Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA/MODALIDADE PROFISSIONAL

Rangel Mayesk Soares Moraes
Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

RELATÓRIO TÉCNICO
REPERCUSSÕES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO DA APS NA TRANSIÇÃO DO PMAQ-AB AO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS

Recife
2023

Rangel Mayesk Soares Moraes

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

RELATÓRIO TÉCNICO
REPERCUSSÕES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO DA APS NA TRANSIÇÃO DO PMAQ-AB AO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS

Relatório Técnico do projeto de intervenção como contribuição ao município de Caapiranga no Amazonas, sendo resultado da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Recife

2023

RESUMO

Moraes, Rangel Mayesk Soares. Repercussões do pagamento por desempenho da APS na transição do PMAQ-AB ao Programa Previne Brasil em um município do Amazonas. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A atenção primária à saúde (APS) considerada a porta de entrada, o primeiro contato ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro traz a perspectiva de coordenação do cuidado longitudinal coberto pela estratégia saúde da família (ESF). No que se refere ao pagamento por desempenho há incentivos para alcance de metas por indicadores, relacionados ao monitoramento e avaliação citam-se, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Previne Brasil. A pesquisa teve como objetivo analisar o processo de transição do PMAQ-AB para o novo modelo de financiamento do Programa Previne Brasil, referente à avaliação por desempenho na atenção primaria do município de Caapiranga, Amazonas. Foi realizado estudo de caso, abrangendo pesquisa por análise documental e de campo com triangulação de dados. A pesquisa documental foi realizada a fim de compreender como se deu os repasses dos recursos, por avaliação de desempenho entre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil, na APS em Caapiranga/AM. Foi utilizada a plataforma e-gestor AB e pesquisa de campo. Na coleta dos dados foram aplicados dois questionários semiestruturados com 28 participantes, e entrevistas com 10 informantes chaves, com análise de conteúdo abordada pela temática de Bardin. Os resultados da pesquisa apresentaram análise documental do período estudado do 3º ciclo do PMAQ-AB até agosto de 2020, com valor estimado de R$ 9.782,50; e, Previne Brasil até outubro de 2022, com valor de R$ 8.020,60. A entrevista foi realizada com 3 enfermeiros, 3 agentes comunitários de saúde e 4 gestores, totalizando 10 informantes chaves. O PMAQ-AB foi inovador nas práticas de avaliação em saúde, em Caapiranga, no Amazonas, demonstrando como uma ferramenta potente de gestão capaz de modificar o trabalho com intuito de trazer melhorias para o serviço das equipes avaliadas. O Programa Previne Brasil reformulou o financiamento da atenção primária, considerando 4 componentes de recursos, nesta análise a pesquisa fez um recorte ao componente pagamento por desempenho. Na avaliação por desempenho do Previne Brasil, houve aumento do financiamento comparando ao PMAQ-AB, as equipes alcançaram resultados significativos, porém ao longo do período analisado viu-se um decréscimo do pagamento por desempenho. Conclui-se que é necessária a mudança da tipologia das equipes de saúde, a continuidade da avaliação e monitoramento, e a intensificação das práticas de educação permanente, para assegurar a boa operacionalização dos sistemas informatizados de saúde.

Palavras-chaves**:** Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Financiamento da assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

Globalmente, vem sendo discutido temáticas sobre os sistemas de prestação de serviço de saúde, assim como o financiamento e pagamento por desempenho, fato este que está relacionado principalmente com o aumento de custos e incentivos como estratégias de processos de trabalho, organização e uso de tecnologias[1,2,3,4].

A Cobertura Universal de Saúde foi definido pela Organização das Nações Unidas - ONU como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma vez que foi aprovada uma resolução que evidencia a necessidade dos países garantirem financiamento público suficiente para o fortalecimento de sistemas de saúde, bem como, potencializar a eficiência quanto aos gastos em saúde, para prestação de serviços disponíveis, adequados e de qualidade, além de ampliarem a destinação de recursos para a atenção primária à saúde (APS), que é base para a obtenção dos ODS relativos à saúde[4].

No Brasil, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas foram as mudanças e arranjos organizacionais nos serviços de saúde, principalmente no modelo de financiamento do sistema de saúde, fato esse que viabilizou célere e contínuo crescimento da cobertura da APS, assim modificando o padrão de atenção à saúde em um país que possui grande extensão territorial e com diferenças regionais, econômicas e socioculturais[5].

A APS é um setor essencial ao SUS brasileiro, uma vez que é a porta de entrada, ou seja, o primeiro contato do usuário aos serviços de saúde, na perspectiva de coordenação do cuidado longitudinal, fortalecimento de vínculos com a população no território adscrito coberto pela Estratégia Saúde da Família (ESF)[6]. Diversos fatores contribuíram de forma categórica para a expansão da APS no país, sendo os principais, a descentralização dos recursos federais para os municípios, associado com a implementação da ESF. Neste sentido, haja vista que a ESF é reconhecida internacionalmente como modelo de política de saúde pública bem-sucedida,[7] uma vez que ampliou o acesso a serviços básicos de saúde e melhorias nos resultados em saúde, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e loco-regionais[8].

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é protagonista pela iniciativa de avaliação em conexão com as

mudanças ocorridas no Ministério da Saúde (MS) apontado para a centralidade da APS, redesenhando a conceito de regionalização e do financiamento do SUS por meio de estratégias avaliativas[9]. O programa estabelece a mensuração de obtenção a um padrão de qualidade entre os entes federados permitindo ações de gestão voltadas a APS, garantindo a nitidez dos processos de autogestão, com resultados alcançados e fortalecimento do controle social[10].

Com a proposta de desenvolvimento de ações, o PMAQ-AB garantia o acesso e a qualidade das ofertas dos serviços, trazendo um paralelo sobre estimulação de práticas de monitoramento e avaliação e avaliação por desempenho, buscando reflexos na gestão da clínica, dos processos de trabalho enfrentados diariamente pelas equipes de saúde da família[11]. A avaliação do PMAQ-AB considerou três aspectos: autoavaliação, indicadores contratualizados e avaliação externa com dados qualiquantitativo, observacional direto a respeito do funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS) e entrevistas realizadas por instituições de ensino pactuadas com usuários e profissionais da APS[12].

Independente dos importantes avanços alcançados no SUS, a atenção primaria à saúde no Brasil enfrenta desafios por diversas questões, quais sejam, aquelas relacionadas a estrutura e financiamento do SUS, bem como, pela grande heterogeneidade e pelos diferentes padrões de expansão da ESF nos municípios brasileiros, e ainda, pelas limitações na qualidade dos serviços prestados e desempenho precário de funções essenciais da APS[12,13,14]. Todos esses problemas vêm se agravando, desde 2015, com pressões impostas pelo contexto econômico e político do país. Já no ano de 2016, houve a aprovação de uma emenda constitucional, a qual congelou os gastos federais por 20 anos, implicando drasticamente no orçamento de políticas sociais[15], dentre elas encontra-se a saúde pública.

No ano de 2019, seguindo com mudanças no cenário político e econômico, houve profundas mudanças estruturais em diversos setores; na saúde uma das principais mudanças foi a alteração do financiamento da APS, de modo que foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa Brasil Previne. Este programa introduziu instrumentos de gestão, tais como capitação ponderada, incentivo para ações estratégicas e avaliação de desempenho, como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes em um município[14, 15,16,17]. Equipes de saúde da família

com produtividade alta e registros qualificados demonstram ótimos resultados nos indicadores de pagamento por desempenho, onde diante da transição entre os programas, a estratégia do Programa Previne Brasil neste componente avalia por desempenho o processo de trabalho, não considera os aprendizados dos ciclos do PMAQ-AB, introduzindo outra lógica de avaliação, enfatizando o monitoramento de procedimentos e resultados das ações de saúde, excluindo a avaliação qualitativa de verificação *in loco* aos padrões de acesso e qualidade de gestão, na UBS e ESF[18].

Vale destacar que o SUS está sempre em transformação e necessita de ferramentas para garantir uma saúde de qualidade, porém com a nova política de financiamento da APS, trará impactos para o SUS, uma vez que com a substituição dos programas PMAQ-AB e o Previne Brasil, ainda existe muito para ser entendido[3]. Além disso, considerando que o PMAQ-AB é um programa já estabelecido, e com resultados importantes na atenção básica, a alteração entre programas poderá levar a perdas significativas. Contudo, embora o Previne Brasil seja um programa novo, ainda em fase de implementação e desenvolvimento, ainda muito tem a ser feito até a sua consolidação[19]. O programa Previne Brasil ao longo do tempo futuro, em seu processo de implementação de avaliação e monitoramento necessita ser analisado com relação as suas contribuições e possíveis fragilidades. Assim, faz-se necessário questionar: Como se deu a transição do programa PMAQ-AB para o Programa Previne Brasil na APS de Caapiranga no Amazonas?

Um dos principais pontos relacionados a substituição do PMAQ-AB para o Previne Brasil, está relacionado com o financiamento da APS. Tema que necessita de clareza, uma vez que ao longo do tempo é diretamente influenciado por questões políticas, governamentais em escala local à global.

Considerando que essas mudanças ainda necessitam de estudos e evidências empíricas, especialmente a partir da visão dos profissionais e gestores que lidam com o dia a dia da APS, especialmente em municípios de pequeno porte que são predominantes no país, que possuem características únicas, como é o caso do município de Caapiranga, no Estado do Amazonas, busca-se analisar o processo de transição do PMAQ-AB para o novo modelo de financiamento programa Previne Brasil direcionando a avaliação por desempenho na APS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de transição do PMAQ-AB para o novo modelo de financiamento Programa Previne Brasil, referente a avaliação por desempenho na APS no município de Caapiranga, Amazonas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Descrever os repasses de avaliação por desempenho entre os programas PMAQ AB e Previne Brasil na APS;

b) Caracterizar os profissionais e gestores de saúde da APS;

c) Analisar as percepções dos profissionais e gestores de saúde da APS sobre avaliação por desempenho no processo de transição do PMAQ-AB e Previne Brasil.

3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

A revisão teórica fornecerá os subsídios necessários para o desenvolvimento da proposta de avaliação do processo de transição do PMAQ-AB para o novo modelo de financiamento do Programa Previne Brasil, principalmente quanto ao impacto no pagamento por desempenho, investigando a percepção dos profissionais de saúde e gestores que atuam diretamente com os programas no seu dia a dia de trabalho na APS.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, demarcando o

início da construção do SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e regidos por princípios e diretrizes.[21]

A APS é considerada a porta de entrada ao SUS, o qual segue os princípios definidos na Constituição Federal de 1988, de universalidade, integralidade e equidade, com o desenvolvimento direcionado à cobertura universal em saúde, principalmente após a criação da Estratégia Saúde da Família como política nacional para implantação da APS[22,23].

O Ministério da Saúde institui na APS a avaliação como papel essencial no aprimoramento de eixos de intervenção com intuito de transformar os serviços de saúde, trazendo a perspectiva da população com o objetivo de promoção, adequação de prestações de serviços, bem como avaliação de resultados[24]. A avaliação envolve critérios, tais como: a estrutura, o processo e o resultado, permitindo um juízo de valor sobre os níveis de qualidade atingidos, trazendo as falhas e, por conseguinte os problemas, mostrando a realidade na busca por estratégias de correções e/ou melhoria de resultados. O aperfeiçoamento de intervenções direcionadas para evolução dos indicadores de qualidade da APS, demonstra-se como ferramentas para o alcance de resultados positivos no que tange às condições de saúde, administração de recursos, níveis de satisfação de usuários, bem como dos profissionais que atuam na APS.[25]

Após a esperada expansão da ESF, questiona-se a dificuldade em ampliar o número de usuários sob responsabilidade das equipes. Nessa perspectiva, pode-se reconhecer as limitações quanto à capacidade de induzir respostas primordiais aos desafios do sistema e da APS, como por exemplo, a efetivação do acesso e a produção de melhores resultados em saúde formado por componentes.[26]

Em relação ao financiamento, são apresentados quatro distintos componentes. O primeiro componente é chamado de “PAB Fixo”, o qual é composto por uma parcela fixa mensal, calculada pelo tamanho per-capita municipal. O segundo componente é o “PAB variável”, onde os incentivos financeiros eram repassados de acordo com o credenciamento dos mais diversos tipos de equipes: ESF, equipes de atenção básica, núcleos de apoio à saúde da família e atenção básica (NASF-AB), consultórios de rua e equipes prisionais. O terceiro componente ficou restrito a manutenção de agentes comunitários de saúde. Já o quarto e último

componente é o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ-AB) que em 2011 inovou positivamente ao abordar explicitamente a necessidade de ampliar o acesso e de melhorar a qualidade do cuidado na ESF. [27]

3.2 PROGRAMA DE MELHORIA DE ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB foi criado em 2011 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, objetivando a indução de ciclos de melhoria da qualidade, sendo o 1º ciclo (2011/2012), 2º ciclo (2013/2014) e 3º ciclo (2015/2018) organizados nas seguintes etapas: adesão voluntária dos gestores municipais de saúde e contratualização das equipes, avaliação externa e certificação; e, recontratualização[28].

No 3º ciclo, em um sentido transversal, compreende a autoavaliação, monitoramento, apoio institucional, educação permanente e cooperação horizontal entre as ESF. Os entrevistadores aplicavam *in loco*, instrumentos de avaliação externa com os profissionais das ESF e usuários, onde correspondia a 60% de metas para certificação, somado a 10% atribuídos para implementação de processos auto avaliativos, com 30% de avaliação dos indicadores contratualizados. Os resultados com a soma dos percentuais dos três momentos avaliativos, as equipes são certificadas pelo DAB conforme o seu desempenho em: ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. Subsequentemente, por parte do MS, ocorrendo o repasse de recursos financeiros aos gestores municipais perdurando até agosto de 2021 [28,29].

Contudo, as pesquisas sobre o PMAQ-AB são incipientes revelando nuances, vieses, inconsistências. É oportuno ainda dizer, a existência de especificidades locais no que compete a implementação, relacionada à destinação dos incentivos financeiros, coerência e lógica do programa em relação as diretrizes propostas pela normatização federal [30,31].

3.3 FINANCIAMENTO

O aumento de gastos em saúde está diretamente relacionado com a estrutura etária de uma população (OMS), visto que os padrões de gastos com saúde têm

diferença em função da idade. Fato esse que tem levado a discussões sobre a sustentabilidade dos serviços de saúde oferecidos tanto pelo SUS quanto pela saúde suplementar [3,32].

No Brasil, com o declínio das taxas de fecundidade, iniciou-se um processo de mudanças profundas na estrutura etária da população brasileira[33]. Na infância as despesas assistenciais possuem alto custo, contudo com o avanço da idade os valores aumentam, e associado com aumento da prevalência de doenças crônicas, ocorre aumento significativo das despesas, principalmente nas últimas décadas de vida[34]. Neste sentido, globalmente pode ser observado uma mudança no padrão de financiamento da saúde, uma vez que os maiores recursos para o setor provêm cada vez mais de fundos comuns, sobretudo de fontes governamentais e menos do gasto direto das famílias[35]. No entanto, existem, diferenças no financiamento e na forma, assim como de uso de recursos disponíveis entre países, de modo que interfere diretamente na igualdade do acesso a serviços, na eficiência do uso de recursos, e bem como na melhoria dos resultados em saúde.

Os países com maiores percentuais de financiamento público e de distribuição de recursos na APS apresentam melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais[36]. Assim, observa-se que países como por exemplo o Brasil, o financiamento da saúde é predominante público e a APS possui importante função na organização do sistema de saúde[37]. A APS e os programas de saúde pública são focalizados em doenças específicas e a assistência à saúde é principalmente paga por desembolso direto, assim impactando o orçamento de famílias e indivíduos[38].

Ainda, a forma de pagamento pelos serviços de saúde produz estímulos com intenso poder gerador acima dos aspectos das práticas de saúde. Sendo que o setor saúde, entre os serviços públicos é o mais inovador quanto a adesão de instrumentos de gestão voltados para tornar mais estratégico o pagamento por serviços prestados, objetivando requerer melhorias de qualidade e produtividade[39]. Ainda é cada vez mais comum entre países adotarem modelos de pagamento que utilizam instrumentos de gestão como avaliação de desempenho, ou mesmo orçamento geral para prestação de serviços pré-contratados, cadastro de capitação de pessoas ponderado por risco, assim como, pagamento por casos baseado em grupos relacionados ao diagnóstico e por valores associados a resultados alcançados.

Em resumo, os vários modelos de remuneração possuem vantagens e desvantagens, consequentemente ter efeitos diferentes de acordo com a realidade de cada país. A alteração na forma de pagamento de serviços, da mesma forma pode produzir impactos perversos e inesperados. Logo, é recomendado que modificações sejam atualizadas paulatinamente, de modo a evitar rupturas bruscas que causem impactos negativos ao sistema de saúde[3].

3.4 DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS NA APS

A distribuição de recursos na saúde não é uma questão atual, especialmente no que tange a temática do financiamento e a eficácia dos sistemas de saúde. Considerando que a distribuição adequada de recursos de saúde é item fundamental para o bom desempenho dos sistemas, sendo estes, financeiros, materiais, humanos e organizacionais. Diversos estudos abordaram as temáticas, de modo que analisaram modelos equitativos de distribuição financeira em saúde[40,41,42]. Essa distribuição de recursos está relacionada com a distribuição de medicamentos, equipamentos, bem como do perfil de competências dos profissionais, para atender as demandas de saúde da população. No entanto, essa questão não é algo trivial, uma vez que o SUS é um sistema integrado hierarquicamente, projetado para ser descentralizado, funcionando por meio de ações e serviços públicos de saúde, coexistente com a iniciativa privada e conivente com diferentes formas de financiamento[40].

No Brasil, a distribuição de recursos financeiros e na produção e oferta de serviços de saúde pública, foram regulamentadas pela Constituição de 1988 [20] e pelas leis que inseriram os princípios da captação de recursos para a seguridade social e para a distribuição de recursos financeiros entre os entes da Federação (Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990; Lei nº 8.142, de 1990; e Lei nº 141, de 2012). O sistema de assistência à saúde brasileiro é considerado híbrido, uma vez que coexiste as formas privadas e públicas, assim colocando em discussão os princípios de diretrizes da APS[43].

Na APS a distribuição de recursos passa por um período de mudança institucional, uma vez que as políticas públicas vêm modificando a maneira como os recursos humanos, financeiros e organizacionais são distribuídos. A APS do modo que foi estruturada, com equipes multidisciplinares que atuam na prevenção e

promoção da saúde, ainda é relativamente recente, quando comparada com um sistema de saúde tradicional, centrado em atendimento ambulatorial e hospitais e na prestação do serviço médico [40,42,44].

Compreender as mudanças institucionais na APS a partir do ponto de vista dos profissionais e gestores da APS é fazer uma escolha de um nível institucional em detrimento de outro. Destarte, como os profissionais das UBS são influenciados pelas leis, políticas públicas e outras questões institucionais, ainda influenciam e mantêm outros níveis institucionais[44,45]. Esse entendimento demonstra a grande dependência entre diversos sistemas e seus atores, podendo assim identificar as resolutivas de questões por outra perspectiva, uma vez que parte dos indivíduos que atuam no dia a dia das instituições, assim podendo ser de grande importância para mudanças a nível local[46].

É importante considerar o papel dos indivíduos no processo de mudança institucional e na estrutura social, uma vez que a análise por meio do foco de níveis institucionais pode contribuir para explicar diretamente como instituições mudam ou persistem ao longo do tempo [45,47].

3.5 AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO

Conhecido como *pay for performance* (P4P) o pagamento por desempenho de prestadores de serviços em saúde, acontece desde as reformas de 1990. Em países como Inglaterra, França, Alemanha, Austrália e Estados Unidos têm experimentado a transição do modelo *Fee For Service* (FFS) único para modelos mistos de remuneração. No Brasil, outras formas de pagamentos neste modelo representam apenas 5% na saúde suplementar, e nos últimos anos no SUS a remuneração por orçamento global e por capitação foram introduzidas desde a última década[48].

Muitas organizações sociais e de saúde, tais como a *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD), Canadian Institute of Health Information (CIHI) e Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) têm aperfeiçoados e implementados sistemas de monitoramento e indicadores de qualidade com objetivo avaliar o desempenho nos níveis: regional, nacional e internacional.[25]

Os modelos de pagamento por desempenho em serviços de saúde são pautas amplamente debatidas na saúde global em razão do aumento de orçamentos de custos e possibilidades de incentivos, ademais ambos têm forte poder de indução sobre processos de organização de acesso a serviços e tecnologias, uso de recursos disponíveis, impactando sobre resultado em saúde[4].

O pagamento por desempenho ou financiamento baseado em resultados ou result-based-financing (RFB) consiste nas transferências de repasses para fundos municipais de saúde, condicionado a resultados de indicadores alcançados por meio de ações ou metas mensuráveis e predeterminadas. Ainda assim, muitos modelos encontrados em esquemas de P4P na saúde em geral objetivam estimular condutas profissionais/coletivas para alcance de resultados ou de padrões de qualidade no fornecimento de serviços em saúde. [3]

Evidências sobre a experiência internacional apontam que o pagamento por desempenho baseado em resultados reduz falhas de tratamento, qualifica a melhora de registros de usuários nos sistemas de informações, aprimora o controle de doenças crônicas não transmissíveis, aperfeiçoa ações de rastreamento de prevenção, melhora a prescrição de medicamentos como também reduz internações de emergências[17].

3.6 PROGRAMA PREVINE BRASIL

Em novembro de 2019 foi constituído pela Portaria nº 2.979/MS o Programa Previne Brasil, que estabelece a nova proposta de financiamento de custeio da APS[15,34,49]. Contudo, esse novo modelo altera a forma estrutural para lógica indutiva de organização da política de saúde, destacando as principais mudanças para a atenção básica, que é a extinção dos pisos fixo e variável (PAB)[15].

A Portaria nº 2.979/2019[15] traz que o financiamento de custeio da APS será fundamentado na capitação ponderada, no pagamento por desempenho e no incentivo para ações estratégicas[36]. Com esse modelo, o município necessita fazer a capitação por meio dos cadastros das famílias. Ainda tal mudança se justifica por três motivos básicos, sendo: (i) mudanças nos processos epidemiológicos da população, (ii) alterações na organização dos serviços de saúde, incluindo a estrutura de rede de referência/contrarreferência, e busca pelos resultados dos indicadores[36,50].

A princípio, o pagamento por desempenho, vinha sendo praticado na APS desde 2011, por meio do PMAQ-AB, que aliava a ampliação do acesso ao acompanhamento e a discussão de indicadores. Trazendo um novo recurso de infraestrutura, somado ao PAB, proporcionado investimentos em reforma e ampliação de UBS[13]. No entanto, o desempenho e avaliação de indicadores não será mais por meio do PMAQ, ou seja, não mais haverá avaliação externa, o desempenho será avaliado por meio dos resultados individuais das equipes.

O novo modelo de financiamento de custeio da APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde é constituído por: capitação ponderada, considerando a população cadastrada na ESF (eSF) e equipe de atenção primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada, e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[15]. O pagamento por desempenho avalia os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Simplificado (SCNES) e outra avaliação é o incentivo para ações estratégicas, que relaciona as prioridades em saúde da APS[36].

O pagamento por desempenho, descrito na seção III da Portaria 2.979, será calculado de acordo com o cumprimento de meta para cada indicador por equipe e condicionado ao seu tipo. Assim, a Portaria nº. 3.222, de 10 de dezembro de 2019**,** dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho para o ano de 2020 no âmbito do Programa Previne Brasil, sendo: (i) – proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação; (ii) – proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; (iii)– proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; (iv) – cobertura de exame citopatológico; (v) – cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; (vi) – percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre; (vii) – percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada[49].

Na revisão em tripartite, no qual culminou em portaria, pactuou-se para efeito de pagamento por desempenho que os municípios que alcancem as metas previstas de dois indicadores no primeiro quadrimestre de 2022, de mais três indicadores para o segundo quadrimestre, e que completem o alcance dos sete indicadores, no último quadrimestre de 2022[51]. Ainda os prazos para adesões e cadastros, disposição

sobre os indicadores do pagamento por desempenho previsto na portaria 3.222 de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, define as estratégias e os indicadores do ano de 2020, e estabelece as ações estratégicas para definição dos indicadores dos anos de 2021 e 2022[49].

Vale ressaltar que o financiamento da APS é o principal ponto relacionado a substituição do PMAQ-AB para o Previne Brasil. No entanto, essa temática é de grande complexidade, além disso sofre influência com as decisões dos diferentes governos brasileiros ao longo dos anos, embora o SUS, encontre-se em transformação e necessita de ferramentas para garantir uma saúde de qualidade. Ainda a mudança dos programas (PMAQ-AB para o Previne Brasil) pode gerar perdas significativas na atenção básica que surgiram por meio do PMAQ-AB[3]. Porém, o Previne Brasil é novo e em fase de implantação e desenvolvimento, sendo assim, ainda mostrará seus resultados em um determinado espaço de tempo e no futuro poderá ser avaliado com relação a suas contribuições ou fragilidades à APS brasileira no SUS.

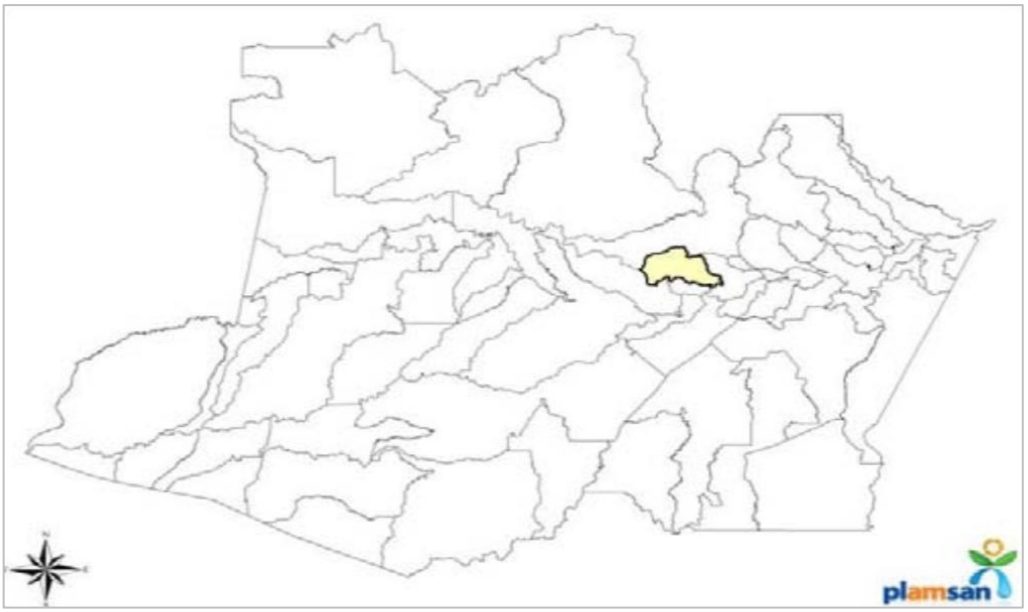
4 PLANO OPERATIVO

4.1 LOCAL DO ESTUDO

Esse estudo foi desenvolvido no município de Caapiranga (Figura 1 e 2), Estado do Amazonas, Região Norte do Brasil. O município possui uma população de aproximadamente 13.482 habitantes[52]. Ele pertence à Microrregião de Coari e Mesorregião do Centro Amazonense, pertencente a regional Rio Negro e Solimões, tendo a cidade de Manacapuru como polo assistencial.

O município fica distante da capital do Estado, Manaus, 133.65 km em linha reta, distância de condução 184 km, pela rodovia AM 070, com distância de 89 km a Manacapuru. As formas de acesso a Caapiranga são fluviais, 100 km aproximadamente, cuja viagem tem um tempo médio de duas horas saindo porto de Manacapuru por meio de lanchas, totalizando três horas em média de viagem terrestre e fluvial. Outra via de acesso encontra-se por embarcação do porto de Manaus, onde a viagem fluvial corta o encontro das águas, dos rios Negro e Solimões, com duração em média de 12 horas.

Figura 1 - Localização do município de Caapiranga, no Estado Amazonas



Fonte: Planos Municipais de Saneamento e Gestão Integrada de Resíduos Sólidos dos Municípios do Estado do Amazonas, PLAMSAN, 2021 [80].

O município de Caapiranga foi escolhido para o estudo por possuir uma população média similar de mais de 54% dentre os 5.570 municípios brasileiros, e por apresentar características estruturais demográficas e de gestão, semelhantes aos outros municípios, fato este que possibilita a generalização das conclusões do estudo para outros municípios. Neste município, a APS local é organizada em cinco Unidades de Saúde Família (ESF), distribuídas entre zona urbana, sendo três unidades e, zona rural, com duas unidades. Além destas, existe uma USF fluvial móvel (barco), que atende 33 comunidades de população ribeirinha residente próximo às margens dos rios.

Figura 2 - Foto aérea do município de Caapiranga-AM

Fonte: Reprodução Site Oficial de Caapiranga[81].

A pesquisa foi desenvolvida, com coleta de dados no período de agosto a outubro de 2022, com a finalidade analisar o processo de transição do PMAQ-AB para o novo modelo de financiamento Previne Brasil, referente ao pagamento por desempenho na APS de Caapiranga, Amazonas.

4.2 DELINEAMENTO DA PESQUISA E POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso, abrangendo pesquisa por análise documental e de campo. A escolha do estudo de caso foi devido a melhor compreensão de características indispensáveis para a construção metodológica da pesquisa. Gil[53] cita que o estudo de caso consiste no estudo profundo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, assim, partindo de um cenário real, analisa empiricamente um fenômeno do cotidiano que ainda não se apresenta evidentemente delineado. Além disso, o estudo de caso possibilita submergir o pesquisador ao contexto, de modo que possa entender os fenômenos locais a partir dos diversos fatores.

A população do estudo foi constituída por profissionais e gestores de saúde, pertencentes ao quadro de funcionários da APS de Caapiranga/AM, os quais vivenciaram o período de transição dos programas PMAQ-AB a partir do 3º ciclo e Programa Previne Brasil. Assim, sendo formado o grupo pesquisado constituído por:

4 enfermeiros, 21 agentes comunitário de saúde (ACS), e 3 gestores. A amostragem foi não probabilística, totalizando 28 profissionais informantes.

Foram excluídos da pesquisa, aqueles profissionais que não participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB, os que se encontravam em período de férias, ou com outro tipo de licença, e profissionais que estavam designados em viagens e ações nas comunidades ribeirinhas, como também aqueles que não aceitaram participar do estudo, não assinando o Termo de esclarecimento de livre esclarecido (TCLE) (Anexo D), as entrevistas ocorreram nas UBS e Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Caapiranga.

4.3 METODOLOGIA DE AMOSTRAGEM: INSTRUMENTOS DE COLETA E FONTES DE DADOS

Para sustentar diferentes perspectivas acerca dos objetivos a pesquisa foi fundamentada em três técnicas de coleta de dados, sendo: (i) pesquisa documental, com coleta e análise de documentos; (ii) pesquisa de campo, com aplicação de questionário, com coleta e análise dos dados, e (iii) entrevista com os informantes. A aplicação do conjunto de técnicas caracteriza-se como triangulação de dados, de modo que podem ser complementares como um método de ampliação das informações apreendidas, e assim possibilitar maior profundidade e, bem como melhor compreensão dos processos sociais envolvidos no contexto abordado em relação aos objetivos da pesquisa[54].

4.4 PESQUISA DOCUMENTAL: LEVANTAMENTO E ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

A pesquisa documental, foi realizada a fim de compreender como se deu os repasses dos recursos de avaliação por desempenho entre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil na APS. Especificamente serão analisados documentos relativos a avaliação por desempenho e os critérios estabelecidos de avaliação por desempenho do PMAQ-AB e Previne Brasil, limitando ao lapso temporal de julho de 2011 a maio de 2019 (1º ciclo, 2º ciclo e 3ª ciclo da etapa que abrange a avaliação do PMAQ-AB) e 2019 a outubro de 2022 (período de transição do PMAQ-AB para o Previne Brasil). As pesquisas do tipo documental são caracterizadas como aquelas

cujas fontes das informações são documentos internos de uma determinada instituição ou bases de dados.[53]

Para o levantamento documental, foi utilizada a base de dados da Plataforma e-Gestor, onde constam os dados do PMAQ-AB e indicadores de pagamento por desempenho alcançado por equipes credenciadas no SCNES. Com essa técnica é possível enriquecer o estudo com dados secundários apreendidos, tornando-os significativos diante dos objetivos da pesquisa e com a consolidação bibliográfica da pesquisa.

De posse das informações extraídas dos documentos, foi realizada análise descritiva destes, a fim de alcançar os objetivos propostos de modo que foram analisados através da abordagem qualitativa. Essa abordagem leva em consideração a subjetividade dos fatos descritos, assim visa compreender os fenômenos através da coleta de dados narrativos, estudando as particularidades e experiências de cada indivíduo[53,55].

4.5 PESQUISA DE CAMPO: COLETA DE DADOS COM QUESTIONÁRIO, ENTREVISTAS E ANÁLISE DOS DADOS

Esta unidade tem a finalidade de investigar os profissionais e gestores de saúde da APS e suas percepções sobre o PMAQ-AB e Previne Brasil, bem como sobre os principais fenômenos que influenciam na avaliação por desempenho na APS.

Para Marconi e Lakatos[55] a pesquisa de campo “é aquela que é utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos sobre um problema para o qual se procura uma resposta, ou para uma hipótese que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou relações ente eles”.

4.6 QUESTIONÁRIOS COM OS INFORMANTES

Para coleta de dados foram utilizados dois questionários, semiestruturados, com perguntas fechadas e abertas, totalizando 66 questões. Sendo que o primeiro de caráter social e o segundo, sobre as percepções abordando os seguintes eixos temáticos: i) Processos de Avaliação PMAQ-AB, Previne Brasil, ii) Processos de Trabalho, iii) Remumeração por Desempenho, iv) Transição entre os Programas,

PMAQ/Previne Brasil, e v) Previne Brasil. Os dois questionários foram elaborados com adaptação para o estudo, baseado nas questões disponíveis no PCATool Brasil/2020[56] e Manual de Instrumento de Avaliação da APS, do Ministério da Saúde/Brasil e Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica[57].

Os questionários foram aplicados aos profissionais de saúde e aos gestores da APS. Sendo assim, o questionário com caráter social, abordou 19 questões relativas ao perfil dos colaboradores (Apêndice A), e o outro abordou 45 questões relativas à percepção dos profissionais de saúde e gestores, quanto a transição dos programas PMAQ-AB para o Estratégia Previne Brasil, especificamente sobre a avaliação por desempenho na APS (Apêndice B e C).

O questionário com perguntas estruturadas, abertas e fechadas, foram respondidas através da escala Likert, que é uma espécie de tabela de classificação Frankenthal (2017) [58]. As afirmativas foram apresentadas e o respondente convidado a emitir o seu grau de concordância com aquela frase. Para isso, ele deveria marcar, na escala a resposta que mais traduz sua opinião.

Os questionários foram inseridos no *google forms,* e enviado um *link* para o informante, via plataforma *WhatsApp,* os quais foram respondidos, após a concordância em participar da pesquisa por meio do TCLE. Sendo que esta foi realizada de acordo com o entendimento de Lakatos e Marconi[55]: “questionário é um instrumento de coleta de dados, onde o pesquisador envia as perguntas ao grupo pesquisado e recolhe-o depois de preenchido”.

4.7 ENTREVISTA COM OS INFORMANTES

A entrevista foi realizada com 3 enfermeiros, 3 agentes comunitário de saúde (ACS), e 4 gestores, totalizando 10 informantes. Antes da entrevista, foi realizado um contato prévio com os participantes na APS, a fim de brevemente explicar o objetivo da pesquisa, dinâmica do encontro, duração e melhor data e horário de realização da coleta de dados. As entrevistas foram realizadas com os sujeitos que compareceram no dia e horário combinado. No caso dos agentes comunitários de saúde, embora na APS possua um total de 42 ACS atuantes, dos 21 (vinte e um) que responderam os questionários foram convidados apenas três ACS para serem

entrevistados, o representante do grupo, vice representante e suplente na ausência destes, sendo todos os três entrevistados, uma vez que estavam todos presentes.

A entrevista foi utilizada de modo complementar, como uma ferramenta para a captação de importantes elementos não expressos nos questionários, assim dando a oportunidade de os informantes explicitarem seus anseios, inquietações e percepções acerca do processo prático vivenciado na prática diariamente[59]. A entrevista foi realizada, através de um roteiro semiestruturado, contendo 13 perguntas abertas (Apêndice C), de modo a apreender as suas percepções sobre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil. Sendo realizada de forma presencial, individualmente, conforme um horário estabelecido pelo informante, com duração de aproximadamente 30 minutos.

Para avaliar a adequação dos roteiros, foram realizadas duas entrevistas “piloto”, e posteriormente foram realizados os ajustes necessários para o aprimoramento dos instrumentos. Essa medida foi importante, uma vez que permitiu verificar a clareza, cadência, e a coerência com os objetivos da pesquisa, assim como o tempo médio de duração das entrevistas.

Nas entrevistas as respostas foram gravadas, e posteriormente as falas transcritas na íntegra para o *Microsoft Word Office*, posteriormente tabuladas e submetidas à técnica de análise qualitativa de conteúdo de Bardin[60]. Esta técnica é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, procedimentos sistemáticos e objetivos não exclusivamente com o caráter descritivo, pelo contrário, toma-se consciência de que a sua função ou objetivo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção dessas mensagens[60].

4.8 ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Após a análise de conteúdo das entrevistas, a fim de visualizar a percepção dos profissionais e gestores em saúde, em relação à avaliação dos programas e suas implementações, foram elaboradas previamente cinco categorias temáticas (Quadro 1). Essas categorias foram baseadas nos elementos disponíveis no PCATool Brasil/2020[56], Manual de Instrumento de Avaliação da APS, do Ministério da Saúde/Brasil e Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ/ Ministério da Saúde[57].

Quadro 1 - Categorias após análise de conteúdo

Categorias Temáticas	Avaliação
	Processo de Trabalho
	Remuneração por Desempenho
	Transição entre os programas: PMAQ-AB /Previne Brasil
	Programa Atual: Previne Brasil

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta dos dados, estes foram tabulados em planilha excel e analisados através da abordagem qualiquantitativa, sendo que os resultados foram quantificados estabelecendo médias e frequências de ocorrência, porcentagens, e categorias temáticas os quais foram expressos em tabela. Segundo Gil[53] o aspecto quantitativo ocorre por meio do emprego de instrumento estatístico de coleta de informações, como alicerce do processo de análise de um problema para sua generalização, visando garantir o máximo de veracidade dos resultados obtidos, dando assim maior confiabilidade a pesquisa. Já o aspecto qualitativo se utiliza de um processo de problematização, ou seja, o fenômeno a ser investigado situa-se dentro de uma totalidade contextual [53].

4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida para apreciação e obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Aggeu Magalhães, Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ/AM, com registro na Plataforma Brasil sob o número CAAE nº: 60074222.1.0000.5190 e aprovada pelo parecer nº. 5.570.876 (Anexo A). A Secretaria Municipal de Saúde do município de Caapiranga autorizou a realização da pesquisa por meio da Carta de Anuência (Anexo B e C).

Todos os participantes foram informados quando aos objetivos da pesquisa, bem como todos os instrumentos necessários à sua realização, por meio da

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo D), conforme previsto pela resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde [61,62]. Vale ressaltar que toda a informação que identificava os informantes, profissionais e gestores da APS, foi tratada de forma (anonimizada), fato que tinha por objetivo de preservar a identidade dos informantes.

5. RESULTADOS

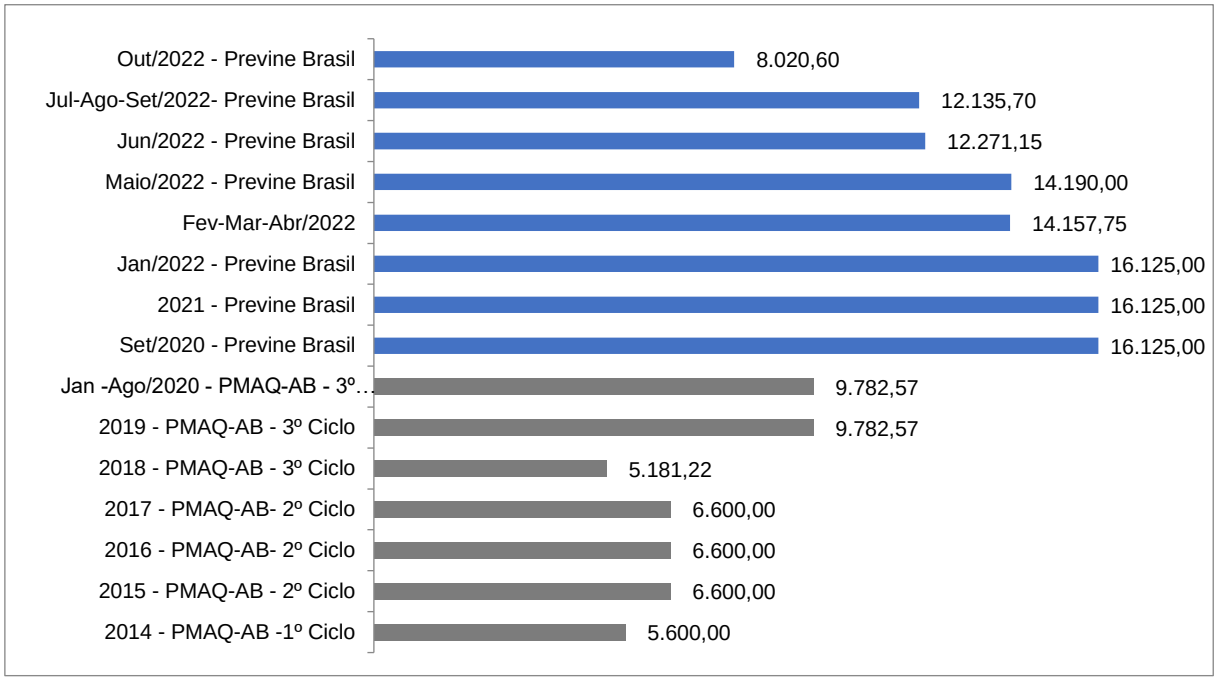
Neste tópico serão apresentados os resultados desta pesquisa. Primeiro, a descrição dos repasses de avaliação por desempenho entre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil na APS de Caapiranga, no estado do Amazonas. Segundo, são apresentados resultados a partir do processo de produção dos dados, acerca da caracterização e percepções dos profissionais e gestores de saúde da APS de Caapiranga/AM sobre avaliação por desempenho no processo de transição do PMAQ-AB e Previne Brasil, constituído por análise de conteúdo das entrevistas com profissionais da saúde e gestores, apresentando as principais categorias do processo de análise e interpretação dos dados. Posteriormente, esses dados serão discutidos de acordo com a fundamentação teórica escolhida para este estudo.

5.1 DESCRIÇÃO DOS REPASSES DE AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO ENTRE OS PROGRAMAS PMAQ-AB E PREVINE BRASIL NA APS DE CAAPIRANGA

A avaliação por desempenho na APS de Caapiranga/AM deu-se pela adesão voluntária municipal pelas equipes de atenção básica e saúde bucal pela Portaria nº 2.666, de 4 de dezembro de 2014, 1º ciclo do PMAQ-AB com repasses do incentivo financeiro de R$ 5.600,00. No 2º ciclo os repasses foram liberados pela Portaria nº 836, de 26 de junho de 2015 no valor de R$ 6.600,00, com adesão ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) . No 3º ciclo, a certificação ocorreu mediante a Portaria nº 2.777, de 4 de setembro de 2018 após a avaliação externa de equipes de atenção básica e saúde bucal com o repasse de R$ 5.181,92. Em maio de 2019 foram divulgadas a certificação do NASF-AB pela Portaria nº 874, de 10 de maio do corrente ano, valor de R$ 4.662,70 e mais R$ 5.119,88 (ESF e ESB), perfazendo um valor total de 9.782,58, valor este que foi pago até agosto de 2020.

Os valores do Programa Previne Brasil foram repassados no mês de setembro do ano de 2020, em relação ao componente pagamento por desempenho foram repassados 100% em decorrência do estado de emergência em saúde pública causado pela pandemia do coronavírus (COVID-19) totalizando R$ 16.125,00, persistindo esses valores durante o estado emergencial do ano de 2021 a janeiro de 2022. Em fevereiro de 2022 o modelo entra de fato em vigência sendo repassados R$14.157,75 resultado do quadrimestre de avaliação de implementação do programa; em maio de 2022, R$ 14.190,00; junho de 2022, R$12.271,00; de julho a agosto de 2022, R$ 12,135,70; e, outubro de 2022, R$ 8.020,60 (Figura 3).

Figura 3 - Repasses de avaliação por desempenho entre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil em Caapiranga, Amazonas



Fonte: O autor.
Nota: dados com base no e-Gestor Relatório Públicos Financiamento APS, 2022.

A avaliação por desempenho na APS de Caapiranga passou por diversos ciclos, iniciando com os programas PMAQ-AB nos anos de 2014 a 2020, seguindo com o período de transição o novo modelo de financiamento da APS Programa Previne Brasil nos anos de 2020 a 2022. A adesão aos programas ocorreu de forma

voluntária, tanto por parte do município quanto pelas equipes de atenção básica e saúde bucal.

O programa PMAQ-AB foi pioneiro na avaliação por desempenho em nível nacional, sendo que o 1º ciclo foi instituído pela Portaria nº 2.666, de 4 de dezembro de 2014 na APS de Caapiranga, AM onde nesse ano os repasses do incentivo financeiro foram no valor de R$ 5.600,00.

O 2º ciclo do PMAQ-AB se deu entre os anos de 2015 até 2017. No ano de 2015, com adesão ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), sendo que os repasses foram liberados pela Portaria nº 836, de 26 de junho de 2015, no valor de R$ 6.600,00, permanecendo nos anos de 2016 e 2017.

Vale lembrar que o município aderiu de forma voluntária a avaliação das equipes e, somente no ano de 2014, fase do 2º ciclo, a avaliação era composta por padrões de acesso e de qualidade, classificados como: padrões obrigatórios, essenciais e estratégicos, e a processos de autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento de indicadores de desempenho de acordo com os sistemas de informação Siab e e-SUS/Sisab, fato este a qual as informações eram registradas por coleta de dados simplificada (CDS) adequada para unidades básicas de saúde da família sem informatização.

No 3º ciclo, a certificação ocorreu mediante a Portaria nº 2.777, de 4 de setembro de 2018, após a avaliação externa de equipes de atenção básica e saúde bucal, com um total de R$ 5.181,22. Em maio de 2019, foram divulgadas a certificação do NASF-AB pela Portaria nº 874, de 10 de maio do ano corrente, no valor de: R$ 4.601,35 mais R$ 5.181,22 (ESF e ESB), perfazendo um valor total de R$ 9.782,57, valor este que foi pago até agosto de 2020, conforme quadro 2.

Quadro 2. Repasses de avaliação por desempenho no PMAQ-AB no município de Caapiranga, Amazonas

Programa PMAQ-AB – Caapiranga APS - Amazonas				
Ciclos PMAQ-AB	**Ano**	**Evento**	**Portaria**	**Recursos R$**

1º ciclo	2014	Autoriza o repasse financeiro do PMAQ-AB	Portaria nº 2.666, de 4 de dezembro de 2014.	R$ 5.600,00
2º ciclo	2015	Adesão do PMAQ-AB ao NASF-AB	Portaria nº 836, de 26 de junho de 2015.	R$ 6.600,00
2º ciclo	2016	-	-	R$ 6.600,00
2º ciclo	2017	-	-	R$ 6.600,00
3º ciclo	2018	Define valor mensal PMAQ-AB	Portaria nº 2777, de 4 de setembro de 2018.	R$ 5.181,22
3º ciclo	2019 (maio)	Certificação das equipes da atenção básica e NASF participantes do 3º Ciclo do PMAQ-AB	Portaria nº 874, de 10 de maio de 2019.	R$ 5.181,22
3º ciclo	2020 (jan-agosto)	Divulgação da certificação do NASF-AB.	Portaria nº 874, de 10 de maio de 2020.	Valor Total pago até agosto de 2020 (R$ 9.782,57).

Fonte: O autor.
Nota: dados com base no e-Gestor Relatório Públicos Financiamento APS, 2022.

No 3º ciclo do PMAQ-AB, fase da avaliação externa nomeada pelo programa como certificação das equipes, das cinco ESF avaliadas e NASF-AB, uma equipe AB/SB foi desclassificada por não possuir cadeira odontológica em condições de uso, considerado padrão obrigatório do programa, uma vez que a equipe como um todo não faz distinção entre equipe de atenção básica e saúde bucal, sendo validada como uma equipe única, fato este que culminou prejudicando os demais membros da equipe AB, não permitindo a avaliação externa. Há de considerar também que a assistência era prestada em uma cadeira dividida com outra equipe, e na substituição do mobiliário no atendimento domiciliar, como por exemplo, em rede comum na região nortista em áreas ribeirinhas e indígenas, como também em educação em saúde com palestras nas unidades e escolas conforme a ação de promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor no Programa

Saúde na Escola (PSE). Três obtiveram a classificação ruim com nota menor ou igual a 4, uma equipe AB/SB desempenho regular nota acima de 4 e menor ou igual a 6, equipe NASF-AB com desempenho ótimo com nota maior ou igual a 8 e percentual dos padrões estratégicos maior ou igual a 50%. O valor alcançado total foi de R$ 9.782,57, valor este repassado pelo PAB Variável a partir de maio de 2019 perdurando até agosto de 2020.

No programa Previne Brasil os valores foram repassados no mês de setembro do ano de 2020. No componente pagamento por desempenho foram repassados 100% dos recursos, fato que se deu em decorrência do estado de emergência em saúde pública causado pela pandemia do coronavírus (COVID-19), totalizando R$ 16.125,00. Esses valores persistiram durante todo o período de estado emergencial, perfazendo os anos de 2021 até janeiro de 2022. No mês de fevereiro de 2022 o modelo entra de fato em vigência, sendo repassado R$ 14.157,75 resultado do quadrimestre de avaliação de implementação do programa; em maio de 2022, R$ 14.190,00; junho de 2022, R$ 12.271,00; de julho a agosto de 2022, R$ 12,135,70; outubro de 2022, R$ 8.020,60 reais, conforme quadro 3.

Quadro 3 - Repasses de avaliação pagamento por desempenho no Previne Brasil no município de Caapiranga, Amazonas

Programa Previne Brasil – Caapiranga APS - Amazonas	
Ano/mês	**Recursos R$**
2020	R$ 16.125,00
2021	R$ 16.125,00
2022 - Janeiro	R$ 16.125,00
2022 - Fevereiro	R$ 14.157,25
2022 - Março, Abril,Maio	R$ 14.190,00
2022- Junho	R$ 12.271,15
2022 - Julho, Agosto, Setembro	R$ 12.135,70
2022 - Outubro	R$ 8.020,60

Fonte: O autor.
Nota: dados com base no E-gestor Relatório Públicos Financiamento APS, 2022.

Durante o período de transição referente ao componente pagamento de avaliação por desempenho no Programa Previne Brasil, os repasses iniciais foram pagos em 100% das metas dos 7 indicadores, entre os anos de 2020 e 2021, em decorrência da grave crise sanitária da pandemia de COVID-19, no valor de R$ 16.125,00, perdurando até janeiro de 2022; em fevereiro com a vigência real do programa foram repassados R$ 14.157,75 resultado do quadrimestre de avaliação e implementação; em maio de 2022 foi de R$ 14.190; junho de 2022 valor de R$ 12.271 reais; de julho a agosto de 2022, R$ 12,135,70; e outubro de 2022, 8.020,60.

É perceptível o decréscimo dos repasses e importante considerar que embora o programa tenha sido implementado desde 2020 revela dificuldades de alcance dos indicadores, seja pela recente crise sanitária da COVID-19, alterando processos de trabalho rotineiros da APS, entre realizar assistência e monitorar casos de COVID-19 e ofertar serviços para alcance de metas pré-estabelecidas do novo programa, baixa qualificação de registros no sistema de informação, UBS não informatizadas, entre outros fatores que interferiram no processo de avaliação por desempenho.

5.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS E GESTORES DE SAÚDE DA APS

O perfil dos 28 profissionais e gestores de saúde da APS entrevistados, concernente com o questionário 1, o gênero feminino representa 80% dos profissionais da saúde informantes e masculino 20%. Ambos apresentaram idade média entre 36 e 45 anos (sendo a idade mínima para o gênero feminino entre 18 e 25 anos e máxima acima de 50 anos, para o gênero masculino idade mínima entre 26 e 35 e máxima acima de 50 anos). Ainda 100% dos profissionais de saúde se declararam pardos. Em relação a profissão, a maior parte 75% informaram ser agente Comunitário de Saúde (ACS), seguidos por 14,28% de Enfermeiros (as), e 10,71% de Gestores. Dentre os 28 profissionais entrevistados de saúde que atuam na APS, a maioria 57% possuem ensino técnico, sendo que apenas 1 profissional (3%) apresenta ensino superior, e outros 20% possuem ensino Médio/Magistério e, ou pós-graduação latu sensu, respectivamente. Já o tempo de formação dos profissionais de saúde em anos foi de 20% para 1 ≥ 5, 33% 6 ≥ 10, 23% para11 ≥ 15, 13% 16 ≥ 20 e outros são 21 ≥ 25 (10%). Todas essas informações, podem ser visualizadas no quadro 4.

Quadro 4 - Perfil dos profissionais da APS entrevistados – Questionário 1 – Social

	Sexo	Idade	Cor	Estado Civil	Profissão	Formação	Tempo de formação (anos)	Tempo que trabalha na APS (anos)	Renda mensal bruta (salário mínimo)	Vínculo empregatício	Jornada de trabalho (horas semanais)
1	F	46 e 50	Parda	Solteiro(a)	Enfermeiro (a)	Especialização (Lato Sensu)	6 ≥ 10	5 a 10	3 a 6	Celetista	40
2	M	26 e 35	Parda	Casado(a)	Enfermeiro (a)	Especialização (Lato Sensu)	6 ≥ 10	5 a 10	3 a 6	Celetista	40
3	F	36 e 45	Parda	40	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	6 ≥ 10	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
4	F	36 e 45	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	16 ≥ 20	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
5	F	mais de 50	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	16 ≥ 20	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
6	M	mais de 50	Parda	Casado(a)	Gestor (a)	Ensino Técnico	21 ≥ 25	Mais de 20	3 a 6	Estatuário	40
7	M	26 e 35	Parda	Casado(a)	Enfermeiro (a)	Especialização (Lato Sensu)	6 ≥ 10	5 a 10	7 a 10	Celetista	40
8	M	mais de 50	Parda	Casado(a)	Gestor (a)	Ensino Técnico	21 ≥ 25	Mais de 20	7 a 10	Estatuário	mais que 44
9	F	26 e 35	Parda	Solteiro(a)	Enfermeiro (a)	Especialização (Lato Sensu)	6 ≥ 10	5 a 10	1 a 3	Celetista	mais que 44
10	F	26 e 35	Parda	Casado(a)	Gestor (a)	Especialização (Lato Sensu)	6 ≥ 10	5 a 10	7 a 10	Celetista	40
11	F	36 e 45	Parda	Divorciado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	6 ≥ 10	5 a 10	1 a 3	Estatuário	40
12	F	36 e 45	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	11 ≥ 15	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
13	F	mais de 50	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	16 ≥ 20	1 a 5	1 a 3	Estatuário	40
14	F	36 e 45	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	6 ≥ 10	5 a 10	1 a 3	Celetista	40
15	F	26 e 35	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Técnico	1 ≥ 5	1 a 5	1 a 3	Celetista	40
16	F	36 e 45	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Especialização (Lato Sensu)	1 ≥ 5	1 a 5	3 a 6	Celetista	40
17	F	36 e 45	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	outro (Ensino Técnico)	16 ≥ 20	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
18	M	26 e 35	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	outro (Ensino Técnico)	6 ≥ 10	10 a 20	1 a 3	Celetista	40

19	F	36 e 45	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Médio/Magistério	1 ≥ 5	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
20	F	36 e 45	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Superior	6 ≥ 10	5 a 10	1 a 3	Celetista	40
21	F	46 e 50	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	outro (Ensino Técnico)	11 ≥ 15	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
22	M	36 e 45	Parda	Divorciado(a)	Agente de Combate a Endemias (ACE)	Ensino Médio/Magistério	11 ≥ 15	10 a 20	1 a 3	Estatuário	40
23	F	mais de 50	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Médio/Magistério	21 ≥ 25	10 a 20	1 a 3	Celetista	mais que 44
24	F	36 e 45	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	outro (Ensino Técnico)	11 ≥ 15	1 a 5	1 a 3	Celetista	30
25	F	36 e 45	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	outro (Ensino Técnico)	1 ≥ 5	10 a 20	1 a 3	Celetista	40
26	F	26 e 35	Parda	Casado(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	outro (Ensino Técnico)	1 ≥ 5	1 a 5	1 a 3	Celetista	40
27	F	18 e 25	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Médio/Magistério	1 ≥ 5	1 a 5	1 a 3	Celetista	40
28	F	36 e 45	Parda	Solteiro(a)	Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Ensino Médio/Magistério	11 ≥ 15	10 a 20	1 a 3	Celetista	40

Fonte: elaborado pelo autor

Sobre o perfil dos entrevistados, participaram desta pesquisa 28 profissionais de saúde e gestores, sendo 80% sexo feminino, com idade variando de 18 a mais de 50 anos, 100% se declararam pardos. Destes, 21 são ACS, 4 profissionais da enfermagem e 4 gestores de saúde, 20% ensino médio/magistério, 57% possuem ensino técnico, 1 profissional com graduação equivalente a 3% e outros 20 pós-graduação latu sensu. Quanto ao tempo de formação (20%) é 1 ≥ 5, outros (33%) 6 ≥ 10, 11 ≥ 15 (23%), 16 ≥ 20 (13%) e outros são 21 ≥ 25 (10%). Quanto ao tempo (anos) em que trabalham na APS, os profissionais de saúde e gestores entrevistados, dizem que possuem entre 10 a 20 (43%), seguido por 5 a 10 (30%), outros entre 1 e 5 anos (20%) e em menor percentual atuam na APS a mais de 20 anos (7%). Em relação a renda mensal bruta, a maioria diz receber entre 1 a 3 salários mínimo, outros 3 a 6 (13%) e 7 a 10anos (10%),

A maioria (80%) possuem vínculo empregatício de celetista, e outros 20% são estatuários. Quanto a Jornada de trabalho, 83% dos profissionais de saúde atuam em 40 horas semanais, outros 10% mais que 44 horas e uma minoria 3%, representado por um indivíduo, atua entre 20 e 30 horas semanais. A maioria 71,42% (20) disseram estar bastante satisfeitos com a Jornada de trabalho, outros 28,58% (8), dizem estar pouco satisfeitos. E quando perguntados sobre a Satisfação com a função exercida 18 profissionais da APS, (60%) dizem concordar totalmente; enquanto outros 30% disseram concordar em parte; e outros disseram que discordo em parte 7%, e apenas 1 indivíduo disse discordar totalmente (3%).

Já, quando perguntados se consideram que o número de funcionários é suficiente para o bom desempenho do trabalho na APS, 14 disseram concordar totalmente (53%); outros 11 profissionais dizem que concordam em parte (37%), seguidos de 7% que dizem que não concordam e nem discorda, e apenas 1 indivíduo diz que discorda totalmente 3%. Quando perguntados se a gestão municipal provê vínculo de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, pode-se verificar que 37% dos profissionais da AB dizem que **c**oncordam totalmente; enquanto outros 27% disseram que concordam em parte; discordo totalmente 27%; discordo em parte 7%, e em menor percentual, dizem que não concorda nem discordo 3%.

Os dados referentes ao perfil social, econômico e profissional simplificado dos profissionais da saúde e gestores de saúde da APS, no município de Caapiranga, são disponibilizados em anexo (Anexo E).

Quadro 1 - Categorias após análise de conteúdo

Categorias Temáticas	Avaliação
	Processo de Trabalho
	Remuneração por Desempenho
	Transição entre os programas: PMAQ-AB /Previne Brasil
	Programa Atual: Previne Brasil

Fonte: elaborado pelo autor, 2023.

Ao analisar as frequências e a relevância implícita, houve o agrupamento de cinco categorias temáticas, e para uma melhor expressão dos resultados os entrevistados foram separados por categoria profissional entre: ACS, enfermeiros e gestores em saúde.

Avaliação

O sentido desta categoria é visualizar a percepção dos profissionais e gestores em saúde, em relação à avaliação dos programas e suas implementações. Para os enfermeiros questionados sobre a diferença de avaliação e implementação dos programas, relatam que o PMAQ-AB a adesão era voluntária por equipes de saúde da família, sendo avaliada estrutura física das UBS, autoavaliação, o processo de trabalho em forma de check list, com existência de avaliação externa, onde existiam indicadores com avaliação complexa, quanto ao Previne Brasil descrevem que a avaliação é automática, quadrimestral, com dados quantitativos com base em indicadores selecionados, mostrando o resultado sem considerar a estrutura física e processo de trabalho, sendo o município autônomo desses processos, sendo modificado o financiamento da APS, no lugar de habitantes e de ESF as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas por cadastros na APS.

Processos de Trabalho

Para os Agentes comunitários de saúde indagados sobre as mudanças ocorridas no processo de trabalho do PMAQ-AB, relatam que de início ficaram com medo de serem avaliados, apreensivos, pois existiam questões que não eram trabalhadas, depois chegaram a conclusão que era pra própria melhoria dos serviços, como a organização das equipes, pois “não saiam daquela mesmice” ACS02, as equipes ficaram engajadas, com mais empenho, esforços no processo de trabalho, a auto avaliação foram mais frequentes e periódicas, “tivemos uma participação maior” ACS01. Anteriormente, os registros eram no papel, pelo consolidado mensal, com a evolução tecnológica e adaptação aos sistemas de informação, os mesmos não tinham noção de dados de taxas de natalidade e mortalidade no território adscrito, com a educação permanente obtiveram conhecimento das informações sanitárias, com "troca de conhecimentos entre os profissionais, busca ativas foram mais frequentes, cadastramento das famílias, “mapeamento de micro áreas por eixos estratégicos como: saúde da mulher, criança, idosos, hipertensos e diabéticos” ACS03, reconhecimento da territorialização de forma visual por meio de mapas, construídos por eles próprios.

Com relação ao Previne Brasil a principal mudança relatada foi recadastramento individual no E-sus com geolocalização, que foram perdidas na migração entre os sistemas de informação, implantação do sistema através do aplicativo E-sus AB, “pois está facilitando melhor o nosso trabalho, a gente vai faz a visita, a busca ativa, o acompanhamento e as informações são lançadas em tempo real ao sistema.” ACS 03, buscas ativas mais frequentes, “até porque existe hoje uma exigência maior né? Para que os indicadores, os usuários com exames em dia, seu preventivo, pré-natal” ACS01, dificuldades no alcance do indicador de primeira consulta pré-natal, principalmente com público jovem/adolescente, com suspeita de gravidez, por questões socioculturais que estão além das causas sanitárias, gestão local realizou capacitações e treinamentos para registros adequados ao sistema quanto aos indicadores de desempenho no novo programa Previne Brasil.

Neste contexto de processos de trabalho, os enfermeiros explanaram suas vivências conforme quadro x., os núcleos de sentido encontrados para

esta categoria foram as mudanças ocorridas no PMAQ-AB e Previne Brasil, avanços e adaptações na prática da assistência de acordo com critérios estabelecidos de cada programa.

Remuneração por Desempenho

Para os Agentes comunitários de saúde esta temática remuneração por desempenho no PMAQ-AB, esclarecem que não tinham conhecimento dos valores das equipes certificadas, “a gente descobriu a pouco tempo, pouco tempo que eu digo até o ano passado, né? Começamos a ter conhecimento” ACS01, o qual afirmam que os recursos eram destinados a manutenção das unidades: “ Não houveram repasses para pagamento pessoal, foram gastos com infraestrutura, gastaram com materiais mesmo da UBS, material odontológico, medicação, para gratificar a equipe não houveram repasses. Eles gastavam em materiais, porque não era muito né? Para unidade, dentro da unidade, para os profissionais ninguém recebia remuneração por isso. A infraestrutura precisava, a gente se esforçava tanto e não recebia o incentivo.” ACS02. Levantando a mesma temática no Previne Brasil abordam que até o presente momento da entrevista não houve pagamento para equipes “Falta fazer esse projeto de Lei, a Câmara não tem ainda o projeto, porque quando chegar essa remuneração, ela está destinada para este fim [...] o município tinha muito a ganhar, nós temos: saúde do hiperdia, saúde do homem, os indicadores que são o que: o hipertenso, diabético, a gestante, pré natal, saúde da mulher, que eles estão cobrando muito, foca muito nisso, a saúde da criança a saúde do homem, fazemos a assistência no dia a dia e não temos indicadores sobre esses grupos.”

Os enfermeiros indagados sobre qual foi a definição pactuada acerca dos recursos do PMAQ-AB informaram que não existia lei municipal para destinação dos incentivos, e que os recursos utilizados eram para melhoria de infraestrutura, reformas e compras de insumos farmacêuticos, materiais e equipamentos, não havendo remuneração por certificação aos profissionais das equipes de saúde da família. Em relação a remuneração por desempenho no programa Previne Brasil, não há pagamento aos profissionais por esta avaliação, “Então ... não teve esse repasse de verba para esses profissionais, porque precisa do Legislativo fazer um projeto de lei e ser aprovado pela

Câmara para que chegue até essa equipe.” E02. Nesta temática, os gestores responderam que sobre remuneração por desempenho, conforme o quadro a seguir.

Previne Brasil

Nesta temática sobre o modelo vigente de avaliação por desempenho o programa Previne Brasil, os agentes comunitário de saúde responderam quais estratégias poderiam ser adotadas para superar possíveis perdas e/ou aumento de recursos, sugerem: indicadores de visitas domiciliares, mais capacitações, indicadores de outras doenças e agravos e a avaliação qualitativa, conforme quadro x.

Na Temática do modelo vigente o programa Previne Brasil, os enfermeiros propuseram estratégias para superar possíveis perdas e/ou aumento do financiamento como: treinamentos, capacitações e oficinas, reuniões de avaliação e monitoramento semanais, quinzenais e mensais, “O Ministério da Saúde deveria criar um sistema eletrônico de monitoramento para os municípios, que os resultados para as equipes fossem mensal para terem tempo de se organizarem para não perderem recursos no quadrimestre. Investir em treinamentos para as equipes em especial no registro de dados... investimento na informatização das UBS.” E04, realização de vigilância ativa das pessoas adscritas à equipe e se os cadastros estão atualizados, educação em saúde nas unidades, e importância do exame citopatológico.

Inquiridos sobre o que poderia constar na avaliação por desempenho declaram que a avaliação qualitativa poderia ser um dos critérios avaliativos, aumento de remuneração das equipes, metas diferenciadas para equipes da zona rural, “o critério não pode ser o mesmo, porque são contextos geograficamente diferentes, principalmente no Amazonas o qual o território em 80 a 90 % é território líquido.” E01, indicadores de tratamento de doenças negligenciáveis “a gente não trabalha só com vacina, pré-natal, preventivo, a odontologia nas gestantes, a gente trabalha com TB aqui no município, trabalha com hanseníase, com tratamento de hanseníase, TB , outros pacientes com doenças de pele, outras coisas que acontece no município, a gente não tem só essas patologias ou só esses tratamentos que estão sendo

pedidos nesses 07 indicadores, tem várias outras patologias que a gente trata todos os dias que pode ser avaliado por esse desempenho.”E02.

Em depoimento pessoal sugerem a inclusão de mais indicadores de desempenho, avaliação por equipe e não por média ponderada municipal, inclusão dos núcleos de apoio a saúde da família e atenção primária NASF-AP, adoção de estratégias para melhorar a qualidade dos serviços, segundo as falas dos entrevistados o PMAQ-AB tinha uma análise mais completa e com a mudança perceberam diminuição de indicadores. “Em relação ao Previne ele foca muito na quantidade, então teríamos que adotar estratégias para melhorar a qualidade do atendimento, uma avaliação de qualidade, porque a gente só produz, mas será que o atendimento está sendo de qualidade ? Ai a gente ia ver melhor o resultado do programa, porque só ter resultado de quantidade, isso aí qualquer município se ele se engajar 100% no ano ele vai conseguir! Vamos cadastrar tantas pessoas, melhorar os registros, se ele alcançar ponto, mas será que a saúde está tendo um atendimento de qualidade? Eficaz? ... Ainda tem as doenças negligenciadas, precisamos de estratégias para avaliar a qualidade do programa, só a quantidade não reflete como está a situação verdadeira da Atenção Básica.” E01. Para os gestores a respeito da temática sobre o modelo atual Previne Brasil, as estratégias mensuradas seriam as capacitações e treinamentos, uso de tecnologias para informatização e instalação do PEC, avaliação qualitativa de desempenho por entrevistas, outros pontos da rede assistencial e mais indicadores, “Outra situação que deveria ter é aquela avaliação que existia no PMAQ no qual eles vinham na cidade e entrevistavam até o usuário e profissionais... não tem como a equipe ser avaliada só pelo sistema.” G03. Sugestões que poderia constar na avaliação por desempenho mencionaram indicador de visita domiciliar, critérios diferentes de avaliação de ESF urbana e rural adjacente, conforme fala a seguir do G01: “pois tem particularidades, pelo menos no Estado do Amazonas, o qual é coberto por água, muito embora a equipe ser urbana, mas o território é cheio de comunidades ribeirinhas , e mesmo assim é considerado urbano e é avaliada com o mesmo critério.... deveria haver diferenciação para populações específicas”, discordam sobre avaliação pelo indicador sintético final, o qual considera média ponderada das equipes, “O Previne Brasil deveria ser por

equipe e não por média município. A avaliação por equipe, consegue mensurar e ver possíveis fragilidades das equipes.”

6 CONCLUSÃO

Observa-se que durante o período do PMAQ-AB ao fim do 3º ciclo o município recebia valor de R$ 9.782,57, com o decorrer do novo modelo vigente o Programa Previne Brasil, os valores repassados iniciais foram de 100% em decorrência da pandemia da COVID-19, de setembro de 2020 a janeiro de 2022; em fevereiro o programa de fato entra em avaliação alcançando o valor de R$ 14.157,75 e durante o período estudado ocorre um decréscimo até outubro de 2022 de R$ 8.020,60. Outro apontamento no estudo é com relação ao preenchimento de dados nos sistemas de informação, o qual não produz a realidade local com fidedignidade, onde interferiu nos processos de avaliação via sistema através dos indicadores de monitoramento e desempenho.

Participaram desta pesquisa 28 profissionais, destes 21 agentes comunitários de saúde, 4 enfermeiros, e 3 gestores; sendo que destes, apenas 10 foram informantes chave, quais sejam, 3 enfermeiros, 3 agentes comunitário de saúde (ACS) e 4 gestores, em que se instigou as percepções destes profissionais de saúde sobre a avaliação por desempenho no processo de transição do PMAQ-AB e Previne Brasil;

O Programa Previne Brasil instituído novembro de 2019 reformulou o financiamento da APS, considerando 4 componentes de recursos: a captação ponderada, incentivo para ações estratégicas, pagamento por desempenho e incentivo financeiro com base em critério populacional. Encontra-se em fase de implementação e ao decorrer do processo de avaliação apresentou mudanças.

A pesquisa fez um recorte ao componente pagamento por desempenho, em busca de caracterizar o perfil e a analisar as percepções dos profissionais e gestores de saúde da APS sobre avaliação por desempenho no processo de transição do PMAQ-AB e Previne Brasil.

Com desfecho, em relação a avaliação por desempenho no Previne Brasil, houve aumento do financiamento, comparando os recursos no PMAQ-AB. As equipes alcançaram resultados significativos, porém ao longo do

período analisado viu-se um decréscimo do pagamento por desempenho, fato comprovado na triangulação de dados.

Dentre alguns fatores, tais como, baixa qualificação das informações no sistema de formação, rotatividade de profissionais, além do fato que dentre as cinco ESF avaliadas, duas tem população plenamente ribeirinha, que repercutem no indicador sintético final municipal, o que em tese deveria constar em outro componente do programa como incentivo para ações estratégicas conforme sua formulação.

Faz-se necessário a mudança da tipologia das equipes, avaliação e monitoramento rotineiro subsidiando a tomada de decisão em busca da resolutividade da atenção e práticas de educação permanente com intuito de qualificar as informações via sistema operacionalizadas por estes profissionais.

O Programa Previne Brasil apresenta algumas limitações no sentido de avaliação por desempenho, principalmente com as metas pré-estabelecidas ao longo da sua implementação. É natural o seu aprimoramento e um diálogo permanente com órgãos deliberativos. Contudo, é oportuno salientar que mais estudos posteriores são relevantes sobre a avaliação e pagamento por desempenho e suas repercussões na APS.

RECOMENDAÇÕES

Faz-se necessário a mudança da tipologia das equipes, avaliação e monitoramento rotineiro subsidiando a tomada de decisão em busca da resolutividade da atenção, práticas de educação permanente com intuito de qualificar as informações via sistema operacionalizadas por estes profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet 2019; 394(10195):345-356.

2. Carmo WLN, Pantoja CSM, Pureza NS, Costa DFC, Santos DNS, Ladislau EO, Távora JM, Maciel EV. Projeto "APS Forte"e os reflexos nos indicadores do previne Brasil e no processo de trabalho das equipes de atenção primária dos municípios do Estado do Amapá. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.5, p.40043-40063,may.,2022.

3. Massuda, A. Mudanças no financiamento da Atenção primária à saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc. saúde coletiva 25 (4). mar 2020. [acesso em 11 Ago 2022].Disponível em:https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020.

4.United Nations (UN). UN General Assembly. Resolution 74/2: political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. New York: UN; 2019. [acessado 2020 Jan 20]. Disponível em: https://undocs.org/en/A/RES/74/2 Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Souza.

5. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Souza Noronha KVM, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. Lancet 2019; 394(10195):345-356.

6.Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica, 2020.

7. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med; 372(23):2177-2181, 2015.

8. Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary health care and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. PLoS medicine; 14(5):e1002306. 2017.

9. Gomes, LB.; Merhy, EE. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: Gomes, LB.; Barbosa, MG.; Ferla, AA. Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Porto Alegre: Rede Unida p. 49-73. 2016.

10. Ministério da Saúde. Manual instrutivo do PMAQ para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes

Parametrizadas) e Nasf /, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. Brasília: MS, 2015.

11. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo. Brasília: MS, 2012.

12. Rede de Pesquisa em Atenção primária à saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção primária à saúde no SUS. Saúde Debate | Rio de Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 406-430, Set. 2018.

13. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública, 36(9):e00040220, 2020.

14. Harzheim E, Santos CMJ, D'Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da Atenção primária à saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade 15(42):2354.. 2020.

15. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, Edição: 220; Seção: 1; Página: 97, 13 nov, 2019.

16. Souza LE, Barros RD, Barreto ML, Katikireddi SV, Hone TV, Sousa RP, Leyland A, Rasella D, Millett CJ, Pescarini J. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. BMJ Global Health, 4(5):e001661, 2019.

17. Sellera PEG et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção primária à saúde em nível nacional: novos desafios. Ciência & Saúde Coletiva, Edição: 239; Seção: 1, Página: 172, 2020.

18. World Health Organization (WHO). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: WHO; 2018.

19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015: Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [internet]. Brasília (DF): O Ministério; [01 de out de 2015]. [Acesso em 27 jun 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html (3) Ministério da Saúde (Brasil).

20. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. [Acesso em 08 abr 2021]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.

21. Mendes, EV. A construção social da Atenção primária à saúde. Brasília: DF, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

22. Domingos, CM; Nunes, EFPA; Carvalho, BG; Mendonça, FF. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 1-13, 2016.
23. Mendes, EV. A construção social da Atenção primária à saúde. Brasília: DF, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

24. Coutinho SED, Reichert APS, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet N. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO., V. 44, N. 124, P. 115-129, 2020.

25. Ferreira JM, Kulbok P, Silva CAB, Andrade FB, Costa, ICC. Indicadores de Qualidade na Atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Revista Ciência Plural, 3(3):45-68. 2017;

26. Harzheim E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1189-1196., 2020.

27. Harzheim E, Santos CMJ, D’Avila OP, Wollmann L, Pinto LF. Bases para a reforma da Atenção primária à saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade 15(42):2354.. 2020.

28. Uchôa SAC, Martiniano CS, Queiroz AAR, Júnior OGB, Nascimento, WG, Diniz, IVA Hartz, ZMA. Inovação e utilidade: Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Saúde em Debate, V. 42, número especial 1, p. 100-113, 2018.

29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, DF: MS; 2015.

30. Lemos, LMA; Prado, NMBL, Medina, M. G. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): modelização da política no âmbito nacional. Sociedade e Cultura, v. 21, n. 2, p. 54-72, 2018.

31. Lopes EAA, Scherer MDA, Costa AM. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. Tempus, Actas de Saúde Colet. ; 9(2):237- 250, 2015.

32. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção primária à saúde que traz resultados. Saúde em Debate, ; 42(n. esp. 1):18-37, 2018.

33. Coelho, KTR. Avaliação da Formulação do Programa Previne Brasil: O Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária a Saúde. ANO. Monografia (especialização) – Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Instituto Serzedello Corrêa, Curso de Especialização em Avaliação de Políticas Públicas, Brasília, DF, 65FL, 2020.

34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à saúde. Novo modelo de financiamento para APS. 2020. [Acesso em 08 abr 2022]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento.

35. World Health Organization (WHO). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: WHO; 2018.

36. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE , Santos CMJ, Costa LGM,Cunha CRH, Pedebos, LA . Novo financiamento para uma nova Atenção primária à saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva; 25(4): 1361-1374, 2020.

37. Blomqvist A. Public-Sector Health Care Financing In: The Oxford handbook of health economics. Oxford: Oxford University Press; p. 257-284, 2011.

38. Mills A. Health care systems in low-and middle-income countries. N Engl J Med, 370(6):552-557, 2014.

39. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic? Geneva: World Health Organization; 2019.

40. Carnasciali AMDS; Bulgacov S. Recursos e competências organizacionais distribuídos na Saúde Pública. Revista de Administração Contemporânea, 18(6), 832-853. doi:10.1590/1982-7849rac20141664, 2014.

41. Medeiros CRG. Redes de Atenção em Saúde: o dilema de pequenos municípios. (Tese de Doutorado). Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

42. Mendes Á, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. Saúde e Sociedade, 20(3), 373- 690, 2011.

43. Ministério da Saúde. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 172, 2012.

44. Cardoso, CS, Pádua, CM, Rodrigues, AAJ., Guimarães DA., Carvalho, SF, Valentin RF, Oliveira CDL. Contribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Revista Panamericana de Salud Pública, 34(4), 227-234, 2013.

45. Glaser VL, Fast, NJ, Harmon, DJ, Green SEJ. Institutional frame switching: how institutional logics shape individual action. Research in the Sociology of Organizations, 48(1), 35-69, 2016.

46. Van WJ, Zietsma C, Dorado S, Bakker, FGA, Martí I. Social Innovation: integrating micro, meso and macro level insights from institucional theory. Business & Society, 58(5), 2019.

47. Harmon D, Haack P, Roulet T. Microfoundations of institutions: a matter of structure vs. agency or level of analysis? Academy of Management Review, 44(2), 132-155. doi:10.5465/amr.2018.0080,), 2019.
48. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? J Bras Econ Saúde, 10(2): 198-202. 2018.

49. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222 de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 10 de dez 2019.

50. Ministério da Saúde. Previne Brasil. Documento orientador: como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho. Brasília, 2020.

51. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 102, de 20 de janeiro de 2022, que altera a Portaria GM/MS n. 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Edição: 15, Seção: 1, Página: 197.Publicado em: 21/01/2022.

52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Caapiranga [acesso em 01 set 2022]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/caapiranga/panorama.

53. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

54. Oliveira FL. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. Ciências Sociais Unisinos, [s.l.], v. 51, n. 2, p.133-143, 6 fev. UNISINOS - Universidade do Vale do Rio Dos Sinos, 2015.

55. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. – 6. reimpr. São Paulo: Atlas: 2011.

56. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção primária à saúde. Brasília,DF, 2020.

57. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : AMAQ [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

58. Frankenthal R. Entenda a escala Likert e como aplicá-la em sua pesquisa. Mindminers. Publicado em: 24 de maio de 2017. [Acesso 01 de ago 2022]. Disponível em: https://mindminers.com/blog/entenda-o-que-e-escala-likert/.

59. Freitas M, Pereira ER. The field diary and its possibilities. Quaderns de Psicologia, [s.l.], v. 20, n. 3, p.235-244, 20 dez.Universitat Autonoma de Barcelona, 2018.

60. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.

61. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2012a. [Acesso 01 de Jul 2022] Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

62. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016a. [Acesso 01 de Jul 2022]. Disponível em:https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581.

63. Duarte LVSC, Souza MR, Rosso CFW. A gestão do cuidado e seus desafios no Estado de Goiás: registro do território e integração entre os níveis assistenciais, 2013-2014. APS em Revista Vol. 1, n. 2, p. 121/131 | Maio/Agosto – 2019.

64. Neves TCC, Montenegro LAA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde Debate | rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, Out-Dez 2014

65. Flores GMS, Weigelt LD, Rezende MS, Telles R, Krug SBF. Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB.SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 116, P. 237-247, JAN-MAR 2018.

66. Melo DC, Rocha AARM, Aleluia IRS. Avaliação externa do PMAQ-AB: elementos facilitadores e limitantes em capital do Nordeste brasileiro. Rev. Gestão & Saúde (Brasília) Vol. 08, n. 01, p 3-17. Jan. 2017.

67. Garcia ACP, Andrade MAC, Lima EFA, Rocha EMS, Lima RCD. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 42, N. 118, P. 606-617, Jul-Set 2018.

68. Dantas ALM, Medeiros KR. Análise do Processo de Trabalho na Atenção Básica em Pernambuco a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

69. Zermiani TC, Baldani MH, Ditterich RG. Pagamento por Desempenho na Atenção primária à saúde em Curitiba-PR: Incentivo ao Desenvolvimento da Qualidade. Soc. e Cult., Goiânia, v. 21, n. 2, p. 98-116, jul./dez. 2018.

70. Neto RP, Faoro NT, Júnior JCP, 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. Ciência & Saúde Coletiva, 21(5):1377-1388, 2016.

71. Carvalho MF, Andrade CS. Pagamentos por desempenho na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática. Rev. APS. 24(2): 296-310, abr.-jun., 2021.

72. Vieira-Meyer APGF, Morais APP, Guimarães JMX, Campelo ILB, Vieira NFC, Machado MFAS, Nogueira PSF, Nuto SAS, Freitas RWJF. Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. Rev Saude Publica;54:62, 2020.

73. Abreu FDL, Zanin NB, Bissaco MAS, Silva AP, Boschi SRMS, Scardovelli TA, Martini SC. Percepções dos Agentes Comunitários de Saúde Sobre as Tecnologias de Informação e Comunicação na Atenção primária à saúde: uma Pesquisa Exploratória. Revista Humanidades e Inovação v.8, n.5 – 2020.

74. Zacharias FCM, Schönholzer TE, Oliveira VC, Gaete RAC, Gaete RAC, Perez G, Fabriz LA, Amaral GG, Pinto IC. E-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. Cad. Saúde Pública 37(6):e00219520, 2021.

75. Farias PCD, Silva RG. A Importância da Auditoria Interna na Qualificação das Informações do Sistema E-Sus-Ab na Atenção Básica do Município de Sitio Novo do Tocantins. Revista Extensão, v.4, n.2, - 2020.

76. Larêdo GBS, Miranda EBM, Fonseca NL, Monteiro DS. Saúde Bucal E Gravidez: Desafios E Fragilidades No Cuidado Sob A Perspectiva Dos Resultados Do Previne Brasil, Revista Ciência Plural, ; 8(2): e27191, 2022.

77. Carneiro MCF, Alves JP, Ramalho AKBM, Ferreira MASF, Filho JMM, Costa FFC, Padilha WWNP. Análise da Evolução dos Indicadores de Pré-Natal na Atenção primária à saúde no Estado da Paraíba, Brasil: um Estudo Transversal. Revista Brasileira de Ciências da Saúde 25(4)721-734, 2021.

78. Costa JPDC, Moreira FED, Mello ALB, Vieira JEB. Equipes de saúde da família inconsistidas e impacto nos indicadores do Programa Previne Brasil relacionados ao pré-natal no território do Distrito Federal no primeiro quadrimestre de 2021. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.5, n.1, p. 3189-3201 jan./fev. 2022.

79. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad. Saúde Pública, 38(2):e00164621, 2022.

80. Planos Municipais de Saneamento e Gestão Integrada de Resíduos Sólidos dos Municípios do Estado do Amazonas, PLAMSAN.[acesso dia 01 de Out 2022]. Disponível em: https://www.caapiranga.am.gov.br/editais/02-03-21-161531-pmgirs-caapiranga.pdf.

81. Caapiranga: Site Oficial da Prefeitura de Caapiranga . [acesso dia 01 de Out 2022]. Disponível em: https://www.caapiranga.am.gov.br/pg.php?area=FOTOS.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GESTORES, COM QUESTÕES RELATIVAS AO PERFIL SOCIAL DOS COLABORADORES

1. Informe seu Sexo

( ) Masculino ( ) Feminino ( )
outro:_____

2. Informa sua Idade
( ) 18 e 25 anos
( ) 26 e 35 anos
( ) 36 e 45 anos
( ) 46 e 50 anos
( ) mais de 50 anos
( )outro: _____

3. Cor autodeclarada
( ) Branca
( ) Preta
( ) Parda
( ) Amarela
( ) Indígena
( ) outro: _____

4. Estado Civil
( ) Solteiro(a)
( ) Casado(a)
( ) Separado(a)
( ) Divorciado(a)
( ) Viúvo(a)
( ) outro: _____

5. Sua profissão
( ) Agente Comunitário de Saúde
( ) Médico
( ) Cirurgião dentista
( ) Fisioterapeuta
( ) Enfermeiro
( ) Sanitarista
( ) Técnico de enfermagem
( ) Gestor
( ) outro: _____

6. Nível de Formação
( ) Ensino Médio/Magistério ( ) Superior ( ) Especialização (Lato Sensu)
( ) Mestrado (Stricto Sensu) ( ) Doutorado (Stricto Sensu)
( ) outro: _____

7. Tempo de formação (anos)
( ) 1 ≥ 5 anos
( ) 6 ≥ 10 anos
( ) 11 ≥ 15 anos

( ) 16 ≥ 20 anos
( ) 21 ≥ 25
( ) outro: _____

8. Há quantos anos você trabalha na APS?
( ) 1 a 5 anos
( ) 5 a 10 anos
( ) 10 a 20 anos
( ) Mais de 20 anos
( ) outro: _____
9. Qual sua renda mensal bruta?
( ) 1 a 3 salários mínimos
( ) 3 a 6 salários mínimos
( ) 7 a 10 salários mínimos
( ) 11 a 13 salários mínimos
( )14 salários mínimos ou mais
( ) outro: _____

10. Qual o seu vínculo?
( ) Concurso
( ) Contrato
( ) outro: _____

11. Atualmente, qual é a sua jornada de trabalho?
( ) 20 horas semanais
( ) 30 horas semanais
( ) 40 horas semanais
( ) mais que 44 horas semanais
( ) outro: _____

12. Você está satisfeito com a sua Jornada de trabalho?
( ) Um pouco
( ) Bastante
( ) Nada

13. Satisfação com a função exercida:
( ) Concordo totalmente
( ) Concordo em parte
( ) Discordo totalmente
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
Justifique:_____
_____

14. Você considera que o número de funcionários são o suficiente para o bom desempenho do trabalho na APS?
( ) Concordo totalmente
( ) Concordo em parte
( ) Discordo totalmente
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
Justifique:_____
____

15. A gestão municipal provê vínculo de trabalho com garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários para os profissionais da AB.
( ) Concordo totalmente
( ) Concordo em parte
( ) Discordo totalmente
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
Justifique:_____
_____

16. A gestão municipal provê plano de carreira aos trabalhadores da Atenção Básica.
( ) Concordo totalmente
( ) Concordo em parte
( ) Discordo totalmente
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
( ) Discordo em parte
( ) Não concordo nem discordo
Justifique:_____
_____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Sobre as afirmativas abaixo, assinale a que melhor representa sua percepção: relativa ao processo de avaliação dos programas - PMAQ-AB e Previne Brasil.

1. Você já ouviu falar sobre os programas - PMAQ-AB e Previne Brasil?
( ) sim (responda todas as perguntas) ( ) não

2. Assinale a opção a qual se enquadra sua participação na avaliação por desempenho da APS ?
( ) primeiro ciclo PMAQ-AB(de outubro de 2011 a janeiro de 2013)
( ) segundo ciclo PMAQ-AB (de fevereiro de 2013 a setembro de 2015)
( ) terceiro ciclo PMAQ-AB (de outubro de 2015 a maio de 2019)
( ) período de transição do PMAQ-AB para o Previne Brasil (outubro de 2019 a 2022)
( ) outro: _____

Tema 1: Processos de Avaliação

3. Sobre as afirmativas abaixo, assinale a que melhor representa a sua percepção quanto aos Processos de Avaliação e Implementação PMAQ-AB

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo
3.1 O PMAQ-AB foi pioneiro nos processos de avaliação da APS no Brasil trazendo a perspectiva de auto-avaliação das ESF.					
3.2. O programa introduzia práticas de auto-avaliação, cooperação horizontal, educação permanente e monitoramento rotineiro?					
3.3.Estimulava a adequação das equipes de ESF a um padrão considerado de qualidade?					
3.4. Avaliava a infraestrutura das unidades básicas de saúde participantes?					
3.5.Tinha a perspectiva de avaliação: gestor, trabalhador e usuário acerca dos serviços e ações em saúde.					

4. Sobre as afirmativas abaixo, assinale a que melhor representa a sua percepção quanto aos Processos de Avaliação e Implementação do Previne Brasil

Processos de Avaliação – Implementação PMAQ-AB	Concordo totalmente	Concordo em parte	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo
4.1. A avaliação é realizada por indicadores selecionados com base na relevância clínica e epidemiológica?					

4.2 Os indicadores selecionados atendem a critérios como periodicidade e baixo custo na forma de obtenção na APS					
4.3 Os resultados dos indicadores alcançados serão agrupados em um indicador sintético final que variará de 0 a 10, para o alcance de metas pactuadas?.					
4.4 O Previne Brasil permite visualizar resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção na APS					
4.5 A gratificação por desempenho é ato discricionário (administração pratica com uma certa liberdade na sua escolha) e requer a criação de leis municipais. Isto ocorre em seu município ?					

5. Opinião sobre o programa PMAQ-AB. Aspectos positivos e negativos sobre o programa

Positivos	**Concordo totalmente**	**Concordo em parte**	**Discordo totalmente**	**Discordo em parte**	**Não concordo Nem discordo**
5.1.Introduzia melhorias nos processos de trabalhos da APS norteados pela auto-avaliação? (AMAQ)					
5.2.Estimulava ações estratégicas da APS traduzida pelos indicadores de saúde?					
5.3.O programa estabelecia práticas rotineiras de avaliação e monitoramento?					
5.4.Incentivava financeiramente quanto a melhora de infraestrutura das USF e ao desempenho das equipes.					
5.5. Avaliava de forma externa, no 3º ciclo: gestor, trabalhador e perspectiva do usuário quanto aos serviços de saúde ofertados.					
Negativos	**Concordo totalmente**	**Concordo em parte**	**Discordo totalmente**	**Discordo em parte**	**Não concordo Nem discordo**
5.6. A equipe rural e urbana eram avaliadas com os mesmos critérios?					
5.7. Os equipamentos eram remanejados de uma USF para outra no processo de avaliação externa.					
5.8. Haveria possibilidade de manipulação de dados no sistema de informação?					
5.9. Ocorria baixa valorização do componente desempenho das equipes?					
5.10. Existiam muitos Indicadores e baixa capacidade de induzir melhorias na APS?.					

6. Qual sua opinião sobre o programa do Previne Brasil? (Enumere os pontos positivos e negativos sobre o programa)

Positivos	**Concordo totalmente**	**Concordo em parte**	**Discordo totalmente**	**Discordo em parte**	**Não concordo Nem discordo**
6.1. Baseada em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e Incentivo financeiro com base em critério populacional.					
6.2. Indicadores simplificados.					

6.3. Monitoramento quadrimestral					
6.4. Flexibilidade na pactuação tripartite na definição dos indicadores com autonomia local e valorização do desempenho.					
6.5. O nível de limitação no alcance das metas, que traduzem o resultado da gestão e equipes para realização das ações, programas e estratégias.					
Negativos	**Concordo totalmente**	**Concordo em parte**	**Discordo totalmente**	**Discordo em parte**	**Não concordo Nem discordo**
6.6 Extinção do PAB fixo, sem garantias mínimas orçamentárias, causando incertezas, dificultando o planejamento a médio e longo prazo.					
6.7. Exclusão da Avaliação Externa *in loco,* qualitativa, o qual verificava infraestrutura e entrevistas: gestor, trabalhador e usuário.					
6.8. Consideração apenas dos indicadores quantitativos.					
6.9. Promove a ampliação de cobertura da APS ?					

Tema 2: Processos de Trabalho

7. Sobre as mudanças no processo de trabalho do PMQA-AB, assinale a opção que melhor representa a sua opinião

Processos de Trabalho	**Concordo totalmente**	**Concordo em parte**	**Discordo totalmente**	**Discordo em parte**	**Não concordo Nem discordo**
7.1. Havia disponibilização de materiais e insumos básicos para o processo de trabalho das equipes?					
7.2. A equipe realizava reuniões sobre organização do processo de trabalho, planejamento e avaliação de ações, educação permanente e integração de troca de conhecimento entre os profissionais ?					
7.3. A equipe realizava ações no território de busca ativa e visitas domiciliares, atendimento de urgências e emergências, monitoramento, regulação de fluxos e solicitações intersetoriais com outros pontos de atenção: média complexidade, assistência social, educação, defesa civil entre outros ?					
7.4. Induzia práticas de monitoramento, análise dos indicadores, com resultados alcançados pelas equipes no sistema de informação e avaliações periódicas da situação de saúde do território?					
7.5. A gestão da APS viabilizava a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização e de qualificação ?					

8. Sobre as mudanças no processo de trabalho no Programa Previne Brasil, assinale a opção que melhor representa a sua opinião.

Processos de Trabalho	Concordo totalmente	Concordo em parte	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo
8.1. Há disponibilização de materiais e insumos básicos para o processo de trabalho das equipes?					
8.2. Realização de reuniões sobre organização do processo de trabalho, planejamento e avaliação de ações, educação permanente e integração de troca de conhecimento entre os profissionais.					
8.3. A equipe realiza ações no território de busca ativa e visitas domiciliares, atendimento de urgências e emergências, monitoramento, regulação de fluxos e solicitações intersetoriais com outros pontos de atenção: média complexidade, assistência social, educação, defesa civil entre outros.					
8.4. Indução de práticas de monitoramento, análise dos indicadores, com resultados alcançados pelas equipes no sistema de informação e avaliações periódicas da situação de saúde do território?					
8.5. A gestão da APS viabiliza a participação para os profissionais de saúde em cursos de atualização e de qualificação ?					

Tema 3: Remuneração por Desempenho

9. Sobre Remuneração por Desempenho no PMAQ-AB, assinale a opção que melhor representa a sua opinião

	Concordo totalmente	Concordo em parte	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo
9.1. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade, o PMAQ-AB disponibilizava incentivo financeiro diferenciado para as equipes?					
9.2. A gestão municipal possuía no PMAQ-AB programa de incentivo financeiro, gratificação e/ ou premiação, considerando o desempenho das equipes ?					

10. Sobre Remuneração por Desempenho no Previne Brasil, assinale a opção que melhor representa a sua opinião.

Avaliação por Desempenho Previne Brasil	Concordo totalmente	Concordo em parte	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo Nem discordo
10.1. Nas localidades em que há populações específicas, local de difícil acesso e/ou áreas de vulnerabilidade, o município disponibiliza incentivo financeiro diferenciado para as equipes?					
10.2. A gestão municipal possui programa de incentivo financeiro, gratificação e/ ou premiação, considerando o desempenho das equipes?					

Tema: 4 Transição entre os Programas: PMAQ/Previne Brasil,

11. Quais foram as ações que a equipe de gestão da secretaria de saúde adotou diante da transição do pagamento por desempenho? , assinale a opção que melhor representa a sua opinião.

( ) busca ativa e aumento do número de cadastros.
( ) otimização e melhorias nos processos administrativos e assistenciais.
( ) melhoria dos sistemas de informação para que o dado reflita na produção com fidedignidade.
( ) formação de consórcios intermunicipais.
( ) Outros: _____

Tema 5: Previne Brasil

12. Na sua opinião, referente as ações da equipe, há alguma influencia no pagamento por desempenho? Assinale a opção que melhor representa a sua opinião.

( ) Equipe executa as ações e tem registro qualificado com confiabilidade de dados produzidos.
( ) Equipe executa as ações, porém não registra e/ou registra dados provocando inconsistências.
( ) Equipe executa demanda espontânea, não priorizando ações prioritárias do indicadores, registra dados.
( ) Equipe executa parcialmente as ações e registra dados.
( ) Equipe não executa as ações , resultando em invalidações e/ou a não contabilização dos registros.

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Tema 1: Processos de Avaliação

1. Existe diferença de avaliação e implementação entre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil? Se sua resposta for sim, qual a diferença? Se sua resposta for não, o que é PMAQ-AB e Previne Brasil?

_____
_____

Tema 2: Processos de Trabalho

2. Discorra sobre as mudanças ocorridas no PMAQ-AB em seu processo de trabalho, citando exemplos.

_____
_____

3. Discorra sobre as mudanças ocorridas no Previne Brasil em seu processo de trabalho, citando exemplos.

_____
_____

Tema 3: Remuneração por Desempenho

4. Como foi definido o repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB a respeito do pagamento por desempenho em seu município?

_____
_____

5. No PMAQ, a certificação das equipes avaliadas, a respeito do pagamento, é condicionada a recursos destinados a melhora de infraestrutura das USF e/ou desempenho dos profissionais da APS? Justifique.

_____
_____

6. Como foi definido o repasse do incentivo financeiro do Previne Brasil a respeito do pagamento por desempenho em seu município?

_____
_____

7. Previne Brasil, os recursos destinados são pagos ao desempenho dos profissionais da APS?

_____
_____

Tema 4: Transição entre os Programas: PMAQ/Previne Brasil

8. Diante da transição dos programas PMAQ-AB para o Previne Brasi,l houve alguma mudança no comportamento das equipes? Justifique

_____
_____

9. Sobre a Transição entre os programas PMAQ-AB e Previne Brasil, o registro qualificável no sistema de informação influencia no resultado da avaliação? Justifique

_____
_____

10. Quais foram as dificuldades encontradas na transição do PMAQ-AB ao Previne Brasil? Justifique

_____
_____

Tema 5: Previne Brasil

11. Na sua percepção o que poderia constar na avaliação do novo programa de pagamento por desempenho Previne Brasil? Justifique_____
_____

12. Na sua opinião, quais as estratégias poderão ser adotadas para superar perdas de recursos?
Justifique

_____
_____.

13. Espaço para seu depoimento pessoal como profissional de saúde e gestor

_____
_____.

ANEXO A– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÕES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO DA APS NA TRANSIÇÃO DO PMAQ-AB AO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO

Pesquisador: RANGEL MAYESK SOARES MORAES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60074222.1.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.570.876

Apresentação do Projeto:

As informações dos campos Apresentação do Projeto, Objetivo da Pesquisa e Avaliação dos Riscos e Benefícios foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1971046 PDF de 27/07/2022, cujo preenchimento foi realizado pelo pesquisador responsável.

Trata-se de projeto de dissertação do mestrado profissional do Programa de Pós-Graduação do IAM, orientado por Garibaldi Gurgel.

Resumo:

A Atenção Primária à Saúde (APS) considerada a porta de entrada, o primeiro contato ao Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro traz a perspectiva de coordenação do cuidado longitudinal coberto pela Estratégia Saúde da Família (ESF), no que se refere a pagamento por desempenho, há incentivos para alcance de metas por indicadores, relacionado a monitoramento e avaliação cita-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Programa Previne Brasil. Objetivo: Analisar a transição do PMAQ-AB para Estratégia Previne Brasil referente ao pagamento por desempenho na APS no município de Caapiranga/AM. Metodologia: Estudo de caso, caráter de pesquisa por análise documental com dados primários e secundários com abordagem quanti-qualitativa, no período de abril de 2018 a agosto de 2022 a análise documental, e as entrevistas ocorrerão em agosto de

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº S/N ¿ Térreo, Bloco G, Sala do CEP
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-420
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 **Fax:** (81)2101-2639 **E-mail:** cep.iam@fiocruz.br

2022. Serão entrevistados os principais atores que atuam no processo. Dados quantitativos: plataforma E-gestor; dados qualitativos: realização de entrevistas semiestruturadas. Resultados esperados: respostas importadas para o Microsoft Word Office e tabuladas utilizando o software ATLAS TI. Para análise irá ser utilizado a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009).

Hipótese:
Perante a transição do PMAQ para o Previne Brasil o pagamento por desempenho é avaliado pela quantidade e não pela qualidade dos serviços em saúde.

Metodologia Proposta:
Delineamento do estudo: A presente pesquisa é um estudo de caso, caráter de pesquisa por análise documental com dados primários e secundários com abordagem quanti-qualitativa. Local do estudo: Atenção Primária à Saúde do município de Caapiranga, Amazonas. Período do estudo:período de abril de 2018 a agosto de 2022 a análise documental, e as entrevistas ocorrerão em agosto de 2022. Sujeitos da pesquisa serão entrevistados os principais atores que atuam no processo: gestores e profissionais da APS de Caapiranga/AM.
Critério de Inclusão:
Análise quantitativa: ESF participantes do 3° Ciclo do PMAQ. Para análise qualitativa: entrevistas com gestores e profissionais da APS.
Critério de Exclusão:
Análise quantitativa: ESF que não participaram do 3° Ciclo do PMAQ. Análise qualitativa: profissionais que não atuam na APS do município ou que se recusarem a participar do estudo, bem como negarem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar a transição do PMAQ-AB para Estratégia Previne Brasil referente ao pagamento por desempenho na APS no município de Caapiranga/AM.

Objetivos Secundários:
- Descrever o processo de implementação do pagamento por desempenho entre os programas;
- Identificar os critérios estabelecidos de avaliação do pagamento por desempenho de cada

programa;
- Investigar a opinião dos principais atores diante da transição da avaliação do pagamento por desempenho do PMAQ-AB ao Previne Brasil na APS do município de Caapiranga/AM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
O risco relacionado a participação encontra-se em um possível constrangimento do participante, visto as informações prestadas são reflexões sobre processos de trabalhos, avaliadas no momento da pesquisa. Contudo, ressalta-se que o anonimato dos sujeitos participantes será garantido. A confidencialidade das informações coletadas será garantida pelo pesquisador que irá ficar responsável pelo arquivamento das entrevistas aplicadas.

Benefícios:
Conhecimento, reflexão dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde e o comportamento em relação do alcance de indicadores o qual reflete no pagamento por desempenho do município.

Atualizado na versão 2, em PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1971046.pdf, de 27/07/2022.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Será realizada análise documental com abordagem quanti-qualitativa de dados primários e secundários relativos à avaliação do emprego do "pagamento por desempenho" na melhoria de gestão do SUS, especialmente em face da transição entre o "programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica" (PMAQ-AB) e a estratégia "previne brasil", no município de Caapiranga do estado do Amazonas.
Serão utilizados dados secundários: no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Plataforma E-gestor onde constarão os indicadores de pagamento por desempenho alcançado por equipes credenciadas no SCNES; Para dados qualitativos: realização de entrevistas semi-estruturadas. O projeto tem potencial promissor no sentido de poder fornecer resultados e conclusões capazes de serem generalizadas para outros municípios brasileiros que apresentem semelhanças infraestruturais, demográficas e de gestão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados sem pendências.

Recomendações:

Recomenda-se que na hora da impressão do TCLE, sejam ajustados os espaços para rubricas, para que fiquem nas páginas onde não há campos para assinaturas.

Entregas de relatórios parciais e final devem ser feitas via notificação. Os relatórios parciais devem ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências descritas no parecer n. 5.517.323 foram atendidas em sua totalidade.

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas sociais envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1971046.pdf	27/07/2022 03:54:10		Aceito
Outros	CARTADERESPOSTASASPENDENCIAS.pdf	27/07/2022 03:49:37	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	27/07/2022 03:47:50	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	27/07/2022 03:47:38	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	27/07/2022 03:41:55	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Pesquisador.pdf	22/06/2022 20:51:06	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito
Declaração de concordância	Orientador.pdf	22/06/2022 20:47:51	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Equipe.pdf	22/06/2022 20:47:14	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	22/06/2022 20:39:52	RANGEL MAYESK SOARES MORAES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 09 de Agosto de 2022

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAAPIRANGA/AM

CAAPIRANGA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANUÊNCIA Nº 01/2022-SMSC

Caapiranga-AM, 05 de Janeiro de 2022.

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde de Caapiranga , está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

Título:

REPERCUSSÕES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO DA APS NA TRANSIÇÃO DO PMAQ-AB AO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS

Pesquisador Responsável: Rangel Mayesk Soares Moraes

Professor Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Instituição de Ensino: Instituto Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE

O Pesquisador está devidamente orientado:

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;

2. Que a execução do projeto terá seu início somente após APROVAÇÃO por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares;

Rangel Mayesk Soares Moraes
Pesquisador Responsável
CPF: 015.984.402-70

José Orclânio Loureiro de Souza
Secretário Municipal de Saúde

Endereço: Avenida Getúlio Vargas SN – Centro – CEP 69425-000 – SEMSA - Caapiranga – Amazonas
Email. sms-caapiranga@saude.am.gov.br

ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAAPIRANGA/AM CEDENDO BANCO DE DADOS

CAAPIRANGA

SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANUÊNCIA Nº 01/2022-SMSC

Caapiranga-AM, 20 de Julho de 2022.

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde de Caapiranga , está de acordo com a condução da pesquisa, bem como está ciente da disponibilização do banco de dados, do estudo abaixo:

Título:

REPERCUSSÕES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO DA APS NA TRANSIÇÃO DO PMAQ-AB AO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS

Pesquisador Responsável: Rangel Mayesk Soares Moraes

Professor Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Instituição de Ensino: Instituto Aggeu Magalhães FIOCRUZ/PE

O Pesquisador está devidamente orientado:

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;

2. Que a execução do projeto terá seu início somente após APROVAÇÃO por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares;

José Orclânio Loureiro de Souza
Secretário Municipal de Saúde

Rangel Mayesk Soares Moraes
Pesquisador Responsável
CPF: 015.384.402-70

Endereço: Avenida Getúlio Vargas SN – Centro – CEP 69425-000 – SEMSA - Caapiranga – Amazonas
Email. sms-caapiranga@saude.am.gov.br

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **"REPERCUSSÕES DO PAGAMENTO POR DESEMPENHO DA APS NA TRANSIÇÃO DO PMAQ-AB AO PROGRAMA PREVINE BRASIL EM UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS",** sob a responsabilidade do pesquisador **Rangel Mayesk Soares Moraes.**

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende analisar a transição do PMAQ-AB para Estratégia Previne Brasil referente ao pagamento por desempenho na APS no município de Caapiranga/AM. Esta análise será utilizada para descrever o processo de implementação, os critérios estabelecidos de avaliação do pagamento por desempenho de cada programa bem como investigar a opinião dos principais atores diante da transição da avaliação do pagamento por desempenho do PMAQ-AB ao Previne Brasil na APS do município de Caapiranga/AM. Com esta, acredita-se poder contribuir para gerar evidências de pesquisa de pagamento por desempenho perante a transição do PMAQ-AB para o Previne Brasil, novo modelo de financiamento da APS no Sistema Único de Saúde Brasileiro e suas repercussões no município de Caapiranga/AM. Benefícios: conhecimento, reflexão dos processos de trabalho na Atenção primária à saúde e o comportamento em relação do alcance de indicadores o qual reflete no pagamento por desempenho do município.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. Mas, caso venha a ter algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, o Sr (a) será ressarcido (a). Em situações de danos devido a sua participação na pesquisa, é garantido o direito de indenização caso seja comprovado o dano e garantida a indenização por vias legais.

O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, sem prejuízo a ambas as partes. Todos os seus dados também serão removidos da pesquisa, a não ser que o Sr (a) autorize a permanência desses na nossa análise. A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através de entrevistas, através de um roteiro semi-estruturado, o qual serão gravadas em áudio através de um smartphone e transcritas para o *Microsoft Word Office*, posteriormente tabuladas utilizando o *software ATLAS TI* para quantificação das palavras, o qual serão arquivadas no HD, com prazo de armazenamento de 6 meses. Quanto a unidade de análise serão as palavras, categorizadas conforme a repetição pelos atores chave do processo. Para pesquisa irá ser utilizado a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009), os entrevistados irão ser identificados com letras do alfabeto. O risco relacionado a participação encontra-se em um possível constrangimento do participante, visto as informações prestadas que serão avaliadas no

momento da pesquisa. Contudo, ressalta-se que o anonimato dos sujeitos participantes será garantido. A confidencialidade das informações coletadas será garantida pelo pesquisador que irá ficar responsável pelo arquivamento das entrevistas aplicadas. O pesquisador também está disponível para encontros presenciais para quaisquer esclarecimentos. Os resultados dessa pesquisa ficarão disponíveis para o Sr (a). Essa pesquisa traz como benefício evidências sobre pagamento por desempenho nesta transição do PMAQ para o Previne Brasil o novo modelo de financiamento da Atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde Brasileiro instituido no ano de 2019.

Rubricas:_____ _____
(Pesquisador) (Participante)

Os dados armazenados poderão ser usados em pesquisas futuras, mas um novo consentimento será pedido. Todas as informações colhidas serão analisadas, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do participante a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma via pertencerá a mim e a outra a (o) pesquisador.
Caapiranga-AM, ____/____/2022.

Assinatura:_____
Nome completo:_____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisador - Assinatura:_____
Nome completo do Pesquisador: Rangel Mayesk Soares Moraes

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:
Pesquisador: Rangel Mayesk Soares Moraes
Endereço: Rua Rio de Janeiro,nº 26 – Centro – Manacapuru/AM
E-mail: rangel_mayesk@hotmail.com