

Reflexos do pagamento por desempenho na atuação do(a)s profissionais da Atenção Primária à Saúde, Paraíba, Brasil

Effects of pay-for-performance on the work of primary health care professionals in the state of Paraíba, Brazil (abstract: p. 16)

Reflejos del pago por desempeño en la actuación de los y las profesionales de la atención primaria de la salud, Paraíba, Brasil (resumen: p. 16)


Thays de Melo Bezerra^(a)

<thaysmbezerra@gmail.com> 


Adriana Falangola Benjamin Bezerra^(b)

<adriana.bbezerra@ufpe.br> 

Luciano Bezerra Gomes^(c)

<lucianobgomes@gmail.com> 

Helena Eri Shimizu^(d)

<shimizu@unb.br> 

continua pág. 12

^(a) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50670-901.

^(b) Área acadêmica de Saúde Coletiva, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Recife, PE, Brasil.

^(c, e) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

continua pág. 12

O estudo buscou compreender a influência da estratégia do Pay for Performance (P4P), por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), na atuação do(a)s trabalhadore(a)s. Trata-se de um estudo de caso qualitativo realizado com o(a)s trabalhadore(a)s das Estratégias de Saúde da Família. A análise foi realizada mediante a técnica de construção de narrativas. Constatou-se que o P4P contribuiu para qualificação do processo de trabalho, ao mesmo tempo que estimulou competição e conflito entre as equipes, aflorando sentimentos de culpa e injustiça e, devido à precarização do trabalho, o estímulo financeiro se descaracteriza, tornando-se complemento salarial. Problemas macroestruturais afetam as condições de trabalho e a motivação do(a)s trabalhadore(a)s, de modo que modelos de incentivo financeiro, isoladamente, não são suficientes para reverter tal cenário.

Palavras-chave: Desempenho no trabalho. Atenção Primária à Saúde. Planos para motivação de pessoal. Avaliação de desempenho profissional. Política de saúde.

Introdução

As formas de estímulo ao trabalho sofreram interferências ao longo da história, sendo o modo capitalista produtivista a lógica predominante no mundo atual. Impulsionados pela política neoliberal, a produtividade e a qualidade são parâmetros de avaliação cada vez mais imbricados ao trabalho em seus diversos ramos, sendo o incentivo financeiro uma estratégia para o alcance de padrões produtivistas e de qualidade, reflexos dessa ideologia¹.

O Pay for Performance (P4P), ou pagamento por desempenho, corresponde ao fornecimento de recompensas financeiras com base no cumprimento de indicadores pré-especificados². É um mecanismo cada vez mais utilizado com o objetivo de melhorar a disponibilidade, qualidade e utilização de serviços. É amplamente aplicado em países de alta renda, como ocorre no Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, e muitos países de renda baixa e média (LMIC), como Haiti, Nigéria e Tanzânia, que também o adotaram com apoio substancial de doadores internacionais²⁻⁵.

Na Saúde, a adoção do P4P tem como objetivo impulsionar o alcance de padrões de qualidade assistenciais e expandir a disponibilidade e utilização dos serviços, a partir do incentivo financeiro individual ou coletivo^{4,6}.

As estruturas de pagamento por desempenho são intervenções complexas e seu desenho varia amplamente, a depender de uma série de fatores, como objetivo final e contexto de inserção. Há consenso na literatura de que os detalhes de *design* são cruciais, especialmente quando se trata de determinar o efeito dos incentivos P4P sobre os indicadores selecionados^{2-4,7,8}.

Considerando a complexidade do P4P, estudos questionam tanto seu potencial em garantir mudanças estruturais com resultados duradouros quanto a possibilidade de sua estrutura gerar efeitos indesejados, caracterizando um cenário de incertezas⁵⁻¹⁰.

No Brasil, a experiência de P4P na Saúde de mais ampla abrangência foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), introduzido em 2011 com o objetivo de reduzir as desigualdades na qualidade da assistência no nível de Atenção Básica à Saúde (ABS) e ampliar seu acesso¹¹.

A forma de adesão ao PMAQ se dava por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo a gestão municipal responsável por informar, capacitar e incentivar suas equipes a aderirem ao programa. Sua estrutura foi organizada em ciclos contínuos de desenvolvimento com durabilidade de dois anos. Ao fim de cada ciclo, os indicadores e metas seriam avaliados e reformulados¹¹.

No primeiro ciclo, 51% das equipes do país aderiram ao programa, atendendo a meta inicial do governo federal de 50% de adesão. Essas equipes estavam localizadas em mais de 70% dos municípios brasileiros. No terceiro e último ciclo, 97% das equipes do país haviam aderido ao programa¹².

Uma característica importante do PMAQ estava relacionada ao fornecimento de um incentivo financeiro, que não era fornecido diretamente à equipe assistencial de Saúde, mas sim à gestão municipal de Saúde. Esta tinha a autonomia para decidir a forma de aplicação do recurso, definindo se ele se daria e como seria feito o pagamento de bônus às equipes da ABS^{13,14}.

Estudos foram desenvolvidos considerando diversos aspectos do PMAQ¹⁵⁻¹⁸. No entanto, não existe um consenso na literatura sobre a capacidade do programa de alcançar os objetivos almejados e alguns estudos apontam fragilidades que podem gerar efeitos indesejados, como frustrações relacionadas à promessa de recompensa financeira e perda de credibilidade na capacidade do programa de gerar melhorias no cotidiano do trabalho das equipes^{19,20}.

Métodos de avaliação e estímulo ao trabalho, pautados na competitividade e meritocracia, advindos do sistema privado são cada vez mais incorporados ao cotidiano dos profissionais do sistema público de saúde. Essas interferências impulsionam mudanças nos paradigmas assistenciais e levam os profissionais a repensarem seu papel social. A incorporação de modelagens de P4P ao Sistema Único de Saúde (SUS) é um exemplo dessas interferências²¹.

Essas questões provocam reflexões acerca do P4P e como ele se insere nas diversas perspectivas do mundo do trabalho atual, influenciado pelo modo de produção capitalista produtivista. Este artigo tem como objetivo compreender os efeitos da estratégia do P4P, por meio do PMAQ, na atuação do(a)s profissionais da ABS.

Métodos

Foi desenvolvido um estudo de caso de abordagem qualitativa²². O caso escolhido foi o estado da Paraíba, Brasil, considerando seu destaque no que diz respeito à Atenção Básica: é o segundo com maior índice de cobertura populacional de ABS (97,83%) no país¹². Com relação ao PMAQ, todos os seus municípios tinham equipes de Saúde da Família (EqSF) inscritas. Das 1.444 EqSF credenciadas ao Ministério da Saúde, 1.337 aderiram ao programa, em seu último ciclo, denotando a abrangência do esquema P4P¹².

O estado da Paraíba está organizado em 16 Regiões de Saúde distribuídas em três macrorregiões, contemplando os seus 223 municípios²³. Foram selecionados doze municípios com diferentes portes populacionais, sendo considerados como critérios de inclusão nesta amostra intencional a) municípios que tivessem participado, pelo menos, do segundo e/ou terceiro ciclo do PMAQ, b) que possuíssem mais de uma EqSF envolvida no programa e c) que tivessem equipes com resultados variados de avaliação levando a valores diferentes na certificação.

A coleta de dados foi realizada entre os anos de 2019 e 2020 por meio de 24 grupos focais, em duas ESFs de cada município, com trabalhadore(a)s das equipes. Os profissionais atuavam tanto na assistência à saúde (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, odontólogos, técnico de saúde bucal), quanto na função administrativa (receptionista, serviços gerais, gerente da unidade). Foram incluído(a)s trabalhadore(a)s que haviam participado de, pelo menos, um processo avaliativo do Pmaq e que estavam atuando na unidade há, no mínimo, um ano.

A equipe de pesquisadores é composta por especialistas em economia da saúde, avaliação em saúde e pesquisa qualitativa; e tem histórico de atuação na gestão do SUS.

O roteiro utilizado foi estruturado em três eixos temáticos, no entanto, o estudo em questão esteve focado em dois eixos: no segundo, relativo à implementação, centrado no modo de executar o recurso financeiro e o impacto no salário dos(a)s trabalhadore(a)s; e no terceiro, direcionado à opinião do(a)s trabalhadore(a)s sobre o método avaliativo e a percepção em relação aos impactos da estrutura de bonificação no desempenho das equipes.

A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de construção de narrativas com base nos estudos de Silva²⁴ e Silva e Trentini²⁵. A narrativa corresponde a uma técnica comumente utilizada na pesquisa social em Saúde para acessar os diversos sentidos atribuídos às experiências dos sujeitos frente à realidade vivenciada²⁶.

Para construção das narrativas, foram adotados os seguintes passos, pautados em Silva²⁴ e Silva e Trentini²⁵:

- a) Reelaboração das falas nos grupos focais para transformá-las em discursos únicos.
- b) Identificação dos conflitos vividos, procurando reorganizá-los em uma sequência que permita encontrar conexões com outros momentos dos relatos e com as experiências vivenciadas.
- c) Destaque das informações que se repetiam e de temas abordados com maior ênfase.
- d) Identificação das conexões temáticas para possibilitar encontrar o fio condutor em cada narrativa.
- e) Identificação de manifestações de emoções.
- f) Identificação do enredo da narrativa, situações ou comentários, compreendidos como a mensagem central da narrativa.

Para facilitar a identificação, sistematização e categorização das narrativas, foi utilizado o *software* Nvivo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (n. 14582619.7.0000.8069). Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Os resultados possibilitam um olhar multidimensional acerca das percepções heterogêneas dos sujeitos sobre a influência da estrutura P4P, instituída pelo PMAQ, no contexto do trabalho na ABS. Foram construídos quatro grupos temáticos de narrativas, nos quais as histórias e perspectivas vivenciadas pelo(a)s trabalhadore(a)s ora se complementam, ora se contrapõem. A narrativa é a tradução das experiências da vida cotidiana, logo, nem sempre é linear.

Narrativa 1 – Dilema do P4P: entre o estímulo ao trabalho e o risco da dependência ao incentivo financeiro

A gente não pode negar que melhorou a parte de organização, né? Os processos de anotar tudo o que é feito, porque eu acho que antes não tinha uma prova do que era feito. A gente não dava importância ao registro. A gente só fazia, mas não registrava. O incentivo financeiro ajuda muito a gente na motivação, querendo aprimorar para buscar mais essa pontuação alta. Você tem o mesmo nível de compromisso com o trabalho, mas se você recebe uma gratificação a mais, você vê aquela coisa com mais carinho. Isso é natural. No momento que eu começo a me organizar para receber o PMAQ, eu faço relações sobre a comunidade, um olhar diferenciado, eu faço busca ativa, entendeu? Aí tem melhoria porque, querendo ou não, a gente vai saber que vai ser avaliado, então a gente vai querer fazer sempre melhor, para fazer uma boa avaliação e receber dinheiro. Quando você recebe um *plus* assim a mais, é claro que você fica mais satisfeito. É reconhecimento de trabalho. Isso incentiva a gente e a gente vê que é melhor trabalhar de forma mais organizada, mais cuidadosa.

O PMAQ não é uma coisa dada, a gente tem um indicador para alcançar, é uma conquista. Mesmo que se ache ruim, que ache o valor pouco, no momento que não tiver eu acredito que desestimula. Fazer Estratégia de Saúde da Família, com todas as dificuldades que a gente tem, se a gente não receber esse prêmio, eu acho que vai ter um impacto muito desfavorável na Atenção Primária, vai ter um desestímulo muito grande.

A organização do processo de trabalho foi destacada como melhoria advinda do PMAQ na ESF. Os registros das informações geradas pelas EqSF, desde o cadastro dos indivíduos e das famílias até as diversas atividades e consultas realizadas, são de fundamental importância para melhora da qualidade da atenção à saúde; a partir dos registros, pode-se visualizar o trabalho realizado, avaliar e planejar tanto localmente quanto no nível macro do SUS.

Achados semelhantes foram observados em um estudo realizado no Paraná, que identificou que as estratégias de autoavaliação e avaliação externa implementadas pelo programa favoreceram a organização e o registro das informações, além de fortalecer o planejamento²⁷.

Alguns trabalhadores reconhecem a recompensa financeira como motivação extrínseca ao trabalho, no sentido de aumentar a produtividade e a qualidade dos registros e da assistência para garantir maior compensação financeira.

O P4P é reconhecido na literatura como potencialmente útil na motivação para alcançar resultados a curto prazo ou ações pontuais, como aumento de cobertura de serviços de saúde⁵⁻¹⁰.

Estudo desenvolvido por Kovacs et al.²⁸ evidenciou intervenção positiva do PMAQ na redução das desigualdades socioeconômicas entre as EqSF, possivelmente relacionada à modelagem do esquema, principalmente na aplicação do incentivo financeiro de forma equânime. Contudo, os autores ressaltam que as iniquidades em saúde no território brasileiro persistem como uma importante agenda política a ser enfrentada.

Outro estudo que utilizou a taxa de hospitalização por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) identificou que o PMAQ estaria associado a uma redução modesta na hospitalização por ICSAP. Entretanto, vale questionar se tais melhorias se perpetuariam após o encerramento do programa¹⁸.

Na narrativa 1, o(a)s trabalhadore(a)s apontam que a remoção do estímulo financeiro abalaria o empenho do(a)s trabalhadore(a)s, gerando desestímulo. A dependência do incentivo financeiro é um dos efeitos indesejados identificados na literatura sobre aplicação do P4P. Estudo realizado no Reino Unido constatou declínio imediato dos padrões de qualidade alcançados após retirada do incentivo, caracterizando essa dependência do estímulo financeiro e a incerteza quanto à capacidade de estruturas P4P propiciar mudanças sólidas e duradouras¹⁰.

O *ratchet effect* é reconhecido na literatura como um fenômeno indesejado que consiste em uma redução proposital dos padrões de qualidade por parte do(a)s trabalhadore(a)s no intuito de impedir que a estrutura de P4P seja removida⁹.

Narrativa 2: A motivação para além do fator pecuniário

A gente vem de um modelo que parece que a gente precisa ser punido para seguir o que está correto: “Você está recebendo a premiação agora. Se você vacilar aqui, o teu dinheiro cai”. Então eles querem que a gente se preocupe com o que? A gente não pode cair na qualidade porque senão o recurso vai cair? Não é uma maneira punitiva?

Eu trabalho independente de PMAQ. Por mim pode ser nota acima ou abaixo, mas eu trabalho aqui em prol da população. Todos aqui trabalham com muito empenho. Esse pagamento não motivou em nada, eu sou sincera. Eu continuo trabalhando do mesmo jeito que antes do PMAQ.

Não é pelo valor que a gente faz o trabalho da gente. Nós gostamos do que fazemos realmente. A gente discute isso enquanto processo de trabalho, a gente faz na reunião mensal, mas a gente nunca pensou assim: a gente precisa melhorar esse indicador porque ele é do PMAQ. Não! Se não existisse o PMAQ, a gente estaria fazendo essa mesma coisa.

No início da narrativa, os participantes referem que a forma como a avaliação é conduzida interfere na motivação intrínseca, posto que é punitiva. A crítica fica evidente na seguinte reflexão: “Então eles querem que a gente se preocupe com o que?”, que demonstra que ele(a)s estão questionando seu papel social, seu compromisso ético como profissional e cidadão.

Desde sua criação, o SUS sofre tensões na incorporação de métodos advindos da lógica de mercado do sistema privado, criando um confronto de paradigmas entre a lógica das necessidades sociais e a lógica da saúde enquanto produto a ser consumido. No meio desse confronto, estão os profissionais da saúde, com algum nível de formação para atuar no SUS, sendo levados a questionar seu papel social²¹.

O(a)s trabalhadore(a)s resgatam nas narrativas a razão do seu trabalho, ou seja, o compromisso com o usuário; concluem que o alcance dos indicadores do PMAQ é uma consequência do planejamento, da avaliação e do trabalho em equipe; e não tratam os indicadores como prioritários ou com a intenção direta de alcançar metas para receber o bônus financeiro.

Para Berenson e Rice²⁹, existe uma diferença essencial entre o setor Saúde e os diferentes setores da economia: a motivação intrínseca germina do compromisso de cumprir sua missão ou papel social. O SUS é fruto de uma motivação social coletiva que visa garantir o direito à saúde, contrário à lógica que objetiva o lucro.

Se as pessoas são motivadas por altruísmo ou fatores intrínsecos não pecuniários, como fazer um bom trabalho, e as organizações têm um objetivo mais amplo do que maximizar lucros, então os incentivos financeiros podem não ser a maneira mais eficaz de influenciar suas ações.²⁹ (p. 2162)

Embora exista a motivação intrínseca que se fortalece na ideia de missão social do trabalho em Saúde, não é válido desconsiderar a importância da garantia de remuneração digna, principalmente diante do problema estrutural da precarização do trabalho em Saúde no Brasil.

Narrativa 3: Críticas à bonificação pontual e à precarização do trabalho

Esse recurso não incentivou e nem desmotivou ninguém, porque a gente não pode contar com esse dinheiro, a gente não sabe quando é que a gente vai ter. A gente não sabe, por exemplo, se esse ano vai ser 1.000 reais, se vai ser 500, se vai ser 700. É uma coisa que a gente não pode contar. Aí você trabalha, para quando chegar você receber 250 reais de PMAQ? Eu prefiro não receber! Seis meses para mim receber 400 reais? Eu vou me acabar correndo atrás de uma pessoa? Isso é um estímulo que muitas vezes acaba desestimulando porque não tem o retorno que a gente pede. Então, para mim, não compensa. Tem que trabalhar porque gosta, mas, pela gratificação, não compensa.

Sabe o que a gente queria mesmo? A gente queria um salário digno. O PMAQ ajudaria se fosse para receber todo mês, ajudaria bastante. É só uma rendinha extra. A gente conta com esse valor para fazer alguma coisa diferente que com salário da gente, a gente não consegue. Eu tô esperando ele para fazer o meu teste ergométrico e meu raio X, entendeu? Para passar no cardiologista.

Ou pelo menos para eu comprar um sapato.

Na verdade, o que abalaria a gente aqui seria o nosso salário. Se a gente tivesse um piso salarial digno, precisava de gratificação? A gente trabalharia satisfeito. Mas você trabalhar, se esforçar para receber cento e pouco de gratificação? É praticamente uma esmola. Não dá nem coragem da pessoa trabalhar, não dá vontade de fazer nada aqui. Nossa reclamação não é o PMAQ, é o salário que é pouco valorizado. A gente não tem, então quando chega um dinheiro extra a gente fica feliz. O ideal seria que houvesse o aumento salarial, auxílio-transporte, acho que esse tipo de coisa, e não que recebesse pontualmente por conta de uma premiação, né? Vamos ficar feliz em relação às conquistas dos direitos trabalhistas.

Nessa narrativa, podemos identificar algumas questões relacionadas à percepção dos profissionais sobre o incentivo financeiro, às atribuições demandadas pelo programa e às condições do trabalho. Ocorre um desestímulo relacionado à instabilidade do recurso financeiro do PMAQ-AB. Esse bônus fica sobre deliberação dos municípios e, usualmente, ele é repassado ao profissional semestralmente ou uma vez ao ano, e o valor varia conforme o desempenho atingido pela equipe e a categoria profissional, estando sujeito às condições financeiras do município a cada ano e às mudanças de gestão que podem alterar as pactuações de repasse de recurso, configurando um cenário instável relacionado à estrutura de P4P.

Somado a essa instabilidade, existem as questões trabalhistas, principal reivindicação no discurso do(a)s trabalhadore(a)s. Os salários, que não chegam a suprir suas necessidades básicas, levam os profissionais a considerarem o bônus por desempenho como um complemento salarial.

A precarização do trabalho é um aspecto que atinge substancialmente o(a)s trabalhadore(a)s da Saúde em suas diversas categorias e as funções administrativas e técnicas. Sobre o coletivo da Enfermagem, a falta de um piso nacional salarial resultava em salários baixíssimos, sendo essa uma reivindicação histórica da classe. Grande parcela desses profissionais sofre com a precarização do trabalho e condições de subsalário, seja no setor público, privado ou filantrópico³⁰.

Nos últimos anos, a luta da classe se intensificou, culminando na aprovação por unanimidade do Senado e em ampla maioria da Câmara dos Deputados do projeto de Lei no 14.434/2022, que instituiu o piso salarial da Enfermagem. Embora, em primeira decisão, o Supremo Tribunal Federal (STF) tenha suspenso os efeitos da lei sob alegação de ausência de diretrizes orçamentárias, recentemente, uma nova decisão do STF aprovou a implementação do pagamento do piso nacional da Enfermagem com aporte financeiro da União.

Considerando a categoria dos agentes comunitários de saúde (ACS), a precarização se expressa nas desiguais modalidades de vínculo empregatício e nas condições de trabalho precárias³¹. A categoria conquistou recentemente o reajuste do piso salarial nacional, fixado em dois salários-mínimos, fruto das lutas sindicais³².

O PMAQ-AB foi instituído em um cenário histórico de profunda instabilidade política, marcada pelo reformismo fraco e o contrarreformismo forte, no qual este resolveu solucionar o acirramento do conflito distributivo do país a favor do capital, resultando em estagnação salarial, produzindo um deslocamento do ideal proposto pela estrutura de pagamento por desempenho do PMAQ-AB, no qual o pagamento “por desempenho” passa a ser enxergado como “complemento salarial” para minimizar os efeitos da perda salarial³³.

Observa-se que o sistema de saúde brasileiro enfrenta problemas estruturais; entre eles, a precarização do trabalho, retratada principalmente nas condições de subsalários e vínculos trabalhistas frágeis, problemas que antecedem a importância de uma bonificação por desempenho. O(a)s trabalhadore(a)s assalariados clamam por um salário justo e, enquanto essa necessidade não for sanada, dificilmente o bônus por desempenho será reconhecido como uma gratificação pelo alcance de resultados esperados.

Em novembro de 2019, o governo federal informou a substituição do PMAQ por um novo modelo de incentivo, denominado Previne Brasil. A sua lógica individualizante é evidenciada pela substituição do PAB fixo (transferência de recursos por base populacional) pela transferência por pessoa cadastrada, rompendo assim com o princípio da universalidade. Outra crítica ao programa de incentivo diz respeito aos indicadores de avaliação, aos quais está atrelado o pagamento por desempenho, haja vista a ênfase nos aspectos clínicos³⁴.

Narrativa 4: O processo avaliativo do PMAQ: questionamentos e sentimentos aflorados

O pagamento por desempenho eu acho ruim porque gera competição [...]. Não acho tão saudável. Ele motiva uma certa rivalidade entre as equipes. Com essa mudança de pagamento, vem a questão das injustiças também. Tem unidades que a gente nitidamente sabe o comprometimento ou não dos profissionais, que tira uma nota bem melhor do que a da gente, então desestimula. É totalmente desestimulante esse repasse de valores porque a gente se esforça, e quando conversa com outros colegas, a gente questiona a nota. Como se justifica uma equipe que não tem sala de vacina, sala de espera, ficar com uma boa avaliação?

Tem muitos profissionais muito bons que fazem o seu trabalho, mas quando vai botar na balança dá a mesma coisa ou menos que o profissional que não exerce sua profissão tão bem. Outra coisa também é querer comparar a equipe de lá e a equipe daqui. Porque o número de pessoas é o triplo, então a gente trabalha com uma demanda muito maior, um trabalho muito mais árduo. Mas numa de lá, numa que é pequenininha, você consegue fazer um trabalho maravilhoso, não é? Mas ninguém nunca viu a questão da gente estar até sete, oito horas da noite na área.

Além dessas injustiças, ainda tem uma coisa muito falha nesse PMAQ: a falta de retorno depois que a gente recebe a nota. A única coisa de informação que a gente tem é que foi bom, regular ou ruim, e que o dinheiro cai na conta. Não é só questão de dinheiro. A gente faz o trabalho e quando chega lá, cadê as informações? O que foi que a gente fez?

A gente só é avaliado naquele período. Ninguém vem ver como é que está. A gente não sabe o que fazer para ter uma nota melhor. Ainda hoje me sinto culpada porque a doutora estava de férias e eu fui entrevistada. Aí eu não sei se foi culpa minha, se eu não soube mostrar os relatórios. Eu ainda vivo angustiada, eu ainda choro. Meus colegas me dizem “Não se culpe por isso não”. Eu ainda passo mal, eu me sinto como um peso. O que o PMAQ faz é isso: mexer com o psicológico da gente. Quer dizer que o nosso trabalho não estava surtindo efeito? Que nós não estávamos trabalhando da forma certa? Deu essa sensação. Meu sentimento quando comparei com as outras equipes foi de culpa e de vergonha.

Na narrativa, o(a)s trabalhadore(a)s indicam que o modelo adotado para o pagamento por desempenho gera, muitas vezes, concorrência entre as equipes, pois o valor do incentivo está associado à pontuação da equipe na avaliação externa do PMAQ, que em alguns casos é considerada injusta, corroborando os achados do estudo de Silva et al.³³.

O sentimento de injustiça fica evidente, associado à insatisfação com o resultado da avaliação externa, pois, na perspectiva desses profissionais, algumas equipes que foram melhor avaliadas não mereciam aquela pontuação, crença elaborada a partir da observação da estrutura e do processo de trabalho cotidiano dessas equipes quando comparadas a outras que, de acordo com o julgamento dos profissionais, mereciam uma pontuação melhor. Esses conflitos e o sentimento de injustiça resultam e são resultantes, ao mesmo tempo, da competitividade entre as equipes, o que enfraquece o trabalho colaborativo e fortalece a fragmentação da atenção à saúde.

O trabalho em redes de atenção à saúde (RAS) está proposto no SUS no intuito de superar a hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, tendo a APS importância na coordenação do cuidado. Desse modo, é fundamental uma APS qualificada, com equipes capazes de atuar de forma interprofissional internamente, entre elas e em rede, fortalecendo a prática colaborativa³⁵.

Um estudo realizado sobre a ESF evidenciou que o clima de trabalho em equipe é componente essencial para o estabelecimento da prática colaborativa. Equipes com maiores escores de clima de trabalho apresentaram mais intensa participação dos seus membros nos processos decisórios, maior aceitação a novas estratégias e foco no território com maior participação da comunidade³⁶. Pode-se então inferir que métodos que instigam a rivalidade entre equipes não são a melhor proposta para garantir o trabalho colaborativo e para a qualificação da ABS.

A falta de retorno sobre a avaliação externa é um problema relatado pelo(a)s trabalhadore(a)s. Além disso, não discutir os fatores que levaram àquela pontuação e não compreender o que precisa ser feito para atingir uma melhor avaliação são questões que angustiam os profissionais.

Esse achado corrobora estudo realizado sobre a implementação do PMAQ, que evidenciou a falha na comunicação quanto à devolutiva e discussão dos resultados das avaliações³⁷.

As equipes sentem necessidade de que, na avaliação, sejam consideradas as particularidades de cada território, reconhecendo suas especificidades e limitações e possibilitando o planejamento de estratégias singulares. Estudo de Gurgel et al.¹⁴ reafirma a necessidade de o PMAQ considerar em seus indicadores de avaliação aspectos do contexto singular do campo a ser avaliado.

O planejamento deve considerar as necessidades do território e, portanto, deve ocorrer de forma ascendente, na qual o(a) profissional de Saúde seja agente fundamental, visto que conhece a realidade dos territórios. Caso contrário, consolida-se um viés gerencialista e produtivista de gestão em detrimento de uma gestão participativa e colaborativa, viés que se desdobra no processo de trabalho que valoriza indicadores quantitativos e alcance de metas, quase não sobrando espaço para as subjetividades e a escuta sensível.

O formato avaliativo do programa se apresenta como um fator estressante para as equipes. Receber resultado negativo na avaliação muitas vezes tem despertado sentimentos de insuficiência, vergonha, incompetência e culpa, ficando o sofrimento psicológico evidente nas narrativas do(a)s trabalhadore(a)s.

Agregar ao cotidiano do(a) trabalhador(a) em Saúde um modelo de avaliação – que, como trazido na narrativa, causa angústia e estresse em um ambiente sem as devidas condições de trabalho – pode ser adoecedor. A partir dessa realidade, é preciso investir em modelos de avaliação que reconheçam a complexidade do trabalho em Saúde, suas singularidades e o necessário respeito à diversidade.

Considerações finais

Ao referir sobre Atenção Primária à Saúde, o fator organização do processo de trabalho é fundamental para efetivar sua finalidade, visto a sua relevância na coordenação do cuidado em saúde. Foi perceptível que o fator organizacional das equipes era frágil antes da implantação do programa e que este contribuiu para fortalecer a organização do processo de trabalho.

Para além da contribuição para a organização do processo de trabalho, as narrativas mostram que o PMAQ como estrutura de pagamento por desempenho age sobre os(a) trabalhadore(a)s, visto que interfere na motivação extrínseca, ou seja, o dinheiro é um incentivo para o fazer melhor e com mais produtividade. Porém, quando retirado ou quando há falha na periodicidade do pagamento, a desmotivação é gerada, o que interfere também na motivação intrínseca, pois, apesar de alguns trabalhadores da Atenção Básica se dizerem motivados e identificarem a atividade laboral como missão, creditam à estratégia o estímulo à competitividade e rivalidade entre as equipes, gerando conflitos e o sentimento de injustiça relacionado ao resultado da avaliação.

Diante das narrativas, faz-se necessário o tensionamento para que pautas sobre métodos de estímulo ao trabalho, métodos avaliativos da ABS e fortalecimento da gestão de pessoas sejam efetivamente debatidos nos espaços deliberativos, seguindo à risca os princípios e diretrizes do SUS e garantindo que as vozes do(a)s trabalhadore(a)s sejam ouvidas.

Reconhecidamente, problemas macroestruturais do sistema de saúde brasileiro afetam as condições de trabalho e, conseqüentemente, a motivação do(a) trabalhador(a). Portanto, modelos de incentivo financeiro, isoladamente, não são suficientes para reverter tal cenário.


A experiência do(a)s entrevistado(a)s com a peculiaridade do modelo municipal do PMAQ vivenciado reflete na sua percepção sobre o programa, o que pode ser considerado como uma limitação do estudo, tendo em vista a diversidade de modelos adotados em cada município. Outro aspecto a ser observado diz respeito ao tipo de estudo e à sua metodologia, que apresenta potencial para responder aos objetivos propostos, mas não se propõe a uma extrapolação dos achados.

Autores

Juliana Sampaio^(e)

<juliana.sampaio@academico.ufpb.br> 

Mariana Olívia Santana dos Santos^(f)

<mariana.santos@fiocruz.br> 

Keila Silene de Brito e Silva^(g)

<keila.britosilva@ufpe.br> 

Afiliação

^(d) Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, UnB. Distrito Federal, DF, Brasil.

^(f) Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz. Recife, PE, Brasil.

^(g) Núcleo de Saúde Coletiva, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho é parte integrante do projeto de pesquisa "Unpacking the effect of the national pay for performance scheme (PMAQ) on inequalities in the financing and delivery of primary care in Brazil", aprovado na Chamada Pública Internacional MRC-CONFAP: Health Systems Research Networks, financiada por meio do acordo de Cooperação entre o Conselho Nacional das Fundações de Amparo à Pesquisa e Inovação (CONFAP) e o Medical Research Council (MRC), iniciado em março de 2018.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Manoela de Carvalho

Submetido em

23/08/23

Aprovado em

25/12/23

Referências

1. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53(2):251-63.
2. Cashin C, Chi Y-L, Smith P, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care implications for health system performance and accountability. *European Observatory on Health Systems and Policies Series.* Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
3. Fleetcroft R, Steel N, Cookson R, Walker S, Howe A. Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12(1):94.
4. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu'apuaka M, Freeman M, O'Neil M, et al. Implementation processes and pay for performance in healthcare: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2016; 31 Supl 1:61-9.
5. Paul E, Albert L, Bisala BN, Bodson O, Bonnet E, Bossyns P, et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health.* 2018; 3(1):e000664.
6. Barreto JOM. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. *Cienc Saude Colet [Internet].* 2015 [citado 17 Mar 2021]; 20(5):1497-514. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01497.pdf>
7. Anselmi L, Binyaruka P, Borghi J. Understanding causal pathways within health systems policy evaluation through mediation analysis: an application to payment for performance (P4P) in Tanzania. *Implement Sci.* 2017; 12(1):10.
8. Chimhutu V, Tjomsland M, Mrisho M. Experiences of care in the context of payment for performance (P4P) in Tanzania. *Globalization and Health.* 2019; 15(1):59.
9. Feng Y, Kristensen SR, Lorgelly P, Meacock R, Sanchez MR, Siciliani L, et al. Pay for performance for specialised care in England: strengths and weaknesses. *Health Policy.* 2019; 123(11):1036-41. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.07.007.
10. Macklin-Doherty A. Quality of care in the United Kingdom after removal of financial incentives. *N Engl J Med.* 2018; 379(22):2178-9. doi: 10.1056/NEJMc1813176.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 15 Nov 2020]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Informações e gestão da atenção básica (e-Gestor). Brasília: SUS; 2019 [citado 13 Jan 2021]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>
13. Brasil. Portaria nº 1.654, de 19 de Julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União.* 19 Jul 2011.
14. Gurgel G Jr, Kristensen SR, Silva EN, Gomes LB, Barreto JOM, Kovacs RJ, et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: a comparison with England's quality outcomes framework and lessons for the future. *Health Policy.* 2023; 128:62-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2022.11.004.



15. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:67.
16. Gomes WS. Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde [dissertação] [Internet]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2013 [citado 29 Mar 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/13224>
17. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Factors associated with user satisfaction regarding treatment offered in Brazilian primary health care. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(2):e00184715.
18. Russo LX, Powell-Jackson T, Barreto JOM, Borghi J, Kovacs R, Gurgel GD Jr, et al. Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009-2018. *BMJ Global Health*. 2021; 6(7):e005429.
19. Carneiro TSG, Carneiro PS, Pinto IC. O conflito como manifestação da dimensão política dos enfermeiros na implementação do PMAQ-AB. *Saude Debate*. 2020; 44(125):310-21.
20. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saude Debate* [Internet]. 2013 [citado 29 Mar 2023]; 37(98):416-26. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2013.v37n98/416-426/pt/>
21. Gomes D, Ramos FRS. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado 29 Mar 2023]; 20(8):2591-600. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WhzHJwJ4pbLDm5mbP69CsrL/?lang=pt>
22. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso; 2016.
23. Paraíba (Estado). Resolução nº 43/18, de 26 de Junho de 2018. Cronograma de operacionalização do processo de planejamento regional integrado no estado [Internet]. Diário Oficial da Paraíba. 26 Jun 2018 [citado 29 Mar 2023]. Disponível em: <http://static.paraiba.pb.gov.br/2018/02/Resolucao-43-Nova-definicao-da-Macrorregiao.pdf>
24. Silva DMGV. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
25. Silva DMGV, Trentini M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(3):423-32.
26. Vasconcelos GL, Fontenelle AMC, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. *Rev Bras Prom Saude*. 2003; 16(1/2):59-66.
27. Bertusso FR, Rizzotto MLF. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa em Região de Saúde do Paraná. *Saude Debate*. 2018; 42(117):408-19.
28. Kovacs R, Barreto JOM, Silva EN, Borghi J, Kristensen SR, Costa DRT, et al. Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil's national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(3):e331-9. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30480-0.
29. Berenson RA, Rice T. Beyond measurement and reward: methods of motivating quality improvement and accountability. *Health Serv Res*. 2015; 50 Suppl 2:2155-86. doi: 10.1111/1475-6773.12413.
30. Silva MCN, Machado MH. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a enfermagem no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(1):7-13.



31. Nogueira ML. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. *Saude Soc.* 2019; 28(3):309-23.
32. Soler ZASG. O que será 2023 para a enfermagem brasileira: ver com otimismo ou continua a raiva misturada com tristeza? *Enferm Brasil.* 2023; 21(6):690-2.
33. Silva HFR, Gomes LB, Bezerra AFB, Santos MOS, Shimizu HE, Silva KSB, et al. Distributive conflict: analysis of the Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) in two Brazilian northeastern capitals. *Interface (Botucatu).* 2023; 27:e220436. doi: 10.1590/interface.220436.
34. Morosini MVG, 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 Saude Publica.* 2020; 36(9):e00040220. doi: 10.1590/0102-311X00040220.
35. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu).* 2018; 22 Suppl 2:1525-34. doi: 10.1590/1807-57622017.0827.
36. Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.
37. Telles R, Weigelt LD, Rezende MS, Krug SBF, Ferreira R, Kessler AL, et al. Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). *Rev Epidemiol Control Infect [Internet].* 2016 [citado 31 Mar 2023]; 1(1):1-10. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7978>



This study sought to understand the influence of pay-for-performance (P4P) on worker performance using data from the National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB). We conducted a qualitative case study with professionals working in family health strategy teams. The data were analyzed using the narrative construction technique. The findings show that P4P contributed to the improvement of work processes, while at the same time stimulating competition and conflict between the teams, causing feelings of guilt and injustice. However, the original purpose of the financial incentive is defeated due to poor working terms and conditions, becoming akin to a salary supplement. Macrostructural problems affect working conditions and worker motivation, showing that financial incentive models alone are not sufficient to reverse this situation.

Keywords: Work performance. Primary health care. Personal motivation plans. Professional performance evaluation. Health policy.

El estudio buscó comprender la influencia de la estrategia Pay for Performance (P4P), por medio del Programa de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Básica (Pmaq-AB), en la actuación de los trabajadores y las trabajadoras. Se trata de un estudio de caso, cualitativo, realizado con los trabajadores y las trabajadoras de las Estrategias de Salud de la Familia. El análisis se realizó mediante la construcción de narrativas. Se constató que el P4P contribuyó para la calificación del proceso de trabajo, al mismo tiempo que incentivó competencia y conflicto entre los equipos, haciendo aflorar los sentimientos de culpa e injusticia y, debido a la precarización del trabajo, el incentivo financiero se descaracteriza pasando a ser complemento salarial. Problemas macroestructurales afectan las condiciones de trabajo y la motivación de los trabajadores y de las trabajadoras, de modo que los modelos de incentivo económico, aisladamente, no son suficientes para revertir ese escenario.

Palabras clave: Desempeño en el trabajo. Atención Primaria de la Salud. Planes para motivación del personal. Evaluación del desempeño profesional. Política de salud.