for resource allocation, at over 70%. There was an increase in complete teams over the cycles, and professionals beyond the minimum Family Health team received incentives. Managers also directed resources towards other purposes, such as acquiring equipment for Basic Health Units (UBS) and conducting training activities. Municipalities with larger populations and lower Human Development Index (HDI) were associated with a higher percentage of resources allocated for performance-based payments and greater team motivation. In the second stage of the study, the regional focus on the Northeast had a sample of 79% of municipalities that compensated primary care professionals based on performance. Particularly in the third cycle, 95% of municipalities in the state of Paraíba made payments to teams. A total of 60% of managers chose to invest the resource percentage between 41% and 60%, with an emphasis on nursing (93%), dentistry (90%), and community health agents (85%). Certification scores were used as a payment criterion by 79%, on a monthly basis by 52%, on average across the three cycles. There was also a focus on prioritizing infrastructure and professional qualification, with investments in

equipment acquisition and ongoing education. The results indicated that PMAQ resources were primarily directed towards team payments, following criteria defined by the Ministry of Health, characterized by regular payment patterns, emphasizing non-medical professionals, and also addressing infrastructure and professional qualification. It was observed that this performance-based payment model aimed to recognize and enhance services and professionals. The decisions made throughout the program cycles resulted in increased participation, but also underscored the need for planning that addresses institutional and contextual factors to achieve greater efficiency and quality in implementation. Therefore, further studies in this area are necessary to advance our knowledge. It is evident that the transfer of PMAQ resources to promote access and service quality in Primary Care, through performance-based remuneration, professional training, and improvement of working structures, was an important strategy for strengthening Primary Care.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; pay for performance; financial resources in health; National Program for Improving Access and Quality (PMAQ).

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de municípios do PMAQ-AB que usaram o recurso para pagamento por desempenho das equipes, segundo faixa do percentual aplicado por ciclo de implementação, 2019. ....	39
Gráfico 2 - Percentual de municípios do PMAQ-AB que usaram o recurso para pagamento por desempenho aos profissionais, segundo completude da Equipe de Saúde da Família, por ciclo de implementação, 2019 .....	39
Gráfico 3 - Percentual de municípios do PMAQ-AB que fizeram pagamento por desempenho às equipes, segundo periodicidade por ciclo de implementação, 2019 .....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Percentual de municípios do PMAQ-AB que usaram o recurso para pagamento por desempenho aos profissionais, segundo critérios de definição e outras finalidades de aplicação por ciclo de implementação, 2019 .....	40
Tabela 2 - Resultados da estimativa para os atributos de incentivo do PMAQ usando modelo de regressão logística multinomial, terceiro ciclo† .....	42
Tabela 3 - Adesão municipal da região Nordeste ao PMAQ-AB e total de municípios que pagaram por desempenho aos profissionais de saúde, por UF (N=9) .....	47
Tabela 4 - 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) .....	48
Tabela 5 - 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 .....	49
Tabela 6 - 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.....	51
Tabela 7 - 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.....	53
Tabela 8 - 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 .....	54
Tabela 9 - Municípios da região Nordeste do PMAQ-AB que utilizaram outras finalidades para aplicação do recurso nos três ciclos de implementação .....	57

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AMAQ</b>	Autoavaliação para a melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CCM</b>	Centro de Ciências da Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIR</b>	Comissão Intergestora Regional
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
<b>COSEMS</b>	Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
<b>DAB</b>	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
<b>DM2</b>	Diabetes Mellitus Tipo 2
<b>EAB</b>	Equipes De Atenção Básica
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>IAM</b>	Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICSAB</b>	Internações por condições sensíveis à Atenção Primária
<b>CNPq</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>LMICs</b>	Países de Renda Baixa e Média Baixa
<b>NASF</b>	Núcleo de apoio à Saúde da Família
<b>P4P</b>	Pay-For-Performance
<b>PBF</b>	Financiamento Baseado em Desempenho
<b>PE</b>	Pernambuco
<b>PMAQ-AB</b>	Programa Nacional de Melhoria do acesso e Qualidade da Atenção Básica
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PPP</b>	<i>Pargament Por Performance</i>
<b>QOF</b>	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFPB</b>	Universidade Federal da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>16</b>
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
3.1 Esquema de Pagamento por Desempenho na Saúde e na APS.....	17
3.2 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	19
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>21</b>
4.1 Instrumento de Coleta.....	21
4.1.1 Coleta de dados.....	22
4.2 Monitoramento da Pesquisa.....	22
4.3 Análise dos Dados .....	23
4.4 Aspectos Éticos.....	24
<b>5 RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>6 Artigo científico: Estratégia de pagamento por desempenho na Atenção Básica: formas de aplicação do recurso do PMAQ-AB.....</b>	<b>25</b>
6.1 Introdução .....	26
6.2 Métodos .....	27
6.2.1 Fase descritiva: variáveis.....	28
6.2.2 Fase analítica: variáveis e fonte de dados.....	28
6.3 Resultados.....	29
6.3.1 Caracterização da adesão e pagamento por desempenho no Brasil.....	29
6.4 Discussão .....	31
6.5 Conclusões .....	35
<b>Referências .....</b>	<b>35</b>
<b>7 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO ÀS EQUIPES DE SAÚDE NO NORDESTE.....</b>	<b>43</b>
7.1 Introdução .....	44
7.2 Método.....	46

7.3	Resultados .....	47
7.3.1	Pagamento por desempenho aos profissionais com recurso do PMAQ-AB por ciclo do programa .....	48
7.3.2	Pagamento por desempenho segundo faixa de aplicação do PMAQ-AB e por ciclo de programa .....	49
7.3.3	Pagamento por desempenho segundo categoria profissional do PMAQ-AB por ciclo do programa .....	50
7.3.4	Critérios de definição para repasse do PMAQ-AB por ciclo do programa .....	52
7.3.5	Periodicidade do repasse de recurso para pagamento por desempenho por ciclo de implementação .....	54
7.3.6	Outras finalidades para as quais os recursos do PMAQ-AB foram utilizados... ..	55
7.3.7	Melhoria de infraestrutura .....	56
7.3.8	Qualificação da gestão .....	56
7.3.9	Incentivo a prática de trabalho.....	56
7.3.10	Incentivo essencial.....	57
7.4	Discussão .....	58
7.4.1	Características do pagamento por desempenho aos profissionais da AB.....	58
7.4.2	Faixa de aplicação por ciclos.....	59
7.4.3	Categoria profissional por ciclos .....	59
7.4.4	Critérios de definição do repasse de recurso por ciclos.....	60
7.4.5	Periodicidade do repasse de recurso por ciclos .....	60
7.4.6	Outras finalidades para utilização do recurso.....	61
7.5	Considerações Finais .....	63
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA .....</b>	<b>75</b>

## APRESENTAÇÃO

A pesquisa vincula-se à minha trajetória profissional no Ministério da Saúde iniciada em 2003, trabalhando em áreas de gestão e governança, gestão participativa e gestão e vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis, esse nos últimos 5 anos. A busca por qualificação para trabalhar com o SUS motivou a expansão da minha vida acadêmica com a segunda graduação em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília, em 2015, e também formações *latu sensu* na área de Monitoramento e Avaliação de Saúde, Gestão de Políticas Públicas.

Meu interesse pelo campo da pesquisa me levou a participar, neste projeto, com a coleta e monitoramento dos dados em 2019. Com a admissão no curso de mestrado profissional, em 2021, considerando a disponibilidade dos dados, pude utilizá-los na minha pesquisa.

A expectativa deste estudo era demonstrar como os gestores municipais de saúde utilizaram o recurso do PMAQ-AB, bem como verificar o compromisso com o uso adequado dos recursos públicos e a qualidade dos serviços oferecidos à população.

Diante disso, o estudo a seguir apresenta os resultados da produção de evidências que podem ser utilizados para apoiar gestores públicos na gestão e implementação de políticas públicas voltadas aos modelos de pagamento por desempenho.

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi uma estratégia de governo criada em 2011 para fortalecer a Atenção Primária em saúde em um período em que o Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrava importantes conquistas, mas tinha, principalmente, desafios para avançar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Foi uma iniciativa de avaliação para a melhoria e a qualificação da atenção básica (AB) e inovou ao vincular o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica (EAB), o que representou grande mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica. Instituído como um componente da PNAB tinha o propósito de mobilizar os atores locais com vista à melhoria das condições e as práticas de atenção, gestão e participação orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente (Brasil, 2011a, 2015).

O Programa certificou EAB de todo o país, e esse resultado foi monitorado por meio de indicadores de desempenho relacionados às principais áreas estratégicas da AB e marcas estratégicas do Governo da presidenta Dilma Rousseff, sendo, portanto, uma lógica de governo alinhada aos objetivos de ampliação da qualidade da assistência pelas equipes de saúde (Brasil, 2013).

O PMAQ-AB tornou-se a principal estratégia aplicada de repasse de recursos financeiros por desempenho do país, com distintos formatos e modalidades utilizados pelas autoridades municipais de saúde (Brasil, 2015). Esse 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, em contrapartida do alcance de metas anteriormente pactuadas. Esse modelo buscava o incentivo a melhores condutas individuais e coletivas em prol de produzir resultados ou padrões de acesso e qualidade na saúde (Barreto, 2015).

O modelo P4P utilizado no PMAQ-AB teve flexibilização quanto a aplicabilidade do recurso, pois os municípios decidiam a forma de aplicação dos incentivos financeiros, podendo investi-los de acordo com as necessidades locais (Rodrigues *et al.*, 2021).

A forma de aplicação dos recursos do PMAQ-AB 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, 2011b; 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 (Rodrigues *et al.*, 2021).

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar as formas de aplicação dos recursos financeiros do PMAQ-AB nos três ciclos de implementação nos municípios brasileiros, e analisar a associação entre os atributos de incentivo do PMAQ e quesitos socioeconômicos, demográficos e partidários do último ciclo do programa.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever as formas de pagamentos por desempenho para as equipes de Atenção Básica de saúde, assim como as outras finalidades de aplicação do recurso do PMAQ-AB nos três ciclos;
- analisar a associação entre os atributos de incentivo do PMAQ e quesitos socioeconômicos, demográficos e partidários no último ciclo do programa;
- analisar as formas de pagamentos por desempenho às equipes de atenção básica de saúde, na região Nordeste, assim com as outras finalidades de aplicação do recurso do PMAQ-AB.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Esquema de Pagamento por Desempenho na Saúde e na APS

A literatura sobre modelos de gestão orientados a resultados vinculados à recompensa, como o esquema de pagamento por desempenho (P4P) destaca seu aumento de utilização em sistemas de saúde ao redor do mundo com o objetivo de melhorar os padrões de qualidade dos cuidados em saúde (Medeiros *et al.*, 2020). Esses esquemas têm como propósito incentivar a melhoria das práticas dos profissionais e a otimização de recursos de maneira consciente. A implementação desses esquemas envolve diferentes formas de investimento para qualificação do serviço de saúde, abrangendo infraestrutura, equipamentos, suprimentos, organização dos participantes, investimentos em comunicação, suporte aos profissionais e estratégias de gestão (Brasil, 2016; Scott *et al.*, 2011; Shea *et al.*, 2017; Oxman; Fretheim, 2009; Van Herck *et al.*, 2010).

Estudos sobre modelos de gestão orientados para resultados na Atenção Primária à Saúde (APS) utilizando o P4P apontam efeitos positivos na melhoria da atenção clínica, do acesso aos serviços, dos processos de acompanhamento, da rentabilidade na utilização e na qualidade geral dos serviços de saúde. Essas estratégias, que envolvem o financiamento público do sistema de saúde, são reconhecidas como certificações de incentivos financeiros eficazes para fortalecer a APS. No entanto, é importante monitorar e avaliar continuamente cada contexto de intervenção, considerando seus atores e o impacto financeiro vinculados ao modelo de objetivos aplicados em cada local (Carvalho; Andrade, 2021a).

Revisões sistemáticas têm contribuído para o entendimento das diferentes formas que os esquemas P4P têm sido projetados em diversos países, incluindo os tipos de indicadores incentivados, o foco em medidas de processos ou desempenho e a base para o pagamento (Eijkenaar *et al.*, 2013). No entanto, os estudos encontraram uma ampla variedade de efeitos, o que não permite estabelecer um consenso sobre os resultados e os efeitos da aplicação do P4P, especialmente em relação a melhorias de longo prazo em indicadores de saúde (Oxman; Fretheim, 2009). São necessárias mais pesquisas para avaliar o impacto de longo prazo do P4P em indicadores de saúde e entender melhor sua eficácia em intervenções complexas e de longo prazo.

A distribuição dos recursos nos esquemas P4P também é um aspecto relevante a ser considerado. Estudos apontam para a importância de avaliar a distribuição dos recursos, principalmente, em unidades de saúde e territórios com diferentes realidades (Binyaruka *et al.*, 2018). Experiências no Haiti e em Sevilla, Espanha, evidenciaram a eficácia do incentivo

financeiro como uma ferramenta para fortalecer a APS, quando combinados com treinamento, assistência técnica e foco em indicadores específicos (Zeng *et al.*, 2013). No entanto, a equidade na distribuição da qualidade dos cuidados prestados pode estar em desacordo com os objetivos do modelo, conforme identificado em estudos realizados na Inglaterra (Mason; Lau; Sutton, 2016). Revisões sistemáticas mostram uma heterogeneidade substancial nos resultados do P4P, na eficácia da força clínica, do acesso, da equidade, da coordenação, da continuidade, da centralização no paciente e do custo-efetividade. Portanto, a avaliação desse tipo de modelo deve considerar padrões mínimos de design dos esquemas e as características do contexto em que são implementadas (Pieter *et al.*, 2010).

De acordo com Alshamsan *et al.* (2010), estudos experimentais e observacionais apreciaram que um incentivo financeiro, como o modelo P4P, teve impacto nas desigualdades em saúde, especialmente na gestão de doenças crônicas. Os resultados indicaram que, mesmo após o experimento, houve uma estratégia contínua para reduzir as disparidades e melhorar a qualidade do atendimento.

É observada uma variação significativa no design da estrutura de incentivos do P4P, encontrada em todas as definições, assim como uma variação substancial nos efeitos dos esquemas sobre os resultados alcançados (Kovacs *et al.*, 2020). Sua aplicação em países de baixa e média renda apresenta variações nos níveis de prioridade com medidas de desempenho relativizadas, incluindo aspectos como quem recebe os pagamentos de incentivo, a base de pagamento e os atributos de valor e frequência. A eficácia dos esquemas P4P aplicados no sistema de saúde desses países pode variar de acordo com o design adotado. Os bônus aos profissionais são considerados um componente essencial do P4P, mas estão intrinsecamente ligados à autonomia do provedor para obter o máximo efeito, uma combinação de desempenho com poder de decisão financeira, necessários para o alcance das mudanças (Singh *et al.*, 2021).

Na experiência do PMAQ, as evidências sobre sua eficácia são heterogêneas, o que pode estar relacionado às diferenças na forma como foram projetadas. Estudos indicam que equipes de saúde da família de municípios que pagam bônus por desempenho apresentaram maiores melhorias na qualidade do atendimento em comparação com equipes de municípios que utilizaram os recursos para outras finalidades (Fardousi, 2022; Gurgel *et al.*, 2022).

Em resumo, os esquemas de pagamento por desempenho (P4P) têm sido amplamente aplicados na área da saúde em diferentes países, porém, há variação no design desses esquemas e resultados mistos. A interpretação das evidências e dos resultados é complexa devido à heterogeneidade dos estudos e ao contexto em que são realizados. Mais pesquisas são

necessárias para compreender melhor os efeitos de longo prazo do P4P, sua influência na equidade e sua aplicação em diferentes contextos (Ogundeji *et al.*, 2018).

### **3.2 O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**

A busca de um modelo que pudesse propor melhor qualidade aos serviços de saúde prestados à população se estabeleceu com o advento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011 no sistema de saúde brasileiro, que tinha por objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, assim como a qualificação das ações assistenciais e gerenciais incorporadas, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB (Chimara *et al.*, 2013).

Ainda segundo Chimara *et al.* (2013), o PMAQ-AB buscou a conformação de um padrão comparável em âmbito nacional, regional e local, em prol de maior transparência e efetividade das ações de gestão da AB. O caráter inovador do programa trouxe reorganização no processo de financiamento incorporando o componente de qualidade na AB, adotando avaliações para repasse de recursos por meio de indicadores e metas estabelecidas.

Houve o repasse de recursos financeiros às EAB sob a forma do modelo de pagamento por desempenho (*Pay-For-Performance*, P4P) que é organizado como um sistema de recompensa e atrela a transferência de recursos ao mérito de cada servidor ou equipe, aferido por meio das avaliações (Amstrong, 2014; Brasil, 2015).

Havia a transferência de recurso federal do PMAQ para os municípios, esses tinham a autonomia sobre sua forma de aplicação na saúde, porém não havendo a obrigatoriedade legal de fazer repasses às equipes por recompensa. Além disso, houve a implementação de um estímulo financeiro a esses municípios, por meio do componente de qualidade do piso da atenção básica (PAB). Era repassado ao município uma parcela de 20% do recurso total destinado após sua adesão e contratualização, com ajustes periódicos conforme os resultados do processo de certificação das equipes (Carvalho *et al.*, 2021).

O PMAQ-AB apresentou inicialmente uma estrutura composta por quatro fases distintas: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

No processo de certificação, foram implementados três tipos de avaliação para mensurar o desempenho das equipes. O primeiro momento avaliativo envolve a autoavaliação, que abarca um grau considerável de reflexão e subjetividade. Em seguida, há os indicadores pactuados e contratualizados, que possuem uma natureza quantitativa e se fundamentam em sistemas de

informação em saúde. Além disso, integra-se a avaliação externa do desempenho das equipes, através de padrões, tanto qualitativos quanto quantitativos, por meio da observação direta do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), complementada por entrevistas realizadas com os profissionais e os usuários dos serviços (Pinto; Sousa; Ferla, 2014).

As equipes participantes no PMAQ foram certificadas conforme o seu desempenho, que considerou a distribuição dos percentuais para a certificação das eSFs, eAB Parametrizadas e eSB. O percentual da nota final, conforme as dimensões, considerou: a autoavaliação (10%), avaliação dos indicadores (20%), e a avaliação externa (70%). Vale ressaltar que no 3º ciclo ocorreram algumas mudanças em relação aos ciclos anteriores, sendo atribuído um percentual maior aos indicadores em relação aos ciclos anteriores. Foram alterados para 30% os indicadores e 60% para a avaliação externa.

A adesão ao PMAQ foi crescente no decorrer dos três ciclos. No primeiro, a adesão das equipes foi de 51% de todas as equipes brasileiras (17.483 equipes) e 70% dos municípios (3.965 municípios). Após o terceiro ciclo, 97% de todas as equipes aderiram ao programa, com a inserção de 5.324 municípios brasileiros. Buscava-se, assim, o incentivo a melhores condutas individuais e coletivas em prol de produzir resultados ou padrões de acesso e qualidade na saúde, podendo contribuir no alcance dos objetivos do SUS (Brasil, 2019).

O PMAQ foi substituído em 2020, por um novo modelo de financiamento da APS, o programa “Brasil Previne”. Esse altera os critérios até então utilizados no Piso de Atenção Básica fixo e variável para o formato de financiamento de custeio da APS, passando a considerar para o cálculo de transferências intergovernamentais, o número de habitantes e de equipes da ESF existentes no município. As principais diferenças em relação ao PMAQ foram a captação ponderada e a avaliação de desempenho para pagamento de serviços, pois esses foram utilizados como critérios para o cálculo de transferência intergovernamental (Massuda, 2020).

## 4 MÉTODO

Este estudo faz parte do projeto intitulado “Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: Análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil”, financiamento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Foi adotado um estudo descritivo-analítico, longitudinal, de abordagem quantitativo, com a finalidade de descrever as características do modelo de pagamento por desempenho do PMAQ de forma comparada entre os três ciclos do programa, observando as mudanças e alterações que ocorreram durante a implementação. Os eixos investigados foram: a) o pagamento das equipes da atenção básica como forma de incentivo financeiro; b) as diferentes modalidades de implementação do programa em termos de periodicidade, porcentagem do valor repassado, profissional incentivado e critérios adotados; e formas de infraestrutura, insumos e gestão. Também foi adotado o componente para fatores associados quais sejam: elementos socioeconômicos, demográficos e político-partidários municipais; e os três atributos do PMAQ investigados: motivação profissional, composição da equipe e frequência do pagamento.

### 4.1 Instrumento de Coleta

O questionário de pesquisa foi construído pela equipe de pesquisadores do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães – IAM/FIOCRUZ – PE, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília/DF, da Universidade de Brasília e da Universidade Federal de Pernambuco para responder ao componente da Pesquisa “Impactos do PMAQ-AB na Atenção Básica: Análise da Aplicação do Incentivo Financeiro por Desempenho às Equipes de Saúde no Brasil”.

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

Na análise sobre critérios usados para pagamento por desempenho, a variável “Certificação” representa o resultado da certificação do PMAQ-AB realizada pelo Ministério da Saúde; “Meta” refere-se a metas estipuladas pelo próprio município para a equipe receber o

incentivo; “Especificidades” corresponde a especificidades das unidades básicas de saúde (área de vulnerabilidade, condições críticas de infraestrutura etc.); “Sem distinção” refere-se a não ter havido distinção entre as equipes (todas receberam o mesmo valor).

#### **4.1.1 Coleta de dados**

##### **Primários**

A coleta de dados teve duração de três meses e foi realizada por meio de inquérito online (*Survey monkey*), entre os meses de outubro a dezembro de 2019. Os participantes foram secretários de saúde, prioritariamente, ou representante da gestão municipal nas questões relacionadas à política de Atenção Básica de todos os municípios brasileiros.

Para o método analítico, foram utilizados indicadores da terceira rodada de avaliação do PMAQ considerando três dimensões de análise (tamanho do incentivo, profissionais incentivados e frequência do pagamento) e marcadores socioeconômicos, demográficos e partidários.

##### **Secundários**

Foram utilizados indicadores a variáveis socioeconômicas, demográficas e partidárias para correlacionar aos dados do PMAQ que incluíram: i) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios (Atlas [...], 2022); ii) transferências federais de saúde para a atenção básica (Brasil, 2022); iii) porte populacional do município, categorizado em três grupos:  $\leq 50.000$  habitantes,  $> 50.000$  e  $\leq 100.000$  habitantes,  $> 100.000$  habitantes (Brasil, 2022c); iv) população urbana, como população total do município que vive em áreas urbanas (IBGE, 2022); v) afiliação partidária (TSE, 2022); vi) ciclos PMAQ, que medem a participação do município nas rodadas anteriores do PMAQ

#### **4.2 Monitoramento da Pesquisa**

O monitoramento da coleta de dados foi realizado a cada 15 dias com envio de informativo sobre o preenchimento do questionário. Esse processo foi organizado por grupo técnico de acompanhamento junto aos conselhos, que buscou articular os secretários executivos dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), os apoiadores do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS) e as coordenações de Atenção Básica das Secretarias Estaduais de Saúde. Todos os Conselhos tiveram a função de disseminá-lo junto aos gestores locais. Anterior ao envio dos questionários pelos COSEMS aos gestores

municipais, o CONASEMS enviou um ofício assinado pelo Presidente explicando a natureza e os objetivos da pesquisa.

Para a divulgação e ampliação da adesão à pesquisa foi proposta a criação de um *post* permanente na página do CONASEMS, vinculado às páginas dos COSEMS, como também a orientação das Secretarias de Estado, por meio de suas Coordenações de Atenção Básica e dos COSEMS para utilizarem os espaços da Comissão Intergestora Bipatite (CIB) e das Comissão Intergestora Regional (CIR) para ampla divulgação. Outra estratégia utilizada para a divulgação da pesquisa foi a instituição de boletins informativos para dar ciência ao CONASEMS/COSEMS e às Secretarias Estaduais de Saúde/ Coordenações de Atenção Básica sobre o processo de adesão e respostas aos questionários.

### **4.3 Análise dos Dados**

Os dados coletados foram organizados e analisados por meio de tabela dinâmica através do programa Excel, na versão 2016. Foi aplicada técnica estatística de análise descritiva, com abrangência nacional e regional (região Nordeste) a partir dos ciclos do PMAQ-AB. A estratégia proposta foi escolhida por seu potencial explicativo, e por proporcionar um alto grau de objetividade e visão ampla do fenômeno estudado (Minayo, 2001).

A análise contemplou uma amostra de 798 respondentes que aderiram ao programa, e 20 que não aderiram. Da adesão foram 494 (62%) Secretários Municipais de Saúde, 257 (32%) Coordenadores ou membro Atenção Básica, 43 (5%) de outras ocupações e 3 (0,2%) sem identificação,

Os dados também foram estratificados de forma regional sendo analisada a região Nordeste, em destaque, com maior número de respostas, possibilitando um olhar na forma de uso do recurso do programa pelos estados da região em questão, com elaboração de produto bibliográfico como resultado.

Na fase analítica do estudo, foi empregada uma análise de regressão logística multinomial para investigar a interligação entre os elementos socioeconômicos, demográficos e político-partidários, juntamente com os três atributos do PMAQ. A abordagem econométrica foi adotada para explorar as conexões entre esses elementos e as escolhas feitas pelo gestor local em relação à alocação de recursos do PMAQ. Tais escolhas englobam o tamanho do incentivo, os profissionais contemplados e a frequência dos pagamentos.

A fonte de dados refere-se aos indicadores do terceiro ciclo do PMAQ, mais especificamente os da terceira rodada de avaliação. Foram consideradas três dimensões: a

proporção do tamanho do incentivo financeiro em relação do orçamento do programa, averiguando a motivação do profissional na busca do alcance das metas do PMAQ; a percepção da composição da equipe pelo gestor; por fim, a “frequência de pagamentos”. Quanto à essa última dimensão, foram consideradas quatro categorias: 1) não há definição da frequência; 2) longo prazo, recompensas pagas por ano; 3) médio prazo, pago a cada dois a seis meses; 4) curto prazo, pago mensalmente. Além disso, os indicadores foram correlacionados a covariáveis socioeconômicas, demográficas e partidárias, a saber: i) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, calculado pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Atlas [...], 2022); ii) Transferência federal para a saúde, que mede a dependência municipal em relação ao financiamento federal em saúde (Brasil, 2022); iii) Porte populacional do município, categorizado em três grupos:  $\leq 50.000$  habitantes,  $> 50.000$  e  $\leq 100.000$  habitantes,  $> 100.000$  habitantes (IBGE, 2022); iv) População urbana (IBGE, 2022); v) Coligação partidária (TSE, 2022); vi) Ciclos, uma variável categórica que mede a participação do município nas rodadas anteriores do PMAQ.

#### **4.4 Aspectos Éticos**

A pesquisa cumpriu os aspectos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – CEP/CCM/UFPB e aprovada com registro de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética de número 90331418.6.0000.8069. Foi garantido o sigilo da identidade de todos/as os/ respondentes, assim como a saída dos/as mesmos/as da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou constrangimento.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado na versão on-line. Os gestores municipais de saúde brasileiros concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado na primeira página do referido questionário. A continuação do instrumento foi condicionada à aceitação do termo.

## 5 RESULTADOS

### 6 ARTIGO CIENTÍFICO: ESTRATÉGIA DE PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA: FORMAS DE APLICAÇÃO DO RECURSO DO PMAQ-AB

Nádia Maria da Silva Machado

<https://orcid.org/0000-0001-9334-9305>

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade de Brasília.

Helena Eri Shimizu

<https://orcid.org/0000-0001-5612-5695>

[Profa. Titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília](#)

Letícia Xander Russo

<https://orcid.org/0000-0001-9592-8212>

#### RESUMO

##### OBJETIVO

Analisar as formas de aplicação do recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) utilizadas na experiência brasileira, nos três ciclos de implementação.

##### MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo-analítico longitudinal, retrospectivo, que pesquisou 818 gestores municipais por meio de inquérito realizado no ano de 2019. Para analisar a relação entre os atributos do PMAQ (tamanho do incentivo, profissionais incentivados e frequência do pagamento) e fatores socioeconômicos, demográficos e partidários, utilizou-se um modelo de regressão logística multinomial.

##### RESULTADOS

Verificou-se que, mais da metade dos municípios pagaram por desempenho às equipes de AB, com aplicação predominantemente, entre 41% e 60%, e com periodicidade mensal. A nota da certificação das equipes foi o critério principal para o pagamento, com priorização de profissionais não médicos, incluindo a equipe do NASF, e aumento gradativo das equipes completas de Saúde da Família. Os recursos também foram utilizados para investimento em equipamentos, reformas e capacitações. Verificou-se, ainda, uma relação negativa entre o IDH municipal e os atributos do PMAQ (% maior de incentivo, completude da equipe e maior frequência de pagamento), bem como uma relação positiva entre o tamanho da população e os atributos de incentivo do programa. Não foi observada relação significativa entre a afiliação partidária do gestor municipal e a forma de incentivo.

##### CONCLUSÃO

A adesão ao programa ocorreu de forma gradativa, com algumas variações na forma de aplicação do incentivo. Dessa forma, a caracterização de como o incentivo foi utilizado pelos gestores locais pode contribuir para o entendimento dos resultados alcançados pelo programa e identificação de estratégias neste nível de atenção.

**Palavras-chave:** Atenção Primária de Saúde. Pagamento por desempenho. Recursos Financeiros em Saúde.

## **ABSTRACT OBJECTIVE**

To analyze the ways in which the resources from the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) were applied in the Brazilian experience across the three implementation cycles.

## **METHODS**

This is a retrospective, longitudinal, descriptive-analytical study that surveyed 818 municipal managers through a questionnaire conducted in 2019. To analyze the relationship between PMAQ attributes (incentive size, incentivized professionals, and payment frequency) and socioeconomic, demographic, and partisan factors, a multinomial logistic regression model was used.

## **RESULTS**

It was found that over half of the municipalities provided performance-based payments to primary care teams, predominantly between 41% and 60%, and on a monthly basis. Certification scores for teams were the main criterion for payment, with a focus on non-medical professionals, including the NASF team, and a gradual increase in complete Family Health teams. Resources were also used for equipment investment, renovations, and training. Furthermore, a negative relationship was observed between municipal HDI and PMAQ attributes (higher incentive percentage, team completeness, and higher payment frequency), as well as a positive relationship between population size and program incentive attributes. No significant relationship was observed between the municipal manager's partisan affiliation and the form of incentive.

## **CONCLUSION**

Program participation occurred gradually, with some variations in the incentive application. Therefore, characterizing how the incentive was used by local managers can contribute to understanding the program's outcomes and identifying strategies at this level of care.

**Keywords:** Primary Health Care. Pay for Performance. Financial Resources in Health.

## **6.1 Introdução**

As experiências de pagamento por desempenho (*pay-for-performance* – P4P) vem sendo difundidas com maior ênfase a partir dos anos 2000, com o propósito de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. O modelo tem sido aplicado na área de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento<sup>1</sup>.

A literatura sobre o P4P na saúde aponta que os seus efeitos são mistos, e a heterogeneidade de modelos existentes é um desafio associado à mensuração do desempenho. Sua aplicação requer um planejamento cuidadoso e a consideração de fatores institucionais e contextuais relevantes<sup>2,3</sup>.

No Brasil, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) é o modelo P4P da Atenção Básica (AB) e se deu como uma inovação de avaliação de serviços, com a vinculação do repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de saúde<sup>4,5</sup>. No entanto, a complexidade da implementação do PMAQ-

AB decorreu da diversidade de atores e de setores envolvidos, além dos desafios intrínsecos à avaliação da qualidade dos serviços de saúde<sup>6</sup>.

O PMAQ abrangeu critérios de qualidade e eficiência, como a realização de exames preventivos e redução de internações evitáveis, além de critérios de adesão a políticas nacionais e locais<sup>2</sup>. O programa inovou ao incluir um rol ampliado de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, e agentes comunitários de saúde. Destaca-se a importância de aprimorar a gestão desses programas para garantir sua evolução e alcançar os objetivos propostos<sup>7,8</sup>.

O modelo P4P no Brasil sofreu flexibilização na aplicabilidade do recurso, sendo decidido pela gestão municipal a forma de aplicação dos incentivos financeiros de acordo com as necessidades locais. Porém, para o repasse financeiro, foram adotadas avaliações periódicas por meio de vários indicadores e metas estabelecidas, e procedimentos avaliativos por meio da ferramenta de Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ). O gestor também foi inquirido sobre a gestão da atenção básica, porém variáveis importantes para a caracterização das modalidades não foram contempladas<sup>5,9,10</sup>.

Este estudo tem como objetivo analisar como se deu o uso do recurso financeiro do PMAQ-AB pelos municípios brasileiros nos três ciclos de implementação, como estratégia de pagamento por desempenho, segundo os critérios de repasse, as categorias profissionais, o valor e a periodicidade de pagamento, e outras finalidades de uso dos recursos. Também visa verificar se existe relação entre os atributos de incentivo do PMAQ e as variáveis socioeconômicas, demográficas e partidárias.

## 6.2 Métodos

Trata-se de estudo exploratório, descritivo-analítico. Foi realizado um inquérito *on-line* acerca das formas de uso dos recursos nos três ciclos do PMAQ-AB para os secretários municipais de saúde de todos os municípios do país.

O instrumento de coleta considerou variáveis para a caracterização da aplicação do recurso. A coleta de dados foi realizada por meio *Survey monkey*, utilizando-se um questionário autorrespondido. O monitoramento aconteceu com apoio do Conselho Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) que auxiliou no envio de e-mails quinzenais aos secretários municipais de saúde. Os respondentes foram os secretários de saúde, prioritariamente, ou representante da gestão municipal nas questões relacionadas à Atenção Básica. A coleta de dados ocorreu entre os meses de outubro a dezembro de 2019. Os dados foram analisados por

meio de tabela dinâmica através do programa Excel (versão 2016) e do software econométrico STATA (versão 17).

### **6.2.1 Fase descritiva: variáveis**

Foram investigadas as seguintes variáveis: adesão municipal ao pagamento por desempenho as equipes de AB; o percentual do recurso repassado; critérios utilizados para o pagamento; categorias profissionais da atenção básica que receberam pagamento por desempenho; a periodicidade que os recursos foram pagos; e outras finalidades de uso dos recursos. Os dados sobre as categorias profissionais consideraram a completude da equipe mínima de saúde da família, e da equipe ampliada incluindo profissionais do NASF e de apoio à gestão.

Utilizou-se a técnica estatística de análise descritiva, e comparação entre os ciclos do programa.

### **6.2.2 Fase analítica: variáveis e fonte de dados**

Para a análise econométrica, foram considerados três atributos: tamanho do incentivo, profissionais incentivados e frequência do pagamento. Em relação ao tamanho do incentivo, os recursos do PMAQ foram divididos em cinco categorias: 0-20%, 21-40%, 41-60%, 61-80% e 81-100%. Esperou-se que à medida que o tamanho do incentivo financeiro aumente em relação ao orçamento do programa, os trabalhadores tendam a ser mais motivados na busca do alcance das metas.

Os gestores municipais puderam incentivar todos os profissionais das equipes de atenção básica, como Equipes de Saúde da Família (ESFs), Equipes de Saúde Bucal (ESBs), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), e integrantes de apoio, que não são profissionais de saúde. A divisão dessa variável, gerou três categorias: 1) nem todos os membros da ESF/ESB incentivados; 2) todos os membros da ESF/ESB incentivados; 3) todos os membros da ESF/ESB e demais profissionais incentivados (NASF e equipe de apoio). Nesse caso, a intenção é avaliar a percepção da composição da equipe. Alguns municípios têm uma visão mais ampla da equipe, incluindo não apenas a ESF/ESB, mas também outros profissionais que atuam na unidade de saúde. Espera-se que uma percepção mais ampla da equipe resulte em um desempenho maior.

O terceiro atributo avaliado foi a frequência de pagamentos, dividido em quatro categorias: 1) não há definição da frequência; 2) longo prazo, recompensas pagas por ano; 3)

médio prazo, pago a cada dois a seis meses; 4) curto prazo, pago mensalmente. Espera-se que uma alta frequência de pagamentos (curto e médio prazo) esteja associada a um desempenho melhor. Os dados apresentados compõem a base de dados da pesquisa realizada pelos autores deste estudo.

A análise acima relacionou os três indicadores com variáveis socioeconômicas, demográficas e partidárias. Essas variáveis incluem: i) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios de 2010, calculado pelo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil<sup>11</sup>; ii) Recurso do PMAQ por ESF, calculado como a média mensal de recursos do PMAQ recebidos por ESF no primeiro ciclo<sup>12</sup>; iii) Porte populacional do município, categorizado em três grupos:  $\leq 50.000$  habitantes,  $> 50.000$  e  $\leq 100.000$  habitantes,  $> 100.000$  habitantes, obtido no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2016<sup>13</sup>; iv) população urbana, como população total do município que vive em áreas urbanas, obtida no IBGE para o ano de 2010<sup>13</sup>; v) Afiliação partidária, uma variável dummy que indica se a coligação partidária do prefeito é a mesma do presidente da república, obtida no Tribunal Superior Eleitoral (TSE) para o ano de 2016<sup>14</sup>; vi) Ciclos PMAQ, que mede a participação do município nas rodadas anteriores do PMAQ: não participou de nenhuma rodada anterior do PMAQ, participou apenas de uma rodada anterior do PMAQ (rodada 1 ou 2), e participou de ambas as rodadas anteriores do PMAQ (rodadas 1 e 2), obtido na coleta de dados primários.

Foi utilizada uma análise de regressão logística multinomial para examinar a relação entre os fatores socioeconômicos, demográficos e partidários e os três atributos do PMAQ. Essa abordagem econométrica permite investigar como esses fatores estão associados às decisões do gestor local quanto a forma de alocação dos recursos do PMAQ (tamanho do incentivo, profissional incentivado e frequência do pagamento).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCM/UFPB, sob registro de número 90331418.6.0000.8069.

## **6.3 Resultados**

### ***6.3.1 Caracterização da adesão e pagamento por desempenho no Brasil***

A amostra é composta de 14,7% (818) do total de municípios brasileiros, distribuídos em 22 estados e com participação de municípios das cinco regiões do país. Desses, apenas 20 municípios não participaram do programa, sendo que os demais municípios (798) participaram

de pelo menos um dos ciclos. A adesão ao programa aconteceu de forma gradativa em cada ciclo, 62% no primeiro ciclo, 74% no segundo ciclo e 85% no terceiro ciclo.

Dos municípios que participaram do programa, 53,3% (425) utilizaram o recurso para pagar, por desempenho, aos profissionais de saúde. Os dados do pagamento por desempenho por ciclo, apresentaram estabilidade, com 55,2%, 55,4% e 55,6%, respectivamente.

Observa-se que a maioria dos gestores municipais repassaram os recursos com percentual de 41% e 60% do valor total recebido para as EAB (Gráfico 1). Entre o primeiro e o terceiro ciclo, houve um crescimento contínuo. Aproximadamente, 78% dos municípios repassaram aos profissionais percentuais acima de 41% no terceiro ciclo, comparado com 66% dos municípios no primeiro ciclo.

As informações do Gráfico 2 apontam que, ao longo dos ciclos, os repasses do incentivo financeiro às equipes do programa foram direcionados também a perfis além da EAB, como os profissionais das Equipes do NASF. Foi observada, ainda, a completude da equipe mínima de AB (médicos, enfermeiros, técnicos e equipe de saúde bucal), bem como um declínio entre o ciclo 1 e 3 no percentual de equipes incompletas que receberam o incentivo do programa, passando de 30,7% para 13,5%. Nota-se uma queda gradual entre os ciclos sobre o percentual de municípios com equipes completas: de 32,5% no ciclo 1 para 19% no ciclo 3. Todavia, esse declínio sugere que, no decorrer dos ciclos, os municípios aumentaram o repasse de recurso para pagamento das equipes NASF. Nesse sentido, pode ser destacado o crescimento gradual no percentual de equipes completas, incluindo o NASF e apoio, que receberam o incentivo entre o ciclo 1 e 3, de 24% para 50,4%.

Os resultados do Gráfico 3 demonstram que a periodicidade de repasse mensal foi a mais utilizada, com mais de 50% dos municípios nos três ciclos. Observa-se também que as periodicidades de pagamento semestral e anual possuem valores de respostas bem próximos, entre 10% e 15%. Além disso, é possível observar que, nos casos de repasse mensal, trimestral, quadrimestral e semestral, houve aumento gradativo com o decorrer dos ciclos de implementação. A análise também mostra que 3,3% dos gestores municipais não tinham periodicidade definida de repasse no ciclo 1. Isso foi reduzido no ciclo 2 (1,8%), e retornou no ciclo 3 (3,2%). Entende-se que ao longo da implementação do PMAQ, conforme os resultados, os gestores foram conformando a definição de periodicidade do repasse do incentivo às EAB.

Verifica-se na Tabela 1 que o critério mais utilizado pelos municípios para definir o valor dos recursos repassados para as equipes de AB nos três ciclos foi o resultado da certificação das equipes por meio das notas de avaliação no PMAQ. O segundo critério mais utilizado foi o de metas estipuladas pelo próprio município. Foi observado um crescimento no

uso desses critérios no decorrer dos três ciclos, com 82% dos municípios adotando o critério de certificação e 64% o critério de metas no terceiro ciclo. Porém, em média, 36,4% dos municípios nos ciclos estudados responderam não fazer distinção de critérios para o repasse de recurso aos profissionais, ou seja, todos receberam o mesmo valor. Outros tipos de critérios não relacionados para o repasse de recurso às suas equipes foram utilizados por 31,9% dos gestores.

Os gestores também utilizaram o recurso para outras finalidades que não o pagamento por desempenho das EAB, sendo a aquisição de equipamentos para a unidade básica de saúde a mais utilizada nos três ciclos (56,5%, 65,5%, 66,6%, respectivamente), conforme Tabela 1. Em seguida, outro uso do recurso foi com a realização de atividades de educação permanente e capacitação (51,6%, 59,8%, 63,3%, respectivamente). Já o uso do recurso para gratificação de função/cargo comissionado foi a opção menos selecionada (8,1%, 10,8%, 11,7%, respectivamente). Também foi possível captar uma forma de uso do recurso para remuneração fixa a profissionais. Em média, 29% dos gestores usaram essa modalidade.

Para verificar se a forma de aplicação do recurso do PMAQ-AB tem relação com fatores socioeconômicos, demográficos e partidários, foi realizada uma análise econométrica. O IDH e o tamanho da população parecem ser os fatores-chave associados ao tamanho do incentivo, profissionais incentivados e frequência de pagamentos, considerando-os separadamente (Tabela 2). Observou-se uma relação inversa entre o IDH e os atributos de incentivo do PMAQ e uma relação direta entre o tamanho da população e os atributos. Afiliação partidária do gestor municipal, recursos do PMAQ por ESF e participação do município em ciclos anteriores não apresentaram relação significativa com a forma de alocação dos recursos quanto aos três atributos analisados.

#### **6.4 Discussão**

Este estudo demonstrou que a adesão dos municípios ao PMAQ-AB aconteceu de forma gradativa entre os ciclos, o que convergiu com a amostra dos dados oficiais do programa disponibilizada pelo Ministério da Saúde, que 50,1% das ESFs aderiram no primeiro ciclo (2011-2012); 75,7%, no segundo ciclo (2013-2015); e 86,9%, no terceiro ciclo (2016-2018)<sup>15</sup>. Os benefícios do programa ficavam mais evidentes para os municípios ao longo dos ciclos. Com isso, esses passaram a reconhecer a importância de se engajar no PMAQ-AB. Entende-se que a adesão, principalmente no terceiro ciclo, pode estar relacionada à aprendizagem e à experiência adquirida pelos municípios nos ciclos anteriores, pela maior compreensão e melhor

funcionamento do programa, familiarizando-se com os critérios de avaliação e com a implementação das ações de melhoria<sup>5, 16</sup>.

Já os percentuais de adesão ao pagamento por desempenho às equipes nesta pesquisa apresentam-se de forma estável entre os ciclos (55,2%, 55,4% e 55,6%, respectivamente). Esse resultado diverge dos oriundos de análise local (Paraíba), onde foi observado um significativo aumento entre o primeiro e segundo ciclo.

Desta feita, o percentual do recurso destinado para o pagamento das equipes se concentrou na faixa de 41-60%. Com isso, houve contribuição na retenção de profissionais de saúde nas regiões, principalmente mais carentes, assim como maior estímulo e motivação a servidores públicos na busca da melhoria contínua dos serviços prestados<sup>17, 18</sup>.

Estudos destacam a importância de alinhar a avaliação e o pagamento, porém o tamanho do incentivo ainda é um tópico de discussão, pois não há um consenso sobre a relação direta sobre a proporção do valor e o efeito alcançado. É defendido um valor suficiente para compensar o esforço sem gerar efeitos indesejáveis, como desmotivar o trabalhador a não realização de ações importantes do serviço, porém fora no escopo de metas do programa, e ser visto apenas como uma fonte de recurso adicional<sup>2, 19, 20, 21</sup>. É sugerido que o valor corresponda a um aumento de pelo menos 5% do valor recebido<sup>22</sup>.

O processo de certificação foi o critério mais utilizado pelos gestores do programa para o pagamento por desempenho, esse definiu o aporte de recursos, onde as equipes eram classificadas de acordo com fatores de enquadramento e comparação de desempenho. O processo de certificação das equipes de AB contemplou a avaliação externa, a autoavaliação, os indicadores de processo e resultado, a avaliação da satisfação dos usuários e o monitoramento dos indicadores do programa, ferramentas essas, utilizadas para garantir uma análise abrangente, sistemática e contínua da AB<sup>5, 21, 23</sup>.

Embora o processo de certificação seja uma estratégia útil para incentivar o aprimoramento do desempenho das equipes, a existência de critérios justos e transparentes foi fundamental na avaliação, além da forma consistente e confiável para a motivação da equipe. A adoção de um processo de certificação pode ser eficaz quando bem executada, mas é necessário garantir que as equipes estejam cientes dos critérios de avaliação e que haja oportunidades de feedback e de melhoria contínua<sup>24</sup>.

Conforme os períodos programáticos seguiram, houve uma compreensão mais aprofundada do funcionamento do programa. Os gestores passaram a utilizar também outros critérios, como metas específicas elaboradas pelos gestores para avaliar as equipes, além de

considerar as particularidades locais, como as áreas de vulnerabilidade e as condições precárias de infraestrutura nas unidades de saúde<sup>25</sup>.

Como aponta a literatura, o PMAQ-AB visou à implantação de boas práticas em saúde e à valorização do trabalho das EAB por parte dos gestores<sup>2</sup>. Pôde-se perceber que o aporte de recurso voltado a APS praticamente dobrou nos primeiros ciclos do programa, o que possibilitou o aumento no percentual de profissionais recebendo o incentivo por desempenho, inclusive para profissionais além da equipe mínima de AB, a exemplo do NASF, fomentando a completude das equipes de AB<sup>26</sup>. A ideia era recompensar os profissionais que atingiram ou superaram as expectativas, promovendo um estímulo financeiro<sup>5</sup>.

Além disso, é importante ressaltar que o PMAQ-AB buscou incentivar equipes em vez do incentivo individual, ou seja, incentivou o trabalho coletivo, considerando o caráter altamente interdependente das ações para obtenção de resultados para a população e a composição de equipes multiprofissionais nos serviços de AB. Eijkenaar et al.<sup>19</sup> apontam que questões de desempenho podem ser melhoradas quando as ações são desenvolvidas de forma coletiva, com o incentivo direcionado ao grupo. Quando diferentes profissionais cooperam no tratamento de pacientes, também beneficiam a cultura de grupo e a motivação coletiva, assim como compartilham os riscos financeiros por seu desempenho. Porém, podem ser observados problemas de “free riding”, ou seja, o efeito carona, além do conhecido poder de barganha na negociação dos termos do programa de incentivos. Portanto, o incentivo ao trabalho coletivo é melhor quando a colaboração é importante, mas pode enfrentar desafios em grandes grupos o que, de certa forma, vem corroborar com a experiência sobre P4P aplicado no PMAQ-AB.

Diferentes formas de periodicidade de pagamento são identificadas nos modelos P4P<sup>27</sup>. Os resultados revelaram que o repasse do recurso no PMAQ-AB foi majoritariamente mensal. Pagamentos de longo prazo podem resultar em menor incentivo dos trabalhadores, principalmente quando há pouca confiança no sistema de que o pagamento será realizado<sup>28</sup>. Por outro lado, autores sugerem que realizar o repasse de recursos em intervalos maiores é recomendado para manter o caráter de incentivo baseado no desempenho alcançado<sup>29</sup>. Destaca-se também a importância de não limitar a recompensa profissional apenas ao aspecto financeiro, mas também considerar o desenvolvimento do trabalhador, com condições de trabalho e o reconhecimento profissional<sup>30</sup>.

Finalmente, ao analisar as outras formas de investimentos do PMAQ-AB, verificou-se que os municípios também tiveram o propósito de aprimorar, tanto a infraestrutura quanto os equipamentos disponíveis para os profissionais de saúde, assim como capacitá-los a fim de promover um ambiente mais qualificado aos usuários do serviço. Essas medidas têm como

objetivo aumentar o atendimento da AB, melhorar a satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários e, conseqüentemente, melhorar os indicadores de saúde da população atendida<sup>3, 20</sup>. Além disso, a melhoria da infraestrutura pode ser um atrativo para a retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e desfavorecidas que, frequentemente, sofrem com a previsão de recursos e equipamentos de proteção.

No entanto, os recursos também foram usados para remuneração fixa e como gratificação dos profissionais além das equipes de AB, modalidades que configuram uma forma de aumento salarial. Compreendendo que, apesar dos recursos do PMAQ-AB, as desigualdades geográficas e os desafios relacionados ao financiamento insuficiente são realidade perene no SUS<sup>7</sup>, o que pode motivar a gestão ao uso do recurso para suprir uma defasagem salarial promovida pelo subfinanciamento da saúde. Tal achado corrobora para a caracterização dessa finalidade de aplicação e comunica com precarização do trabalho discutida por Fardousi et al.<sup>31</sup> sobre o efeito redistributivo geral do PMAQ. O estudo comparou municípios que deram bônus de desempenho para as equipes em relação aos que investiram o recurso exclusivamente por meio de orçamentos baseados em insumos, demonstrando que mesmo os gestores que declaram não ter usado o recurso para o pagamento as equipes de AB, usaram para suprir a defasagem salarial já existente.

Observou-se ainda, neste estudo, que o IDH e o tamanho da população foram os fatores-chave relacionados aos atributos de incentivo. Esses resultados estão de acordo com os encontrados por Fardousi et al.<sup>31</sup>, em que o IDH foi negativamente associado ao tamanho do incentivo ( $p=0.0443$ ) e a população foi positivamente associada ao pagamento de incentivo as ESF ( $p=0.0671$ ). Assim, reforça-se a importância de considerar fatores socioeconômicos e demográficos ao investigar a forma de alocação dos recursos do PMAQ pelos gestores locais. Isso ressalta que a implementação de modelos de P4P com incentivos financeiros deve considerar os fatores de desigualdades socioeconômicas do território<sup>32</sup>.

Estudos locais evidenciam que a adesão ao programa pode estar relacionada com a organização política local, como o apoio da Secretaria Municipal de Saúde<sup>33</sup>. No entanto, os resultados deste estudo apontam que não há associação significativa entre a afiliação partidária do gestor municipal e a forma de alocação do incentivo, sugerindo, portanto, que a forma de utilização do recurso não foi influenciada por questões políticas.

## 6.5 Conclusões

Concluiu-se que a adesão aos ciclos do PMAQ ocorreu de forma gradual, à medida que os gestores foram compreendendo melhor os critérios dos programas e identificando os benefícios envolvidos. Os gestores priorizaram a certificação das equipes como critério para pagamento por desempenho, o que favoreceu uma avaliação e o monitoramento sistemático e contínuo. Quanto às equipes, entende-se que a adesão gerou aumento no padrão de completude dessas ao longo dos ciclos, incluindo o NASF e os trabalhadores dos serviços de apoio. A maioria dos gestores realizou os pagamentos mensalmente, predominantemente na faixa entre 41% e 60% do recurso. Além disso, os recursos do programa também foram direcionados para investimentos visando à melhoria dos serviços, como a aquisição de equipamentos para as UBS, a realização de ações de educação permanente e a reforma das unidades.

Os resultados indicam que o tamanho do incentivo financeiro, a elegibilidade dos membros da equipe de saúde e a frequência de pagamentos no PMAQ tem relação com o IDH e o tamanho do município. Além disso, evidencia-se que os atributos de incentivo não têm relação com a afiliação partidária do gestor municipal, a participação do município em ciclos anterior do programa e os recursos do PMAQ recebidos no primeiro ciclo. Essas descobertas apontam para a necessidade de estratégias futuras de incentivos para a qualidade da atenção básica.

Por fim, é possível compreender que a transferência de recursos do PMAQ para incentivar o acesso e a qualidade dos serviços de AB, por meio da remuneração por desempenho, formação dos profissionais e melhoria das estruturas de trabalho, foi estratégia importante para o fortalecimento da Atenção Básica. Este estudo permitiu identificar aspectos importantes sobre a aplicação local dos recursos do PMAQ, especialmente, considerando o contexto atual de substituição do PMAQ-AB.

## REFERÊNCIAS

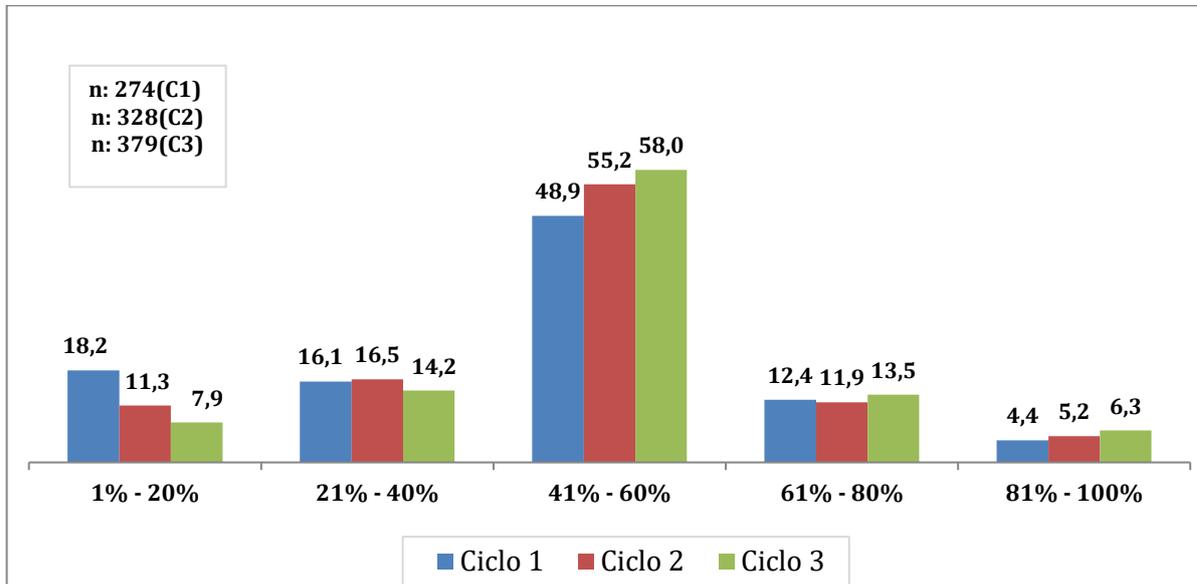
1. Medeiros OL. Estratégias de pagamento por desempenho na atenção básica: o papel do PMAQ em indicadores do cuidado materno e infantil no Brasil [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2018. 74 f. [citado em 2023 jul 2]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/44311>.
2. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. Cien Saúde Colet. 2015 maio [citado em 2022 abr 20]; 20(5):1497-514. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HF68KSrcL6TcjyDbxhjXd4m/?lang=pt#>.

3. Van HP, Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*. 2010 [citado em 2023 jan 4];10: 247. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-247>.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Gabinete do Ministro. Portaria nº 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. [citado em 2021 maio 1] Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html).
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. 3. Ed. Brasília, DF: MS; 2015. [citado em 2022 abr 30] Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf).
6. Sossai TA, Galavote HS, Vieira ECL, Freitas P de SS, Lima R de CD. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *RBPS* [Internet]. 2016 [citado em 2023 maio 22]; 18(1): 111-9. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15142>
7. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, De Souza NKVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019 jul [citado em 2022 mar 3]; 27(394):345-56. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303318/>
8. Tomasi E, Facchini LA, Fernandes PAG, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer do colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade PMAQ. *ver Bras Saúde Mater Infant*. 2015 abr/jun; 15(2):171-80.
9. Chimara MB, Silva E, Pain C, Storopoli JE. 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. *RGSS*. 2013 jul/dez [citado em 2022 maio 30]; 2(2):174-97. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12707>
10. Rodrigues AWD, Mello ECA, Candeia RMS, Silva G, Gomes LB, Sampaio J. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2021 out/dez [citado em 2022 maio 8]; 45(131):1060-74. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5k7j7LFFtvFG7qw6wb3TzG/?lang=pt#>
11. Atlas Brasil. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Atlas Secundário do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2022 [citado em 2022 maio 30]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>
12. Ministério da Saúde (Brasil). Plataforma [Internet]. Brasília, 2022 [citado em 2022 abr 22]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Plataforma [Internet]. 2022 [citado em 2022 abr 22]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>
14. Tribunal Superior Eleitoral (Brasil). Plataforma [Internet]. 2022 [citado em 2022 abr 22]. [http://www.tse.jus.br/hotsites/estatistica2008/est\\_result/resultadoEleicao.htm](http://www.tse.jus.br/hotsites/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm)

15. Russo LX, Jackson TP, Barreto JOM, Borghi J, Kovacs R, Gurgel JGD, 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* 2021 Jul [citado em 2022 maio 30]; 6(7). Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc8273460#impact>
16. Mangueira AA. Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ - AB [dissertação]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016. 70f.
17. Sampaio J, Moraes MN, Marcolino EC, Castro I, Gomes L, Clementino F. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. *Rev enferm UFPE*. 2016; [citado em 2022 Jul 31]; 10(5):4318-28. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11179>
18. Zermiani TC, Helena Baldani Pinto M, Gomes Ditterich R. Pagamento por desempenho na atenção primária à saúde em Curitiba-PR: incentivo ao desenvolvimento da qualidade. *Soc e Cult [Internet]*. 2018 dez 17 [citado em 2022 out 8]; 21(2). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/56313>
19. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews, *Health Policy*. 2013 maio [citado em 2022 fev 21]; 110(2–3):115-30. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013000183>
20. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 [citado em 2023 jan 6]; (9):Cd008451. doi: 10.1002/14651858.CD008451.pub2. Acesso em: 23 jan. 2023.
21. Ministério da Saúde (Brasil). 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, DF: MS, 2011 [citado em 2022 mar 8] Versão preliminar. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>
22. Ogundeji YK, Blan JM, Sheldon TA. The effectiveness of payment for performance in health care: A meta-analysis and exploration of variation in outcomes. *Health Policy*. 2016; 120(10):1141-50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27640342/>
23. Carvalho MF, Andrade CS. Pagamentos por desempenho na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. *Revista de APS*. 2021 nov [citado em 2022 mar 23]; 24(2):296-310. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/25789>
24. Pinto HA. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. *Rev Saúde em Redes*. 2018 [citado em 2022 abr 23]; 4(2):191-217. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3015>
25. Candeia RMS. Análise da utilização do incentivo financeiro do PMAQ-AB sob a ótica do gestor municipal [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2020. 99 f. [citado em 2023 maio 24] Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/21781>
26. Macinko J, Harris MJ, Roch MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for

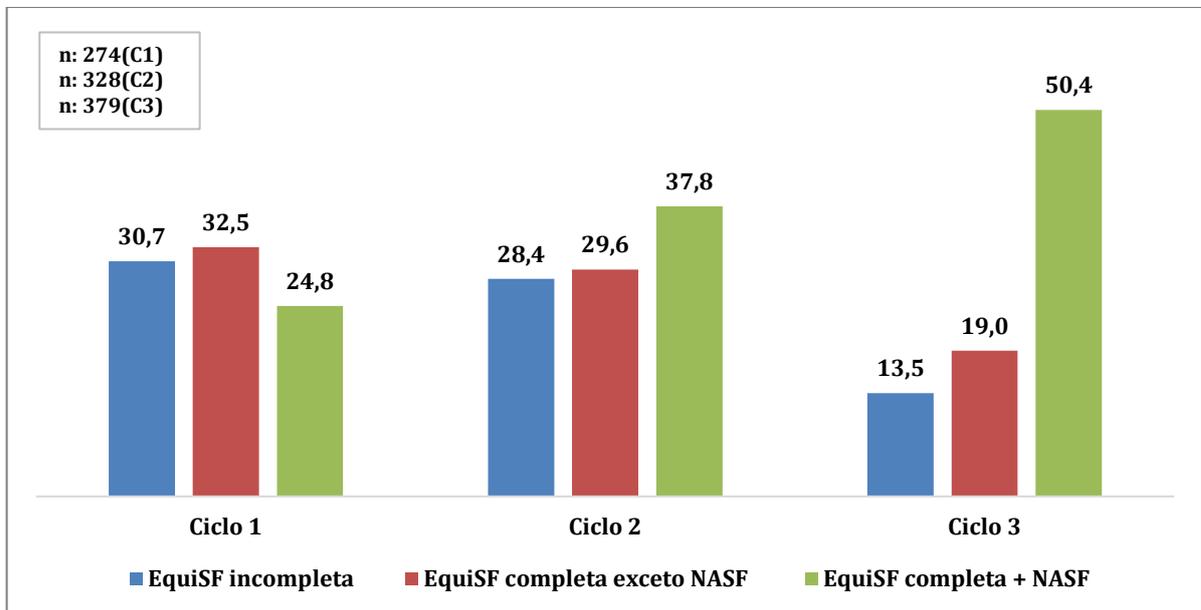
- Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage*. 2017 abr/jun [citado em 2022 maio 30]; 40(2):4-11. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28252498/>
27. Yuan BHL, Meng QJL. Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Daverase Syst Rev*. 2017 [citado em 2023 maio 9]; (3): CD011153. doi: 10.1002/14651858.CD011153.pub2
  28. Kovacs RJ, Powell-Jackson T, Kristensen SR, Singh N, Borgh IJ. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2020 Apr 7;20(1):291. doi: 10.1186/s12913-020-05075-y.
  29. Universidade Federal de Minas Gerais (Brasil). Relatório final diálogos online: remuneração por desempenho na Atenção Básica – 1a. e 2a. ed. Belo Horizonte: UFMG; 2014. [citado em 2022 out 8] 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)
  30. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. 2013 [citado em 2023 maio 23]; 37(98):416-26. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300005](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300005)
  31. Fardousi N, da Silva EN, Kovacs R, Borghi J, Barreto J, Kristensen SR, 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*. 2022 Jul 7;19(7):e1004033. doi: 10.1371/journal.pmed.1004033. PMID: 35797409; PMCID: PMC9262241.
  32. Kovacs R, Barreto JOM, Silva EM, Borghi J, Kristensen SR, Costa DRT, 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*. 2021 mar [citado em 2022 maio 9]; 9(3):331-9. 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)
  33. Pilar ACA. Análise do Papel da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB. [Dissertação] Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

Gráfico 1 – Percentual de municípios do PMAQ-AB que usaram o recurso para pagamento por desempenho das equipes, segundo faixa do percentual aplicado por ciclo de implementação, 2019.



Nota: Representa o percentual médio de aplicação por faixa e por ciclo.

Gráfico 2 - Percentual de municípios do PMAQ-AB que usaram o recurso para pagamento por desempenho aos profissionais, segundo completude da Equipe de Saúde da Família, por ciclo de implementação, 2019



Nota: Para o cálculo da completude foi considerado a definição de equipe mínima de AB (médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e Agente de Saúde da Família). O total por ciclo é referente a soma do número de Equipes de Saúde da Família incompletas (com ausência de pelo menos um profissional), EqSF mínima completa (excluindo municípios que pagaram equipe completa e do NASF), e EqSF completa incluindo Núcleo de Apoio à Saúde da Família -NASF.

Gráfico 3 - Percentual de municípios do PMAQ-AB que fizeram pagamento por desempenho às equipes, segundo periodicidade por ciclo de implementação, 2019

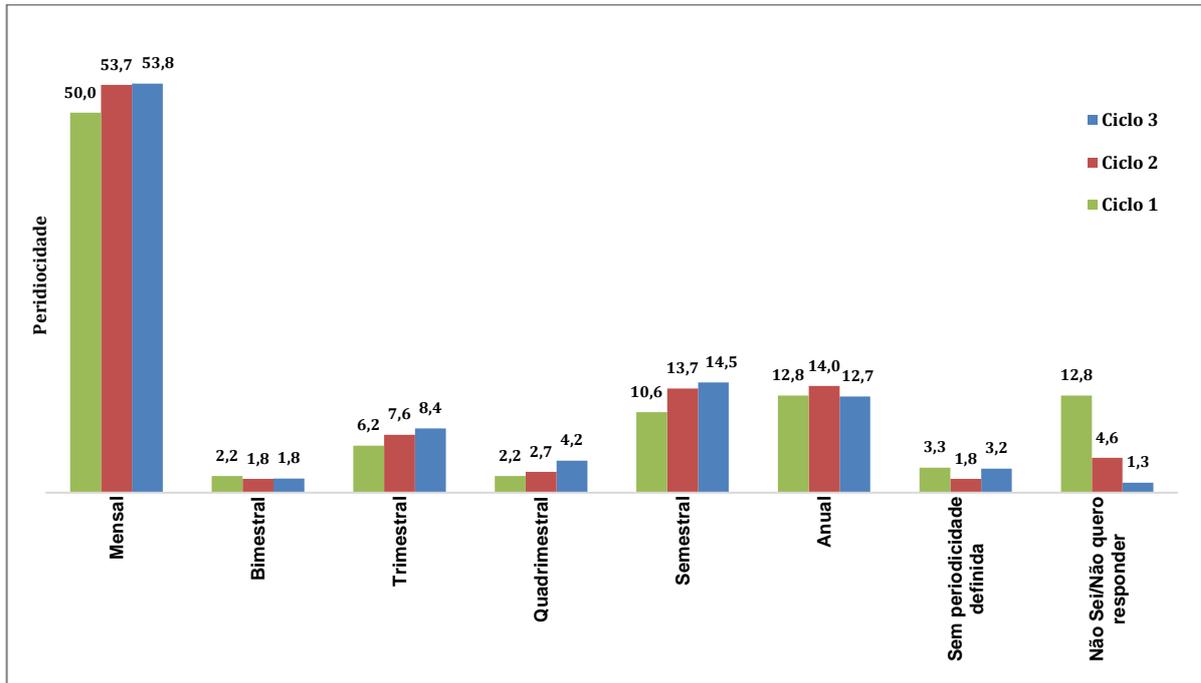


Tabela 1 - Percentual de municípios do PMAQ-AB que usaram o recurso para pagamento por desempenho aos profissionais, segundo critérios de definição e outras finalidades de aplicação por ciclo de implementação, 2019

	Ciclo 1 (%)	Ciclo 2 (%)	Ciclo 3 (%)
<b>Critério de definição</b>			
Certificação	71,9	77,4	81,8
Metas	50,0	61,3	63,6
Especificidades	29,6	32,9	33,2
Sem distinção de critérios	36,1	39,0	34,3
Outros	32,1	31,7	31,9
Não sei/não quero responder	10,6	7,6	5,0
<b>Outras finalidades</b>			
Remuneração fixa de profissionais	26,8	28,7	30,5
Gratificação de função/cargo comissionado	8,1	10,8	11,7
Reformas/adequações da UBS	46,6	52,0	53,7
Aquisição de equipamento para UBS	56,5	65,5	66,6
Aquisição de insumos/medicamentos para UBS	44,2	51,4	54,8
Realização de atividades de EP/capitação	51,6	59,8	63,3
Atividades de suporte à melhoria dos processos de gestão	45,4	51,2	54,5
Não sei/não quero responder	13,1	8,3	7,2

Nota: A pergunta/questão possibilitava a marcação de mais de uma opção de critério.

“Certificação” representa o resultado da certificação, o sistema-base usado para definir o repasse de recurso do PMAQ-AB realizada pelo Ministério da Saúde.

“Meta” refere-se a metas estipuladas pelo próprio município para a equipe para o recebimento do incentivo.

“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.

“Sem distinção” - Não houve distinção entre as equipes (todas receberam o mesmo valor).

Tabela 2 - Resultados da estimativa para os atributos de incentivo do PMAQ usando modelo de regressão logística multinomial, terceiro ciclo†

	Variável dependente: Tamanho do incentivo					Variável dependente: Profissionais incentivados <sup>2</sup>			Variável dependente: Frequência do pagamento			
	0-20 %	20-40%	40-60%	60-80%	80-100%	nem todos os membros incentivados	todos os membros incentivados	todos os membros e demais profissionais incentivados	não há definição da frequência	longo prazo, recompensas pagas por ano;	médio prazo, pago a cada dois a seis meses ;	curto prazo, pago mensalmente.
IDH	4.282 (3.818)	12.645*** (2.908)	14.057*** (2.004)	12.906*** (3.191)	16.785*** (5.309)	14.652*** (2.157)	13.909*** (2.551)	11.277*** (2.135)	-8.692 (8.448)	11.858*** (2.976)	17.001*** (2.818)	11.544** (1.807)
Tamanho da população	0.584 (0.761)	0.926*** (0.330)	0.787*** (0.263)	1.241*** (0.336)	1.078** (0.503)	0.587* (0.353)	0.666* (0.337)	0.912* (0.246)	1.623*** (0.484)	0.734* (0.391)	0.860*** (0.300)	0.761** (0.255)
Recursos do PMAQ por ESF	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)	0.000** (0.000)	0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)	0.000 (0.000)
População urbana	0.296 (1.342)	1.329* (0.785)	1.096** (0.550)	0.690 (1.014)	2.570* (1.358)	0.441 (0.641)	0.945 (0.754)	1.621* (0.607)	0.157 (2.586)	0.805 (0.866)	2.407*** (0.760)	0.584 (0.538)
Afiliação partidária	0.514 (0.472)	-0.322 (0.341)	-0.119 (0.202)	0.454 (0.320)	-0.787 (0.565)	-0.134 (0.247)	-0.009 (0.260)	-0.182 (0.221)	0.480 (0.752)	-0.613 (0.382)	0.138 (0.246)	-0.148 (0.206)
Ciclos	0.049 (0.283)	0.136 (0.184)	0.503*** (0.123)	0.023 (0.189)	-0.222 (0.284)	0.057 (0.147)	*0.348 (0.155)	**0.422* (0.131)	0.538 (0.416)	0.257 (0.204)	0.173 (0.154)	*0.421** (0.122)
Constante	0.609 (2.288)	4.214** (1.666)	5.803*** (1.081)	4.608*** (1.669)	5.881** (2.885)	7.256** (1.195)	5.605** (1.399)	3.487** (1.168)	1.016 (4.487)	*3.841 (1.729)	7.023*** (1.395)	4.709** (1.042)
Observações Pseudo R-quadrado	675 0.070	675 0.070	675 0.070	675 0.070	675 0.070	675 0.066	675 0.066	675 0.066	675 0.069	675 0.069	675 0.069	675 0.069

Nota: Variável de referência: o gestor não ter repassado o recurso aos profissionais.

<sup>2</sup>Nota: todos os membros: Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal. Demais profissionais: NASF e equipe

Erros padrão agrupados no nível do município entre parênteses

\*\*\* p<0.01, \*\*

p<0.05, \*

p<0.1

## 7 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): ANÁLISE DA APLICAÇÃO DO INCENTIVO FINANCEIRO POR DESEMPENHO 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

### Resumo

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) utilizou o modelo *pay for performance* (P4P), que se caracteriza pela transferência de recurso a provedores ou serviços de saúde por meio do alcance de metas de desempenho pactuadas previamente. 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) as categorias profissionais pagas, d) o valor repassado e) a periodicidade de pagamento às equipes e f) outras finalidades para aplicação do recurso. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, realizado por meio de inquérito *on-line* (*Survey monkey*), autorrespondido pelos secretários de saúde ou representantes da gestão da Atenção Básica municipal, entre os meses de outubro e dezembro de 2019. 79% dos municípios utilizaram o recurso para pagar por desempenho aos profissionais da Atenção Básica, com crescimento gradativo nos três ciclos. A maioria destinou entre (41% e 60%) às equipes (enfermeiros e técnicos de enfermagem, médico, dentistas e auxiliares de saúde bucal, pessoal de apoio e profissionais do NASF). A nota da certificação disponibilizada pelo MS foi o critério mais utilizado para definir o valor dos recursos repassados às equipes. A maioria utilizou a periodicidade de pagamento mensal. Destacaram-se entre as outras formas de aplicação do recurso, a aquisição de equipamentos e as reformas das UBS, atividades de educação permanente/capacitação e processos de gestão, em insumos e medicamentos pagar remuneração fixa e gratificação ao profissional de saúde. Foi possível observar certo padrão no modo de aplicação do recurso do PMAQ-AB nos municípios da região nordeste, entretanto, foi uma abordagem abrangente e inovadora na gestão da Atenção Básica, com destaque para a possibilidade de melhoria contínua nos processos.

Palavras-chave: atenção básica; pagamento por desempenho; equipes multiprofissionais.

## 7.1 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 no PMAQ-AB 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 PMAQ-AB 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 do PMAQ-AB 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 PMAQ-AB, 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 com o PMAQ-AB, outros podem se sentir encorajados, buscando alcançar melhorias semelhantes em seus próprios serviços de saúde. Também é importante destacar que o PMAQ-AB é um programa de caráter voluntário, ou seja, os municípios têm 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.

## 7.2 Método

### Tipo de Estudo

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 do PMAQ-AB 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 do PMAQ-AB como forma de incentivo financeiro; e) periodicidade em que os recursos foram pagos; f) outras finalidades para as quais os recursos do PMAQ-AB 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.

Este recorte de pesquisa faz parte do projeto maior intitulado: A pesquisa “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): análise da aplicação do incentivo financeiro por desempenho às equipes de saúde no Brasil” conduzida pelo Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz – PE), em parceria com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (DF) e a Universidade Federal de Pernambuco. É parte, também, do projeto: “Unpacking the effect of the national pay for performance scheme (PMAQ) on inequalities in the financing and delivery of primary care in Brazil”, que buscava identificar se pagamentos por performance reduzem desigualdades socioeconômicas no financiamento e nos desfechos na atenção básica no Brasil, desenvolvido por instituições parceiras com universidades do Reino Unido e do Brasil, a saber: London School of Hygiene & Tropical Medicine e University of Manchester.

### 7.3 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 3 - 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
MA	5	3
PB	92	84
PE	60	44
PI	53	48
RN	24	20
SE	26	24
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>284</b>

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.

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

Na Tabela 4, 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 PMAQ-AB 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 4 - 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
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>178</b>	<b>271</b>	<b>221</b>	<b>316</b>	<b>258</b>	<b>360</b>

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.

### 7.3.2 *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 PMAQ-AB 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 5).

Tabela 5 - 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
<b>1º Ciclo (n:178)</b>										
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
<b>2º Ciclo (n:221)</b>										
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
<b>3º Ciclo (n:258)</b>										
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
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

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. 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.

### 7.3.3 *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 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 6 - 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

<b>Profissional</b>	<b>AL</b>	<b>BA</b>	<b>CE</b>	<b>MA</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>PI</b>	<b>RN</b>	<b>SE</b>	<b>Total/NE</b>
<b>1º Ciclo (n:178)</b>										
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
<b>2º Ciclo (n:221)</b>										
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
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
<b>3º Ciclo (n:258)</b>										
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

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.

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.

#### ***7.3.4 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 a Tabela 7, 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%.

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.

Tabela 7 - 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

<b>Crítérios</b>	<b>AL</b>	<b>BA</b>	<b>CE</b>	<b>MA</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>PI</b>	<b>RN</b>	<b>SE</b>	<b>Total/NE</b>
<b>1º Ciclo (n:178)</b>										
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
<b>2º Ciclo (n:221)</b>										
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
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
<b>3º Ciclo (n:258)</b>										
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

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.

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.

### 7.3.5 *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 8 - 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
<b>1º Ciclo (n:178)</b>										
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
<b>2º Ciclo (n:221)</b>										
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
<b>3º Ciclo (n:258)</b>										
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
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

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.

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.

### 7.3.6 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.

### **7.3.7 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.

### **7.3.8 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%.

### **7.3.9 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. 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.

### 7.3.10 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 9 - Municípios da região Nordeste do PMAQ-AB que utilizaram outras finalidades para aplicação do recurso nos três ciclos de implementação

<b>Aplicação dos recursos</b>	<b>AL</b>	<b>BA</b>	<b>CE</b>	<b>MA</b>	<b>PB</b>	<b>PE</b>	<b>PI</b>	<b>RN</b>	<b>SE</b>	<b>Total/NE</b>
<b>1º Ciclo (n:223)</b>										
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
Processos de gestão	50,0	37,5	39,4	33,3	49,2	31,3	40,6	64,7	29,4	42,2
<b>2º Ciclo (n:271)</b>										
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
<b>3º Ciclo (n:316)</b>										
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

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.

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.

## 7.4 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).

### 7.4.1 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.

#### **7.4.2 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.

#### **7.4.3 Categoria profissional por ciclos**

No PMAQ-AB 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).

#### **7.4.4 Critérios de definição do repasse de recurso por ciclos**

Critérios distintos foram utilizados para a definição do repasse de recursos aos profissionais; destacam-se as notas da certificação 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 critérios; por exemplo, metas específicas elaboradas pelos gestores para avaliar as equipes, critério de especificidades locais, como área de vulnerabilidade, condições 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 atenção básica na região Nordeste, analisando o PMAQ-AB no seu terceiro ciclo. O programa tem-se mostrado relevante na promoção da extensão dos serviços de APS, especialmente nas regiões menos favorecidas, confiantes para a redução das desigualdades sociais e em saúde, desafios presentes e futuros na região Nordeste (Silva *et al.*, 2021).

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

#### **7.4.5 Periodicidade do repasse de recurso por ciclos**

No PMAQ-AB, os gestores municipais tinham a autonomia de definir os critérios 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 no PMAQ-AB 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.

#### **7.4.6 *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; conseqüentemente, 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 PMAQ-AB está 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 do PMAQ-AB 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 PMAQ-AB 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 PMAQ-AB. 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 busca 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 do PMAQ-AB em âmbito regional. Este artigo tentou preencher essa lacuna, porém outras pesquisas são necessárias.

## 7.5 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 a 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, 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, v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gzfJDR9YDwjtZHTyppgRz6S/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://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/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](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://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](https://bvmsms.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**. 2020. 99 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. 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

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, p. 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811619>

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://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNIOESTE-1\\_169853b4ce606d2c7ab7934c29e157aa](https://bdtd.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. *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.

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.

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. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v6i3.189>

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.** 2022. 81 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão em Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022. 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.** 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – 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](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, v. 34, n. 4, e00072317, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072317>

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. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>

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, 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. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.03722021>

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.

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: 8 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. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00696.x>

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do pagamento por desempenho (P4P) na atenção básica foi ampliado de forma global por mais de duas décadas. No entanto, dado a diversidade de modelos existentes, há resultados heterogêneos e relativa complexidade para a mensuração de sua performance. Para a experiência do PMAQ, um planejamento cuidadoso atendendo a fatores institucionais e contextuais é necessário, e requer do gestor mecanismos que ampliem a capacidade de tomada de decisão para garantir eficiência e qualidade na implementação desse modelo.

Nesse sentido, o PMAQ desenvolveu-se como uma prática inovadora que abordou o P4P na atenção básica. A avaliação e o aprimoramento dos serviços de saúde vinculados ao repasse de recursos promoveram acesso e qualidade da atenção pelas equipes. Sua implementação cumpriu o objetivo de fortalecer a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Este estudo analisou as formas de aplicação do recurso do PMAQ, sustentado pela literatura local e mundial sobre o P4P, com o propósito de compreender o modelo e responder como os gestores municipais brasileiros utilizaram tais recursos. O estudo demonstrou que a compreensão dos gestores sobre os critérios e benefícios envolvidos influenciou na sua adesão. A alocação de recursos motivou a maior retenção das equipes nos serviços e na ampliação da capacitação. Os gestores empregaram mais transparência ao processo ao priorizarem a nota da certificação das equipes desenvolvida pelo MS como critério para o pagamento por desempenho.

A ampliação do número de equipes completas de saúde da família, incluindo as equipes do NASF, foi um resultado exitoso identificado, principalmente, considerando que os pagamentos foram direcionados para profissionais não médicos em sua maioria. Os recursos também foram direcionados para investimentos em equipamentos, educação permanente e reforma de unidades. Essa iniciativa melhorou o acesso e a qualidade da atenção básica, alcançando seus objetivos.

O padrão no modo de aplicação do recurso do PMAQ é observado tanto na análise abrangente quanto na regional, principalmente, no estado da Paraíba com o maior percentual aplicado e periodicidades de pagamento mensal. A faixa de percentual de 41% a 60% do valor total recebido pelo município destacou-se como critério de repasse às equipes. O recurso foi direcionado também para a aquisição de equipamentos, a realização de obras nas UBS e para a educação permanente revelou-se com os maiores investimentos para além do pagamento por desempenho as equipes.

Além disso, considerar fatores socioeconômicos e demográficos é importante para compreender a forma de distribuição do recurso do programa nos territórios diversos no que tange ao tamanho do incentivo, aos profissionais incentivados e à frequência do pagamento.

Este estudo foi apoiado por literatura científica e é importante mencionar que os estudos que avaliam a gestão acerca da utilização do recurso do PMAQ-AB ainda são incipientes, principalmente, em relação ao terceiro ciclo, o que se constituiu como limitação para a pesquisa. Os estudos mais recentes concentram-se na análise dos indicadores do programa em busca de subsidiar o campo das práticas assistenciais pelas equipes de saúde da família.

Por fim, é possível concluir que a transferência de recursos do PMAQ, por meio de remuneração por desempenho, formação profissional e melhorias nas estruturas de trabalho, promoveu maior acesso e qualidade na atenção básica. No entanto, essa abordagem também levanta questões relevantes sobre a aplicação de incentivos financeiros às equipes de saúde, indicando a necessidade de estudos adicionais para aprofundar o conhecimento nessa temática.

## REFERÊNCIAS

ALSHAMSAN, R.; MAJEED, A.; ASHWORTH, M.; CAR, J.; MILLETT, C. Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. **J Health Serv Res Policy**, v. 15, n. 3, p. 178-84, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20555042/>. Acesso em: 7 maio 2022.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. Atlas Secundário do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/> Acesso em: 7 maio 2022.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497-1514, maio 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HF68KSrcL6TcjyDbxhjXd4m/?lang=pt#>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BINYARUKA, P.; ROBBERSTAD, B.; TORSVIK, G.; BORGHI, J. O pagamento por desempenho aumenta as desigualdades de desempenho entre os provedores de saúde? Um estudo de caso da Tanzânia. **Política e Planejamento de Saúde** 2018, v. 33, n. 9, p. 1026–1036, nov. 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/9/1026/5151301>. Acesso em: 29 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 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. Brasília, DF: MS, 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html). Acesso em: 1 maio 2021.

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**. Brasília, DF: MS, 2011b. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2022.

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, DF: MS, 2013. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_metodologica\\_pmaq.pdf](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, DF, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](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. Portaria nº 1658, de 12 de setembro de 2016. Homologa a contratualização/recontratualização dos municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) [Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 set. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=13/09/2016&pagina=41>. Acesso em: 4 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília: MS, 2017. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf). Acesso em: 13 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019. Define os municípios e valores mensais referentes à certificação das equipes da atenção básica e os NASF participantes do 3º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 maio 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria874\\_10052019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/portaria874_10052019.pdf). Acesso em 4 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br> Acesso em: 29 maio 2022.

CARVALHO, M. F.; ANDRADE, C. S. A institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica em municípios do nordeste brasileiro. **Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, p. 51-61, 2021b. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1p51-61>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CARVALHO, M. F.; ANDRADE, C. S. Pagamentos por desempenho na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 24, n. 2, p. 296-310, nov. 2021a. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/25789>. Acesso em: 23 mar. 2022

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; SOUZA, N. K. V. M.; ROCHA, R.; MACINKO, J.; HONE, T.; TASCA, R.; GIOVANELLA, L.; MALIK, A. M.; WERNECK, H.; FACHINI, L. A.; ATUN, R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet.**, v. 27, n. 394, p. 345-356, jul. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31303318/>. Acesso em: 3 mar. 2022.

CHIMARA, M. B; SILVA, E.; PAIN C.; STOROPOLI, J. E. 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, p. 174-97, jul./dez, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/12707>. Acesso em: 30 maio 2022.

CONASEMS. Portaria de homologação das equipes participantes do 3º Ciclo do PMAQ é publicada. **Página CONASEMS**, 20 out. 2016. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/portaria-de-homologacao-das-equipes-participantes-do-3-ciclo-do-pmaq-e-publicada/>. Acesso em: 8 maio 2022.

EIJKENAAR, F.; EMMERT, M.; SCHEPPACH, M.; SCHÖFFSKI, O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews, **Health Policy**, v. 110, n. 2–3, pp. 115-130, maio 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013000183>. Acesso em: 21 fev. 2022.

FARDOUSI, N.; SILVA, E. N.; KOVACS, R.; BORGHI, J.; BARRETO, J. O. M.; KRISTENSEN, S. R.; SAMPAIO, J.; SHIMIZU, H. E.; GOMES, L. B.; RUSSO, L. X.; GURGEL, G. D.; POWELL-JACKSON, T. 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, e1004033, jul. 2022. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004033. Acesso em: 7 set. 2022.

GURGEL, G. D.; KRISTENSEN, S. R.; SILVA, E. N.; GOMES, L. B.; BARRETO, J. O. M.; KOVACS, R. J.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, A. N. A.; FARDOUSI, N.; BORGHI, J.; POWELL-JACKSON, T. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: A comparison with England's Quality Outcomes Framework and lessons for the future, **Health Policy**, v. 128, p. 62-68, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.11.004>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851022002858>. Acesso em: 10 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Secundária. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 29 maio 2022.

KOVACS, R. J.; POWELL-JACKSON, T.; KRISTENSEN, S. R.; SINGH, N.; BORGHI, I. J. How are pay-for-performance schemes in healthcare designed in low- and middle-income countries? Typology and systematic literature review. **BMC Health Serv Res.**, v. 20, n. 1, p. 291, abr. 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05075-y.

KOVACS, R.; BARRETO, J. O. M.; SILVA, E. N.; BORGHI, J.; KRISTENSEN, S. R.; COSTA, D. R. T.; GOMES, L. B.; GURGEL JUNIOR, G. D. G.; SAMPAIO, J.; JACKSON, T.P. 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. 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.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. 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**, v. 40, n. 2, p. 4-11, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28252498/>. Acesso em: 30 maio 2022.

MASON, T.; LAU, Y.S.; SUTTON, M. A distribuição da qualidade dos cuidados prestados sob pagamento por desempenho é equitativa? Evidência do programa Advancing Quality na Inglaterra. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 156, set. 2016. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0434-5#citeas>. Acesso em: 24 maio 2022.

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, mar./abr. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1181-1188/#>. Acesso em: 8 jun. 2022

MEDEIROS, O. L.; BARRETO, J. O. M.; HARRIS, M.; RUSSO, L. X.; SILVA, E. N. Delivering maternal and childcare at primary healthcare level: The role of PMAQ as a pay for performance strategy in Brazil. **PLoS One**, v. 15, n. 10, out. 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0240631>. Acesso em: 28 abr. 2022.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em: [http://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_2001.pdf](http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo_2001.pdf). Acesso em: 7 abr. 2022.

OGUNDEJI, Y. K.; BLAN, 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. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.09.002. Acesso em: 24 maio 2023.

OXMAN, A.D.; FRETHEIM, A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. **J. Evid Based Med**, v. 2, n. 2, p. 70-83, maio 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21348993/>. Acesso em: 23 jun. 2022.

PIETER, V. H. P.; DELPHINE, D. S.; REMMEN, A. L.; ROY, R.R; MEREDITH, R. B.; WALTER, S. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC Health Serv Res.**, v. 10, p. 247, aug. 2010. DOI: 10.1186/1472-6963-10-247.

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. Ministério da Saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. esp., p. 358-372, out 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FKXrGzJ7mBwgh78MrLtpN8v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2022.

RODRIGUES, A. W. D.; MELLO, E. C. A.; CANDEIA, R. M. S.; SILVA, G.; GOMES, L. B.; SAMPAIO, J. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, p. 1060-1074, out./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5k7j7LFFtvFG7qw6wb3TzG/?lang=pt#>. Acesso em: 8 mai. 2022.

RUSSO, L. X.; JACKSON, T. P.; BARRETO, J. O. M; BORGHI, J.; KOVACS, R.; GURGEL, J. G. D.; GOMES, L. B.; SAMPAIO, J.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, A.; BEZERRA, A. F. B.; STEIN, A. T.; SILVA, E. N. 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**, v. 6, n. 7, jul. 2021. Disponível em: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc8273460#impact>. Acesso em: 16 mar. 2022.

- SCOTT, A.; SIVEY, P.; AIT OUAKRIM, D.; WILLENBERG, L.; NACCARELLA, L.; FURLER, J.; YOUNG, D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 9, CD008451, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD008451.pub2. Acesso em: 23 jan. 2023.
- SHEA, B. J.; REEVES, B.C.; WELLS, G.; THUKU, M.; HAMEL, C.; MORAN, J.; MOHER, D.; TUGWELL, P.; WELCH, V.; KRISTJANSSON, E.; HENRY, D. A. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. **BMJ**, v. 358, j4008, 2017. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- SINGH, N. S.; KOVACS, R. J.; CASSIDY, R.; KRISTENSEN, S. R.; BORGHI, J.; BROWN, G. W. A realist review to assess for whom, under what conditions and how pay for performance programmes work in low- and middle-income countries. **Soc Sci Med.**, v. 270, p. 113624, fev. 2021. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113624
- TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL. Tribunal Eleitoral Superior Secundária 2022. [http://www.tse.jus.br/hotsites/estatistica2008/est\\_result/resultadoEleicao.htm](http://www.tse.jus.br/hotsites/estatistica2008/est_result/resultadoEleicao.htm)
- VAN HERCK, P.; DE SMEDT, D.; ANNEMANS, L.; REMMEN, R.; ROSENTHAL, M. B.; SERMEUS, W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. **BMC Health Serv Res.**, v. 10, p. 247, Aug 2010. DOI: 10.1186/1472-6963-10-247. Acesso em: 16 mar. 2022.
- YUAN, B. He. L.; MENG, Q. J. L. Payment methods for outpatient care facilities. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 3, p. CD011153, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011153.pub2
- ZENG, W.; CROS, M.; WRIGHT, K.D.; SHEPARD, D. S. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. **Health Policy Plan.**, v. 28, n. 6, p. 596-605, out. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23107831/>. Acesso em: 23 abr. 2022.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Projeto de Pesquisa – EquiPMAQ

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Prezado (a) Senhor (a), A presente pesquisa objetiva analisar as diferentes modalidades de aplicação dos incentivos financeiros do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a percepção dos atores sobre o Programa. Solicitamos a sua colaboração para responder este questionário. Para responder as perguntas, você pode buscar informações com sua equipe técnica, caso seja necessário. Informamos ainda que você pode iniciar o questionário, parar e retornar a responder em outro momento, caso precise buscar informações adicionais com sua equipe. Garantimos o sigilo absoluto de seu nome. Os dados provenientes deste questionário serão analisados de forma agregada, não permitindo de forma alguma a identificação da equipe de saúde e de seu município. Respeitamos o seu direito de não responder a quaisquer questões ou de desistir de participar da pesquisa, sem nenhum dano ou constrangimento. Esclarecemos ainda, que sua participação não terá nenhuma remuneração e implicação na Avaliação do PMAQ-AB. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer informação que considere necessária em qualquer etapa da pesquisa. Não hesite em nos contatar pelo e-mail da Profa. Juliana Sampaio [julianasmp@hotmail.com](mailto:julianasmp@hotmail.com).

**\* 1. Ao selecionar a opção ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA, você estará confirmando ter sido informado (a) dos termos acima citados e consentindo em participar da pesquisa. Aceito participar da pesquisa.**

Aceito participar da pesquisa.

Não aceito participar da pesquisa.

**\* 2. QUAL SEU ESTADO?**

**\* 3. Selecione o município do seu Estado:**

### IDENTIFICAÇÃO / CICLOS

**4. Qual seu vínculo funcional?**

Secretário de saúde

Coordenador ou membro da equipe de coordenação da Atenção Básica

Não sei/Não quero responder

Outro (especifique)

**5.O senhor pode informar seu contato?**

Sim

Não

**6. Informe seu contato?**

Endereço de e-mail

Número de telefone

**7. Em qual ou quais ciclos do Programa o seu município recebeu o incentivo (recurso)?**

1° Ciclo

2° Ciclo

3° Ciclo

1° e 2° Ciclos

1° e 3° Ciclos

2° e 3° Ciclos

1°, 2° e 3° Ciclos

**8. Considerando o 1° ciclo do PMAQ-AB, a gestão municipal de saúde aplicou recursos do programa para pagamento por desempenho para os profissionais de saúde das equipes de atenção básica participantes?**

Sim

Não

**Bloco 1 - Questões relacionadas ao pagamento das equipes da atenção básica como forma de incentivo financeiro**

**9. Aproximadamente, qual a porcentagem do recurso total do PMAQ-AB recebido pelo município foi utilizado para repasse as equipes da Atenção Básica em Saúde?**

1% - 20%

21% - 40%

41% - 60%

61% - 80%

81% - 100%

**10. Quais foram os critérios usados para definir o valor dos recursos repassados para as equipes de atenção básica?**

Resultado da Certificação do PMAQ-AB realizada pelo Ministério da Saúde

Alcance de metas estipuladas pelo município

Especificidades das unidades básicas de saúde (área de vulnerabilidade, condições críticas de infraestrutura etc.)

Não houve distinção entre as equipes (todas receberam o mesmo valor)

Outros critérios não mencionados anteriormente

Não Sei/Não quero responder

**11. Quem recebeu o recurso do PMAQ-AB como forma de incentivo financeiro? (Pode marcar mais de uma, inclusive todas as opções)**

Médico

Enfermeiro

Dentista

Técnico de Enfermagem

Auxiliar ou Técnico em Saúde Bucal

Agente Comunitário de Saúde

Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Pessoal de apoio / gerente

**12. Qual a periodicidade em que os recursos do PMAQ-AB foram repassados?**

Mensal

Bimestral

Trimestral

Quadrimestral

Semestral Anual

Sem periodicidade definida

Não Sei/Não quero responder

**Bloco 2 - Questões relacionadas ao uso do recurso financeiro do PMAQ para aprimoramento da unidade de atenção básica ou outras finalidades**

**\* 13. Para que outras finalidades os recursos do PMAQ-AB foram utilizados? (assinale quantos forem necessários)**

Remuneração fixa de profissionais da equipe de saúde da família

Gratificação de função/cargo comissionado

Reformas / adequações das unidades básicas de saúde

Aquisição de equipamentos para as unidades básicas de saúde

Aquisição de insumos, inclusive medicamentos, para as unidades básicas de saúde

Realização de atividades de educação permanente / capacitação

Atividades de suporte à melhoria dos processos de gestão (ex.: reuniões periódicas de monitoramento e avaliação)

Não Sei/Não quero responder

Outro (especifique)

**Bloco 3 - Percepção sobre a adequação da forma de avaliação do PMAQ-AB**

**Indique o quanto você está de acordo com a seguinte afirmação:**

**14. O instrumento de avaliação do PMAQ-AB, foi adequado para avaliar a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.**

Discordo fortemente

Discordo

Nem concordo nem discordo

Concordo

Concordo fortemente

**16. Ao longo do programa, a forma de avaliação do PMAQ-AB sofreu algumas modificações, as quais foram importantes para o melhoramento do processo de avaliação as equipes de saúde.**

Discordo fortemente

Discordo

Nem concordo nem discordo

Concordo

Concordo fortemente

**Especificamente sobre a avaliação externa do PMAQ-AB:**

**17. 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.**

Discordo fortemente

Discordo

Nem concordo nem discordo

Concordo

Concordo fortemente

**Especificamente sobre a implementação de processos autoavaliativos:**

**18. 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.**

Discordo fortemente

Discordo

Nem concordo nem discordo

Concordo

Concordo fortemente

**Especificamente sobre a avaliação dos indicadores contratualizados (envio de dados para a base nacional do e-SUS/SISAB):**

**19. 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.**

Discordo fortemente

Discordo

Nem concordo nem discordo

Concordo

Concordo fortemente

**20. Caso queira deixar algum comentário sobre quais modificações deveriam ser implementadas na avaliação do PMAQ-AB, use o espaço abaixo.**

---

**\* 21. Selecione três indicadores de saúde listados abaixo que você julga ser mais importante para representar o desempenho das equipes de saúde do seu município. Os indicadores foram extraídos da Resolução CIT n. 8 que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde.**

- ✓ Taxa de mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) por doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
- ✓ Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10- valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) – com cobertura vacinal preconizada
- ✓ Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação
- ✓ Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
- ✓ Número de casos autóctones de malária
- ✓ Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
- ✓ Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
- ✓ Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
- ✓ Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
- ✓ Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
- ✓ Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos

- ✓ Taxa de mortalidade infantil
- ✓ Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
- ✓ Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
- ✓ Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
- ✓ Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica
- ✓ Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
- ✓ Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue
- ✓ Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho
- ✓ Outro (especifique)