

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Ilano Almeida Barreto e Silva

PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA:

Um estudo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Brasília
2019

Ilano Almeida Barreto e Silva

PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA:

Um estudo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito final para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas de Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio.

Coorientador: João Paulo Almeida Brito da Silva.

Brasília
2019

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária
Jacqueline Portales – CRB 1924, com os dados fornecidos pelo autor.

B273p

Barreto e Silva, Ilano Almeida.

Pagamento por desempenho na Atenção Básica :
um estudo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da
Qualidade na Atenção Básica / Ilano Almeida Barreto e Silva;
orientador Armando Martinho Bardou Raggio.

-- Brasília : Fiocruz, 2019.

49 p. : il.

Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde)

-- Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da
da Família. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Raggio,
Armando Martinho Bardou, orient. II. Título.

CDU 614.2

Ilano Almeida Barreto e Silva

PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA:

Um estudo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

Dissertação apresentada à Escola Fiocruz de Governo como requisito final para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas de Saúde. Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Prof. Dr. Jorge Otávio Maia Barreto
Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba

Dra. Maria de Fátima Pereira
Ministério da Saúde

AGRADECIMENTOS

Desenvolver esta dissertação foi uma importante etapa do meu processo de formação como trabalhador do Sistema Único de Saúde. Assim, agradeço a todas as pessoas e instituições que me auxiliaram nessa jornada.

À minha família, por toda solidariedade e carinho.

À Ana Cláudia, pela paciência, pelo cuidado e pela amorosidade em todos os momentos.

Ao meu querido orientador, Prof. Armando Raggio, por sua gentileza, que lhe é peculiar, e por ser um grande educador tanto na academia quanto na vida.

Ao meu coorientador, JP Brito, por todo apoio, incentivo e disponibilidade.

Aos professores Jorge Barreto e Felipe Proença e à Dra. Maria de Fátima Pereira por terem aceitado o convite para contribuir com a discussão.

Aos professores, ao corpo técnico e aos colegas da Escola Fiocruz de Governo (Fiocruz-Brasília).

Ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), aos dirigentes e aos colegas da CGAA/DAB/MS.

Aos meus amigos, por compreenderem minha ausência durante esses dois últimos anos.

Ao meu amigo Aton Barreto Figueiredo (*in memoriam*), que me ensinou que é possível vencer qualquer adversidade.

RESUMO

O pagamento por desempenho é uma ferramenta que condiciona o alcance de metas e padrões de qualidade mediante a transferência de recursos financeiros adicionais para os profissionais de saúde. No Brasil, o PMAQ foi uma das iniciativas para induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade na Atenção Básica, atrelando, entre outras iniciativas de qualificação, um prêmio financeiro para as equipes de Saúde da Família (eSF) mediante a avaliação de padrões de qualidade. Entretanto, há relevante grau de incerteza dos efeitos do pagamento por desempenho sobre a qualidade dos serviços. O estudo tem como objetivo analisar o desempenho de equipes de Saúde da Família relacionado ao desenvolvimento socioeconômico municipal e a implantação de programas municipais de pagamento por desempenho a partir das informações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2º ciclo) para o grupo de eSF sem pagamento por desempenho municipal e para o grupo de eSF com pagamento. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de corte transversal e base populacional. Foram utilizados o teste de Levene para igualdade das variâncias ($P < 0,05$) e o teste t de Student bicaudal para amostras independentes ($p < 0,05$) com o intuito de comparar as médias das notas. Observou-se que há diferenças estatisticamente significantes de variâncias e da média de notas entre o grupo de eSF sem pagamento por desempenho e o grupo de eSF com pagamento por desempenho quando analisados em faixas que representam maior ou menor grau de desenvolvimento. Por fim, entende-se que os achados do presente estudo podem colaborar com o debate sobre pagamento por desempenho em âmbito nacional.

Palavras-chave: Pagamento por desempenho. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica.

ABSTRACT

Pay for performance is an intervention that conditions the achievement of quality targets and standards through the additional transfer of financial resources to health professionals. In Brazil, the Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) was one of the initiatives to induce the expansion of access and improvement of quality in Primary Health Care linking, among other qualification initiatives, a financial award for the Family Health teams through the evaluation of quality standards. However, there is significant degree of uncertainty about the effects of pay for performance on the quality of services. Our study aims to analyse the variance and differences of the mean scores of the Primary Health Care team participants in the second cycle of PMAQ for two groups, the non-pay-for-performance eSF group (GSPPD) and the eSF group with pay for performance (GCPPD) through municipal development indexes. Our study is descriptive exploratory cross-sectional and population-based, using Levene's test for equality of variances ($P < 0.05$) and Student's t-test for independent samples ($p < 0.05$) to compare the mean scores. We consider that there is a disparity of municipal development grades in Brazil, the results of the study indicate that there are statistically significant differences of variances and mean scores between GSPPD and GCPPD when the groups are analysed in bands that represent higher or lower development. We believe that these findings may contribute to the debate about pay for performance in Brazil.

Keywords: Pay-for-performance. Incentive Reimbursement. Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ). Family Health Program. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Composição da certificação do PMAQ (2º ciclo).....	15
Quadro 2 - Estratos do PMAQ e os critérios, PMAQ (2º ciclo).	16
Quadro 3 - Desempenho das equipes e percentual dos valores a receber, PMAQ (2º ciclo)..	17

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva para as eSF com e sem pagamento por desempenho para o 2º ciclo do PMAQ – Brasil, 2013-2014.....	30
Tabela 2 - Teste de Levene, teste t de Student e diferença das médias das notas com intervalo de confiança de 95% para as eSF com e sem pagamento por desempenho para o 2o ciclo do PMAQ – Brasil, 2013-2014.....	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Boxplot dos grupos sem e com PPD, considerando o estrato municipal do PMAQ-AB.....	33
Figura 2 - Boxplot dos grupos sem e com PPD, considerando as faixas Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.....	34
Figura 3 - Boxplot dos grupos sem e com PPD, considerando as faixas Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal.....	34

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
DAB	Departamento de Atenção Básica
FMS	Fundo Municipal de Saúde
GCPPD	Grupo de eSF com pagamento por desempenho
GSPPD	Grupo de eSF sem pagamento por desempenho
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IFDM	Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PPD	Pagamento por Desempenho
QOF	<i>Quality and Outcomes Framework</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 ARRANJOS DE FINANCIAMENTO E O PAGAMENTO POR DESEMPENHO EM SISTEMAS DE SAÚDE	11
1.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL	19
2.2 ESPECÍFICOS	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	20
3.2 DADOS DO PMAQ	20
3.3 ESTRATIFICAÇÃO DOS GRUPOS	21
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
3.5 HIPÓTESES	22
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	22
4 RESULTADOS	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 ARRANJOS DE FINANCIAMENTO E O PAGAMENTO POR DESEMPENHO EM SISTEMAS DE SAÚDE

O setor saúde se utiliza de diversas modalidades de pagamento para os profissionais de saúde com intuito de influenciar o comportamento dos trabalhadores em direção a atingir padrões de qualidade e melhores resultados em saúde para a população¹⁻³. Estudos discorrem que algumas modalidades de pagamento podem induzir melhores desfechos sob o quesito qualidade. Entretanto, há uma importante lacuna na literatura científica sobre as melhores abordagens para incentivar os profissionais de saúde no sentido de ocasionar maior incorporação de qualidade à assistência à saúde¹⁻⁴.

Mediante a necessidade de agregar mais qualidade aos serviços de saúde, estudos^{5,6} avaliaram arranjos de pagamento aos trabalhadores de saúde analisando os possíveis benefícios e consequências não intencionais. Roland⁶ destaca que não há sistema de pagamento perfeito, isento de comportamentos não intencionais. Com isso, o autor sinaliza que formuladores de políticas devem desenvolver modalidades de pagamento pautadas por um desenho institucional eficiente e sensível à melhoria da qualidade de forma geral.

O pagamento por desempenho (PPD) (*pay for performance*) surgiu como uma possível estratégia para agregar mais qualidade aos serviços de saúde e melhorar a condição de saúde da população. Segundo Cashin,⁷ o conceito de pagamento por desempenho é amplo, não havendo, portanto, uma definição exclusiva. Desse modo, utiliza-se aqui uma definição mais abrangente: transferência de recursos financeiros ou materiais direcionados aos trabalhadores da saúde, condicionados ao alcance de metas e padrões predeterminados.

O pagamento por desempenho sustenta-se na Teoria do Agente-Principal^{7,8}, segundo a qual há dois atores em um cenário: o Agente e o Principal, e que estes se relacionam

com finalidades e expectativas distintas sobre a ação de um serviço. Em uma situação hipotética, o Principal seria uma pessoa que tem interesse em usufruir de um serviço e contrata o Agente para desempenhá-lo. No campo da saúde, o Principal seria o usuário do sistema de saúde e o Agente, o profissional de saúde prestador do serviço.

Sob a perspectiva da teoria, ao Principal interessa que o Agente tenha maior engajamento na prestação do serviço com a finalidade de alcançar melhor qualidade e resultado. Portanto, sob a ótica do Principal, compensar financeiramente o Agente, condicionando tal ação ao alcance de metas preestabelecidas, seria uma forma de implicá-lo. Por fim, caberá ao Agente avaliar se é interessante desenvolver um maior esforço para alcançar a meta proposta e angariar os recursos financeiros, considerando também a assimetria de informação favorável ao Agente.

Oxman² ressalta que o pagamento por desempenho pode ser útil quando a meta a ser alcançada tem o crivo do Agente e é rentável financeiramente. No entanto, os efeitos da recompensa financeira, provavelmente, estão mais associados a incentivar comportamentos individuais, discretos e de curto prazo, estando menos propensos a influenciar mudanças mais estruturais.

No contexto do pagamento por desempenho, a tentativa de ajustamento das expectativas entre o Agente e o Principal será mediada pela definição *framework* do programa. Estudos^{6,7,9-11} destacam que a estrutura do programa de pagamento por desempenho deve abranger:

- definição da situação problema,² do objetivo da intervenção e da imagem-objetivo;
- métrica, mensuração e periodicidade da análise;
- metodologia da análise dos dados; e
- tamanho e regularidade da recompensa.

Outros pontos relevantes^{7,9,11} dos programas de pagamento por desempenho são: a) o que incentivar; b) quem é o Agente a ser incentivado (médico, todos os profissionais de saúde ou a instituição); c) como incentivar; e d) como podem ser utilizados os recursos financeiros.

Kirschner¹² destaca que a formulação dos programas de pagamento por desempenho deve ser desenvolvida com base na modelagem *bottom-up* para que os trabalhadores possam se envolver no processo desde a formulação até a implementação. Para o autor, a implicação prévia dos *players* nas concepções teórica e metodológica é colaborar para o alcance de metas e para a sustentabilidade do programa.

A implantação de programas de pagamento por diversos países é crescente. Conforme Paul,¹³ há um fomento exagerado de programas de pagamento por desempenho pelas agências internacionais e por outros atores interessados. Nesse sentido, considera-se que esse cenário intensificou a implantação de programas sem a devida sustentação teórica e metodológica, implicando possíveis danos ao sistema de saúde no longo prazo.¹³

Estudos apontam haver incertezas sobre os efeitos dos programas de pagamento na Atenção Básica (AB) quanto à melhoria da qualidade do serviço,^{1,14,15} ao encaminhamento de pacientes para a atenção secundária¹ e à fixação de profissionais em área remota.¹ Scott⁴ e Witter¹⁴ reforçam que não há evidências suficientes para promover ou restringir a implantação de programas de pagamento por desempenho na AB e que a limitação da identificação de efeitos pode estar atrelada à configuração dos programas¹⁶⁻¹⁹ e, também, aos fatores contextuais¹¹ extrínsecos aos programas.

Percebe-se que na literatura científica há uma quantidade substancial de estudos que comunicam haver incerteza a respeito dos efeitos dos programas de pagamento por desempenho, os quais recomendam a elaboração de novas análises sobre o tema. Em vista disso, compreende-se que há espaço para refletir e dialogar sobre o assunto, principalmente sob a

perspectiva de debates que analisem as características que configuram o programa de pagamento em relação a diferentes contextos.

1.2 PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Experiências internacionais a respeito da implantação do pagamento por desempenho podem auxiliar o Brasil a ponderar os limites e as potencialidades dessa estratégia. Nessa perspectiva, Harris,²⁰ a partir da experiência do *Quality and Outcomes Framework* (QOF), no Reino Unido, apresenta alguns pontos relevantes que o Brasil deve discutir antes da implementação de programas de pagamento por desempenho. O autor considera que o pagamento por desempenho no País pode, no geral, ampliar a qualidade da assistência na AB e reduzir as disparidades acerca da oferta de serviço dos municípios brasileiros. Dentre os vários elementos, a síntese trazida pelo estudo sugere a avaliação dos efeitos desejáveis e dos não intencionais anteriormente a sua implementação, além da realização de uma seleção adequada de indicadores, a consideração do perfil de morbidade e a calibração das metas alcançáveis e justas.

No Brasil, o pagamento por desempenho na AB ainda é incipiente²⁰ e há poucos relatos sobre os desenhos desse programa^{21,22}. Para o Brasil viabilizar o pagamento por desempenho como estratégia de âmbito nacional é fundamental a análise precisa dos desafios e das potencialidades da ferramenta na AB, da implicação dos atores que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvam competências sobre monitoramento e avaliação em saúde, a partir do sistema de informação em saúde, e do escopo do modelo de pagamento por desempenho para os profissionais da AB.^{20,23}

Em 2010, com o propósito de qualificar a AB, o Ministério da Saúde implementou a estratégia “Saúde Mais Perto de Você”, que instituiu um conjunto de iniciativas que buscava ampliar o acesso à AB e melhorar sua qualidade.²⁴ Essas iniciativas foram o Programa de

Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o componente Qualidade do Piso da Atenção Básica (PAB), por intermédio da Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, cujo objetivo central foi:

[...] induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.²⁵

A criação do PMAQ objetivou induzir mudanças substanciais na AB em prol da ampliação de seu acesso e de sua qualidade, mobilizando ativamente a participação dos diversos atores da AB, como trabalhadores, gestores e usuários do SUS.²⁴ A criação do componente variável Qualidade do PAB relacionado ao PMAQ viabilizou recursos adicionais para os municípios que aderissem ao Programa. Esses recursos cresceriam progressivamente com base nos conceitos atribuídos às equipes de Saúde da Família (eSF) na fase de certificação do PMAQ.^{24,26}

A certificação²⁷ das eSF está inserida na Fase 3 do PMAQ, a da avaliação externa, que consiste na análise de uma série de padrões de qualidade em relação aos dados coletados com o instrumento de avaliação externa, aplicado localmente por instituições de ensino/pesquisa com foco nos profissionais das equipes. A composição da certificação da eSF é concebida com base em um sistema de pesos, no qual cada componente corresponde a um percentual distinto na etapa da certificação, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Composição da certificação do PMAQ (2º ciclo).

Composição da certificação	Percentual
I – Implementação de processos autoavaliação	10%
II – Avaliação dos indicadores contratualizados	20%
III – Avaliação Externa	70%

Fonte: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2013).²⁵

Os dados sobre a implantação de processos de autoavaliação, a avaliação de indicadores e a avaliação externa das equipes foram submetidos à matriz de pontuação, em que

se atribuíram notas com até duas casas decimais, com a variação de 0-100. Em seguida, as eSF foram subdivididas em seis estratos municipais. O propósito da implementação dos estratos municipais foi assegurar comparabilidade entre as equipes no que se refere às condições socioeconômicas e demográficas.

O estrato municipal²⁷ é um índice que varia de 0 a 10 e é composto por cinco indicadores com pesos distintos: 1) Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* (peso 2); 2) percentual da população com plano de saúde (peso 1); 3) percentual da população com Bolsa Família (peso 1); 4) percentual da população em extrema pobreza (peso 1); e 5) densidade demográfica (peso 1). Ademais, houve associação com o porte populacional do município. Por fim, os estratos com os critérios são retratados conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Estratos do PMAQ e os critérios, PMAQ (2º ciclo).

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

Fonte: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica²⁸.

O encerramento metodológico na etapa de certificação das eSF foi constituído pela extração das médias e dos desvios-padrões das eSF por estrato municipal. Ao final, a classificação da nota da eSF foi inserida na curva de Gauss, que determinou o desempenho da equipe no PMAQ. Neste caso, sabe-se previamente que 50% das eSF obteriam conceito

“mediano ou abaixo da média”, 34% obteriam conceito “acima da média” e 16%, conceito “muito acima da média”.²⁷

A certificação das eSF é considerada um importante subproduto do PMAQ, pois o conceito atribuído à eSF proporciona o incentivo financeiro adicional, escalonado e progressivo por eSF transferido para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), segundo a Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013, e conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - Desempenho das equipes e percentual dos valores a receber, PMAQ (2º ciclo).

Desempenho	Percentual referente ao componente qualidade do PAB variável	Recurso financeiro adicional por eSF
Muito acima da média	100	8.500,00
Acima da média	60	5.100,00
Mediano ou abaixo da média	20	1.700,00

Fonte: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica²⁹.

O desenho institucional do PMAQ para induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, por meio do alcance de padrões previamente estabelecidos condicionados ao repasse de recursos financeiros, é compreendido como um modelo de pagamento por desempenho de âmbito nacional.^{22,23,30}

Para Macinko,²³ o PMAQ é um programa de pagamento a nível institucional que se desenvolve como um potencial programa de pagamento por desempenho na AB de âmbito nacional. Contudo, carece, ainda, de elementos para sua sustentabilidade técnica e política como estratégia nacional para a melhoria do acesso e da qualidade na AB²³.

Estudos^{22,23,31} apontam que a implantação do PMAQ oportuniza aos atores interessados no tema pagamento por desempenho refletirem com profundidade sobre o desfecho acerca da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade na AB à luz do PMAQ, pois ainda é necessário elucidar os possíveis efeitos do pagamento por desempenho no acesso, na resolutividade e na qualidade da AB.

A proposição deste estudo é contribuir com a discussão acerca do pagamento por desempenho e da qualidade da AB. Neste ensejo, o objetivo aqui é analisar as variâncias e as médias de notas das eSF divididas em dois grupos: grupo de eSF sem pagamento por desempenho (GSPPD) e grupo de eSF com pagamento por desempenho (GCPPD) por meio de índices de desenvolvimento municipal.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar o desempenho de equipes de Saúde da Família relacionado ao desenvolvimento socioeconômico municipal e a implantação de programas municipais de pagamento por desempenho a partir das informações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Mensurar as variâncias e as médias do grupo de eSF sem pagamento por desempenho e do grupo de eSF com pagamento por desempenho por meio de índices de desenvolvimento municipal.
- Comparar as diferenças concernentes ao grupo de eSF sem pagamento por desempenho e ao grupo de eSF com pagamento por desempenho mediante índices de desenvolvimento municipal.
- Discutir as características do grupo de eSF sem pagamento por desempenho e do grupo de eSF com pagamento por desempenho por meio dos índices de desenvolvimento municipal.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter descritivo exploratório, de corte tipo transversal e base populacional, realizado em 2019, utilizando dados secundários contidos no banco nacional da avaliação externa e no módulo eletrônico do gestor do PMAQ, 2º ciclo, correspondente aos anos de 2013-2014.

A população do estudo foram 28.457 eSF aderidas ao 2º ciclo do PMAQ em 4.701 municípios brasileiros. Foram excluídas deste estudo as eSF classificadas como insatisfatórias ou desclassificadas, por não apresentarem nota atribuída pelo PMAQ, e as eSF as quais o município não respondeu as variáveis do módulo eletrônico do gestor municipal do PMAQ, 5.5 (Existe incentivo financeiro, gratificação, prêmio financeiro vinculados à avaliação de desempenho dos profissionais da atenção básica) e 5.7 (Existe incentivo financeiro, gratificação, prêmio financeiro vinculados à avaliação de desempenho dos profissionais segundo avaliação do PMAQ).

3.2 DADOS DO PMAQ

As variáveis de interesse para o estudo são as notas brutas obtidas pelas eSF no 2º ciclo do PMAQ e as variáveis 5.5 e 5.7 do módulo eletrônico do gestor municipal do PMAQ, que trataram da adoção do pagamento por desempenho na AB dos municípios participantes do Programa. Os dados do 2º ciclo do PMAQ foram solicitados formalmente ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) com anuência do professor orientador desta pesquisa.

Considerando os objetivos do estudo, definiu-se a eSF com pagamento por desempenho aquela que obtivesse pelo menos uma resposta sim para as perguntas 5.5 ou 5.7,

pois há convergência semântica entre as duas variáveis e não faz parte do escopo do estudo analisá-las separadamente.

A nota bruta da eSF no 2º ciclo do PMAQ consiste em uma variável ordinal de 0 a 100 com até duas casas decimais. A nota da eSF no 2º ciclo poderia ser acrescida ou decrescida de forma ponderal se a equipe obtivesse notas inferiores ou superiores em comparação ao seu próprio desempenho no 1º ciclo. Isso posto, optou-se por utilizar a nota bruta do 2º ciclo por não haver ponderação dessa natureza, o que desvirtuaria a compreensão do resultado.

3.3 ESTRATIFICAÇÃO DOS GRUPOS

Foram utilizados três índices de desenvolvimento municipal que abrangem todo o território nacional e possuem elevada validade técnica. O estrato municipal do PMAQ^{25,32} foi produzido pelo Ministério da Saúde e tem o objetivo de homogeneizar os municípios, a partir de características similares, em seis faixas, com a finalidade de certificação das eSF. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal³³ (IDHM), ano base 2010, com cinco faixas: muito baixo (0 a 0,499); baixo (0,500 a 0,599); médio (0,600 a 0,699); alto 0,700 a 0,799); e muito alto (acima de 0,800). O Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal³⁴ (IFDM), ano base 2014, com as seguintes classificações: baixo desenvolvimento (0 a 0,3999); desenvolvimento regular (0,4000 a 0,5999); desenvolvimento moderado (0,6000 a 0,7999); e alto desenvolvimento (acima de 0,8000).

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente utilizou-se a estatística descritiva com a identificação de medidas de tendência central e de dispersão com tabelas e gráficos *boxplot*. Foi empregado o teste de Levene para a igualdade de variâncias, objetivando verificar a homogeneidade das variâncias entres os grupos, ou seja, testar a igualdade das variâncias entre os grupos analisados. Utilizou-

se também o teste t de Student para duas amostras de tamanhos diferentes e variâncias iguais ou diferentes, com a finalidade de verificar as médias de notas entre os GSPPD e os GCPPD. Em ambos os testes o nível de significância foi 0,05.

Caso o teste de Levene apresentasse p-valor menor que o nível de significância, ou seja, não sendo iguais as distribuições entre os GSPPD e os GCPPD, seria utilizado o teste t de Student para variâncias diferentes. Do contrário, caso o p-valor do teste de Levene estivesse acima do nível de significância, seria utilizado o teste t de Student para variâncias iguais.

A interpretação decorrente dos testes empregados permitiu avaliar de forma conjunta o comportamento das variâncias e das médias dos GSPPD e dos GCPPD dentro da faixa do índice de desenvolvimento em que a eSF estava situada. Por conseguinte, diferenças estatisticamente significantes para o teste de Levene e para o teste t de Student forneceram subsídios mais robustos para se afirmar que os grupos eram distintos sob a variância e a média das notas em determinada faixa.

3.5 HIPÓTESES

Hipótese nula (H₀): as variâncias e as médias das notas do PMAQ são estatisticamente iguais entre os grupos com pagamento por desempenho e sem pagamento por desempenho.

Hipótese alternativa (H₁): aceita-se que há diferença estatisticamente significativa para as variâncias e as médias das notas do PMAQ entre os grupos com pagamento por desempenho e sem pagamento por desempenho.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme preceitos éticos para pesquisa em saúde, esta pesquisa pretendeu atender integralmente a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, nos

termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Ressalta-se que não foi necessária a submissão deste trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois a pesquisa utilizou bancos de dados secundários, cujas informações não serão apresentadas de modo que a população não seja identificada.

4 RESULTADOS

PAGAMENTO POR DESEMPENHO NA ATENÇÃO BÁSICA:

Um estudo a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, no Brasil¹

RESUMO

O objetivo deste estudo é analisar a variância e as diferenças das notas médias das eSF aderidas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) divididas em: grupo de eSF sem pagamento por desempenho municipal e grupo de eSF com pagamento por desempenho municipal, considerando os diferentes graus de desenvolvimento municipal. As variáveis sobre pagamento por desempenho e as notas das eSF foram extraídas do 2º ciclo do PMAQ-AB, referentes aos anos de 2013/2014. Trata-se de estudo descritivo exploratório de corte transversal e base populacional que utilizou teste de Levene para igualdade das variâncias ($P < 0,05$) e teste t de Student bicaudal para as amostras independentes ($p < 0,05$), a fim de comparar as médias das notas. Verificou-se que há variâncias e médias de notas estatisticamente diferentes entre o grupo sem pagamento por desempenho municipal e o grupo com pagamento por desempenho municipal quando analisado por diferentes faixas dos índices de desenvolvimento. Na faixa IDHM baixo, para os grupos analisados encontraram-se variâncias estatisticamente diferentes (p -valor $< 0,001$) e uma diferença de média de notas favorável ao grupo com pagamento por desempenho municipal, 4,45 (3,79; 5,11). Na faixa IDHM alto encontraram-se também variâncias estatisticamente diferentes (p -valor $< 0,001$) e uma diferença de média de notas desfavorável ao grupo com pagamento por desempenho municipal, -2,51 (-3,13; -1,89). Nos índices IFDM e estrato municipal do PMAQ-AB também foi encontrado um comportamento de variâncias e diferenças de médias de notas similares aos achados para o índice IDHM. Considerando que as diferenças de desenvolvimento municipal provavelmente expressem problemas distintos para os sistemas de saúde municipais, percebeu-se que as eSF com pagamento por desempenho tiveram notas mais elevadas. Compreendemos que esse achado pode colaborar pontualmente com novos olhares na análise do pagamento por desempenho no Brasil. Recomendamos que novos estudos abarquem a dimensão da qualidade do cuidado como um desfecho a ser testado.

Palavras-chave: Pagamento por desempenho. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Estratégia de Saúde da Família. Atenção Básica.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyse the variance and the mean scores of the Family Health Strategy teams (eSF) with and without pay for performance placed in the Brazilian cities participating of the 2nd cycle of the National Program for Improving Access and Quality (PMAQ), 2013/2014, considering the socioeconomic and human development of the cities. Quantitative, cross-sectional and population-based study. Descriptive statistics were used, with Levene test for equal variances and T-Student test for equality of means. The PMAQ-AB variables, the score achieved by the eSFs in the program, and the pay for performance information were used. We also used context variables, such as the PMAQ-AB municipal strata,

¹ Este artigo será submetido à revista Caderno de Saúde Pública.

the Municipal Human Development Index (IDHM) and the Municipal Development FIRJAN Index (IFDM). The results presented that in the bands that represent inferior or intermediate development, it was verified that the performance-based eSF obtained a greater and positive mean of scores. In the higher development bands of each context index it was observed that the difference of averages were smaller and negative. The findings presented the existence of distinct behaviors of the scores, to the detriment of the degree of development of the cities and the pay for performance.

Key words: Pay-for-performance. Incentive Reimbursement. Brazilian National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). Family Health Program. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O pagamento por desempenho (PPD) (*pay for performance* ou *performance-based financing*)¹⁻³ é uma estratégia cujo propósito é alcançar metas e padrões de qualidade predefinidos e pactuados mediante as transferências de recursos financeiros destinados aos profissionais de saúde e/ou às instituições. Apesar da crescente incidência dessa estratégia ao redor do mundo, ainda há incertezas sobre os possíveis efeitos dos programas de pagamento por desempenho⁴⁻⁶.

De acordo com a literatura, o sucesso do pagamento por desempenho, provavelmente, está mais associado ao ajustamento da intervenção à situação problema.^{1,3,7,8} Nesse sentido, muitos estudos sobre o foco do pagamento por desempenho consideram haver diferenças entre os países de baixa, média^{5,6,9,10} e alta renda,¹ pois os problemas que os afetam são bastante diferentes.

O Brasil é um país classificado como de média renda¹¹, com diferenças extremas no que diz respeito ao desenvolvimento socioeconômico e humano de seus municípios. Estudos¹¹⁻¹³ destacam que devido às características do Brasil, no que se refere a ser um sistema universal que busca ser orientado pela Atenção Básica (AB) e pela sua organização político-administrativa do SUS, é um campo importante para analisar os possíveis efeitos do pagamento por desempenho. Desse modo, analisar o comportamento das equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF) é uma oportunidade singular para acumular evidências e debater a

peculiaridade brasileira neste tema, considerando os diferentes graus de desenvolvimento dos municípios brasileiros.

O objetivo deste estudo é analisar a variância e as diferenças das notas médias das eSF aderidas ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) divididas em dois grupos: 1) eSF sem pagamento por desempenho (GSPPD) e 2) eSF com pagamento por desempenho (GCPPD), considerando os diferentes graus de desenvolvimento humano e socioeconômico municipal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de corte transversal e de base populacional. Foram utilizados dados secundários do PMAQ-AB referentes aos anos de 2013 e 2014, totalizando 35.320 eSF aderidas ao 2º ciclo do Programa.

Considerando o total de eSF elegíveis para o estudo, foram excluídas as eSF qualificadas como insatisfatórias ou desclassificadas na certificação, pois não obtiveram nota atribuída pelo PMAQ-AB, e as eSF que não apresentaram informações oriundas do módulo eletrônico para as variáveis de interesse. Desta feita, aplicando-se os critérios de exclusão, a população do estudo foi 28.457 equipes distribuídas em 4.701 municípios.

Dados do PMAQ-AB

As variáveis de interesse, referentes ao 2º ciclo do PMAQ-AB, foram solicitadas ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que respondeu à solicitação no dia 20/01/2019.

Os dados para averiguar os municípios que realizam PPD foram oriundos das perguntas 5.5 e 5.7 (a seguir), com padrão de resposta dicotômica (sim e não). As perguntas estavam localizadas no bloco gestão do trabalho do módulo eletrônico do PMAQ-AB – sistema de coleta de dados destinado ao gestor municipal de saúde, no qual o informante deve responder

a um conjunto de perguntas a respeito do sistema de saúde municipal. O preenchimento do módulo eletrônico ocorreu entre os dias 09/10/2013 e 09/12/2013. Do módulo eletrônico foram extraídas as variáveis 5.5 e 5.7.

- 5.5 – Existe incentivo financeiro, gratificação, prêmio financeiro vinculados à avaliação de desempenho dos profissionais da Atenção Básica?
- 5.7 – Existe incentivo financeiro, gratificação, prêmio financeiro vinculados à avaliação de desempenho dos profissionais segundo avaliação do PMAQ?

Definiu-se eSF com pagamento por desempenho aquela que obtivesse pelo menos uma resposta *sim* nas variáveis 5.5 ou 5.7, pois ambas as perguntas direcionam para um mesmo conceito. Por fim, a condição de ter ou não o PPD foi atribuído ao conjunto de eSF.

A nota atribuída às eSF no PMAQ-AB é um valor oriundo de uma escala que varia de 0 a 100, sendo composto de duas casas decimais, conforme a matriz de pontuação^{14,15} do Programa. Segundo o desenho institucional para o 2º ciclo, a pontuação do PMAQ-AB poderia sofrer ponderações para cima ou para baixo, caso a equipe obtivesse uma pontuação inferior ou superior entre o 1º e o 2º ciclo. Dessa forma, optou-se por utilizar a pontuação bruta do 2º ciclo, sem a ponderação de comparabilidade à nota para as equipes que tivessem participado no 1º ciclo, pois esse elemento poderia desvirtuar a interpretação dos resultados.

Por fim, os dados utilizados representam, exclusivamente, o somatório de padrões/respostas da autoavaliação (10%), da avaliação externa (70%) e da análise dos indicadores de saúde (20%), sem influência de qualquer outro modelo estatístico da certificação.

Estratificação dos grupos

O primeiro índice de desenvolvimento foi obtido por meio do estrato municipal do PMAQ-AB,^{16,17} desenvolvido pelo Ministério da Saúde com a finalidade de proporcionar comparabilidade justa entre as equipes, sendo dividido em seis faixas.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal¹⁸ (IDHM), no ano base de 2010, foi classificado por meio das faixas de Desenvolvimento Humano Municipal em: muito baixo (0 a 0,499), baixo (0,500 a 0,599), médio (0,600 a 0,699), alto (0,700 a 0,799) e muito alto (acima de 0,800).

Utilizou-se o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal¹⁹ (IFDM), ano base 2014, com as quatro classificações de desenvolvimento definidas pelo Instituto Firjan: baixo desenvolvimento (0 a 0,3999), desenvolvimento regular (0,4000 a 0,5999), desenvolvimento moderado (0,6000 a 0,7999) e alto desenvolvimento (acima de 0,8000).

Análise estatística

Realizou-se uma análise estatística descritiva para as medidas de tendência central e dispersão, gráficos *boxplot*. Foram empregadas a análise da variância e a comparação de médias das notas para o grupo de eSF sem pagamento por desempenho (GSPPD) e para o grupo de eSF com pagamento por desempenho (GCPPD) para cada faixa dos índices de desenvolvimento, estabelecendo o intervalo de confiança de 95% para as diferenças das médias das notas. O termo faixa significa o recorte realizado dentro dos índices de desenvolvimento com a finalidade de comparar o GSPPD e o GCPPD.

Utilizou-se o teste de Levene para designar a igualdade de variâncias, com nível de significância de 0,05, e o teste t de Student bicaudal para as amostras independentes com α de 0,05 para comparar as médias dos GSPPD e dos GCPPD.

Caso o teste de Levene apresentasse p-valor menor que o nível de significância, ou seja, não sendo iguais as distribuições entre os GSPPD e os GCPPD, seria utilizado ao teste t de Student para variâncias diferentes. Do contrário, caso o p-valor do teste de Levene estivesse acima do nível de significância, seria utilizado o teste t de Student para variâncias iguais.

A interpretação decorrente dos testes empregados permite avaliar de forma conjunta o comportamento das variâncias e das médias dos GSPPD e dos GCPPD dentro da faixa do

índice de desenvolvimento em que a eSF estava situada. Por conseguinte, diferenças estatisticamente significantes para o teste de Levene e para o teste t de Student fornecem subsídios mais robustos para se afirmar que os grupos são distintos sob a variância e a média das notas em determinada faixa.

As análises estatísticas foram desenvolvidas no pacote estatístico *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 (IBM, Chicago, Estados Unidos), e os gráficos no programa Microsoft Excel, versão 2016 (Microsoft Corp., Estados Unidos).

Aspectos éticos

De acordo com o inciso II do Parágrafo Único do art. 1º da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece o marco normativo ético para a pesquisa em saúde, a pesquisa que utilizar informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, não será registrada nem avaliada pelo sistema Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP). Assim, seguindo a orientação da legislação vigente, este estudo dispensou submissão no sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido com 28.457 eSF aderidas ao 2º ciclo do PMAQ-AB, distribuídas em 4.701 municípios. No índice de desenvolvimento do estrato municipal do PMAQ-AB e IDHM foi encontrada a média de notas de 59,64 e o desvio-padrão de 11,78. Em relação ao IFDM, o índice não foi calculado para 21 municípios no ano base de 2014, representando uma perda de 73 eSF. Portanto, para o IFDM, a população foi de 28.384 eSF, com nota média de 59,66 e desvio-padrão de 11,77.

Na Tabela 1 são descritos as frequências absolutas e relativas, as notas médias e o desvio-padrão dos GSPPD e dos GCPPD. Na Tabela 2 são apresentados os resultados para o

teste de Levene para a igualdade de variâncias, com F e p-valor, e o teste t de Student, com o resultado do T, os graus de liberdade (GL), a significância bicaudal (p-valor) e a diferença absoluta das notas médias com o intervalo de confiança de 95%.

Tabela 1 - Análise descritiva para as eSF com e sem pagamento por desempenho para o 2º ciclo do PMAQ – Brasil, 2013-2014.

Faixas	N	Análise descritiva					
		GSPPD			GCPPD		
		Freq. (%)	Nota média	Desvio-padrão	Freq. (%)	Nota média	Desvio-padrão
Estrato PMAQ							
1	3.294	1.998 (60,7)	57,72	11,40	1.296 (39,3)	60,69	11,97
2	4.030	2.209 (54,8)	55,7	12,04	1.821 (45,2)	59,97	11,31
3	4.623	2.269 (49,1)	55,99	11,83	2.354 (50,9)	59,8	11,48
4	5.255	3.027 (57,6)	57,92	11,59	2.228 (42,4)	62,56	11,13
5	5.013	2.655 (53)	57,86	11,43	2.358 (47)	61,64	11,36
6	6.242	2.755 (44,1)	62,84	11,71	3.487 (55,9)	62,04	11,28
IDHM							
Muito baixo	64	31 (48,4)	44,46	16,06	33 (51,6)	45,43	11,65
Baixo	4.730	2.296 (48,5)	54,5	11,87	2.434 (51,5)	58,95	11,24
Médio	8.970	4.817 (53,7)	56,4	11,67	4.153 (46,3)	61,05	11,44
Alto	11.790	6.296 (53,4)	58,34	11,34	5.494 (46,6)	61,12	11,46
Muito alto	2.903	1.473 (50,7)	69,23	7,52	1430 (49,3)	66,72	9,39
IFDM							
Baixo	62	43 (69,4)	45,9	13,15	19 (30,6)	53,45	13,42
Regular	15.634	8.019 (51,3)	56,94	11,44	7.615 (48,7)	60,56	11,25
Médio	5.558	3.084 (55,5)	53,87	11,93	2.474 (44,5)	57,89	11,78
Alto	7.130	3.743 (52,5)	64,54	10,15	3.387 (47,5)	65,46	10,24

Fonte: O autor, 2019.

Em análise a respeito da distribuição das eSF, verificou-se que no estrato municipal do PMAQ-AB as eSF ficaram mais bem distribuídas. Possivelmente, esse efeito foi esperado, visto que a criação dessa máscara para o PMAQ-AB objetivou qualificar a comparabilidade entre as eSF dentro de cada faixa. O IDHM e o IFDM têm o propósito de aferir o desenvolvimento socioeconômico e humano dos municípios. Logo, devido à evidente disparidade entre os municípios brasileiros, verificou-se uma distribuição desequilibrada entre as faixas.

No que se refere à distribuição das eSF nos GSPPD e nos GCPPD, foram encontradas, respectivamente, 14.889 e 13.495 para o IFDM, e 14.913 e 13.504,

respectivamente, para os índices de desenvolvimento de estrato municipal do PMAQ-AB e do IDHM. Na análise da distribuição das 16 faixas, verificou-se menor frequência relativa em 11 faixas para os GCPPD.

Na Tabela 1 pode-se observar também que para os GSPPD ou os GCPPD situados nas faixas de maior desenvolvimento socioeconômico foram encontradas notas médias mais elevadas e desvios-padrão menores em relação às demais faixas de cada índice de desenvolvimento.

Tabela 2 - Teste de Levene, teste t de Student e diferença das médias das notas com intervalo de confiança de 95% para as eSF com e sem pagamento por desempenho para o 2º ciclo do PMAQ – Brasil, 2013-2014.

Faixas	Teste de Levene		Teste T de Student			
	F	p-valor	T	GL	Sig. Bicaudal p-valor	Diferença das médias (IC 95%)
Estrato PMAQ						
1	0,547	0,459	7,163	3.292,00	<0,001	2,97 (2,15; 3,78)
2	15,842	<0,001	11,588	3.959,56	<0,001	4,27 (3,54; 4,99)
3	2,775	0,096	11,113	4.621,00	<0,001	3,81 (3,13; 4,48)
4	9,665	0,002	14,666	4.903,51	<0,001	4,64 (4,01; 5,25)
5	0,488	0,485	11,731	5.011,00	<0,001	3,78 (3,15; 4,41)
6	14,515	<0,001	-2,723	5.806,75	0,006	-0,8 (-1,37; -0,22)
IDHM						
Muito baixo	9,012	0,004	0,274	54,49	0,785	0,97 (-6,1; 8,03)
Baixo	16,196	<0,001	13,214	4.668,56	<0,001	4,45 (3,79; 5,11)
Médio	6,23	0,013	18,993	8.822,18	<0,001	4,65 (4,17; 5,13)
Alto	0,617	0,432	13,204	11.788,00	<0,001	2,78 (2,37; 3,19)
Muito alto	80,978	<0,001	-7,947	2.733,69	<0,001	-2,51 (-3,13; -1,89)
IFDM						
Baixo	0,108	0,744	2,072	60	0,043	7,55 (0,26; 14,85)
Regular	7,791	0,005	19,946	15.613,06	<0,001	3,62 (3,26; 3,97)
Médio	3,025	0,082	12,555	5.556,00	<0,001	4,02 (3,39; 4,65)
Alto	1,826	0,177	3,793	7.128,00	<0,001	0,92 (0,44; 1,39)

Fonte: O autor, 2019.

A Tabela 2 apresenta o teste de Levene para a igualdade de variâncias e o teste t de Student para a igualdade das médias. Nos estratos municipais do PMAQ-AB pode-se observar que o teste de Levene apresentou p-valor menor que 0,05, indicando que as variâncias são estatisticamente diferentes nos estratos municipais n^{os} 2, 4 e 6, conforme a Tabela 2. No teste t

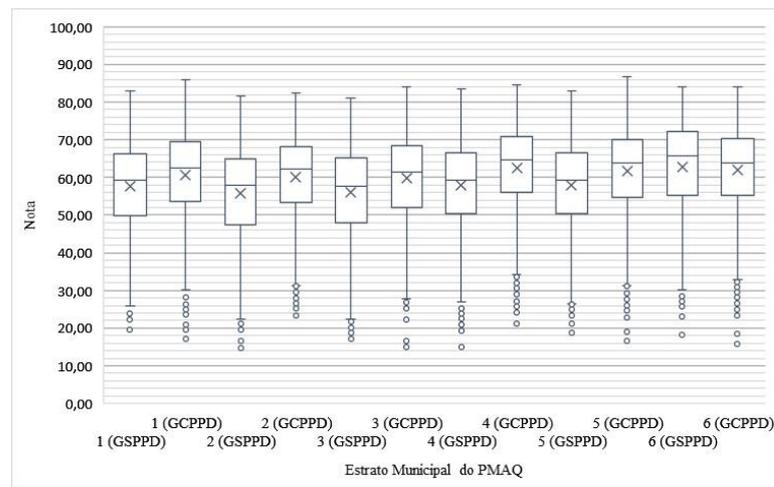
de Student verificou-se que em todos os estratos municipais do PMAQ-AB as diferenças de notas médias obtiveram valores estatisticamente significantes. Ainda nesta análise, os três estratos municipais que obtiveram variâncias estatisticamente diferentes também alcançaram diferenças de notas médias mais distintas dentro deste índice de desenvolvimento. Os estratos municipais nºs 2 e 4 foram os que apresentaram maior diferença de notas médias, sendo, respectivamente, 4,27 (3,54; 4,99) e 4,64 (4,01; 5,25). No estrato municipal nº 6 encontrou-se a menor diferença para o índice de desenvolvimento – -0,80 –, indicando que neste estrato a nota média do GSPPD por desempenho foi discretamente mais elevada.

No IDHM, para todas as faixas, com exceção da faixa “alto”, o teste de Levene apresentou p-valor menor que 0,05, indicando que as variâncias são diferentes e estatisticamente significantes entre os GSPPD e GCPPD. No teste t de Student, as faixas IDHM baixo, médio, alto e muito alto apresentaram diferenças de notas médias estatisticamente significantes, sendo, respectivamente, 4,45 (3,79; 5,11), 4,65 (4,17; 5,13), 2,78 (2,37; 3,19) e -2,51 (-3,13; -1,89). Desse modo, as faixas IDHM baixo, médio e muito alto apresentaram distribuições e diferenças de médias distintas em relação às demais faixas do IDHM. Observa-se um possível padrão para a diferença das médias de notas, em que a diferença se torna menor ao passo que se direciona para as faixas de maior desenvolvimento do IDHM, até essa diferença alcançar um resultado negativo na faixa IDHM muito alto, conforme a Tabela 2.

O teste de Levene para as faixas do IFDM apresentou variâncias diferentes e estatisticamente significantes apenas para a faixa IFDM regular. No teste t de Student, as diferenças de notas médias apresentaram valores estatisticamente significantes para todas as faixas, sendo mais perceptível para as faixas IFDM regular, médio e alto, sendo, respectivamente, 3,62 (3,26; 3,97), 4,02 (3,39; 4,65) e 0,92 (0,44; 1,39). Conforme a Tabela 2, pode-se notar um possível padrão decrescente das diferenças de notas médias, sendo para o IFDM baixo e para o IFDM alto, 7,55 e 0,92, respectivamente.

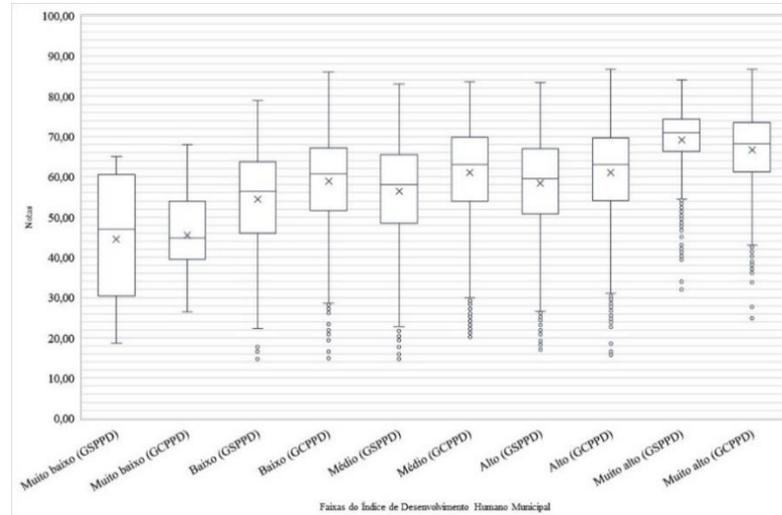
As Figuras 1, 2 e 3 apresentam a distribuição das notas em quartis e a média da nota dos GSPPD e dos GCPPD para o estrato municipal do PMAQ-AB, do IDHM e do IFDM, respectivamente.

Figura 1 - Boxplot dos grupos sem e com PPD, considerando o estrato municipal do PMAQ-AB.



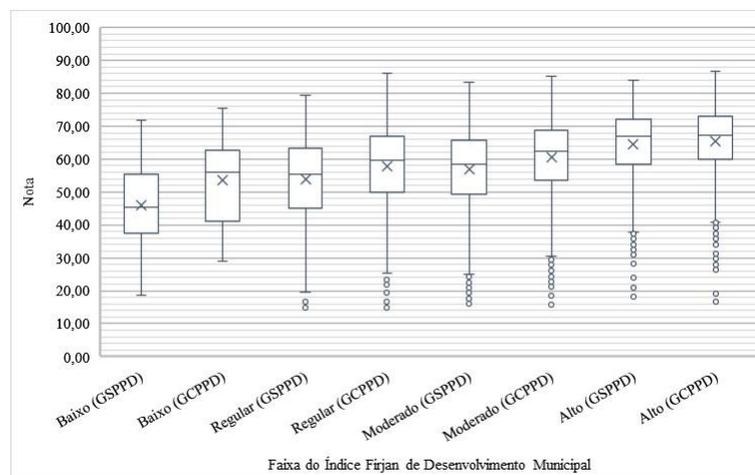
Fonte: O autor, 2019.

Figura 2 - *Boxplot* dos grupos sem e com PPD, considerando as faixas Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.



Fonte: O autor, 2019.

Figura 3 - *Boxplot* dos grupos sem e com PPD, considerando as faixas Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal.



Fonte: O autor, 2019.

Observa-se que os gráficos *boxplot* demonstram discreta assimetria negativa, ratificada pelo coeficiente de assimetria de *Bowley*, e presença de *outlier* abaixo do segmento de reta inferior. Sobre a dispersão dos dados, observou-se uma amplitude interquartílica similar, comparando-se os pares nas faixas. As exceções aconteceram nas faixas IDHM muito baixo e muito alto, conforme a Figura 2.

Foi verificado que a posição do *boxplot* esteve deslocada levemente superior para as eSF com pagamento por desempenho em comparação aos GSPPD em cada faixa. As exceções foram notadas para o estrato municipal nº 6 e nas faixas IDHM muito baixo e muito alto.

DISCUSSÃO

No geral, o modelo estatístico utilizado foi sensível para captar as diferenças entre as faixas de índices de desenvolvimento, demonstrando resultados estatisticamente significantes, embora os achados apresentados neste estudo mostrem que as diferenças das médias das notas para os GSPPD e os GCPPD podem ser consideradas pouco expressivas.

Nas faixas de desenvolvimento municipal inferior e intermediário, os GCPPD obtiveram notas médias superiores em relação aos GSPPD, resultando em diferenças de notas médias positivas, como no estrato municipal do nº 2, 4,27 (3,54; 4,99), faixas IDHM baixo e médio, respectivamente 4,45 (3,79; 5,11) e 4,65 (4,17; 5,13), e a faixa IFDM regular, 3,62 (3,26; 3,97). Nas faixas de maior desenvolvimento municipal, as eSF com pagamento por desempenho alcançaram notas inferiores ou bastante similares em comparação aos seus pares, sendo no estrato municipal nº 6, -0,8 (-1,37; -0,22), faixa IDHM muito alto, -2,51 (-3,13; -1,89), e faixa IFDM alto, 0,92 (0,44; 1,39). Assim, um ponto importante deste estudo foi encontrar um possível padrão da diferença média de notas mediante os graus de desenvolvimento dos municípios.

Considerando uma ampla gama de problemas que incidem de diferentes formas nos sistemas de saúde municipais em decorrência dos diversos graus de desenvolvimento, entende-se que as soluções propostas para o enfrentamento desses problemas também deveriam ser singulares. Cada município tem uma necessidade própria quanto ao aperfeiçoamento do seu sistema de saúde. Nesse sentido, o pagamento por desempenho pode ter ocasionado algum efeito para os municípios com sistemas de saúde mais frágeis e vulneráveis, pois possivelmente

o pagamento por desempenho tenha sido uma intervenção adequada para resolver parte dos seus problemas.

Estudos desenvolvidos em países de baixa e média rendas,^{5,6,9,10} cujos sistemas de saúde provavelmente apresentam necessidades semelhantes às das faixas de desenvolvimento inferior e intermediário deste estudo, sinalizam que o pagamento por desempenho colabora de forma relativa para a melhoria da assistência prestada²⁰ ou para reformas do sistema de saúde mais abrangentes.^{21,22} Entretanto, cabe destacar que diversos estudos ressaltam que o pagamento por desempenho não se trata de uma estratégia uniforme,^{5,9} do tipo bala mágica,²³ que pretende resolver todos os problemas do sistema de saúde. Assim, é fundamental uma análise aprofundada dos reais problemas³ dos sistemas locais de saúde para avaliar qual o *design* apropriado^{12,24-26} para implantar o programa de pagamento por desempenho em cada contexto.

Nas faixas de maior desenvolvimento municipal verificou-se que o GCPDD obteve uma nota similar ou um pouco inferior aos GSPPD, conforme a Tabela 2. Esse achado converge em parte com estudos^{4,27,28} que retratam a carência de evidências robustas para afirmar que o pagamento por desempenho colabora com a melhoria da qualidade. Em contrapartida, outros autores – Flodgren *et al.*²⁹, Li *et al.*³⁰, Roland *et al.*³¹ e Forbes *et al.*³² – afirmam que os programas de pagamento podem colaborar na melhoria da qualidade.

De modo geral, estudos^{2,24} destacam que para maximizar os esforços em torno dos efeitos do pagamento por desempenho há critérios importantes de *framework*, como a meta a ser alcançada, o método de aferição, a forma de desembolso financeiro, o tamanho, a regularidade e quem é apto para receber os repasses financeiros. Além disso, saber como estimular comportamentos desejáveis e evitar os indesejáveis é uma etapa importante.³¹ Roland *et al.*²⁴ acrescentam que não há resposta simples sobre os efeitos do pagamento por desempenho e que o sucesso depende do contexto e da forma de implementação do pagamento por desempenho.

No Brasil, o PMAQ-AB foi implementado em 2010 com o objetivo de incentivar atores da gestão municipal e trabalhadores de saúde a atuar conjuntamente em prol da melhoria da qualidade e do acesso à AB,^{11,33} mediante os incentivos financeiros repassados pelo governo federal. Por conseguinte, a adesão dos municípios ao Programa se deu no intuito de ser uma força motriz para alcançar mais qualidade e resolutividade à Atenção Básica por meio de diversas estratégias de incentivo, além da recompensa financeira.

No ano de 2012, à luz do PMAQ-AB, o Ministério da Saúde entendeu que por meio da implantação de programas de desempenho nos municípios trabalhadores da gestão municipal e da assistência poderiam pactuar metas e definir as dimensões constituintes para o pagamento por desempenho para as eSF. Assim, o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais lançaram a plataforma virtual Diálogos Online³⁴ sobre o tema “Remuneração por Desempenho na Atenção Básica”, cujo objetivo era ofertar suporte teórico-metodológico para a implementação dos programas.

Há incertezas a respeito do uso dos recursos financeiros do PMAQ-AB pelos municípios¹². A primeira dúvida é se os municípios utilizam, de fato, os recursos financeiros na implementação de programas de pagamento por desempenho.¹¹ Além disso, não se pode ratificar que os programas de pagamento implantados estão de acordo com algum *framework* ou mesmo se esses programas ocasionaram algum efeito na qualidade do cuidado.¹²

Macinko *et al.*¹¹ ressaltam que uma característica peculiar acerca do uso dos recursos financeiros oriundos do PMAQ-AB é a autonomia dos municípios para utilizá-los, inclusive para outras finalidades que não o pagamento por desempenho aos profissionais, como o pagamento de salários básicos, insumos, estrutura física, etc. Entretanto, estudos^{11,12,35} destacam que o PMAQ-AB pode ser uma estratégia apropriada para alcançar bons padrões de qualidade na Atenção Básica.

Outra expectativa deste estudo era encontrar médias de notas distintas e escalonadas à medida que os grupos estivessem em faixas que representassem menor ou maior desenvolvimento socioeconômico. Contudo, esse pressuposto não foi confirmado. Os achados sintetizam que, a depender do índice de desenvolvimento utilizado, existem três possíveis agrupamentos: 1) o conjunto de eSF em municípios de baixo desenvolvimento, estes com notas mais baixas em relação ao conjunto total de equipes, com média de nota sensivelmente mais alta no grupo com pagamento por desempenho; 2) as eSF que estão nas duas ou três faixas que representam o desenvolvimento regular, que possuem notas intermediárias com baixa variabilidade e reduzida diferença entre os GSPPD e os GCPPD; e 3) as eSF situadas em municípios de alto desenvolvimento, às quais são atribuídas notas mais elevadas em relação à média de notas das faixas, independentemente de haver ou não pagamento por desempenho.

As limitações deste estudo são decorrentes, primordialmente, da limitação do instrumento do PMAQ-AB, em que não foi possível avaliar se o programa de pagamento por desempenho assinalado pelo informante cumpre os critérios definidos por *framework* descrito na literatura. Outro ponto foi a metodologia desenvolvida, em que se atribuiu às eSF a resposta dada pelos gestores municipais sobre a implantação do programa de pagamento e, com isso, não se pôde confirmar se os trabalhadores participaram, de fato, do programa de pagamento por desempenho.

Um ponto importante é que uma nota maior no PMAQ-AB não significa necessariamente uma melhor oferta de atenção à saúde, bem como no sentido inverso. Fenômenos indesejáveis^{3,36} descritos na literatura científica podem incidir sobre os programas de pagamento por desempenho, mascarando o resultado da aferição. Assim, os dados utilizados neste estudo também podem ter sido afetados por fenômenos dessa natureza.

Destaca-se que as ideias trazidas por Harris³⁷ sobre os elementos que o Brasil precisaria refletir antes de implantar programas de pagamento por desempenho, possivelmente,

não foram desenvolvidas com velocidade requerida. Desta forma, o Brasil, provavelmente, necessite intensificar a *accountability* sobre os processos de desenho institucional e implantação do PMAQ-AB, que implicará, possivelmente, no envolvimento de mais pesquisadores e trabalhadores da AB com o Programa.

Por fim, este estudo buscou levantar alguns elementos para a discussão do pagamento por desempenho nos diversos contextos socioeconômicos dos municípios brasileiros. As implicações decorrentes deste estudo podem estar em torno de analisar os efeitos do pagamento por desempenho sobre os desfechos mais sensíveis às ações que são de governabilidade das eSF, como os indicadores de saúde. Sugere-se: a) agregar à análise desenvolvida elementos da gestão do trabalho (vínculos de trabalho e plano de cargos e salários); b) construir um modelo analítico que contemple a dimensão da vulnerabilidade social; c) elaborar uma análise que atribua o grau de desenvolvimento social e humano ao setor censitário de lotação da eSF; e d) desenvolver estudos por meio de um índice de desenvolvimento de gasto financeiro em AB.

Pode-se recomendar, ainda, alterações no instrumento do PMAQ-AB que permitam identificar criteriosamente quais municípios desenvolvem programas de pagamento por desempenho. Por último, de acordo com Macinko *et al.*¹¹ e Saddi *et al.*¹² concordamos que ainda há muitas questões para serem discutidas sobre o potencial do Programa para a atenção à saúde, mas acredita-se que a sua sustentação técnica e política é fundamental para que o Brasil alcance altos níveis de qualidade na Atenção Básica.

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* [Internet]. New York: Open University Press; 2014 [Acesso em 13 fev 2018]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf

2. Scheffler RM. *Pay For Performance (P4P) Programs in Health Services: What is the Evidence?* [Internet]. 2010 [Acesso em 19 fev 2019]. 12 p. Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/P4PWHR2010ShefflerFINAL.pdf>
3. Oxman AD, Fretheim A. An Overview of Research on the Effects of Results-Based Financing. *An Overv Res Eff Results-Based Financ* [Internet]. 2008 [Acesso em 14 fev 2019]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29320068>
4. 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* [Internet]. 2011 [Acesso em 20 fev 2018], (9):CD008451. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901722>
5. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [Acesso em 20 fev 2018], (2):CD007899. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
6. Wiysonge CS, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera CA, Opiyo N, et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017. [Acesso em 21 out 2018], (9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618470/>
7. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2013 [Acesso em 15 mar 2019], 14(1):117–31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21882009>
8. Roland M, Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? *BMJ* [Internet]. 2016 [Acesso em 14 fev 2019], 354:i4060. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492602>
9. Patel S. Structural, institutional and organizational factors associated with successful pay for performance programmes in improving quality of maternal and child health care in low and middle income countries: a systematic literature review. *J Glob Health* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 mar 2019], 8(2):021001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30675337>
10. Renmans D, Holvoet N, Orach CG, Criel B. Opening the ‘black box’ of performance-based financing in low- and lower middle-income countries: a review of the literature. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 [Acesso em 14 fev 2019], 31(9):1297–309. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article-lookup/doi/10.1093/heapol/czw045>
11. 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* [Internet]. 2017 [Acesso em 11 nov 2017], 40(2 Suppl):S4–11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252498>
12. Saddi FC, Peckham S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a

- Global Health and Public Policy Perspective. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2018 [Acesso em 13 jan 2018], 41(1):25–33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990991>
13. Macinko J, Harris MJ. Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* [Internet]. 2015. [Acesso 13 jan 2018], 372(23):2177–81. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1501140>
 14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF* [Internet]. 2013 [Acesso em 4 jan 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB_2013.pdf
 15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2º ciclo)* [Internet]. 2015 [Acesso em 4 fev 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf
 16. Brasil. Ministério da Saúde. 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.* [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2011 (20 jul 2011); Seção I, p. 79. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
 17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *PMAQ-AB: Estratos para Certificação* [Internet]. 2012. [Acesso em 13 jan 2019]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php
 18. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Ranking IDHM municípios.* 2010 [Internet]. 2010 [Acesso em 11 mar 2019]. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>
 19. Firjan. *Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal* [Internet]. 2014 [Acesso em 11 jan 2019]. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/>
 20. Binyaruka P, Robberstad B, Torsvik G, Borghi J. Who benefits from increased service utilisation? Examining the distributional effects of payment for performance in Tanzania. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018 [Acesso em 20 fev 2018], 17(1):14. Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0728-x>
 21. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or

- a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ* [Internet]. 2011 [Acesso em 20 fev 2018], 89(2):153–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21346927>
22. Soucat A, Dale E, Mathauer I, Kutzin J. Pay-for-Performance Debate: Not Seeing the Forest for the Trees. *Heal Syst Reform* [Internet]. 2017 [Acesso em 14 fev 2019], 3(2):74–9. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1302902>
 23. Fleetcroft R, Steel N, Cookson R, Walker S, Howe A. Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: Cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22507660>
 24. Roland M, Dudley RA. How Financial and Reputational Incentives Can Be Used to Improve Medical Care. *Health Serv Res* [Internet]. 2015 [Acesso em 10 mar 2019], 50:2090–115. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/1475-6773.12419>
 25. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* [Internet]. 2013 [Acesso em 3 dez 2017], 110(2–3):115–30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23380190>
 26. Kirschner K, Braspenning J, Jacobs JA, Grol R. Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2012 [Acesso em 13 jan 2018], 13(1):25. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-25>
 27. Langdown C, Peckham S. The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. *J Public Health*. [Internet]. 2014 [Acesso em 25 fev 2018], 36(2):251–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23929885>
 28. Scott A, Liu M, Yong J. Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 mar 2019], 75(1):3–32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27815451>
 29. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [Acesso em 14 jan 2018];(7):CD009255. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735443>
 30. Li J, Hurley J, DeCicca P, Buckley G. Physician response to pay-for-performance: evidence from a natural experiment. *Health Econ* [Internet]. 2014 [Acesso em 18 mar 2019], 23(8):962–78. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23861240>
 31. Roland M, Olesen F. Can pay for performance improve the quality of primary care? *BMJ* [Internet]. 2016 [Acesso em 25 fev 2018], 354:i4058. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492822>
 32. Forbes LJ, Marchand C, Doran T, Peckham S. The role of the Quality and Outcomes

- Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2017 [Acesso em 25 fev 2018], 67(664):e775–84. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28947621>
33. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde* [Internet]. 2012 [Acesso em 4 jan 2018], 6(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>
 34. Universidade Federal de Minas Gerais (BR). *Diálogos Online*: Remuneração por desempenho na Atenção Básica. [Internet]. 2012 [Acesso em 10 mar 2019]. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogo05/>
 35. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [Acesso em 16 mar 2019], 42(spe1):208–23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500208&lng=pt&tlng=pt
 36. Doran T, Maurer KA, Ryan AM. Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care. *Annu Rev Public Heal* [Internet]. 2017 [Acesso em 3 jan 2018], 38:449–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021457>
 37. Harris M. Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 [Acesso em 15 mar 2019], 46(3):577–82. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300021

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Produzir uma análise sobre as notas das eSF no PMAQ com base na divisão de grupos com pagamento e sem pagamento por desempenho e na estratificação mediante índices de desenvolvimento mostrou-se uma tarefa complexa. Acredita-se que o resultado deste trabalho pode colaborar com o estudo do pagamento por desempenho no contexto da Atenção Básica no Brasil.

Avalia-se que os pontos mais importantes nesta dissertação foram encontrar médias de notas maiores nos grupos com pagamento por desempenho para as faixas de menor desenvolvimento e, de forma inversa, verificar médias mais altas nos grupos sem pagamento por desempenho para as faixas de maior desenvolvimento. Assim, entende-se que há uma espécie de padrão entre as equipes, com e sem pagamento, dependente do grau de desenvolvimento do município de lotação. Este achado aponta na direção da existência de problemas distintos nos sistemas municipais de saúde. A depender do grau de desenvolvimento dos municípios, o pagamento por desempenho talvez possa beneficiar as eSF que possuem determinadas características.

Esta opinião é sustentada pela percepção de Oxman,² que afirma que a concepção do programa de pagamento por desempenho deve ser iniciada com base na compreensão dos problemas do sistema de saúde e, posteriormente, na estruturação do programa de desempenho. Por conseguinte, a relação problema-intervenção pode gerar melhores resultados.

Outro achado relevante foi a percepção de maiores diferenças de notas médias nas faixas de menor desenvolvimento. Assim, poderá surgir um novo objeto de investigação, compreender se as diferenças das notas médias encontradas nas faixas de menor desempenho representam serviços de saúde com graus de qualidade diferentes.

Verifica-se também que na “análise vertical” das notas entre as faixas do IDHM e do IFDM as notas recebidas pelas eSF que estão nas faixas extremas de maior desenvolvimento

são muito elevadas se comparadas à média de notas em qualquer outra faixa. Esse achado corrobora em termos o indicativo de que há nas eSF uma possível desigualdade quanto à qualidade da prestação de serviços entre os municípios brasileiros. Entretanto, essa análise extrapola o escopo da dissertação e não foi comprovada por método estatístico específico. Ressalta-se que este estudo possui uma limitação conceitual sobre a nota do PMAQ, não significando, necessariamente, que a eSF presta o serviço com maior qualidade.

Perspectivas decorrentes deste estudo desdobram-se por desenhos metodológicos mais refinados. Uma importante limitação deste estudo foi a inexistência de dados que pudessem caracterizar e tipificar o *design* dos programas de pagamento por desempenho dos municípios. Caso houvesse dados sobre essa questão, poderia desenvolver um outro estudo, excluindo as eSF que não obtivessem um programa de desempenho conforme o preconizado, bem como poderíamos observar quais características dos programas de pagamento estão mais associadas a melhores resultados no PMAQ.

Por fim, compreende-se que este estudo cumpriu a perspectiva exploratória de levantar alguns elementos para discussão sobre o pagamento por desempenho no Brasil. Por consequência, recomenda-se que novos estudos abordem as características do *design* dos programas de pagamento nos municípios brasileiros, analisando-se a qualidade do cuidado produzido pelas eSF.

REFERÊNCIAS

1. Wiysonge CS, Paulsen E, Lewin S, Ciapponi A, Herrera CA, Opiyo N, et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017. [Acesso em 21 out 2018], (9). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5618470/>
2. Oxman AD, Fretheim A. An Overview of Research on the Effects of Results-Based Financing. *An Overv Res Eff Results-Based Financ* [Internet]. 2008 [Acesso em 14 fev 2019]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29320068>
3. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastías G, Chopra M, Ciapponi A, et al. Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet* [Internet]. 2008 [Acesso em 18 mar 2019], 372(9642):928–39. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18790316>
4. 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* [Internet]. 2011 [Acesso em 20 fev 2018], (9):CD008451. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901722>
5. Yuan B, He L, Meng Q, Jia L. Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [Acesso em 3 jan 2018], 3:CD011153. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28253540>
6. Roland M, Olesen F. Can pay for performance improve the quality of primary care? *BMJ* [Internet]. 2016 [Acesso em 25 fev 2018], 354:i4058. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27492822>
7. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, Thomson S. *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability* [Internet]. New York: Open University Press; 2014 [Acesso em 13 fev 2018]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf
8. Christianson JB, Knutson DJ, Mazze RS. Physician pay-for-performance. Implementation and research issues. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2006 [Acesso em 15 mar 2019], 21 Suppl 2(Suppl 2):S9–13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16637965>
9. Scheffler RM. Pay For Performance (P4P) *Programs in Health Services: What is the Evidence?* [Internet]. 2010 [Acesso em 19 fev 2019]. 12 p. Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/P4PWHR2010ShefflerFINAL.pdf>
10. Mannion R, Davies HTO. Payment for performance in health care. *BMJ* [Internet]. 2008 [Acesso em 14 fev 2018], 336(7639):306–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18258966>
11. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Health Econ* [Internet]. 2013 [Acesso em 15 mar 2019], 14(1):117–31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21882009>
12. Kirschner K, Braspenning J, Jacobs JA, Grol R. Design choices made by target users

- for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2012 [Acesso em 13 jan 2018], 13(1):25. Disponível em: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-13-25>
13. Paul E, Albert L, Bisala BN, Bodson O, Bonnet E, Bossyns P, et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2018 [Acesso em 14 fev 2019], 3(1):e000664. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29564163>
 14. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [Acesso em 20 fev 2018], (2):CD007899. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007899.pub2>
 15. Scott A, Liu M, Yong J. Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2018 [Acesso em 10 mar 2019], 75(1):3–32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27815451>
 16. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* [Internet]. 2006 [Acesso em 15 mar 2019], 145(4):265–72. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16908917>
 17. Rosenthal MB, Landon BE, Howitt K, Song HR, Epstein AM. Climbing Up The Pay-For-Performance Learning Curve: Where Are The Early Adopters Now? *Health Aff* [Internet]. 2007 [Acesso em 15 mar 2019], 26(6):1674–82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978386>
 18. Rosenthal MB, Dudley RA. Pay-for-Performance Will the Latest Payment Trend Improve Care? *JAMA* [Internet]. 2007 [Acesso em 15 mar 2019], 297(7):740. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.297.7.740>
 19. McDonald R, White J, Marmor TR. Paying for Performance in Primary Medical Care: Learning about and Learning from “Success” and “Failure” in England and California. *J Health Polit Policy Law* [Internet]. 2009 [Acesso em 15 mar 2019], 34(5):747–76. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19778931>
 20. Harris M. Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 [Acesso em 15 mar 2019], 46(3):577–82. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300021
 21. 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* [Internet]. 2016 [Acesso em 10 mar 2019], 21(5):1377–88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501377&lng=pt&tlng=pt
 22. Saddi FC, Peckham S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. *J Ambul Care Manage* [Internet]. 2018 [Acesso em 13 jan 2018], 41(1):25–33. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990991>
 23. 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* [Internet]. 2017 [Acesso em 11 nov 2017], 40(2 Suppl):S4–11. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252498>
24. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde* [Internet]. 2012 [Acesso em 4 jan 2018], 6(2). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492>
 25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Manual instrutivo para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF* [Internet]. 2013 [Acesso em 4 jan 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB_2013.pdf
 26. Pinto HA, Sousa ANA de, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [Acesso em 4 jan 2018], 38(special). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103-11042014000600358&tlng=pt
 27. Brasil. Ministério da Saúde. 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*. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2011 (20 jul 2011); Seção I, p. 79. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
 28. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *PMAQ-AB: Estratos para Certificação*. 2012. [Acesso em 30 jan 2018]. Disponível em: http://dabgerenciador.homologacao.saude.gov.br/sistemas/pmaq/estratos_para_certificacao.php
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013. *Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2013 (4 abr 2013). Seção I, p. 35.
 30. Aquino R, Medina GM, Nunes CA, Sousa M de F. *Saúde coletiva: teoria e prática*. [Internet]. Medbook. Paim JS, Almeida-Filho N de, organizadores. Rio de Janeiro: Trabalho, educação e saúde; 2014 [Acesso em 11 jul 2017]. 353-372 p. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100313&lng=pt&tlng=pt
 31. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015

- [Acesso em 31 dez 2017], 20(5):1497–514. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000501497&lng=pt&tlng=pt
32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (2º ciclo)* [Internet]. 2015 [Acesso em 4 fev 2019]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf
 33. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Ranking IDHM municípios. 2010* [Internet]. 2010 [Acesso em 11 mar 2019]. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>
 34. Firjan. *Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal* [Internet]. 2014 [Acesso em 11 jan 2019]. Disponível em: <https://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/>