



ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1.3015g633

A institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica em municípios do nordeste brasileiro

The institutionalization of payment for performance in primary care in municipalities in northeastern Brazil

Mailson Fontes de Carvalho

Doutor em Enfermagem e Saúde (UESB). Docente da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

E-mail: mailsoncarvalho@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0003-0110-7136

Cristina Setenta Andrade

Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB).

E-mail: cristina70@uol.com.br

ORCID: 0000-0002-6640-6965

Resumo

O pagamento por desempenho destaca-se como uma das estratégias mais utilizadas em programas de melhoria de desempenho dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, objetivou-se analisar a institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica e sua correlação com a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Foram analisados trinta e sete documentos normativos do programa e a legislação local, entre portarias, leis, decretos e manuais. A partir da análise documental identificou-se no Programa características comuns aos programas pagamento por desempenho, e elevada amplitude de adoção em municípios da região investigada, que se utilizam figurada avaliação de desempenho coletivo (equipe) e de critérios de avaliação individual próprios como fundamentos para a determinação do tamanho dos incentivos financeiros. Dada sua elevada utilização, constata-se que o programa figura como ferramenta potencial para a incorporação da estratégia de pagamentos por desempenho, reforçando fortemente seu aspecto financeiro em detrimento aos aspectos de melhoria da qualidade dos serviços.

Palavras-chave: Qualidade; Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Planos para motivação de pessoal; Recursos financeiros em saúde; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Pay-for-performance stands out as one of the most used strategies in health service performance improvement programs. The objective this study was to analyze the institutionalization of pay-for-performance in primary care and its correlation with the implementation of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care. Thirty-seven normative documents of the program and local legislation were analyzed, including ordinances, laws, decrees and manuals. Based on the documentary analysis, identified characteristics common to the pay-for-performance programs, and

a wide range of adoption in municipalities in the investigated region, which use figurative collective performance assessment and their own individual assessment criteria as the basis for determining the size of financial incentives. Given its high utilization, it appears that the program appears as a potential tool for the incorporation of the performance-based payments strategy, strongly reinforcing its financial aspect to the detriment of the aspects of improving the quality of services.

Keywords: Quality, Access and Evaluation of Health Care. Plans for staff motivation. Financial resources in health. Primary Health Care.

Introdução

O pagamento por desempenho tem se tornado estratégia amplamente utilizada em sistemas de saúde em diversos países no intuito de promover mudanças comportamentais nos provedores de cuidados em saúde de forma a alcançar melhores resultados em aspectos clínicos (individuais e coletivos) e organizacionais (eficiência e qualidade) dos serviços de saúde.

Não há consenso sobre a definição do termo pagamento por desempenho, estando comumente está associado a outros, como remuneração variável, pagamento por performance (*pay-for-performance* – P4P), incentivos financeiros associados ao desempenho profissional ou mesmo pagamento por resultado. Dada a polissemia, adotamos a definição dada por Cashin et.al¹, que o conceitua como adaptação de métodos de pagamento de provedores para a inclusão de incentivos e métricas específicas para promover a busca da qualidade e outros objetivos de desempenho do sistema de saúde.

No setor saúde o pagamento por desempenho pode ocorrer de diferentes formas, geralmente vinculados a aspectos chave do desempenho como acesso, qualidade e eficiência dos serviços prioritários. É possível identificar experiências de pagamento pela produção de determinados procedimentos, pelo uso de indicadores de processo e de resultados clínicos ou de acompanhamento de grupos específicos e ainda pela realização de ações intermediárias e/ou organizacionais².

Apesar de amplamente utilizada, ainda são frágeis as evidências sobre a efetividade do P4P nos serviços e sistemas de saúde, especialmente nos serviços de atenção primária à saúde. Frente a diferentes modelos conceituais, objetivos e formas utilizadas, muitas contradições circundam a adoção de P4P para melhorar padrões de qualidade nos serviços de saúde³. Ainda assim, a implantação de um sistema de incentivos financeiros fornecidos aos municípios mediante uma avaliação de desempenho foi a estratégia adotada pelo governo federal para indução da ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica, através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), inicialmente voltado às Equipes de Saúde da Família (eSF) e posteriormente ampliado às demais equipes de atenção básica (CEO, NASF, Equipes parametrizadas).

O regimento do PMAQ-AB foi dado inicialmente pela Portaria GM/MS nº. 1.645/2011, que o instituiu como tática de qualificação dos serviços na perspectiva da gestão por resultados. Dado seu movimento cíclico e modificações ocorridas no seu processo de implementação, posteriormente foi adaptado através da publicação da Portaria GM/MS nº. 1.645/2015.

Não há *design* ideal de programas de baseados em P4P que atenda às necessidades peculiares de cada contextos de implementação, mas torna-se importante explorar os diferentes aspectos destas intervenções, de forma a identificar ganhos potenciais e aplicabilidade, além de prevenir e controlar riscos e efeitos indesejados, sobretudo no tocante à busca de evidências sobre resultados

alcançados pela estratégia implementada⁴.

Cabe às autoridades e pesquisadores de políticas públicas elucidar efeitos e impactos da estratégia P4P ligada ao PMAQ-AB, intencionais e/ou não, elucidando os aspectos relacionados à destinação e utilização dos incentivos financeiros nos diversos municípios, visto que pouco se sabe sobre quão difundida está essa prática, que características assume, a quem se destina, qual o tamanho dos incentivos e qual a relação entre incentivos e resultados alcançados em níveis organizacionais e assistenciais^{5,6}. Nesta perspectiva, analisamos a utilização dos recursos do PMAQ-AB para pagamento de recompensas financeiras a profissionais de saúde em municípios do Piauí, Brasil.

Aspectos metodológicos

Trata-se de estudo de caráter descritivo-analítico, do tipo análise documental, na qual foram examinados documentos relacionados ao PMAQ-AB e ao pagamento por desempenho em municípios de uma região de saúde do Piauí, Brasil.

Foram coletados documentos no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e no Diário Oficial dos Municípios do Piauí (DOM-PI), no período de julho/2018 a julho/2019, através da identificação inicial de fontes e a seleção dos documentos, buscando por normativas regulamentadoras (Leis, Decretos, Portarias, etc.) acerca do PMAQ-AB e do pagamento de incentivos financeiros associados ao desempenho (gratificações, recompensas, bônus, produtividade) nos municípios.

Os documentos municipais foram identificados através do preenchimento de formulário eletrônico encaminhado às Secretarias Municipais de Saúde, contendo questões acerca do pagamento de incentivos financeiros associado ao desempenho e existência de regulamentação legal deste. Após a sinalização da existência de normativa vigente, buscou-se a versão dos documentos publicada em diário oficial, a fim de qualificar e posteriormente catalogar publicações para análise.

Após a identificação e qualificação, realizou-se a primeira leitura do material, realizada por dois pesquisadores, a fim de apropriar-se dos conteúdos presentes, deixando-se invadir por impressões iniciais e orientações advindas destes. Após a leitura inicial foram incluídas na análise 37 documentos, entre portarias e manuais de regulamentação do PMAQ-AB, e as leis, decretos e portarias municipais de regulamentação do pagamento de incentivos financeiros aos profissionais de saúde.

Sob a perspectiva da análise de conteúdo temática, procedeu-se à leitura aprofundada do material, permitindo o agrupamento de recortes e ideias presentes nos textos identificando dimensões emergentes, a saber: o PMAQ-AB como estratégia de P4P; institucionalização de P4P nos municípios; recompensas, punições e barganha. Cada unidade temática foi analisada criticamente frente às perspectivas e nuances do contexto na qual se inserem e das políticas públicas à qual se relacionam.

Destaque-se que o estudo integra a pesquisa 'Análise da implantação do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí', aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), parecer consubstanciado n°. 2.746.788.

Resultados e discussão

O PMAQ-AB como estratégia de P4P

A modelagem inicial adotada pelo PMAQ-AB incluiu uma complexa avaliação do desempenho das equipes participantes e a criação de um incentivo financeiro destinado aos municípios participantes, denominado “componente de qualidade do piso da atenção básica (PAB) variável”. Assim, logo após a adesão e contratualização, ocorria a destinação de um percentual (20%) do valor total do componente de qualidade, reajustado de acordo com o resultado do processo de certificação das equipes.

O processo de certificação foi o sistema de base adotado para a determinação do aporte de recursos, partindo da avaliação do desempenho para classificar as equipes de acordo com fatores de enquadramento e comparação entre elas. Desta forma, o montante de recursos financeiros por equipe era escalonado inicialmente em cinco e atualmente em seis níveis, desde o não recebimento até o recebimento de 100% do valor do componente de qualidade. A diferença entre os níveis da certificação é dinâmica e diretamente relacionada à avaliação qualitativa e quantitativa, sendo incremental para todos os níveis, de forma a proporcionar uma melhor relação entre o esforço e o grau de mudança de nível⁷.

Dados do DAB/MS apontam que foram utilizados mais de R\$ 770 milhões de reais no primeiro ciclo (2011/2012) e cerca de 4 bilhões no segundo ciclo (2013/2014) do Programa⁵. Já em seu terceiro e último ciclo, frente ao crescimento do total de recursos investidos e a dificuldade de previsibilidade orçamentária devido a variação dos resultados, o governo federal instituiu uma nova metodologia para determinação de valores do componente de qualidade, que deixa de ser fixo e passa a variar conforme um fator de desempenho, atribuído a partir do orçamento global destinado ao Programa e de acordo com a proporcionalidade dos resultados alcançados pelas equipes⁸. Essa questão garante planejamento orçamentário ao governo, mas pode ter provocado desmotivação nas equipes participantes devido às incertezas e obscuridade inicial de valores.

Apesar de diretamente relacionado aos resultados de equipes, os recursos do Programa são repassados fundo a fundo, direcionando-se aos municípios. Ao optar por não realizar pagamentos diretos a equipes e/ou profissionais, o governo federal fortalece a autonomia dos entes federativos no contexto do SUS, ao tempo que incentiva os municípios à cultura de negociação e contratualização entre gestão e trabalhadores, esta última, uma das sete diretrizes norteadoras do PMAQ-AB.

Programas de P4P costumam apresentar características comuns entre si, sobretudo relacionadas aos aspectos de desempenho medidos, definição de bases para recompensas, natureza das recompensas e/ou punições e a verificação e divulgação dos resultados¹. O PMAQ-AB, embora apresente características peculiares quando comparado a outras experiências internacionais, dada a sua complexidade e magnitude em termos de quantitativo de equipes, profissionais e de recursos financeiros, figura como maior Programa de remuneração por desempenho na atenção primária do mundo^{5,6,9}.

O *design* utilizado propôs o pagamento de incentivos aos municípios de acordo com o desempenho de equipes, considerando aspectos como: compromisso entre os atores; estímulo às práticas gerenciais pelas equipes de atenção básica e avaliação destas em diversas dimensões. Destaque-se que é o desempenho que determina o percentual de recursos recebidos pelo município através do componente de qualidade, utilizados para subsidiar a melhoria dos padrões de qualidade, sejam eles organizacionais, assistenciais ou clínico-epidemiológicos da população-alvo¹⁰. Aproxima-se mais a uma estratégia de pagamento por desempenho que de avaliação de desempenho profissional em si¹¹.

A normativa oficial trata apenas da transferência de recursos aos municípios, eximindo-se de legislar sobre recompensas direcionadas aos profissionais ou equipes especificamente. É possível constatar a indução à contratualização de compromissos mútuos entre equipes e gestores das três esferas de governo, cabendo a gestão municipal a aplicação dos recursos em ações que promovam a qualificação da atenção básica¹². Observada a legislação vigente, os gestores deveriam utilizar os recursos recebidos em ações vinculadas ao alcance dos objetivos do programa, entre as quais poderiam incluir o pagamento de incentivos financeiros aos profissionais e/ou às equipes¹³.

Há aqui uma questão complexa a detalhar. Diante da flexibilidade de utilização dos recursos coube aos gestores decidir optar por investir em equipes que já estavam executando os serviços de forma satisfatória, de forma a induzi-las a níveis de qualidade mais elevados, ou alternativamente, investir em equipes de resultado inferior, de forma a elevá-las a melhores níveis na escala de qualidade⁵.

Nos municípios que possuíam normativa instituída o resultado da certificação de equipes foi o padrão utilizado para determinação dos valores a serem pagos aos profissionais. Os documentos analisados apresentavam vinculação de percentuais do incentivo recebido pelo município ao pagamento de gratificações, bônus, recompensas ou prêmios aos profissionais de equipes contratualizadas. Dos 29 documentos municipais analisados, 18 (67%) fixavam o percentual em 50%, 7 (26%) acima de 50% e 2 (7%) abaixo de 50%. Destaque-se que duas legislações não apresentavam percentual determinado, deixando subentendido a atribuição de valores conforme conveniência do gestor ou pactuação entre gestão e profissionais.

Cabe destacar que a certificação busca refletir o esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, considerando três aspectos: realização de momento autoavaliativo, monitoramento de indicadores contratualizados e avaliação externa do desempenho das equipes. Segundo Pinto, Sousa e Ferla¹³, estes processos refletem padrões de naturezas distintas: na autoavaliação, são abrangentes e comportam razoável grau de indeterminação e subjetividade; no monitoramento, são quantitativos e baseados em dados dos sistemas de informação em saúde; na avaliação externa ocorre uma combinação de padrões qualitativos e quantitativos, articulando instrumentos observação direta sobre o funcionamento da UBS e entrevistas com profissionais e usuários dos serviços.

Resultados de indicadores intermediários, índices de complicações evitáveis, cobertura e eficiência dos serviços e a experiência de usuários são aspectos de desempenho comumente utilizados em programas P4P, especialmente quando ancorados no paradigma donabediano de avaliação da qualidade através da tríade estrutura, processo e resultado¹.

No PMAQ-AB os indicadores estiveram voltados ao desempenho de equipe que, também reflete empenho individual dos profissionais. No primeiro ciclo foram adotados 47 indicadores, entre sete áreas estratégicas (saúde da mulher, saúde da criança, controle do *Diabetes mellitus* e da hipertensão arterial sistêmica, tuberculose e hanseníase, saúde bucal, saúde mental e produção geral). Já no terceiro ciclo, a pactuação foi reduzida a apenas 11 indicadores, agrupados em torno de temas como 'acesso e continuidade do cuidado', 'coordenação do cuidado', 'resolutividade da equipe' e 'abrangência da oferta de serviços'.

As medidas de desempenho ganham maior credibilidade quando refletem consenso dos interesses de todos os envolvidos (usuários, profissionais e gestores) sobre qual deve ser o padrão e como ele deve ser mensurado. Diante da complexidade e dos inúmeros aspectos possíveis para avaliar o desempenho através de indicadores, a busca pela simplificação e clarificação dos indicadores utilizados em programas P4P pode induzir à distorções no alcance dos objetivos¹, especialmente em

programas de amplitude elevada, como o PMAQ-AB, possibilitando a ocorrência de direcionamento do foco sobre ações com desempenho recompensado.

Apesar dos avanços na institucionalização da avaliação no SUS, são imprescindíveis esforços para proporcionar ferramentas de monitoramento e avaliação que priorizem menos indicadores intermediários e indiretos de gestão e focalizem em resultados da assistência e do cuidado prestado¹¹. Estratégias de racionalização que, por vezes, se confrontam com os princípios do sistema e nem sempre se adaptam ao modelo de atenção primária brasileiro.

Pertinente destacar que alguns municípios criaram mecanismos de fragmentação das recompensas pela utilização de indicadores próprios, adicionais à certificação do Programa, geralmente organizacionais e de produtividade assistencial por categoria profissional. É a individualização da recompensa alcançada pela equipe, onde institui-se uma avaliação de desempenho individual que considera também parâmetros de produtividade, trabalho em equipe, comprometimento com o trabalho, cumprimento de normas de procedimento e condutas e conhecimento técnico.

A ampliação da remuneração dos trabalhadores diretamente relacionada a apresentação de determinados comportamentos, processos e resultados pode ter interferência de inúmeros fatores institucionais, comportamentais e/ou sistemáticos, podendo levar a consequências indesejadas, que podem prejudicar os objetivos do próprio sistema de saúde ao qual se vincula¹.

Mas a individualização do P4P pode também colaborar para a modificação de práticas culturalmente enraizadas no serviço público^{14,15}, sendo incremental ao alcance de objetivos e metas mais amplas, não somente programáticos, mas institucionais.

A institucionalização do P4P nos municípios

Os resultados da própria avaliação do PMAQ-AB apontam para a utilização de pagamento por desempenho nos municípios, porém o instrumento aplicado não possibilita análises mais aprofundadas sobre características e critérios que embasam os possíveis mecanismos implantados.

Dos 42 municípios agregados na região analisada, 41 (97%) possuíam adesão ao PMAQ-AB no terceiro ciclo, dos quais 39 (95%) realizavam pagamento de recompensas financeiros aos profissionais de equipes contratualizadas ao PMAQ-AB, sob denominações diversas: incentivo, bônus, prêmio, gratificação por produtividade, gratificação por desempenho, incentivo por desempenho, entre outras.

Considerando que a atenção básica no Brasil é gerenciada diretamente pelas secretarias municipais de saúde ou por meio de organizações sociais e fundações estatais, e frente ao subfinanciamento de um sistema de saúde universal, o acréscimo de recursos financeiros na remuneração dos trabalhadores pode se tornar um importante (ou único) estímulo ao desenvolvimento de atividades que o vínculo laboral tradicional não daria conta².

O pagamento de incentivos vinculados ao desempenho tornou-se tática amplamente utilizada na busca pela qualidade e eficiência dos serviços e para o alcance de metas e objetivos clínicos e/ou organizacionais. Porém, evidências apontam que o P4P não deva ser utilizado isoladamente, mas associar-se a outras táticas como educação continuada, definição de protocolos e gestão de casos, de forma a fomentar o alcance dos resultados esperados numa perspectiva ampliada¹⁶.

As normativas analisadas ratificam a institucionalização do P4P no contexto da atenção básica e demonstram que sua prática está amplamente difundida na região. Destaque-se que as legislações

deixam evidente a vinculação dos incentivos aos recursos oriundos do PMAQ-AB, mencionando sua normativa regulamentadora e por vezes até reafirmando seus objetivos e diretrizes. Portanto, não se trata de iniciativas próprias de cada município ou de estratégias isoladas, de intencionalidade diversa, mas de uma prática indissociavelmente relacionada ao PMAQ-AB.

O financiamento e a descrição de recursos ocupam lugar destacado nas normas ministeriais relacionadas à atenção básica, refletindo a utilização do financiamento como instrumento de controle (velado) do governo federal sobre os municípios, que submetem-se ao cumprimento de critérios pré-determinados para o recebimento de recursos¹⁷. Porém, não há recomendação expressa em normativas sobre a necessidade de criação de regulamentos para a utilização dos recursos do programa, apesar de o DAB/MS, por meio de seu sítio eletrônico, sugerir a criação de instrumentos legais nos municípios para atribuir segurança jurídico-legal ao pagamento dos incentivos.

Dessa forma, dos 42 municípios analisados, 29 apresentavam algum dispositivo legal oficializado, entre decretos e leis, 12 realizavam pagamentos mesmo sem algum instrumento normatizador oficial, utilizando como base pactuações entre gestores e profissionais, geralmente ratificadas pelo Conselho Municipal de Saúde.

Curioso observar que em um dos municípios identificou-se a presença do regulamento, porém sem execução prática, reforçando a fragilidade das instituições locais na exequibilidade de normativas ora instituídas. Por vezes, os municípios propõem-se à execução de políticas públicas sem possuir os meios (ideológicos, técnicos ou operacionais) de implementá-las, criando imbrólios frente a Lei de Responsabilidade Fiscal e às normas gerais da administração pública brasileira, que muito burocratizam a gestão.

Ressalta-se que o sistema de saúde brasileiro possui comando único em cada esfera de governo, cabendo ao Ministério da Saúde promover a organização da atenção em todo o território nacional por meio de normativas das políticas de saúde. No entanto, a regulamentação uniforme destas, apesar de necessária, não favorece sua implantação em um território tão extenso e de realidades tão díspares, visto que contextos e processos locais específicos possuem influência direta no alcance de seus resultados¹⁷.

Recompensas, punições e barganha

Em que pese a vinculação aos recursos do PMAQ-AB, algumas peculiaridades presentes nos regulamentos municipais merecem atenção, especialmente no tocante à divisão do recurso destinado ao pagamento das recompensas e às penalidades expressas nos documentos.

De modo geral, os regramentos analisados ressaltam o caráter excepcional das recompensas pagas aos profissionais, expressando sua natureza indenizatória, desvinculada dos vencimentos e salários, ainda que ratificada a regularidade mensal de seus pagamentos. Em sua maioria, as recompensas destinam-se aos profissionais integrantes das equipes mínimas de saúde da família (enfermeiros, médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliares de saúde bucal). No entanto, alguns casos incluem também profissionais de apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tais como recepcionistas, auxiliares de serviços gerais e digitadores, profissionais da vigilância em saúde, como agentes de combate de endemias (ACE) e até mesmo ocupantes de cargos de gestão, como coordenadores de atenção básica, responsáveis de equipes e apoiadores institucionais.

Em alguns municípios identificou-se a ausência do profissional médico do rol de beneficiários ou

ainda a destinação de percentual irrisório (1%) a esta categoria profissional. Situação inversa ocorre com os enfermeiros, que chegam a receber até 35% do valor total destinado à equipe. Ainda há que se destacar a elevada disparidade entre os valores destinados a profissionais de nível superior e nível médio, como agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, e outros.

É fato que estes desenhos são reflexos de pactuações locais entre trabalhadores e gestão, devidamente provocadas pela própria dinâmica de estímulo à cultura da negociação entre os atores do PMAQ-AB. Todavia, esta análise não se prestou a constatar o conhecimento e autonomia de gestores sobre o gerenciamento dos recursos e suas motivações relacionadas ou não à pressão dos profissionais e/ou do contexto local.

Apesar do trabalho multiprofissional da ESF, a atuação dos médicos na atenção básica encontra nas barreiras históricas da própria consolidação do modelo, as explicações para sua fragilidade. Aspectos relacionados à falta de infraestrutura nas UBS, baixas remunerações, sobrecarga de atendimentos entre demandas espontâneas e ações programáticas, entre outros fatores, tornam a missão do médico da ESF muitas vezes dramática, sobretudo em regiões que possuem frágeis redes de saúde. Assim, é comum seu distanciamento das questões essenciais relacionadas ao planejamento, gestão, educação e promoção da saúde e até mesmo dos processos de trabalho da própria equipe¹⁸.

Não seria diferente no âmbito do PMAQ-AB, onde também há baixo envolvimento dos médicos. No primeiro e segundo ciclo, estes representaram cerca de 6% dos profissionais entrevistados da avaliação externa, demonstrando distanciamento das discussões relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes em que atuam e desinteresse para com o programa, o que pode, em meio a disputas negociais de compensação pelo desempenho, justificar a retirada ou minimização de recompensas relacionadas ao PMAQ-AB¹⁹.

Esta mesma perspectiva pode justificar o elevado percentual direcionado aos enfermeiros, frente ao destacado papel que estes profissionais assumem na ESF, ultrapassando muitas vezes os limites da atuação profissional ligado ao cuidado, agregando as atividades administrativas e gerenciais dos serviços e da assistência²⁰. Ao protagonizarem o cuidado na ESF, estes profissionais envolvem-se em múltiplas ações, desde a atenção relacionada ao cuidado direto em diferentes linhas de intervenção, a mobilização e integração dos profissionais em busca da qualidade do cuidado e até mesmo o exercício de funções gerenciais quando ainda que informalmente assumem a coordenação da equipe ou gerência das unidades²¹.

Desta forma, envolvidos com as políticas de saúde locais e empoderados acerca do processo de trabalho no qual se inserem, é possível que estes profissionais tenham construído movimentos para justificar maiores recompensas pelo trabalho realizado, inclusive com apoio dos demais membros da equipe, haja vista que se utilizado o critério de proporcionalidade salarial, esta categoria certamente teria recompensas de valores inferiores aos médicos.

Os documentos analisados retomam extensivamente aos aspectos organizacionais de funcionamento dos serviços e às atribuições profissionais preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reforçando a utilização do programa para ajustar as práticas cotidianas à suas premissas, tal como o cumprimento da carga-horária de 40 horas pelos profissionais, um dos grandes desafios de gestores em todo o Piauí.

No tocante às penalidades, identificou-se apenas a suspensão do pagamento em razão do alcance de desempenho insatisfatório pelas equipes contratualizadas na certificação. Os documentos, em

sua maioria, detalhavam os condicionantes para a permanência no programa e para o recebimento das recompensas pelos profissionais, tais como manter vínculo ativo, não estando afastado das atividades por quaisquer motivos, como licenças ou férias, garantia de período mínimo de exercício das funções na equipe (vínculos de seis meses a um ano), ausências injustificadas ou descumprimento de tarefas, metas e atividades definidas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Desta forma, é possível constatar a utilização do P4P como mecanismo de barganha, de forma a não somente estimular a melhoria dos resultados, mas trazer à tona o aspecto da contratualização da prestação dos serviços² e de do trabalho prescritivo, aproximando-se do aspecto estratégico na gestão do trabalho em saúde.

Considerações

Frente ao contexto de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde, cabe destacar a importância do PMAQ-AB como fonte incremental de recursos necessários ao pleno funcionamento dos serviços de atenção básica pelos rincões do país, fomentando avanços não somente no financiamento, mas na organização e funcionamento dos serviços de atenção básica, ainda que seus vieses o tenham feito sucumbir em meio a mudanças de governo. Sua associação intrínseca à ampliação do financiamento federal da atenção básica e as modificações organizacionais direta e indiretamente provocadas, são elementos que merecem destaque em análises acerca de sua implantação.

Neste estudo foi possível evidenciar a utilização dos recursos do Programa pelos municípios, reforçando a adoção do pagamento de recompensas aos profissionais participantes, identificando características peculiares de desenho e implementação do Programa nos diversos contextos. De ampla difusão no contexto do PMAQ-AB, o P4P merece ser explorado a fundo, de forma a minimizar riscos colaterais e determinar seus efeitos sobre os resultados esperados.

Cabe ressaltar o enorme desafio de incorporação da cultura de análise de desempenho e de P4P nos municípios diante da limitada capacidade de governança das Secretarias Municipais de Saúde e dos ocupantes dos cargos de gestão. Apesar da liberdade atribuída aos gestores locais para o gerenciamento de recursos visando o alcance dos objetivos propostos, a falta de um direcionamento mais preciso pode ter levado gestores a submeter-se a pressões da classe trabalhadora por melhores remunerações, desvirtuando a proposta inicial do programa pela focalização em seu aspecto financeiro.

Referências

¹ Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, Thomson S. *Paying for Performance in Health Care: Implications for Health System Performance and Accountability*. 1st ed. Open University Press - McGraw-Hill; 2014. doi:10.1787/9789264224568-en

² Poli Neto P, Faoro NT, Prado Júnior JC do, Pisco LAC. Remuneração variável na Atenção Primária à Saúde: relato das experiências de Curitiba e Rio de Janeiro, no Brasil, e de Lisboa, em Portugal. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1377-1388. doi:10.1590/1413-81232015215.02212016

³ Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Cien Saude Colet*. 2015;20(5):1497-1514. doi:10.1590/1413-81232015205.01652014

⁴ Barreto JMO, Dias R. Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde: um overview de revisões sistemáticas. *Comun Ciências e Saúde*. 2016;27(2):119-128.

doi:10.51723/ccs.v27i02.93

⁵ Macinko J, Harris MJ, Rocha 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;40(2 Suppl). doi:10.1097/JAC.000000000000189

⁶ Saddi FC, Peckham S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. *J Ambul Care Manage*. 2017;41(1):25-33. doi:10.1097/JAC.000000000000220

⁷ Pinto H aurélio. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. *Rev Saúde em Redes*. 2018;4(2):191-217.

⁸ Brasil. *Manual Instrutivo Para as Equipes de Atenção Básica e NASF*. Ministério da Saúde; 2017. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf

⁹ Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. *Atenção Básica: Olhares a Partir Do Programa de Melhoria Do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB)*. 1 edição. (Gomes LB, BARBOSA MG, FERLA AA, eds.). Editora Rede Unida; 2016.

¹⁰ Barbosa MG, Zortea AP, Cunha FM da, et al. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: Gomes LB, BARBOSA MG, FERLA AA, eds. *Atenção Básica: Olhares a Partir Do PMAQ*. Rede Unida; 2016:180. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149936/000992889.pdf?sequence=1>

¹¹ Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde em Debate*. 2017;41(spe):118-137. doi:10.1590/0103-11042017s10

¹² Brasil. *Programa Nacional de Melhoria Do Acesso e Qualidade Da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Ministério da Saúde; 2012.

¹³ Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*. 2014;38(spe):358-372. doi:10.5935/0103-1104.2014S027

¹⁴ Prates ML, Machado JC, Da Silva LS, et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: Uma revisão sistemática. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(6):1881-1893. doi:10.1590/1413-81232017226.14282016

¹⁵ Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. *Saude e Soc*. 2016;25(2):290-305. doi:10.1590/S0104-12902016144614

¹⁶ Mendelson A, Kondo K, Damberg C, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2017;166(5). doi:10.7326/M16-1881

¹⁷ Domingos CM, Nunes E de FP de A, Carvalho BG, Mendonça F de F. Legislation on primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis. *Cad saúde pública*. 2016;32(3):e00181314. doi:10.1590/0102-311X00181314

¹⁸ Coelho Neto GC, Antunes VH, Oliveira A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil:

contexto e perspectivas. *Cad Saude Publica*. 2019;35(1):1-4. doi:10.1590/0102-311x00170917

¹⁹ Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. *Saúde em Debate*. 2016;40(111):87-100. doi:10.1590/0103-1104201611107

²⁰ Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, et al. The nurse's work in primary health care. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2016;20(1):90-98. doi:10.5935/1414-8145.20160013

²¹ da Silva SS, Assis MMA, dos Santos AM. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde Da Família: Diferentes olhares analisadores. *Texto e Context Enferm*. 2017;26(3):1-9. doi:10.1590/0104-07072017001090016

Submissão: 18/02/2020

Aceite: 21/08/2020