

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

MAILSON FONTES DE CARVALHO

O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
COMO DISPOSITIVO NO GERENCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

JEQUIÉ-BA
2019

MAILSON FONTES DE CARVALHO

**O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE
COMO DISPOSITIVO NO GERENCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

C331p Carvalho, Mailson Fontes de.

O programa de melhoria do acesso e da qualidade como dispositivo no gerenciamento da atenção básica / Mailson Fontes de Carvalho.- Jequié, 2019.

128f.

(Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade)

1.Atenção primária à saúde 2.Qualidade 3.Acesso e avaliação da assistência à saúde 3.Recursos financeiros em saúde 4.Tomada de decisões gerenciais 5.Avaliação do desempenho profissional 6.Disciplin no trabalho 7.Governança 8.Poder I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 610.7340981

CARVALHO, M.F. **O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade como dispositivo no gerenciamento da atenção básica.** Tese [Doutorado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia. 2019.

FOLHA DE APROVAÇÃO



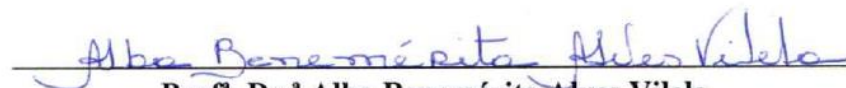
Prof.^a Dr.^a Cristina Setenta Andrade

Doutora em Saúde Pública

Professora Plena da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

Orientadora e Presidente da Banca

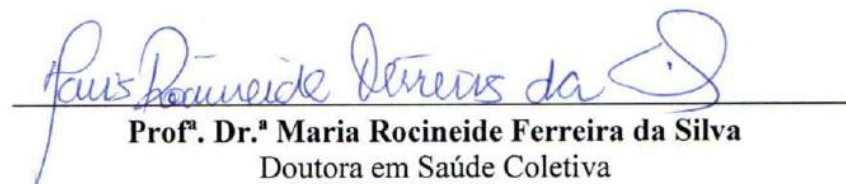


Prof.^a Dr.^a Alba Benemerita Alves Vilela

Doutora em Saúde Coletiva

Professora Plena da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (UESB)

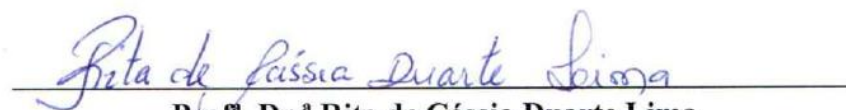


Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva

Doutora em Saúde Coletiva

Professora Adjunta da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE)



Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima

Doutora em Saúde Coletiva

Professora Titular da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFES).



Prof.^a Dr.^a Vitória Solange Coelho Ferreira

Doutora em Medicina

Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

Mestrado Profissional em Enfermagem (UESC)

Jequié (BA), 21 de agosto de 2019.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos e amados pais (*in memoriam*),

Antônio de Passo e Perpétua Fontes,

que me guiaram pelos caminhos da educação como instrumento de transformação social,
e me nutriram de força e coragem para que este trabalho e a conquista que ele representa
pudessem acontecer em meio às tormentas que a vida nos proporcionou!

Em meio ao Doutorado quis a vida que eu os perdesse,
mas seus ensinamentos permanecem comigo eternamente.

*De que serve ter o mapa
Se o fim está traçado?
De que serve a terra à vista
Se o barco está parado?
De que serve ter a chave
Se a porta está aberta?
De que servem as palavras
Se a casa está deserta?*

*Aquele era o tempo
Em que as mãos se fechavam
E nas noites brilhantes as palavrasvoavam
E eu via que o céu me nascia dos dedos
E a ursa maior eram ferros acesos
Marinheiros perdidos em portos distantes
Em bares escondidos
Em sonhos gigantes
E a cidade vazia
Da cor do asfalto
E alguém me pedia que cantasse mais alto*

*Quem me leva os meus fantasmas?
Quem me salva desta espada?
Quem me diz onde é a estrada?*

*Aquele era o tempo
Em que as sombras se abriam
Em que homens negavam
O que outros erguiam
E eu bebia da vida em goles pequenos
Tropeçava no riso, abraçava de menos
De costas voltadas não se vê o futuro
Nem o rumo da bala
Nem a falha no muro
E alguém me gritava
Com voz de profeta
Que o caminho se faz
Entre o alvo e a seta*

Música: ***Quem me leva os meus fantasmas.***
(Compositor: Pedro Abrunhosa)

CARVALHO, M. F. **O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade como dispositivo no gerenciamento da atenção básica.** Tese [Doutorado] – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié-Bahia. 2019. 127p.

RESUMO

O Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica vem se constituindo instrumento estratégico no âmbito da gestão da atenção básica como resposta aos desafios da saúde pública brasileira. Neste estudo, realizou-se uma análise do programa como dispositivo para pensar a gestão da atenção básica a partir das contribuições de Michel Foucault, transitando pelo exame crítico de seus mecanismos estratégicos. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, dividida em duas etapas: análise documental, a partir dos documentos oficiais do programa e de normativas municipais; e pesquisa de campo, realizada com gestores municipais. Respeitados os preceitos éticos de pesquisas em saúde, fazem parte desta investigação trinta e sete documentos oficiais e o discurso de sessenta gestores (secretários e coordenadores de atenção básica) entrevistados através da utilização de um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram transcritas, codificadas e analisadas a partir da leitura em profundidade do material e de uma análise crítica a partir das dimensões de análise do estudo, a saber: a) o programa como ferramenta para implementação da estratégia de pagamento por desempenho na atenção básica; b) avaliação de desempenho e o sistema de recompensas financeiras como mecanismos gerenciais e sua correlação com as técnicas de governo e controle de condutas; c) o programa como dispositivo disciplinar na gestão da atenção básica. Os resultados estão apresentados através de três manuscritos assim organizados: 1) examina o programa como ferramenta de pagamento por desempenho na atenção básica através da análise documental, evidenciando sistemas de base e mecanismos utilizados para a determinação de recompensas à trabalhadores de equipes de atenção básica em municípios da região do Vale do Rio Guaribas, Piauí, constatando que o programa contribuiu para a institucionalização de sistemas de pagamento por desempenho nos municípios; 2) analisa os mecanismos gerenciais inseridos na atenção básica através do programa, apontando a adoção destes pelos gestores para enfrentar desafios próprios da gestão, racionalizando condutas através do “toma lá, dá cá”, típico do gerencialismo ilusionista que inspira o programa; 3) situa o programa como dispositivo para pensar a gestão da atenção básica a partir das contribuições de Michel Foucault, analisando o discurso de gestores que apontam para a utilização deste como ferramenta para o exercício do poder disciplinar e do exercício de práticas convergentes à legitimação de instrumentos estratégicos típicos do contexto político-econômico do capitalismo contemporâneo vigente, que tendem ao enrijecimento dos processos de trabalho e cerceamento da liberdade criativa dos trabalhadores através de mecanismos como a normalização e a vigilância. Por fim, são lançadas reflexões sobre o programa, que indiscutivelmente representa um importante reforço financeiro aos municípios, executores diretos da política de saúde local e também estratégia de barganha entre gestores e trabalhadores, que se (re)constituem a partir de relações de poder ora notadamente hierárquicas, ora potencialmente estratégicas, mas indiscutivelmente disciplinares.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde; recursos financeiros em saúde; tomada de decisões gerenciais; avaliação do desempenho profissional; disciplina no trabalho; governança; poder.

CARVALHO, M.F. **The Program for the Improvement of Access and Quality as a device in the management of basic care.** Thesis [Ph.D] - Nursing & Health Postgraduate Program, State University of Southwest Bahia (UESB), Jequié-Bahia. 2019. 127p.

ABSTRACT

The Brazilian Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care has become a strategic instrument in the management of primary care as a response to the challenges of Brazilian public health. In this study, the program was analyzed as a device to think about the management of primary care from the contributions of Michel Foucault, through the critical examination of its strategic mechanisms. It is an exploratory research, qualitative approach, divided into two stages: documentary analysis, from the official documents of the program and municipal regulations; and field research, conducted with municipal managers. Respecting the ethical precepts of health research, thirty-seven official documents are part of this investigation and the speech of sixty managers (secretaries and coordinators of basic care) interviewed through the use of a semi-structured script. The interviews were transcribed, codified and analyzed from an in-depth reading of the material and a critical analysis from the dimensions of analysis of the study, namely: a) the program as a tool for implementing the strategy of payment for performance in primary care; b) performance evaluation and the system of financial rewards as management mechanisms and their correlation with the techniques of government and control of behaviors; c) the program as a disciplinary device in the management of primary care. The results are presented through three manuscripts thus organized: 1) examines the program as a payment tool for performance in primary care through documental analysis, highlighting basic systems and mechanisms used to determine the rewards to workers of primary care teams in municipalities of the Guaribas River Valley region, Piauí, noting that the program contributed to the institutionalization of performance-based payment systems in municipalities; 2) analyzes the management mechanisms inserted in primary care through the program, pointing to the adoption of these by managers to face management challenges, rationalizing behaviors through the "take it, give it", typical of the illusionist managerialism that inspires the program; 3) places the program as a device to think about the management of primary care from the contributions of Michel Foucault, analyzing the discourse of managers who point to the use of this as a tool for the exercise of disciplinary power and the exercise of convergent practices to the legitimization of strategic instruments typical of the political-economic context of contemporary capitalism in force, which tend to stiffen the work processes and curtail the creative freedom of workers through mechanisms such as normalization and surveillance. Finally, reflections are launched on the program, which undoubtedly represents an important financial reinforcement to municipalities, direct executors of the local health policy and also a strategy of bargaining between managers and workers, which (re)constitute themselves from power relations that are either notably hierarchical, or potentially strategic, but unquestionably disciplinary.

Keywords: Primary health care; quality, access and evaluation of health care; financial resources in health; management decision-making; evaluation of professional performance; discipline at work; governance; power.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária em Saúde
BA	Bahia
CAHPS	<i>The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
CAMPI	Centro de Assistência Médica de Picos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPRO	Fundação Centro de Pesquisas Econômicas e Sociais do Piauí
COAP	Contrato Operativo de Ação Pública
CPCI	<i>The Components of Primary Care Instrument</i>
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DOI	<i>Digital Object Identifier</i>
DOM	Diário Oficial dos Municípios
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
HRJL	Hospital Regional Justino Luz
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
ISR	Indicador Sintético Regional
MHFS	<i>The Medical Home Family Survey</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NGP	Nova Gestão Pública
ORCID	<i>Open Researcher and Contributor ID</i>
P3C	<i>The Parent's Perception of Primary Care</i>

P4P	<i>Pay-for-performance</i>
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA	<i>Primary Care Assessment</i>
PCAS	<i>The Primary Care Assessment Survey</i>
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PI	Piauí
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PSB	Programa de Saúde Bucal
RENASF	Rede Nordeste de Saúde da Família
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TD	Território de Desenvolvimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
CAPÍTULO 1	
CONTEXTO, CARACTERIZAÇÃO E BASES TEÓRICAS DA PESQUISA	14
1.1 INTRODUÇÃO	15
1.1.1 APROXIMAÇÕES PESQUISADOR-OBJETO	15
1.1.2 O PMAQ-AB COMO OBJETO DE ESTUDO	17
1.2 OBJETIVOS	19
1.3 REVISÃO DA LITERATURA	20
1.3.1 O PARADIGMA GERENCIALISTA NA SAÚDE	20
1.3.2 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	23
1.3.3 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)	28
1.4 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	34
1.4.1 O PÓS-ESTRUTURALISMO COMO HORIZONTE EPISTEMOLÓGICO	34
1.4.2 A TRAJETÓRIA DE PENSAMENTO DE MICHEL FOUCAULT	36
1.4.3 O DISPOSITIVO NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA	39
1.5 ASPECTOS METODOLÓGICOS	41
1.5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	42
1.5.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	42
1.5.3 PARTICIPANTES	44
1.5.4 MÉTODOS E TÉCNICAS	45
1.5.5 TRAJETÓRIA DE ANÁLISE	46
1.5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	48
CAPÍTULO 2	
RESULTADOS E PRODUTOS DA PESQUISA	49
2.1 BREVE PERFIL DOS PARTICIPANTES	50
2.2 MANUSCRITO 1 - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica	51
2.3 MANUSCRITO 2 - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica: a incorporação de mecanismos gerenciais na gestão do trabalho em saúde	74
2.4 MANUSCRITO 3 - O PMAQ como dispositivo disciplinar na gestão da atenção básica: contribuições a partir de Michel Foucault	89

CAPÍTULO 3	105
CONSIDERAÇÕES GERAIS	
3.1 À GUIA DE CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICES	117
ANEXOS	123

APRESENTAÇÃO

A realização deste estudo foi motivado pelo desejo de aprofundar análises sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), tendo em vista que este vem se constituindo instrumento estratégico no âmbito da gestão da atenção básica frente as suas propostas de superação dos grandes desafios presentes na saúde pública brasileira.

Sua modelagem complexa e sua vinculação a mecanismos gerenciais de avaliação de desempenho e pagamentos por desempenho ainda são pouco explorados. Nesse aspecto, nos propusemos a avançar para além de estudos técnicos de efetividade do programa, ampliando a discussão sobre o programa a partir de seus mecanismos de desenvolvimento associados às perspectivas gerencialistas, tradicionalmente oriundas do setor privado e frequentemente observadas no setor público como resposta à problemas estruturais e financeiros deste.

Também nos enveredamos pelos estudos de Michel Foucault a fim de dilatar nosso olhar sobre o programa, de forma a não romantizá-lo nem mesmo idealizá-lo, a fim de compreender como atua na produção de subjetividade no âmbito da gestão da atenção básica.

Para tanto, realizamos uma pesquisa exploratória, essencialmente qualitativa, ancorada no referencial foucaultiano para analisar o PMAQ-AB não apenas sobre os dados por ele produzidos, que sustentam as verdades e discursos deste, mas de como se institui como dispositivo em meio ao complexo processo de gestão dos serviços de saúde.

Apresentamos este trabalho em três partes, que intitulamos de capítulos, de forma a evidenciar desde as motivações para a realização da pesquisa, seus processos de realização, seus resultados e as considerações críticas sobre estes, observados os critérios institucionais de normalização de trabalhos acadêmicos.

O primeiro capítulo intitulado *Contexto, caracterização e bases teóricas da pesquisa* estabelece os aspectos introdutórios da pesquisa, aproximações entre o pesquisador e o objeto de estudo, objetivos e trajetória metodológica realizada, além de notas explicativas sobre o PMAQ-AB e suas estratégias de desenvolvimento e algumas considerações sobre o referencial foucaultiano, a fim de ancorar as discussões e análises do estudo.

No segundo capítulo, reservado aos *Resultados e Produtos da Pesquisa* traz um breve perfil dos sujeitos participantes do estudo - a saber, gestores municipais de saúde, seguido pelos resultados das análises em manuscritos, que se caracterizam como resultados e produtos da pesquisa em si. O manuscrito 1 trata de analisar o PMAQ-AB como ferramenta de

pagamento por desempenho na atenção básica através de uma análise documental. Já o manuscrito 2, analisa os mecanismos gerenciais institucionalizados na atenção básica através do programa e no manuscrito 3, situamos o PMAQ-AB como dispositivo para analisar o discurso de gestores sobre seus mecanismos e sua utilização no enfrentamento dos desafios da gestão da atenção básica, a partir do referencial de Michel Foucault.

O terceiro e último capítulo desta tese apresenta considerações, à guisa de conclusões, acerca da realização da pesquisa, bem como reflexões sobre o PMAQ-AB no contexto da gestão da atenção básica a partir dos resultados desta.

Despretensiosamente convido-lhes à leitura deste trabalho que se constitui como Tese de Doutorado e espero que possam acompanhar as reflexões apresentadas como forma de (re)pensar gestão dos serviços de saúde a partir dos dispositivos que operam na construção de práticas e produção de sujeitos.

CAPÍTULO 1

CONTEXTO, CARACTERIZAÇÃO E
BASES TEÓRICAS DA PESQUISA

1.1 INTRODUÇÃO

1.1.1 APROXIMAÇÕES PESQUISADOR-OBJETO

Minha primeira aproximação com o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ocorreu ainda em 2011, quando exercia a função de Supervisor da Atenção Básica no município de Picos, Piauí. Entre os sonhos e idealismos sanitaristas de um recém-formado, o programa surgia como estratégia idealmente possível (e não menos complexa) para garantir a realização de mudanças reais na atenção básica do município onde trabalhava, as quais eu havia tomado como desafio profissional.

O trabalho como supervisor era o mais dinâmico possível e assemelhava-se ao papel de apoiador institucional visto que não atuava prontamente como supervisor de trabalho de profissionais, mas como elo entre as equipes e a gestão, realizando levantamentos de necessidades, aprimorando processos de trabalho, fomentando encontros e reuniões, estimulando a análise de indicadores, e sobretudo, ouvindo as infundáveis reclamações e manifestações de descontentamento com o funcionamento dos serviços partindo de todos os atores deste processo (usuários, profissionais e gestores).

Era um tempo de muitas novidades e mudanças na condução da política nacional de saúde, com destaque para a regulamentação das leis orgânicas da saúde e incentivos ao fortalecimento da atenção básica. Nesse contexto, como parte também do meu trabalho cotidiano, mantinha-me diariamente atento às portarias ministeriais que sempre me acrescentavam informações e me levavam a imersão nos marcos legais e constitucionais da saúde pública brasileira. Deparei-me com a Portaria GM/MS nº 1.654, publicada no dia 19 de julho de 2011, que instituiu no âmbito do SUS o PMAQ-AB, apresentando as motivações, objetivos, diretrizes operacionais de adesão e desenvolvimento do programa e sobretudo possibilitaria a ampliação de recursos para o município através do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB – Variável), fator de importante motivação no despertar de interesse da gestão municipal e também das equipes para a adesão (dimensão a ser aprofundada neste estudo).

O andamento dos trabalhos do primeiro ciclo do programa no município de Picos produziu movimentos que me fascinaram, sobretudo por enxergar a possibilidade de alinhamento do processo de trabalho das equipes com as premissas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Admito que houve um encantamento despretenso e acrítico sobre

aquele movimento e uma ligação, quase que intrínseca, aos instrumentos normativos legalmente instituídos.

Ao adentrar na Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) para cursar mestrado, muitos dos meus (pré)conceitos sobre o programa foram ganhando novas nuances, a partir do conhecimento da contextualização histórica e da aproximação com a *episteme* da saúde coletiva. Ainda assim, busquei a realização de trabalhos de campo e da dissertação no entorno do desenvolvimento do programa nos estados do Piauí (minha terra natal) e no Ceará, onde naquele momento me encontrava para estudos.

Ao assumir a Secretaria Municipal da Saúde de Ipiranga do Piauí, vislumbrei a oportunidade ideal para a implementação de um projeto de gestão com ancoragem fundamentada no desenvolvimento do PMAQ-AB, visto que se tratava de um município de pequeno porte, com ações de saúde quase que exclusivamente relacionados a atenção básica. Não podia imaginar que aquele seria um dos maiores desafios da minha trajetória profissional e pessoal.

Permaneci no cargo por pouco tempo, tendo sido convocado para exercer a docência no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, espaço onde havia cursado minha graduação e de onde a partir de então pude seguir apoiando o andamento das ações no município de Ipiranga do Piauí e também em outros municípios da região através da extensão universitária e da colaboração interinstitucional.

Assim, as experiências alinharam-se ao conhecimento científico-filosófico (em permanente construção) para produzir as inquietações que me impulsionaram à realização deste estudo. Dado o tempo de implantação e consolidação do referido programa e seus contextos de instabilidade diante de mudanças governamentais e tomando-o como mecanismo estratégico no gerenciamento da atenção básica, coube questionar: Como se insere no cotidiano da gestão da atenção básica? Que mecanismos utiliza para o alcance de seus objetivos? Qual sua capacidade de modelar, determinar e controlar condutas? Que ferramentas, táticas ou técnicas utiliza para tal? Que efeitos podem estar associados a inserção de pagamentos por desempenho entre equipes participantes do programa? Que verdades estão sendo produzidas através de sua execução?

Despreendi-me então dos estudos realizadas acerca de resultados e indicadores e da busca pela comprovação de sua eficácia, para adentrar em uma análise de cunho crítico sobre as ações, reações e relações que permeiam a implementação do PMAQ-AB como dispositivo no gerenciamento da atenção básica.

1.1.2 O PMAQ-AB COMO OBJETO DE ESTUDO

São incontestáveis as dificuldades de implementar processos avaliativos na área da saúde, especialmente devido a complexidade do setor, permeado por conflitos e tensões próprias das relações de poder¹ entre os atores do processo de trabalho em saúde: trabalhadores, gestores, usuários (GOLDBAUM, 2014). Ainda assim, mesmo diante de uma polissemia de metodologias e aplicações, a avaliação tem sido amplamente utilizada no setor público, tendo ganhado notoriedade na gestão do sistema de saúde brasileiro com a implantação de algumas iniciativas e mais recentemente com a criação de dois programas: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011 e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), em 2015.

O PMAQ-AB, objeto central de análises deste estudo, além de se constituir essencialmente de base avaliativa apresenta também um componente ligado ao financiamento de equipes pelo governo federal, vinculando maiores recursos às equipes que alcançarem melhores resultados no complexo processo avaliativo do programa. Ainda que a normativa oficial não o apresente como tal, o programa possui nuances que o aproximam da estratégia de pagamentos por desempenho (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016; SADDI; PECKHAM, 2017).

Não se trata de uma estratégia experimental, visto que há experiências exitosas de pagamento por desempenho (*pay for performance* - P4P) em sistemas de saúde e em programas ligados a atenção primária implementados em vários países (CASHIN et al., 2014b; FIORENTINI et al., 2011; SADDI; PECKHAM, 2017). Logo, tornou-se tema emergente, e também polêmico, no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil.

A busca pela ampliação do acesso e qualidade na atenção básica em saúde também tem pautado a agenda da gestão de sistemas e serviços de saúde por todo o mundo, que cada vez mais orientados pela lógica racionalista, apresentam as mais diversas e contraditórias estratégias visando a redução de custos e aumento da produtividade e competitividade dos serviços de saúde.

São evidentes os esforços internacionais para a expansão da oferta de serviços públicos de saúde, especialmente partir da década de 70 após a Conferência Internacional dos Cuidados Primários de Saúde (1978). De forma similar ocorre o crescimento progressivo dos

¹ A expressão “*relações de poder*” vincula-se a conceituação realizada por Michel Foucault (1979), ao afirmar que não estão vinculadas ao poder hierárquico, autoritário ou apenas de dominação, mas seriam caracterizadas como todas as relações que, exercidas em meio a liberdade, comprometem de diferentes formas e níveis o ser humano.

gastos públicos com saúde e a disseminação de questionamento sobre a eficácia destes, ainda que interpostos por questões de ordem social que os justificam (CASTIEL, 2012; ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000).

Nestes termos, é possível identificar uma pluralidade de propostas para a racionalização de recursos e determinação dos fatores para subsidiar a tomada de decisões no âmbito da gestão dos serviços de saúde, sobretudo no aspecto microeconômico relacionado a custo-benefício, custo-eficácia e custo-utilidade (PINTO; SANTOS; TRAJMAN, 2016).

Tomando estes fatores como parâmetros e fortemente impulsionado pelas questões financeiras, o paradigma gerencialista empresarial invade os processos de gestão pública e recomenda especial atenção ao planejamento e à gestão estratégica, esta última diretamente relacionada às questões de sobrevivência organizacional em meio a mercados cada dia mais competitivos. Aspectos como reengenharia, flexibilização do trabalho, foco em resultados, remuneração por desempenho, entre outros, tornam-se estratégias utilizadas em sistemas de saúde em diversos países desenvolvidos como Inglaterra, Suécia, França e Portugal, com objetivo de melhorar a coordenação dos cuidados e o desempenho dos serviços, ampliando a transparência nos resultados alcançados (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014; SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

Instituições de saúde possuem arranjos organizacionais complexos, sobretudo quando públicas, nas quais dificilmente se identifica uma modelagem ou padronização do trabalho, como costumeiramente encontramos em outros tipos de organização. E ainda que consideradas as peculiaridades e multiplicidades de arranjos operacionais, nomenclaturas e de contextos inclusive financeiros em que se inserem os serviços de saúde na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão em saúde deve preceituar que os serviços, políticas e programas alcancem a máxima eficiência, eficácia e efetividade (CAMPOS; COSTA, 2011; GOLDBAUM, 2014; ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000).

Controversos e/ou consensuais, acompanhamos uma tendência à institucionalização de mecanismos de gestão por resultados no setor saúde, baseados em mecanismos avaliativos e de incentivos financeiros. Na saúde pública brasileira, ainda que timidamente utilizados, é possível identificar sua presença, com características díspares e ausência de uniformidade nas metodologias utilizadas.

Dada a sua complexidade operacional e alinhamento institucional a outros instrumentos normativos, vale destacar que o PMAQ-AB provocou movimentos entre gestores e trabalhadores que, por motivações diversas, manifestaram elevado interesse no programa que recentemente findou seu terceiro ciclo (SOSSAI et al., 2016). Convém ressaltar que embora

sejam públicos os resultados de indicadores e perfil de adesão e utilização do programa, faz-se necessário conhecer como tem se dado sua implementação, as adequações realizadas e as disputas provocadas nos mais diferentes cenários loco-regionais brasileiros onde operam (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016).

Destaque-se ainda que são escassos os estudos analíticos e críticos sobre o programa, em sua maioria derivam de seu próprio processo avaliativo e/ou estão atrelados a padrões normativos, o que reforçam a demanda por análises voltadas ao processo de implantação, gerência local, à comparação a programas de desempenho aplicados em outros sistemas de saúde e até mesmo relacionadas aos processos de subjetivação que permeiam sua utilização como dispositivo no gerenciamento da atenção básica.

Tomando esta como justificativa fundamental à realização deste estudo, nos propusemos neste a problematizar os mecanismos gerenciais que circundam o PMAQ-AB e situá-lo como dispositivo de gestão da atenção básica a partir das contribuições de Michel Foucault.

1.2 OBJETIVOS

GERAL

- Analisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como dispositivo para (re)pensar práticas de gestão da atenção básica.

ESPECÍFICOS:

- Identificar características da utilização do PMAQ-AB como estratégia de pagamento por desempenho (P4P) em municípios do Piauí;

- Caracterizar os mecanismos gerenciais implementados no âmbito do PMAQ-AB e a legitimação de ações baseadas nos modismos gerenciais a partir do discurso de gestores.

- Situar o PMAQ-AB como dispositivo para refletir sobre as práticas de gestão da atenção básica.

1.3 REVISÃO DA LITERATURA

1.3.1 O PARADIGMA GERENCIALISTA E AS ESTRATÉGIAS DE GESTÃO POR DESEMPENHO

Amplamente difundidas no meio empresarial privado, as premissas racionalistas, também conhecidas como gestão estratégica ou gerencialismo, chegaram ao setor público em um movimento que ficou conhecido como Nova Gestão Pública (NGP), buscando superar a ineficiência relacionada a excessiva burocracia estatal e aumentar a *accountability* ou responsabilização governamental (MOTTA, 2013).

Sob influência das reformas realizadas no Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia, o Brasil instituiu o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, formulado pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso de Mello, e seguiu muitas das linhas básicas da NGP visando uma transição da chamada administração burocrática para a administração gerencial, capitaneadas pelo economista Luís Carlos Bresser-Pereira (MORAES; IGUTI, 2013).

Segundo Bresser-Pereira, o modelo de reforma da gestão pública brasileira se caracterizou como "modelo estrutural de gerência pública", visto que além de mudanças fundamentais no processo de gestão de pessoas e da adoção de uma administração por objetivos, ele incluiu a reforma estrutural da organização do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2008).

Especialmente após a década de 1990, foi possível identificar a expansão do ideário gerencialista no setor público brasileiro, como forma de superação da burocracia e para o alcance de melhores resultados em termos de eficiência e eficácia. Largamente utilizados no setor privado e já adotados em setores públicos em países desenvolvidos, aspectos como competência, qualidade, excelência, produtos, entre outros, passam a fazer parte do cotidiano de organizações públicas e até mesmo do discurso de gestores relacionados a questões sociais, econômicas e até mesmo políticas (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014).

Neste contexto, longe de apresentar-se com linearidade ou mesmo como medida prioritária de governos de perspectiva neoliberal da década de 90, os princípios da gestão estratégica vem se mantendo presentes no setor público brasileiro, e com os auspícios da neutralidade científica, matematizam as práticas e relações institucionais, transformando

indicadores em metas e condicionando seu financiamento à sua persecução e alcance (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

A gestão estratégica pauta-se por atividades essencialmente dirigidas para a efetividade da ação prática no âmbito organizacional das organizações sociais e econômicas. Implicitamente, se constitui em termos gerais, numa ideologia que modela as atividades humanas por meio de indicadores de desempenho, que devem servir de eixo para a construção das relações custo/benefício entre recursos financeiros investidos e produtos, serviços e bens produzidos e dimensionados em termos financeiros (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Aplicada aos diversos setores da sociedade, expandiu-se também ao setor da saúde, especialmente impulsionados pela premissa do Estado mínimo e também como resposta governamental à pressão popular e midiática por serviços de melhor qualidade no SUS, apresentados culturalmente como serviços de difícil acesso (filas), baixa qualidade e destinados a pessoas de baixa renda (CARNUT; NARVAI, 2016).

Mesmo apresentando avanços como a descentralização e a tentativa de consolidação da participação e controle social, pautas essenciais do SUS, o modelo administrativo do setor saúde brasileiro ancorou-se por muito tempo em métodos e estratégias tradicionais ligadas a burocratização, com uma histórica dificuldade de operacionalizar a implementação dos princípios organizacionais e doutrinários. (CARNUT; NARVAI, 2016).

Sob o discurso da racionalização e da eficiência, temos acompanhado a substituição da defesa dos valores e princípios do SUS, pela lógica da otimização de recursos, ainda que seja consenso desde a sua constituição, que o subfinanciamento sempre foi um grande entrave para sua efetivação como política pública universal, causador de inúmeras consequências estruturais no sistema (MENDES; WEILLER, 2015).

Ainda que reconhecidos os problemas relacionados a insuficiência no complexo financiamento do setor, ecoam discursos sobre a má utilização dos recursos deste sistema, que endossam a pressão popular, dos movimentos sociais e das próprias lideranças políticas para que o governo buscasse por soluções baseadas no uso racional dos recursos, sobretudo através de avaliações do desempenho dos serviços, a fim de tomar medidas para garantir o aprimoramento destes (CARNUT; NARVAI, 2016; GONÇALVES; DAMÁZIO, 2013; NISHIJIMA; JUNIOR, 2013).

Tornam-se evidentes através de iniciativas como a publicação do Decreto Presidencial nº 7.133, de 19 de março de 2010, que regulamentou critérios e procedimentos das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho previstos em legislações, e até mesmo relacionadas ao setor saúde como a publicação do

Decreto Presidencial n 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei n 8.080/90 e instituiu a contratualização de responsabilidades interfederativas através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), e a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) através da Lei n 12.550, de 15 de dezembro de 2011, uma empresa pública com personalidade jurídica de direito privado destinada a realizar a gestão dos hospitais universitários, entre outras.

A criação do PMAQ-AB segue essa perspectiva, e se apresenta como estratégia para alcançar ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde através de mecanismos relacionados gestão por desempenho ligados a avaliação, resultados e recompensas financeiras (MORAES; IGUTI, 2013).

São notórias as evidências de gerencialismo no referencial operacional de políticas e programas da área da saúde, seja como possibilidade de enfrentamento de problemas não apenas estruturais ou derivados de fatores macropolíticos ou econômicos, seja como estratégia para qualificação de gestores para a melhor utilização dos recursos disponíveis no âmbito do SUS (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Defensores de sua aplicabilidade ao setor afirmam que em tempos de mudanças e de reformas, a sobrevivência e a sustentabilidade de serviços complexos, como os serviços de saúde exigem o emprego da gestão estratégica para garantir caminhos possíveis a serem trilhados pelas organizações diante de toda sua complexidade e contexto (GONÇALVES; DAMÁZIO, 2013; ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, 2000).

Porém, fortes críticas também são lançadas sobre o gerencialismo no campo da saúde coletiva, ancoradas especialmente no pressuposto de que estas medidas podem trazer uma sensação tranquilizadora de proteção em tempos complexos, instáveis e turbulentos. Preocupados, os sanitaristas alertam que a gestão gerencialista se utiliza de uma abordagem científicista objetivante para empregar abordagens cujas técnicas e procedimentos produzam evidências sólidas, visando otimizar a produtividade dos sistemas na perspectiva da racionalidade instrumental (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Em uma análise extensa e crítica sobre a temática, Castiel, Xavier e Moraes (2016) apontam que em meio ao discurso racionalista, podem estar impregnados dubiedades e incoerências, sobretudo relacionadas aos trabalhadores, por vezes inconscientemente submetidos aos agenciamentos modelo gerencial tais como competitividade, ranqueamentos, incentivos financeiros, entre outros, presentes nos dispositivos que compõem a sociedade. Segundo estes,

há uma dubiedade estrutural nos instrumentos de gestão que pode exibir aspectos cínicos. Esse mundo contraditório está pleno de mensagens ambíguas e incoerentes. Não faltam enunciações de autonomia em meio a enunciados coercitivos para obtenção de resultados lucrativos. A criatividade é estimulada, mas o contexto é regido por normas e prescrições. Há a apresentação reiterada de metas praticamente inatingíveis (...). Esses ideais se tornam normas, em um contexto supostamente otimizado, sem contradições estruturais aparentes (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016, p.346)

Ainda que de elevada capilaridade e aceitação, há questionamentos sobre sua aplicabilidade e aderência à gestão pública, especialmente pelo seu caráter demasiadamente simplório e objetivo ao desconsiderarem as dimensões políticas e as condições de trabalho nas organizações públicas (MOTTA, 2013). Algumas condutas advindas da gestão estratégica, tais como a avaliação do desempenho, o estímulo a competitividade, a remuneração associada ao desempenho, o estabelecimento de metas, entre outros, acaba por atribuir culpabilidade aos trabalhadores ou mesmo a busca desenfreada pelo alcance de objetivos e metas pré-determinados, que não refletem em sua totalidade o papel a ser exercido pelas organizações públicas.

Para Gaulejac (2007), a questão relaciona-se a ideologização do mundo como gestão, e desta como uma tecnologia de poder, mediadora entre os interesses econômicos do capital e a força de trabalho, pela utilização de recursos incompatibilizáveis, tais como: o capital, o trabalho, as matérias-primas, a tecnologia, as regras, as normas e os procedimentos em nome da organização produtiva e altamente rentável.

Ainda convém ressaltar toda a subjetividade envolvida na constituição do sujeito neoliberal e também na constituição de novas relações intra e entre gestores e trabalhadores. O gestor público está inserido em uma luta de poder capaz de deixar seu cargo politicamente vulnerável em cada decisão tomada na busca de melhores resultados. E ainda há o risco de priorizar-se a resolução de conflitos em detrimento ao foco nos resultados (MOTTA, 2013).

Neste sentido, sob a égide da razão instrumental e utilitária, o gerencialismo pauta-se em torno do fortalecimento do exercício da função controle para otimizar a efetividade, utilizando procedimentos de gestão como metas, resultados, avaliação de desempenho, incentivos financeiros e eventuais ajustes (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

1.3.2 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Resultado de um processo historicamente construído e reconstruído através dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções, a avaliação contemporânea apresenta

uma polissemia de abordagens, métodos e técnicas (BROUSSELE; CHAMPAGNE, FRANÇOIS; CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PRIERRE; HARTHZ, 2011).

Seu processo evolutivo de construção e reconstrução sofreu influências de diversos campos do saber, constituindo gerações ou fases na história da avaliação, com características e perspectivas distintas, brevemente apresentadas a seguir, a partir da classificação dada por Guba e Lincoln(2011), ratificado e reproduzido por Cruz(2015).

A primeira geração é marcada fortemente pela construção e utilização de testes e instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção, colocando o avaliador na posição apenas técnica. Conhecida como geração da mensuração ou acepção técnica da avaliação, perpetua-se até os dias atuais, sobretudo no sistema educacional.

Uma segunda fase advém da deficiência da primeira, caracterizando-se pela abordagem focada na descrição de pontos fortes e fracos da intervenção. Marca também o surgimento da avaliação de programas, absorvendo princípios de mensuração da primeira geração como um dos vários instrumentos a ser empregados.

Já a terceira geração esteve focada na atribuição de mérito e juízo de valor sobre a intervenção para basear a tomada de decisões. Nesta etapa, o avaliador assume o caráter formal e profissionalizado de julgador, mantendo ainda as funções técnicas e descritivas das gerações anteriores, para atribuir valores intrínsecos ou contextuais ao objeto da avaliação.

A quarta geração se detém sobre a resolução dos problemas predominantes nas três gerações anteriores através de uma abordagem alternativa, que tem como característica principal a negociação entre os envolvidos na intervenção. De cunho construtivista responsivo, a avaliação de quarta geração visa responder a demandas advindas da revolução no campo das comunicações, através da ampliação do espectro de ferramentas metodológicas e dos agentes envolvidos, tornando-se não apenas técnica, mas prática e emancipatória.

A quinta geração (emancipadora), proposta mais recentemente, preconiza a necessidade de ir além do diálogo e negociação, incluindo também a dimensão do "agir", na perspectiva de combinar as proposições anteriores, ampliando-as a partir da ampliação do poder dos participantes do processo sobre o agir frente as informações encontradas e analisadas. De maneira simplória, reforça o poder explicativo das características contextuais, processos de implementação e caminhos causais para mostrar, através da identificação de efeitos e impactos esperados, como as atividades de uma intervenção levam a resultados (BROUSSELLE; BUREGEYA, 2018).

Está claro que não ocorreu a supressão de princípios no decorrer da evolução das gerações da avaliação, mas uma certa complementariedade entre estas, visto que algumas

características e abordagens ainda são utilizadas em avaliações e estudos na atualidade. Assim, no esforço de responder às perguntas avaliativas, uma proposta pode apresentar arranjos híbridos, que congreguem a perspectiva de negociação entre os interessados e envolvidos (quarta geração), associada a visões da avaliação focada no julgamento do mérito (terceira geração), a descrição da intervenção a ser avaliada (segunda geração) ou ainda à mensuração de efeitos mais finalísticos (primeira geração) (CRUZ, 2015).

Quadro 1: Classificação da avaliação em gerações e suas principais características.

Gerações	Período de predominância	Característica Principal
I	1900-1930	Mensuração
II	1930-1960	Descrição
III	1967-1980	Juízo de valor
IV	1980 – (...)	Negociação e construção
V	2018 - atual	Emancipadora

Fonte: Adaptado de Guba e Lincoln(2011).

Ressalte-se que independente da abordagem utilizada, a avaliação tem sido amplamente utilizada frente a necessidade de apresentar respostas a problemas de ordem social e econômica, emergentes em diversos países ocidentais, com perspectivas de constituir-se como poderoso instrumento de formulação de políticas públicas nos mais diversos contextos (TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017). Outros autores ainda referem:

Em um contexto em que as necessidades sociais aumentam de maneira exponencial e estão a exigir respostas cada vez mais complexas e onerosas, ao passo que limitações importantes subsistem em termos de recursos, o papel da avaliação passa a ser cada dia mais importante quando se trata de definir prioridades e de identificar os programas mais rentáveis e eficazes (BROUSSELE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTHZ, 2011)

A partir da década de 1960 as políticas e programas sociais destacaram-se como objeto de avaliações em diversos países, independentemente do nível de desenvolvimento econômico e do tipo de sistema de saúde utilizado, motivadas tanto pela imposição dos organismos internacionais, no intuito de demonstrar seus resultados, quanto pela necessidade de comprovar a eficácia das intervenções. Atualmente, a avaliação de programas e políticas públicas vivencia um processo de rápida disseminação e diversificação teórica e metodológica.

Ancorados na magnitude e complexidade dos sistemas de saúde, permeados por zonas de incerteza nas relações entre os problemas de saúde, as intervenções capazes de resolvê-los e as expectativas da população, alguns autores (SAMICO et al., 2010; TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017; TANAKA; TAMAKI, 2012) apontam a avaliação como uma alternativa adequada para garantir informações sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação dos usuários, subsídios fundamentais para a tomada de decisões na gestão. Todavia, não se trata de práticas simples, especialmente quando relacionada a mensuração de qualidade ou quando associada a outras estratégias gerenciais.

A tarefa avaliativa torna-se desafiadora pela sua complexidade frente a múltiplas concepções e metodologias empregadas e pelos diferentes objetivos em que pode ser empregada. Ainda que uma árdua tarefa, Reis, Oliveira e Sella (2012) afirmam que há muito tempo os saberes e ações de monitoramento e avaliação estão presentes na história do sistema de saúde brasileiro, donde muitas iniciativas e experiências haviam sido lançadas, porém, distantes de processos sistêmicos e continuados de avaliação e monitoramento.

Por volta dos anos 2000, é possível identificar uma inclinação governamental para a institucionalização de uma política de avaliação, com o objetivo de monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentando a cultura avaliativa no setor saúde. Nessa linha do tempo, são elaborados Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e desenvolvidos Estudos de Linha de Base atrelados ao Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF) e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

Cabe destacar neste contexto, o caráter estruturante da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas ações da atenção básica no Brasil e na efetivação dos princípios do próprio Sistema Único de Saúde (SUS). Sua crescente expansão e a progressiva ampliação da cobertura tornam ainda mais complexas e desafiadoras quaisquer iniciativas de avaliação implementadas. A ferramenta AMQ buscava oferecer aos gestores municipais mecanismos de avaliação e gestão da qualidade da ESF, baseando-se no modelo clássico desenvolvido por Donabedian (1980) para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, fundamentado nos elementos de estrutura, processo e resultado, com foco na análise dos serviços de saúde e das práticas assistenciais (BRASIL, 2005; DONABEDIAN, 1980). Apesar de ter alcançado elevada utilização, não foram apresentadas evidências concretas de sua efetividade em termos de benefícios reais a população (FIGUEIREDO et al., 2013).

Ao longo do tempo, diversos instrumentos de avaliação da atenção básica foram apresentados e validados, predominantemente assentados nas bases normativas da avaliação,

mas é possível destacar a complexidade de organizar uma perspectiva consensual. Alguns deles: *the Consumer Assessment of Health care Providers and Systems (CAHPS)*, *The Components of Primary Care Instrument (CPCI)*, *The Medical Home Family Survey (MHFS)*, *The Parent's Perception of Primary Care (P3C)*, *The Primary Care Assessment Survey (PCAS)*, *The Primary Care Assessment (PCA)*.

Entre estes, destaca-se o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)* desenvolvido com objetivo de proporcionar uma avaliação voltada aos atributos da atenção primária a saúde (APS), baseada nos aspectos de estrutura, processo e resultado propostos por Avedis Donabedian. Com tradução e validação para o português, o PCATool popularizou-se no país entre pesquisas acadêmicas e cotidianas, chegando a ser recomendado pelo Ministério da Saúde, que o publicou no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool Brasil (FRACOLLI et al., 2014).

Apesar da elevada utilização do PCATool Brasil como instrumento avaliativo para a atenção básica e do crescente interesse nos últimos anos pelas iniciativas de monitoramento e avaliação, a busca pela qualidade dos serviços ainda representava um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde (SERAPIONI, 2016). Logo, com usuários cada vez mais exigentes e menos tolerantes, ampliam-se as demandas de acesso a médicos, procedimentos e exames em caráter cada vez mais imediato, elevando a pressão por maior qualidade e eficiência dos serviços de saúde.

Na busca de responder às insatisfações populares e de adequar os serviços aos padrões estabelecidos nas próprias normativas regulamentadoras dos serviços de atenção básica, o governo brasileiro instituiu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma estratégia que busca estimular o desenvolvimento de uma cultura de análise, avaliação e intervenção, dotando gestão e equipes de atenção básica de capacidade institucional, apoio técnico e incentivo financeiro para promover as mudanças nas práticas dos serviços (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Sua criação está diretamente relacionada ao desenvolvimento da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, que tem como plano de fundo a implantação de Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS, caracterizado como:

um conjunto de programas de avaliação, relativamente independentes, mas relacionados, concatenados e complementares entre si, de modo a formarem um complexo que vise produzir, por meio de avaliações, um conjunto de informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS, quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes (REIS, OLIVEIRA ESELLERA, 2012, s.p).

Além do PMAQ-AB, compõem o Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS o Índice de Desempenho Geral do SUS (IDSUS), o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e as Pesquisas nacionais de avaliação de acesso e satisfação de usuários(REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

1.3.3 O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Apesar das inúmeras realidades vivenciadas pelos municípios Brasil a fora, a necessidade de qualificação das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) é consenso entre todos. A forte pressão por mudanças, está diretamente relacionada ao esgotamento do modelo de gestão adotado, permeado de restrições orçamentárias e focalizado em pagamento por procedimentos, com aspectos agravantes relacionados à gestão, às relações de trabalho, à qualificação profissional e até mesmo a vocação institucional dos serviços de saúde (SAVASSI, 2012).

Em meio à forte pressão popular por mudanças e a necessidade de aprimoramento dos serviços de saúde, o governo brasileiro instituiu, através da Portaria GM/MS nº 1.654, de julho de 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Produto do esforço entre as autoridades sanitárias das três esferas de governo, a criação do programa pautava-se no ajuste entre as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e as ações desenvolvidas no cotidiano dos serviços, reconhecendo a qualidade dos serviços de atenção básica através de monitoramento e avaliação de indicadores, do aprimoramento no processo de trabalho das equipes e da satisfação dos usuários nos diversos territórios no país(BRASIL, 2012a).

O programa se propõe a indução de um ciclo contínuo de melhoria dos serviços de atenção básica, vinculados a repasses de recursos destinados a implantação de padrões de acesso e qualidade nos serviços participantes. Segundo Pinto, Sousa e Florêncio(2012) trata-se do início de mudanças importantes e persistentes em diversas dimensões do processo de trabalho das equipes de atenção básica de todo o país.

Para sua melhor compreensão, cabe apresentar os objetivos iniciais do programa (BRASIL, 2012b):

- I - Ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações;
- II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das unidades básicas de saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da atenção básica;
- III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da atenção básica, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da atenção básica, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;
- V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da atenção básica;
- VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da atenção básica no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e
- VI - Estimular o foco da atenção básica no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

Estes tentam atender aos inúmeros desafios enfrentados pela atenção básica no país, sejam eles estruturais (precariedade da rede física, ambiência pouco acolhedora, condições inadequadas de trabalho), relacionados ao processo de trabalho (insatisfação, necessidade de qualificação, integração deficiente entre equipe, falta de orientação para o trabalho, instabilidade de equipes, incipiência dos processos de gestão, sobrecarga de trabalho, desarticulação com a rede de atenção à saúde) ou mesmo com o financiamento inadequado e insuficiente da atenção básica, que resultam na baixa integralidade e resolutividade das práticas.

Para o enfrentamento destes desafios e o alcance dos objetivos, o programa alinha-se às estratégias da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), então recém instituída, apresentandocomo diretrizes norteadoras (BRASIL, 2012b):

- I – Criação de parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde;

II – Estímulo a um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

III- Transparência em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados;

IV - Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

V - Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

VI - Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários, e

VII - caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

Além de ressaltar a amplitude e seu caráter inédito, as diretrizes destacamos incentivo à realização mudanças efetivas no processo de trabalho das equipes de atenção básica participantes, amparadas em princípios de apoio financeiro, transparência e caráter voluntário(PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Em relação a modelos de avaliação anteriores, diversas foram as inovações advindas com o PMAQ-AB, dentre as quais podemos citar (a) a utilização de indicadores, (b) o estabelecimento de padrão comparativo entre equipes, agrupando municípios em estratos de certificação pré-estabelecidos, (c) a possibilidade de adesão por todas as equipes de atenção básica (tradicionais e saúde da família) e sobretudo (d) a associação do programa a repasse financeiro, com garantia de recursos assegurado por até seis meses e expectativa de maiores repasses vinculados a melhores resultados (SAVASSI, 2012).

Destaque-se o fato que o desenvolvimento e sucesso do programa estão condicionados também a capacidade de mobilização de todos os atores locais diretamente envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários em prol da mudança das condições e práticas assistenciais, de gestão e de participação social orientados por diretrizes padronizadas nacionalmente (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

No tocante a operacionalização, o programa era composto inicialmente por quatro fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização. O último ciclo do programa, reorganizou as fases em apenas três: Adesão e contratualização;

Certificação; e Reconstrução, tornando a fase do desenvolvimento um eixo estratégico transversal do programa (BRASIL, 2017).

A primeira fase constitui-se da adesão formal ao programa mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica (eAB), os gestores municipais e o Ministério da Saúde. Vale destacar o caráter voluntário das adesões desde o primeiro ciclo, exigindo a realização de um processo inicial de pactuação de compromissos entre equipes e gestores municipais, que deve anteceder à formalização de adesão dos municípios com o Ministério da Saúde.

No intuito de fomentar o reconhecimento da necessidade dos indivíduos responsabilizarem-se pela promoção da melhoria do acesso e da qualidade das ações na atenção básica. Ao aderir ao programa as equipes comprometem-se em seguir as diretrizes organizacionais do processo de trabalho, observar as regras de funcionamento do programa, implantar dispositivos de acesso, co-gestão, autoavaliação (avaliação interna), planejamento e avaliação, permitindo ser monitorada a partir de indicadores dos sistemas de informação em saúde, além de submeter-se a processos de avaliação externa (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

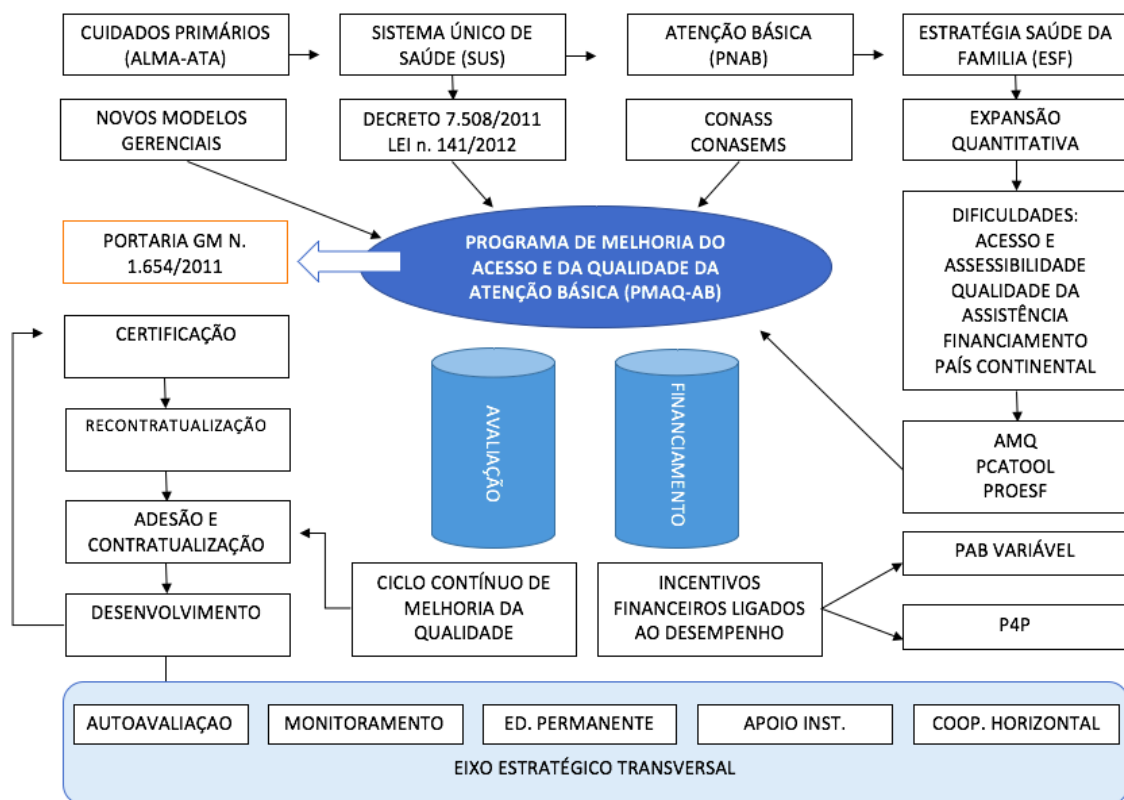
A adesão, apesar de voluntária, adotou como tática a indução financeira, com repasses de recursos fundo-a-fundo aos municípios, de valores vinculados a cada equipe com adesão realizada (VIEIRA, 2013). Nessa perspectiva e apesar das exigências e compromissos exigidos de gestores e equipes na ocasião da adesão ao programa, o primeiro ciclo alcançou cerca de 70% dos municípios brasileiros, totalizando 17.432 equipes participantes. Ao segundo ciclo foram avaliadas 29.778 equipes de saúde da família e 18.147 equipes de saúde bucal em todo o Brasil (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Dados do painel de adesões do programa constantes no site do DAB/MS apontam que no terceiro e último ciclo do programamais de 41 mil equipes foram avaliadas em 95% dos municípios brasileiros.

Após a adesão, iniciam-se os movimentos prioritários do programa inseridos na fase de desenvolvimento, que se constitui como etapa primordial para a implementação dos processos que culminam na melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2012b).

As equipes de atenção e gestão, com a tarefa de imprimir mudanças na realidade concreta, deverão construir pactos e ações capazes de disparar movimentos que articulem avaliação, planejamento, educação permanente, gestão do trabalho, qualificação do processo de trabalho e monitoramento dos resultados numa excelente oportunidade de superar modos de ação que fragmentados, perdem grande parte de sua potência(PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012, s.p.).

Inicialmente, quatro dimensões estratégicas foram apresentadas com essenciais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado: *autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional*. Já no terceiro ciclo (2016-2017), a *cooperação horizontal* foi adicionada a estas estratégias, agora compreendidas como parte do eixo estratégico do programa (**Figura 1**). É nesse contexto em que ocorre a participação ativa da gestão municipal e das equipes de atenção básica, provocando um modo de ação compartilhado que deverá ser capaz de assumir as responsabilidades pela mudança pretendida na situação-problema encontrada (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Figura 1: Modelo Explicativo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.



Fonte: Elaboração própria

Após o desenvolvimento de ações, ocorre a terceira fase do programa, denominada Avaliação Externa, onde equipes e gestão municipal recebem visitas *in locu* de avaliadores da qualidade ligados a instituição de ensino superior, objetivando coletar dados e informações para análise das condições de acesso e da qualidade das equipes participantes do programa.

Nesse processo, são utilizados instrumentos próprios de avaliação, que tem sido revisados e aperfeiçoados no decorrer de cada ciclo, organizados em módulos que contemplam a observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), entrevistas com profissionais da equipe e com usuários do serviço e verificação de documentos, além de dados complementares preenchidos eletronicamente (BRASIL, 2012).

Assim, o questionário utilizado apresenta uma gama de questões que buscam abordar não somente quesitos acerca de estrutura e processo, mas também a avaliação da perspectiva e satisfação do usuário. Para Pinto, Sousa e Ferla (2014), os instrumentos demonstram a preocupação do programa com os resultados concretos obtidos no acesso e na qualidade da atenção a grupos específicos, mas também considera a perspectiva do usuário, avanço relevante em relação a projetos e programas avaliativos anteriores.

Porém, a relação apresentada na identificação da satisfação do usuário e na mensuração da efetividade da implementação das ações do programa ainda apresenta fragilidades. A última fase do programa constitui-se no processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2012b).

Em seu terceiro ciclo o programa apresentou adaptações, condensando-se em três fases: adesão e contratualização, certificação e recontratualização. Além disso, ocorreu ainda a redução dos indicadores a serem monitorados, adequações no instrumento de avaliação externa, e a inserção da cooperação horizontal como ferramentado eixo estratégico transversal de desenvolvimento.

Em meio às mudanças governamentais, organizacionais e políticas, o programa permanece como processo cíclico e contínuo aplicado à equipes de atenção básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), baseado na concessão de incentivos financeiros atrelados a avaliação, em uma perspectiva claramente voltada para a busca de resultados. Atualmente, paira uma instabilidade sobre a continuidade do mesmo, especialmente pela inércia governamental em apresentar uma proposta de quarto ciclo mesmo após os atrasos para a finalização do terceiro, que durou três anos e ainda se arrasta na publicização dos resultados da certificação.

1.4 REFERENCIALTEÓRICO-FILOSÓFICO

1.4.1 O PÓS-ESTRUTURALISMO COMO HORIZONTE EPISTEMOLÓGICO

Situado no contexto pós-modernista, o pós-estruturalismo não se constituiu como corrente filosófica, método, teoria ou mesmo uma escola. Segundo Peters(2006), trata-se de um movimento de pensamento, uma rede complexa de pensamentos que materializa diferentes formas de prática crítica.

Enquanto a modernidade enfatizou a racionalidade e o papel da coerência e da unidade na interpretação do mundo, a pós-modernidade celebra um movimento dos aspectos contraditórios e da não unidade da realidade, propondo uma abordagem que vai além dos limites acadêmicos para alcançar qualquer aspecto da vida, rompendo com as grandes narrativas (MENDES, 2015).

Neste contexto, o pós-estruturalismo repensa e reanalisa as teorias estruturalistas que haviam surgido na Europa em meados do século XX, que defendiam o entendimento da cultura humana através da estrutura, modelada pela língua, que diferencia a realidade concreta da abstração de ideias (MENDES, 2015). Assim, não há um rompimento direto com o estruturalismo, mas um afastamento dos pressupostos da universalidade, da unidade e identidade, apresentando críticas ao humanismo, ao sujeito racional e autônomo, à universalidade da razão, ao cientificismo das ciências humanas, permitindo pensar nas mais variadas formas de experiências vivenciadas em diferentes contextos, por diferentes indivíduos (TEDESCHI; PAVAN, 2017).

Como abordagem epistemológica, o pensamento pós-estruturalista desenvolveu diferentes métodos de estudo, como a arqueologia, a genealogia e a desconstrução, que apesar de possuírem lógicas próprias de funcionamento, quando analisadas em conjunto evidenciam as noções de diferença, de determinação local, de rupturas ou descontinuidades históricas, de serialização, de repetição e uma crítica que se baseia na ideia de desmantelamento ou desmontagem (PETERS, 2006).

Segundo Tracy (2013), o paradigma pós-estruturalista assemelha-se ao paradigma crítico ao relacionar o saber às relações de poder, apresentando o saber e o poder como algo disperso, instável e plural. São analisadas ocasiões de dominação e auto subordinação e acentuados caminhos para resistência e mudança no âmbito da sociedade, assumindo o fato que todas as pessoas têm espaço para agir (a capacidade de agir em cena) e livre arbítrio (a

capacidade de escolher entre alternativas), e que as circunstâncias possuem influência para desafiar e reformular as restrições que enfrentam.

Além de focar análises sobre o saber, o poder e os processos hegemônicos, especialmente retratados nas obras de Michel Foucault, outros filósofos pós-estruturalistas estiveram interessados em camadas da realidade, onde os significados são compreendidos de forma rizomática, com explicações e descrições de cunho instável e inter-relacional.

Em ressaltada contraposição ao positivismo, que apresenta pesquisas como reflexo da realidade, na perspectiva pós-estruturalista considera que estes reflexos se apresentam deformados, fraturados, capazes de refletir de volta na cena e afetá-la neste processo. As fotos têm bordas, as histórias têm pontos de vista, a música é limitada por estruturas de acordes e artigos de periódicos podem ser demasiadamente longos (TRACY, 2013).

A utilização de teóricos pós-estruturalistas como referencial teórico em investigações científicas no campo da saúde tem possibilitado rever os aparatos conceituais e metodológicos da modernidade, ao oferecer um novo conjunto de conceitos, caixas de ferramentas teóricas para se pensar as formas de ser e conhecer na atualidade (FERIGATO, 2011; TEDESCHI; PAVAN, 2017).

Estendendo-se até a atualidade, fizeram parte da primeira geração de pensadores pós-estruturalistas Michel Foucault, Jaques Derrida, Gilles Deleuze, Lyotard, filósofos de clara influência em diversas áreas do conhecimento tais como filosofia, sociologia, política e estudos culturais.

Porém, apesar do destaque como referencial para a construção de pesquisas especialmente na área das ciências sociais, Vasconcelos (2004) alerta para as limitações desta perspectiva no campo da teoria política, destacando sua dificuldade na construção de um arcabouço teórico-institucional e de uma estratégia democrático popular pluralista, mais viável e eficiente, capaz de se colocar como alternativa de gestão pública em todos os planos, do local ao internacional.

Neste contexto, ressalto a importância da trajetória de pensamento de Michel Foucault (1926-1984) não apenas em seu caráter histórico, mas pelo estímulo ao pensamento e reflexão sobre diversos temas presentes na sociedade. Desta feita, tornou-se uma das grandes potências intelectuais do século XX, e atualmente um dos mais citados autores da atualidade. Entre seus estudos e escritos, destaca-se especialmente a analítica do saber, poder e do sujeito, características centrais do movimento pós-estruturalista, que serão utilizados como referencial primordial para as análises deste estudo.

1.4.2 A TRAJETÓRIA DE PENSAMENTO DE MICHEL FOUCAULT

Michel Foucault (1926-1984) tornou-se referencial teórico e metodológico largamente em estudos nas mais diversas áreas, um dos autores mais citados nas últimas décadas (AZEVEDO; RAMOS, 2003; SILVEIRA, 2011). Longe de simplificá-lo, não há a pretensão de exaurir detalhamentos das obras e o pensamento daquele que, apesar de não se considerar filósofo, foi um dos maiores pensadores do século XX, mas apresentar breves notas sobre seus pensamentos que ancoram algumas das análises e reflexões desta tese de doutoramento.

Para Veyne (2014), Foucault não foi um pensador essencialmente estruturalista, tampouco relativista, historicista ou ideologista, se autodenominava um pensador cético, que acreditava apenas na verdade dos fatos, dos muitos fatos históricos presentes em seus escritos e que por não admitir nenhuma transcendência fundadora, jamais acreditava na verdade das ideias gerais.

As obras de Foucault podem ser distribuídas ao longo de três etapas: arqueologia, genealogia e ética, onde concentrou em estudos respectivamente sobre a verdade – ou saber, o poder e o sujeito, descritos como eixos de análise. As três etapas não se referem a diferentes métodos ou objetos de estudo, não ocorrem rompimentos bruscos entre as etapas, mas deslocamentos entre os eixos ou entre suas ênfases metodológicas, resultando numa visão cada vez mais abrangente (SILVEIRA, 2011). Para Mattos (2015), a obra do autor apresenta três dimensões importantes: os saberes, os poderes e as subjetivações; dois métodos de pesquisa: arqueologia e genealogia dos complexos poder/saber/si mesmo; e um projeto: o esboço de uma história da verdade.

Em sua etapa arqueológica na década 60, suas primeiras análises estiveram focadas na psiquiatria (*A História da Loucura* - 1961), na medicina (*O nascimento da clínica: uma arqueologia da percepção médica* - 1963), e nas ciências humanas (*As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas* - 1966 e *A arqueologia do saber* - 1969). Em seus primeiros escritos, apresenta uma análise de sistemas de instituições e das práticas discursivas historicamente situadas, traçando críticas incisivas às instituições e às práticas psicológicas vigentes, em uma perspectiva que não foi bem compreendida à época.

Em *Arqueologia do Saber*, procura purificar suas análises do discurso afastando-se de análises institucionais e utilizando o método arqueológico como análise própria da discursividade. Parte da história, da qual colhe amostras, para explicitar o discurso, ressalta as

descontinuidades e rupturas destes (FOUCAULT, 2002; VEYNE, 2014). Ao identificar as regras e restrições da prática científica, buscou demonstrar de que maneira domínios do conhecimento (biologia, linguística) e seus objetos (a vida, a linguagem) emergiram na história do pensamento (FOUCAULT, 2016; OKSALA, 2011).

Porém, as limitações relacionadas a impossibilidade de apresentar análises críticas em relação às suas preocupações sociais levam o pensador francês a repensar e remodelar seus instrumentos intelectuais, afastando-se da tentativa de desenvolver uma teoria do discurso, apresentando o método genealógico, uma perspectiva que o permitia atingir a relação entre verdade, teoria, valores e instituições e também as práticas sociais nas quais emergem (RABINOW; DREYFUS, 1995).

A segunda etapa da obra foucaultiana, conhecida como genealógica, ocorre por volta dos anos 70, quando o pensador estuda as práticas de poder e as formas de conhecimento que as sustentavam. Destacam-se obras como *Vigiar e Punir* (1975), a coletânea *História da Sexualidade: a vontade de saber* (1976), a coleção de entrevistas e textos que formaram o livro *Microfísica do Poder* (1979), além de entrevistas, conferências e cursos ministrados, compilados em volumes da coleção *Ditos e Escritos*.

Inspirado na forma nietzschiana de questionamentos sobre os nexos entre poder e saber – Foucault apresenta a genealogia como uma complementariedade ao método arqueológico, donde ambos sejam partes de um projeto de insurreição de saberes (MORUZZI; ABRAMOWICZ, 2011). Segundo Brígido (2013), na arqueologia o pensador esteve focado nas transformações dos saberes, ou seja, como o saber foi sendo trabalhado a partir das ciências humanas e na genealogia, ele aprofunda a análise, não mais sobre as transformações dos saberes, mas sobre a origem e o surgimento destes e sua relação com o poder.

Vejamos como o pensador define a genealogia em sua obra:

Chamemos provisoriamente genealogia o acoplamento do conhecimento com as memórias locais, que permite a constituição de um saber histórico das lutas e a utilização deste saber nas táticas atuais. Nesta atividade, que se pode chamar genealógica, não se trata, de modo algum, de opor a unidade abstrata da teoria à multiplicidade concreta dos fatos e de desclassificar o especulativo para lhe opor, em forma de cientificismo, o rigor de um conhecimento sistemático. Não é um empirismo nem um positivismo, no sentido habitual do termo, que permeiam o projeto genealógico. Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns. As genealogias não são portanto retornos positivistas a uma forma de ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências (FOUCAULT, 2015, p. 267).

Assim, a genealogia busca apresentar as discontinuidades, traçar a gênese de certo valor, pensar quais forças estão agindo sobre estes. Para Moruzzi e Abramowicz (2011, p. 176) é como “escavar e depois compreender as proveniências e seus efeitos, sendo que estas levam em conta os saberes não antes articulados, como fora dito, os saberes marginalizados por um certo tipo de conhecimento considerado verdadeiro”.

Para realizar a genealogia do poder, Foucault realizou estudos sobre as prisões, disciplina e da biopolítica, afim de desvelar as práticas utilizadas para criar discursos de verdade, usadas como técnicas de dominação. Apresenta estudos do poder no campo da dominação e de sujeição dos indivíduos, desloca-se em certo momento da análise das disciplinas para análise do pensamento governamental e suas tecnologias, a biopolítica (FOUCAULT, 2008; SILVEIRA, 2011).

Os conceitos foucaultianos de biopoder e biopolítica surgiram como o ponto terminal de sua genealogia dos micropoderes disciplinares, inaugurando deslocamentos em relação ao que havia pensado anteriormente na análise das prisões, das disciplinas. Ao final dos anos 70, Foucault sinaliza uma virada na vertente arqueogenealógica, para dar início aos estudos sobre o sujeito. A partir dos cursos no *Collège de France* que contemplaram a temática da governamentalidade e da subjetividade, apresenta análises voltados para uma demanda essencialmente ética.

Esta última etapa de sua problemática abrange a constituição e reconhecimento do sujeito, explorando como este era capaz de conformar a si mesmo através de práticas éticas. A questão da constituição do sujeito aparece no segundo e terceiro volumes da coleção *História da Sexualidade (O uso dos prazeres - 1984, O cuidado de si - 1984)* e segue em obras posteriores como *Hermenêutica do sujeito (1982)*, *O governo de si e dos outros (1983)* e nas entrevistas onde expõe sua intencionalidade de investigar os modos de subjetivação.

Em seus últimos trabalhos aprofunda-se sobre a relação entre os processos de assujeitamento e as práticas de subjetivação, como se encerrasse uma trajetória de pensamento. O próprio pensador destaca estas direcionavam-se a criação de uma história dos distintos modos pelos quais os seres humanos tornam-se sujeitos (FOUCAULT, 1984; RABINOW; DREYFUS, 1995).

Moruzzi e Abramowicz (2011) ressaltam que na genealogia do sujeito apresentada por Foucault fica evidente que este é constituído pelas e nas práticas sociais, permeadas por relações de poder e de saber, por práticas discursivas ou não, mas com diferentes modos de subjetivação. Segundo Faé (2004) nesta fase de suas análises, o pensador reafirma a importância da história como fonte de subsídios para construção de práticas de si, que levam

os sujeitos a reconhecerem-se, histórica e localmente, como possuidores ou não de conduta moral. À estas práticas, reflexivas e voluntárias, Foucault chamou de *técnicas de si*, em que “os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e respondam a certos critérios de estilo” (FOUCAULT, 1984, p. 15).

Suas obras são fundamentais para instigar à compreensão sobre como determinadas verdades se instituem nos campos da história, da medicina, da política e da economia, mas também como essas verdades cristalizadas nos impedem de analisar nossas ações e de produzir novos questionamentos.

Paralelo às tecnologias do si, os conceitos relacionados ao governo se constituem conjunto significativo de ferramentas apresentadas por Foucault para se pensar, discutir, indagar, problematizar e compreender as relações (VEIGA-NETO, 2005). Nesta perspectiva, dispositivo e governamentalidade são ferramentas teóricas foucaultianas que subsidiaram as análises desta investigação.

1.4.3 O DISPOSITIVO NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

Os estudos sobre as práticas sociais e sua relação com a produção de saberes médicos, penais, educacionais, econômicos permitem que Foucault desenvolva sua “análise do poder”, trazendo à cena o poder como regime de forças articulados as formas do saber, numa constante produção e multiplicação de funções que vão da disciplinarização do corpo ao governo das populações (AUYB, 2015).

O termo “*dispositivo*” aparece inicialmente na obra *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2013), mas é em *História da Sexualidade: a vontade do saber*, que Foucault utiliza mais frequentemente o termo para seu estudo genealógico. Apesar de não tê-lo conceituando e explicitado em seus escritos, o pensador não conseguiu esclarecê-lo em uma entrevista, realizada em 1977, que compõe a coletânea *Microfísica do Poder*. Demarca o termo como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. [Um] discurso que pode aparecer como o programa de uma instituição ou, ao contrário, como elemento que permite justificar e mascarar uma prática que permanece muda; pode ainda funcionar como reinterpretação dessa prática, dando-lhe acesso a um novo campo de racionalidade. (FOUCAULT, 2015)

Em que pese sua dinamicidade, o dispositivo refere-se ao modo como variados elementos se vinculam e se relacionam para atingir determinado fim, produzir algo que dê conta de um problema, um anseio ou surpresa, a partir de um objetivo estratégico (DA SILVA, 2014). Assim, dada sua natureza essencialmente estratégica, se trata de uma intervenção racional e organizada para manipular as relações de força (desenvolvê-las, bloqueá-las, estabilizá-las ou utilizá-las) em uma direção previamente estabelecida através de práticas de governo de condutas (de si e dos outros), estando portanto sempre inscrito em um jogo de poder, ligado a configurações de saber, que dele surgem e o condicionam (FOUCAULT, 2015)

A temática do dispositivo remete à articulação do complexo saber-poder foucaultiano, pois sendo o dispositivo que distribui posições, ele reúne e articula toda uma diversidade e heterogeneidade de elementos discursivos e não discursivos ligados a uma estratégia iminente (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Vale ressaltar que importantes pensadores contribuíram para compreensão de alguns aspectos do dispositivo de Foucault, ora explicitando a compreensão do pensador em torno de suas obras, ora traçando novas caracterizações a partir dele.

Gilles Deleuze, grande pensador, amigo e leitor de Foucault, buscou elucidar algumas questões um dos caracteriza o dispositivo foucaultiano como um novelo, composto por linhas² de natureza diferente, que seguem em direções diferentes, formando processos em desequilíbrio. Para ele, neste emaranhado (dispositivo) emergem *linhas de visibilidade e de enunciação, linhas de força, linhas e subjetivação, de ruptura, de fissura, de fratura*, que se bifurcam, se entrecruzam, se misturam, são curvas que tangenciam regimes de saberes móveis, ligados a configurações de poder e designados a produzir modos de subjetivação (DELEUZE, 1990).

Apresenta o dispositivo alicerçado nos grandes domínios do pensamento foucaultiano: o primeiro, relacionado à constituição de uma rede de discursos na produção do saber; o segundo, em relação ao poder em suas múltiplas formas (indicando a função estratégica do dispositivo e as relações entre seus elementos); e o terceiro, se refere a produção de sujeitos (ou aos modos de subjetivação) (GONÇALVES, 2010). Logo, o associa a toda a trajetória de pensamento de Foucault, como método e objeto de análises.

Já Giorgio Agamben afirma que dispositivo é um termo técnico essencial do pensamento foucaultiano, definido como “uma série de práticas e mecanismos (ao mesmo

² Cabe ressaltar que o termo ora é substituído por curva ou dimensão, sem perder a essência de sua colocação para explicitar um dispositivo.

tempo linguísticos e não- linguísticos, jurídicos, técnicos e militares) com o objetivo de fazer frente a uma urgência e obter um efeito” (AGAMBEN, 2005, p. 11). Assim, amplia a visão sobre o termo ao caracterizá-lo como “qualquer coisa que de algum modo possa capturar, orientar, disseminar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” (idem, p.13).

Tal dispositivo configura-se como mecanismo ao exercício do poder, especialmente vinculado à disciplina.

Para a disciplina ser eficiente há a necessidade de um dispositivo que obrigue os demais pelo jogo do olhar; um aparelho em que as técnicas que permitem visualizar induzam a efeitos de poder; meios de coerção que tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam os efeitos de poder (SILVEIRA, 2011, p. 74)

Os poderes são exercícios contínuos entre antagonistas, num determinado tempo e contexto, elaborando estratégias e aplicando táticas que ultrapassam o caráter institucional ou mesmo formal. Por vezes mais ou menos instáveis, estabilizam-se em sistemas de coerção predominantes, ao utilizar de outros mecanismos de poder a seu serviço, tais como a vigilância, o controle e até mesmo a violência, típicos do poder disciplinar (MATTOS, 2015).

A temática do poder aparece no livro *Vigiar e Punir*, quando ao abordar os ‘corpos dóceis’ Foucault traz à cena a questão da maximização da força de trabalho dos indivíduos e sua disciplinarização, provocando uma valorização da vida destes pela sua utilidade no trabalho e conseqüente produção de valor. São as análises deste livro que inicialmente embasaram a trajetória de construção deste estudo e subsidiaram as análises realizadas.

1.5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo tem ancoragem no referencial epistemológico pós-estruturalista, a partir das obras de Michel Foucault. Para Tedeschi e Pavan (2017) tomar o pós-estruturalismo como referencial exige que o pesquisador saia do aprisionamento, da rigidez, do essencialismo metodológico positivista, para encontrar novos modos de fazer pesquisa e construir conhecimento a partir dos conceitos e ferramentas que este proporciona.

Já é possível suspeitar das práticas e dos saberes instituídos e dos sentidos produzidos pelos conceitos fixos e estáveis; já é possível desnaturalizar o que se apresenta como natural e absoluto e estranhar o que se apresenta como familiar e normal. Para dizer de outra forma, a pesquisa nessa perspectiva faz-nos trilhar caminhos diferentes dos estabelecidos, faz-nos resistir a práticas e saberes que se colocam como permanentes, a sentidos que se apresentam como fixos, a tempos e espaços que parecem lineares demais (TEDESCHI; PAVAN, 2017, p. 187)

Ao romper com o cientificismo da modernidade, o paradigma pós-modernista pressupõe que não se deva a priori estabelecer o processo de pesquisa, visto que nada assegura a concretização do planejamento previamente realizado ou ainda que postulações teóricas pré-estabelecidas funcionem, indicando que as metodologias sejam construídas no decorrer da investigação (TEDESCHI; PAVAN, 2017).

Todavia, este pressuposto não expressa proibição à utilização de práticas e procedimentos tradicionalmente utilizados em pesquisas científicas, mas ratifica a necessidade de rompimento com a rigidez destes. Sob este ponto de vista, apresenta-se nesta seção trajetória de pesquisa realizada que melhor permitiu acolher experiências a partir da implicação do pesquisador com a realidade em análise, neste caso o próprio PMAQ-AB.

1.5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

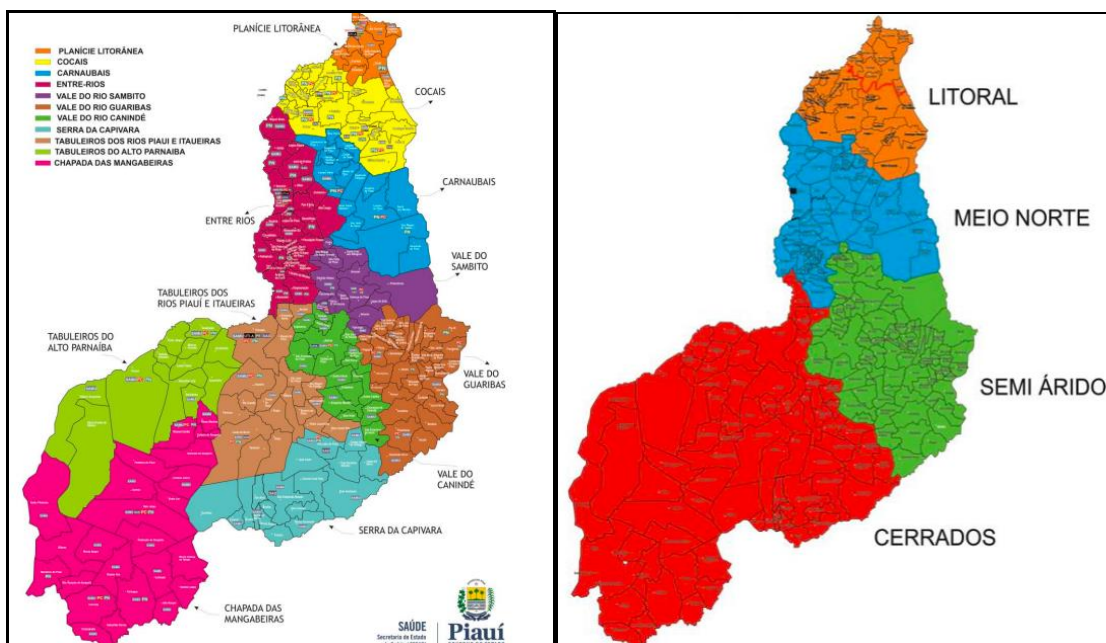
De abordagem predominantemente qualitativa, esta investigação possui caráter descritivo e exploratório. Flick (2009) destaca que a abordagem qualitativa direciona-se para a análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Assim, torna-se uma abordagem bastante difundida no campo das ciências sociais e que vem ganhando notoriedade na área da saúde.

Sob enfoque pós-moderno ou mesmo pós-estruturalista, caso deste estudo, os métodos qualitativos são bastante utilizados por possibilitarem o exame de discursos de poder, dos modos de ser multifacetados e da natureza dialética da hegemonia existente nas relações e na multiplicidade dos encontros (TRACY, 2013).

1.5.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O estudo ocorre no Território de Desenvolvimento do Vale do Rio Guaribas, um agrupamento de municípios que se constitui como região de saúde, localizado no sudeste do Estado do Piauí, Brasil. A conformação regional do estado do Piauí deu-se através da criação de Territórios de Desenvolvimento (TD) (PIAUI, 2007), que reúnem aglomerados de municípios de acordo com a proximidade geográfica e econômica. Esta divisão foi também adotada pelo setor saúde constituindo onze regiões de saúde, agrupadas através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 4 macrorregiões: meio norte, litoral, semiárido e cerrados.

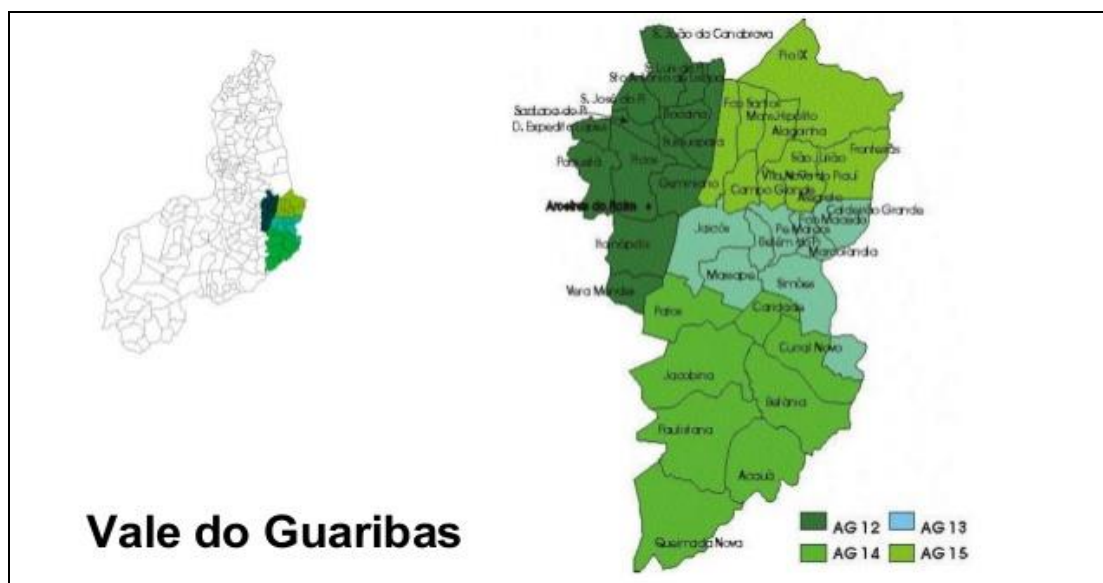
Figura 2: Regiões de Saúde (Territórios de Desenvolvimento) e macrorregiões do Piauí.
Piauí, Brasil, 2015.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, Piauí, 2015.

Inserido na macrorregião semiárido, o Vale do Rio Guaribas congrega 42 municípios, em sua maioria de pequeno porte, em uma extensão territorial de 22.727,04 km². Com densidade populacional de aproximadamente 16 mil habitantes/ km², estima-se que possua cerca de 370 mil habitantes (IBGE, 2017).

Figura 3: Território de Desenvolvimento Vale do Rio Guaribas - PI. Piauí, Brasil, 2015.



Fonte: Fundação CEPRO, 2011.

No setor saúde, a região apresenta elevada cobertura de serviços de atenção básica e baixa oferta de serviços diagnósticos e de especialidades. O Indicador Sintético Regional (ISR), elaborado a partir de critérios como condições de saúde da população, cobertura do sistema de saúde, financiamento, recursos humanos e produção do SUS, apresentou em 2017, numa escala que varia de 0 a 5, o índice de 1,33. Assim, insere a região na mais baixa categoria de classificação deste indicador – grupo 1, onde também estão classificadas 40% das regiões de saúde do país, predominantemente as nordestinas, caracterizadas pelo baixo desenvolvimento socioeconômico e pela baixa oferta de serviços (UCHIMURA et al., 2017).

Convém ressaltar que apesar da elevada cobertura da ESF no estado e também na região e do elevado percentual de equipes com adesão ao PMAQ-AB desde o seu primeiro ciclo (ver ANEXO B), a mesma não possui autossuficiência na atenção à saúde, resumindo suas atividades além da atenção básica à assistência ambulatorial e hospitalar de média complexidade, realizadas pelo Hospital Regional Justino Luz (HRJL), pelo Centro de Assistência Médica de Picos (CAMPI) e pelos serviços privados contratualizados complementarmente, ficando os serviços de maior complexidade pactuados para a capital Teresina, que chega a alcançar cerca de 500 km de distância de alguns municípios da região.

1.5.3 PARTICIPANTES

Participaram desta investigação 56 (cinquenta e seis) gestores públicos do setor saúde de municípios da região Vale do Guaribas. Foram considerados gestores aqueles os ocupantes dos cargos de Secretário Municipal de Saúde, Coordenador de Atenção Básica ou função equivalente na gestão municipal. Assim, foram sujeitos desta: 28 (vinte e oito) Coordenadores e 28 (vinte e oito) Secretários, de 36 municípios.

Para ambos foram utilizados como critérios de inclusão (a) ter acompanhado e/ou vivenciado pelo menos um ciclo avaliativo do PMAQ-AB e (b) manifestar verbalmente e por escrito o interesse em participar da investigação, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Deveriam ser excluídos aqueles que por qualquer razão e em qualquer tempo da investigação manifestarem interesse em desistir de sua participação, o que não ocorreu.

1.5.4 MÉTODOS E TÉCNICAS

No intuito de alcançar os objetivos propostos, a investigação foi organizada em duas etapas sequenciais: análise documental e pesquisa de campo.

A análise documental é simultaneamente técnica de coleta e de análise de dados, configurando-se como procedimento que engloba identificação, verificação e apreciação dos documentos relacionados ao objeto (ANDRADE et al., 2018). Desta forma, na primeira etapa foram identificados e coletados documentos eletrônicos de fonte primária e domínio público, bem como normativas próprias vigentes nos municípios do Vale do Rio Guaribas.

Os documentos municipais foram coletados através do preenchimento de formulário elaborado utilizando a ferramenta *FormSUS*, um serviço do DATASUS para a criação de formulários *online*, composto por dados de identificação (APÊNDICE B) e espaço para documentos anexos. O endereço de acesso ao formulário eletrônico foi enviado aos gestores e respectivas secretarias via e-mail, de endereços adquiridos através de solicitação formal à Coordenação Regional de Saúde (IX CRS/SESAPI).

Na segunda etapa, intitulada de pesquisa de campo, realizou-se a coleta de material discursivo utilizando a técnica de entrevista em profundidade com roteiro semiestruturado, em razão de possibilitar a obtenção de respostas mais densas e coniventes com a realidade dos sujeitos, não se resumindo a um simples diálogo, mas configurando-se como uma discussão, um interrogatório orientado por objetivos definidos (ROSA; ARNOLDI, 2008).

Nas entrevistas semiestruturadas as questões são formuladas para permitir que o sujeito discorra e verbalize seus pensamentos, tendências e reflexões sobre os temas apresentados, tomando caráter subjetivo, permitindo flexibilidade para as questões e naturalidade para a dinâmica de sua execução (ROSA; ARNOLDI, 2008).

As entrevistas individuais foram norteadas por roteiro pré-definido (APÊNDICE B), permitindo aberturas para aprofundamentos no andamento de sua execução. Flick (2009) reafirma a necessidade de um roteiro prévio e objetivos para o trabalho do grupo focal, que ainda que necessariamente flexível, deve nortear o pesquisador para que não se perca do objeto de análise da pesquisa em meio a imprevistos.

O roteiro de entrevista foi submetido a teste piloto com a aplicação deste em entrevistas individuais com gestores de municípios não participantes do estudo, permitindo a realização de ajustes para o alcance dos objetivos do estudo.

As entrevistas ocorreram no período de junho de 2018 a março de 2019, nas dependências de cada Secretaria Municipal de Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em locais previamente acordados entre pesquisador e participantes, sempre após a manifestação do aceite de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os possíveis sujeitos foram inicialmente contactados via telefone ou email, a fim de convidá-los a participar do estudo e em caso afirmativo, realizava-se o agendamento para datas convenientes.

As atividades de interação entre pesquisador e participantes (entrevistas) foram gravadas utilizando equipamento gravador de voz semi-profissional Sony®, identificadas por código único, e posteriormente transcritas na íntegra para formar o *corpus* de análise deste estudo.

Destaque-se que nos métodos qualitativos, a participação do pesquisador em campo não se configura variável da pesquisa, mas parte explícita do conhecimento construído. Segundo Flick (2009) as reflexões do pesquisador sobre suas próprias atitudes e observações de campo, suas impressões e sentimentos, tornam-se dados em si mesmos e devem, portanto, ser documentados em diários de campo ou outros registros cabíveis. Nesse liame, como forma a ampliar o escopo de análise do estudo, utilizou-se também deregistros de campo para anotações provenientes das observações, impressões e considerações do pesquisador em razão das entrevistas.

1.5.5 TRAJETÓRIA DE ANÁLISE

Dada a complexidade do objeto desta investigação, utilizou-se de uma análise ampliada e interseccional, com a organização de manuscritos correlacionados as dimensões de análise propostas, a saber:

I – O PMAQ -AB como ferramenta para adoção da estratégia de pagamento por desempenho na atenção básica;

II – A avaliação de desempenho e o sistema de recompensas financeiras como mecanismos gerenciais do PMAQ-AB e sua correlação com as técnicas de governo e controle de condutas;

III – O PMAQ-AB como dispositivo³ disciplinar de gerenciamento da atenção básica

³ O conceito de **dispositivo** neste estudo será compreendido na perspectiva apresentada por Michel Foucault em sua obra *Microfísica do Poder* (2015, p. 364), como “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados

O material de análise desta pesquisa foi constituído pelo (a) arcabouço normativo do programa em nível nacional e legislações municipais, (b) o discurso de gestores envolvidos com o PMAQ-AB nos municípios do Vale do Rio Guaribas e (c) anotações e observações em registros de campo.

Os documentos selecionados foram examinados a partir da leitura aprofundada e construção de quadro-resumo de análise conceitual na perspectiva da primeira dimensão de análise do estudo. Para Andrade et al. (2018) a análise documental deve subsidiar o estudo através do aprofundamento teórico e da formulação de evidências empíricas advindas das informações contidas nos documentos, como forma de contextualizar fatos, situações ou momentos e conduzir à adoção de novos panoramas.

No tocante ao material discursivo proveniente das entrevistas, adotou-se os pressupostos da análise do discurso ou análise das formações discursivas, que proporciona a compreensão do enunciado na minúcia e singularidade de sua situação, determinando suas condições de existência e estabelecendo correlações com outros aos quais possa estar relacionado (GARRÉ; HENNING, 2017). Segundo Tracy (2010), na perspectiva de uma entrevista discursiva proporciona ao pesquisador examinar como as respostas dos entrevistados são criadas dentro dos discursos e das relações de poder, analisando criticamente as informações contidas no discurso à luz das estruturas e mitos da sociedade.

Para Garré e Henning (2017), averso a qualquer possibilidade rotulável e ou mesmo de uniformidade, o pensador não delimita um método de análise do discurso, mas possibilita pistas através de suas próprias pesquisas, colocando à nossa disposição caixas de ferramentas conceituais para operarmos de forma analítica. Ressaltam que dispositivo, discurso, relações de poder, subjetivação e governamentalidade são ferramentas teóricas que possibilitaram problematizar, discutir, indagar e analisar os discursos no nível do que está dito.

Desta forma, tais ferramentas subsidiaram a análise do material empírico, associando os discursos ao seu contexto de ocorrência, identificado através da análise documental e das anotações de campo, de modo a garantir uma análise ao mesmo tempo convergente, interseccional e reflexiva sobre o objeto de estudo.

Os resultados estão apresentados na forma de manuscritos, a serem submetidos à publicação em revistas indexadas nas áreas de Enfermagem e Saúde Coletiva, como forma de disseminação do conhecimento produzido a partir deste estudo.

científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede em se pode estabelecer entre esses elementos. [...]É isto o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentado por eles” (grifo nosso).

1.5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado *Análise de implantação do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, parecer nº. 2.746.788 (ANEXO A), em atenção aos preceitos éticos de pesquisa estabelecidos pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/12 e nº 510/2016, que versam sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos na área da saúde e das ciências humanas e sociais.

CAPÍTULO 2

RESULTADOS E PRODUTOS DA PESQUISA

2.1 BREVE PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram visitados 38 municípios para a realização de entrevistas com gestores, dos quais 28 Secretários Municipais de Saúde e 28 Coordenadores de Atenção Básica, totalizando 56 entrevistas realizadas.

O perfil dos entrevistados está descrito na tabela 1, e aponta características especialmente comuns entre os gestores de saúde, predominantemente do sexo feminino (62,5%), com elevada concentração de profissionais de enfermagem exercendo cargos de gestão (50,0%), ainda que existam casos de baixa escolaridade (9,0%) ou de graduações fora da área da saúde (30,4%), como Pedagogia, Letras e Matemática, entre outras.

Tabela 1: Caracterização dos gestores do Território do Vale do Rio Guaribas -PI. Piauí, Brasil, 2019.

	n (%)
Sexo	
Masculino	21 (37,5)
Feminino	35 (62,5)
Idade	
20 a 29 anos	11 (19,7)
30 a 39 anos	33 (58,9)
40 a 49 anos	08 (14,3)
Acima de 50 anos	04 (7,1)
Estado Civil	
Solteiro (a)	20 (35,7)
Casado (a)	32 (57,1)
Divorciado(a) ou Separado(a)	03 (5,4)
Viúvo (a)	01 (1,8)
Escolaridade	
Ensino Médio	03 (5,4)
Ensino Técnico/Profissionalizante	02 (3,6)
Ensino Superior – graduação	43 (76,8)
Pós-graduação - Mestrado	08 (14,2)
Regime de Contratação	
Cargo em comissão	37 (66,1)
Servidor efetivo em Função Gratificada	19 (33,9)
Remuneração	
0 a 2 salários mínimos*	19 (33,9)
2 a 4 salários mínimos*	28 (50,0)
4 a 6 salários mínimos*	07 (12,5)
Acima de 6 salários mínimos*	02 (3,6)
Tempo no cargo	
Menos de 2 anos	18 (32,2)
Entre 2 e 3 anos	13 (23,2)
Acima de 3 anos	25 (44,6)

* Considerando o valor do Salário Mínimo em 2018, a saber R\$ 958,00.

2.2 MANUSCRITO 01

Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: institucionalização do pagamento por desempenho na atenção básica¹

Brazilian Program for Improving Access and Quality (PMAQ): institutionalization of pay for performance in primary care

Mailson Fontes de Carvalho², Cristina Andrade Setenta³

Resumo

Trata-se de estudo de análise documental com objetivo de analisar a utilização dos recursos financeiros do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica para pagamento de recompensas aos profissionais de saúde em municípios de uma região do Piauí, Brasil. Foram analisados documentos normativos do programa em nível nacional e a legislação local, totalizando 37 documentos entre portarias, leis, decretos e manuais. Foi possível identificar no programa características comuns entre os programas pagamento por desempenho e sua larga utilização como tal nos municípios, que utilizam-se da avaliação de desempenho coletivo da equipe e também de avaliação de desempenho individual próprios como sistemas de base para a determinação dos incentivos aos profissionais. Dada sua elevada utilização, constatou-se que o programa se caracteriza muito mais ligado ao financeiro que à avaliação de desempenho propriamente dita.

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

Abstract

It is a study of documentary analysis with the purpose of analyzing the use of financial resources of the Program of Improvement of Access and Quality of Basic Care for payment of rewards to health professionals in municipalities of a region of Piauí, Brazil. Normative documents of the program at national level and local legislation were analyzed, totaling 37 documents between ordinances, laws, decrees and manuals. It was possible to identify in the program characteristics common between the programs payment by performance and its wide use as such in the municipalities, that use of the evaluation of collective performance of the team and also of evaluation of individual performance as basic systems for the determination of the incentives to professionals. Given its high utilization, it was found that the program is much more closely related to the financial one than to the performance evaluation.

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

¹ Manuscrito a ser submetido à publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva, ISSN 1678-4561, Qualis CAPES B1 – Área Enfermagem.

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus Jequié (BA), Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0110-7136> Email: mailsoncarvalho@yahoo.com.br

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Jequié (BA), Brasil. ORCID ID: Email: cristina70@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O pagamento por desempenho tem se tornado estratégia amplamente utilizada em sistemas de saúde privados e também públicos, em diversos países, com objetivo de promover mudanças comportamentais nos provedores de cuidados em saúde e alcançar melhores resultados em aspectos clínicos (individuais e coletivos) e organizacionais (eficiência e qualidade dos serviços).

Não há consenso sobre a definição do termo pagamento por desempenho, estando comumente está associado a outros inter-relacionados, tais como remuneração variável, pagamento por performance (*pay-for-performance* – P4P), incentivos financeiros associados ao desempenho profissional ou mesmo pagamento por resultado. No entanto, considerando sua polissemia, adotaremos a definição dada por (CASHIN et al., 2014) que o conceitua como: “A adaptação de métodos de pagamento de provedores para a inclusão de incentivos e métricas específicas para promover a busca da qualidade e outros objetivos de desempenho do sistema de saúde”.

No setor saúde, o pagamento por desempenho pode ocorrer de diferentes formas, geralmente vinculados a aspectos chave do desempenho como acesso, qualidade e eficiência dos serviços prioritários. É possível identificar experiências com pagamento pela produção de determinados procedimentos, pelo uso de indicadores de processo e de resultado clínicos ou de acompanhamento de grupos específicos e ainda pela realização de ações intermediárias e/ou organizacionais, como número de consultas realizadas (POLI NETO et al., 2016).

Apesar de amplamente utilizada, ainda são frágeis as evidências sobre a efetividade do P4P nos serviços e sistemas de saúde, especialmente nos serviços de atenção primária a saúde. Frente a diferentes modelos conceituais, objetivos e formas utilizadas, muitas são as contradições na efetividade do P4P para melhorar padrões de

qualidade nos serviços de saúde (BARRETO, 2015). Ainda assim, a implantação de um sistema de incentivos financeiros fornecidos aos municípios mediante uma avaliação de desempenho foi a estratégia adotada para indução da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica brasileira, através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), inicialmente voltado à Estratégia Saúde da Família (ESF) e posteriormente ampliado a outros serviços, como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

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

Não há design ideal de programas de baseados em P4P que atenda às necessidades peculiares de cada contextos de implementação, mas torna-se importante explorar os diferentes aspectos destas intervenções, de forma a identificar ganhos potenciais e aplicabilidade, além de prevenir e controlar riscos efeitos involuntários indesejados, especialmente mediante a busca de evidências sobre resultados alcançados (BARRETO; DIAS, 2016).

Cabe às autoridades e pesquisadores de políticas públicas elucidar efeitos e impactos da estratégia P4P ligada ao PMAQ-AB, intencionais e não intencionais, sobretudo nos aspectos relacionados à destinação e utilização dos incentivos financeiros nos diversos municípios, em regiões distintas, visto que pouco se sabe sobre quão difundida está essa prática, que características assume, a quem se destina, qual o tamanho dos incentivos ou mesmo como tais recompensas se relacionam com o incentivo total e com o alcance de resultados em níveis organizacionais e assistenciais (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; SADDI; PECKHAM, 2017).

Nesta perspectiva, este artigo tem por objetivo analisar a utilização dos recursos do PMAQ-AB para pagamento de recompensas financeiras a profissionais de saúde em municípios do Piauí, Brasil.

BASES METODOLÓGICAS

Trata-se de análise documental, de caráter descritivo, na qual foram analisados documentos relacionados ao PMAQ-AB e ao pagamento por desempenho, de acesso aberto. Foram coletados através de pesquisa documental no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e no Diário Oficial dos Municípios do Piauí (DOM-PI).

A coleta dos dados ocorreu no período de julho a dezembro de 2018, através da identificação inicial de fontes e a seleção dos documentos, buscando por normativas regulamentadoras (Leis, Decretos, Portarias, etc) acerca do PMAQ-AB (Quadro 1) e do pagamento de incentivos financeiros associados ao desempenho (gratificações, recompensas, bônus, produtividade) em municípios da região de saúde do Vale do Rio Guaribas, Piauí, Brasil (Quadro 2).

Quadro 1: Distribuição dos documentos relacionados ao PMAQ-AB-AB. Brasil, 2019.

Tipo	Documento	Ementa
Portaria	Portaria GM/MS nº. 1.645, de 19 de julho de 2011.	Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e 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.
Portaria	Portaria GM/MS nº. 1.089, de 28 de maio de 2012.	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável
Portaria	Portaria GM/MS nº. 562, de 04 de abril de 2013.	Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado como Componente de Qualidade do PAB Variável
Portaria	Portaria GM/MS nº. 1.645, de 02 de Outubro de 2015	Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
Portaria	Portaria GM/MS nº. 3.992, de 28 de dezembro de 2017.	Altera a Portaria de Consolidação nº. 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde do SUS.
Portaria	Portaria de Consolidação nº. 5, de 28 de setembro de 2017.	Consolidação das normas sobre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
Manual	Manual Instrutivo do PMAQ-AB – 2012. Série A. Normas e Manuais Técnicos	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) : manual instrutivo

Manual	Manual Instrutivo do PMAQ-AB – 2015. 2ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos	Manual instrutivo do PMAQ-AB para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf
Manual	Manual Instrutivo do PMAQ-AB - 2017	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Manual instrutivo 3º ciclo.

Os documentos municipais foram identificados através do envio de formulário eletrônico via *email* as 42 Secretarias Municipais de Saúde da região, contendo questionário sobre o pagamento de incentivos financeiros associado ao desempenho e sobre a existência de regulamentação legal deste. Após a sinalização da existência de normativa vigente, foram realizadas buscas no site do DOM-PI, jornal de divulgação das publicações oficiais dos municípios do Piauí, a fim de identificar e catalogar publicações para análise.

Após a identificação, foi realizada uma leitura flutuante do material, que permitiu aos autores apropriar-se dos documentos, deixando-se invadir por impressões e orientações advindas destes. Foram incluídas na análise 37 documentos, entre as portarias e manuais de criação e regulamentação do PMAQ-AB e as leis, decretos e portarias municipais de regulamentação de pagamento de incentivos financeiros aos profissionais de saúde.

Num segundo momento, realizou-se a análise das informações recolhidas, partindo da leitura aprofundada do material, que permitiu o agrupamento de recortes e ideias presentes nos textos, sob a perspectiva da análise crítica, caracterizando as normativas a partir de dimensões emergentes, a saber: sistema de pagamento de base, aspectos de desempenho vinculados ao pagamento, recompensas e penalidades e formas de pagamento.

Destaque-se que esta análise integra um estudo mais amplo de ‘Análise da implantação do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí’, que estando de pleno acordo com os princípios éticos de pesquisas, foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), parecer consubstanciado n.º. 2.746.788.

Quadro 2: Distribuição dos documentos relacionados ao P4P em municípios do Vale do Rio Guaribas (PI). Piauí, 2019.

Tipo	Documento	Ementa
Portaria	Portaria n.º. 45, de 06 de março de 2017	Regulamenta a utilização do incentivo financeiro referente ao PMAQ-AB no município de Francisco Macêdo – PI e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 237, de 25 de outubro de 2013	Regulamenta o incentivo financeiro para os profissionais que aderiram o PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS n.º. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Lei	Lei Municipal n.º. 184, de 07 de agosto de 2013 e alterações.	Regulamenta o incentivo financeiro para os profissionais da saúde que aderirem ao PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS n.º. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Lei	Lei Municipal n.º. 22, de 29 de outubro de 2013.	Dispõe sobre a regulamentação do incentivo financeiro para os profissionais da saúde que aderirem ao PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS n.º. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS, no município de Patos-PI e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 244, de 16 de junho de 2014.	Regulamenta o incentivo financeiro para os profissionais que aderiram o PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS n.º. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Lei	Lei Municipal n.º. 01, de 14 de março de 2014 e alterações.	Institui no município de Acauã, o prêmio variável de qualidade e inovação – PMAQ-AB, aos servidores prestadores de serviços na estratégia saúde da família e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 71, de 30 de dezembro de 2014 e alterações .	Regulamenta o incentivo financeiro para os profissionais da saúde que aderirem ao PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS n.º. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Lei	Lei Municipal n.º. 215, de 25 de junho de 2014.	Institui a gratificação PMAQ-AB aos servidores municipais que prestem serviço na atenção básica a saúde e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 49, de 14 de agosto de 2014.	Autoriza incentivo aos profissionais da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 155, de 04 de dezembro de 2014.	Autoriza o Poder Executivo de Vera Mendes – PI a regulamentar e pagar o incentivo financeiro para os profissionais da saúde que aderirem ao PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS n.º. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Lei	Lei Municipal n.º. 476, de 15 de outubro de 2014.	Institui no município de São Julião – PI o incentivo variável por desempenho de metas aos servidores públicos estatutários/celetistas/contratados municipais de saúde das equipes de atenção básica que aderirem ao PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 2.623, de 11 de dezembro de 2014.	Dispõe sobre a criação e regulamentação de gratificação para servidores da ESF, PSB e NASF, através dos recursos do PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 774, de 09 de dezembro de 2014.	Autoriza o pagamento aos profissionais das equipes lotados na atenção básica do município de Pio IX, do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de qualidade do PAB Variável e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal n.º. 528, de 15 de maio de 2015.	Autoriza o pagamento aos profissionais das equipes lotados na atenção básica do município de Fronteiras - PI, do repasse do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente do PAB Variável e dá outras providências.

Lei	Lei Municipal nº. 771, de 19 de fevereiro de 2016.	Revoga a Lei 729, de 20 de abril de 2012 e Institui o incentivo de Melhoria da Atenção Básica e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 129, de 01 de julho de 2016.	Autoriza o Poder Executivo a aplicar o incentivo financeiro do PMAQ-AB concedido pelo Ministério da Saúde, em prol das equipes de atenção básica que obtiverem classificação de desempenho certificada nos termos postos pela orientação nacional do referido programa e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 195, de 22 de março de 2017.	Dispõe sobre a criação e regulamentação de gratificação para servidores da ESF, Programa de Saúde Bucal (PSB) e NASF através de recursos oriundos do PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 272, 27 de novembro de 2017.	Dispõe sobre o pagamento de produtividade para profissionais das equipes de ESF contratualizadas ao incentivo PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 107, de 27 de junho de 2017.	Regulamenta o incentivo financeiro para os profissionais da saúde que aderirem ao PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS nº. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Lei	Lei Municipal nº. 08, de 18 de setembro de 2017.	Dispõe sobre a autorização do incentivo financeiro no município de Betânia do Piauí, por desempenho variável do PMAQ-AB a ser concedido aos profissionais servidores e prestadores de serviços da atenção básica, para a ESF, ESB, NASF e PACS, vinculado a Estratégia Saúde da Família e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 272, de 27 de novembro de 2017.	Dispõe sobre o pagamento de produtividade para os profissionais das equipes de ESF contratualizadas ao incentivo PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 1.044, de 28 de novembro de 2018.	Autoriza o Poder Executivo Municipal a conceder gratificação por desempenho aos servidores integrantes da atenção básica em saúde através do PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 223, de 21 de novembro de 2018.	Autoriza o Poder Executivo Municipal a conceder gratificação por desempenho aos servidores integrantes da atenção básica em saúde através do PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 179, de 17 de dezembro de 2018.	Dispõe sobre a regulamentação de gratificação para servidores da ESF, Programa de Saúde Bucal (PSB) e NASF através de recursos oriundos do PMAQ-AB e dá outras providências.
Lei	Lei Municipal nº. 26, de 21 de dezembro de 2018.	Regulamenta o incentivo financeiro para os profissionais da saúde que aderirem ao PMAQ-AB, criado pela Portaria GM/MS nº. 1.645, de 19 de julho de 2011, que o institui no âmbito do SUS.
Decreto	Decreto nº. 06, de 12 de fevereiro de 2014.	Cria o componente municipal do PMAQ-AB, na forma de incentivo de desempenho.
Decreto	Decreto nº. 06, de 16 de abril de 2015.	Cria o componente municipal do PMAQ-AB, na forma de incentivo de desempenho.
Decreto	Decreto nº. 44, de 31 de maio de 2016.	Dispõe sobre a regulamentação do pagamento das gratificações quanto a produtividade com recursos do PMAQ-AB e dá outras providências.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PMAQ-AB como programa de P4P

A modelagem inicial adotada pelo PMAQ-AB incluiu uma complexa avaliação do desempenho das equipes participantes e a criação de um incentivo financeiro destinado aos municípios participantes, denominado “componente de qualidade do piso da atenção básica (PAB) variável”. Assim, logo após a adesão e contratualização, ocorre

a destinação de um percentual (20%) do valor total do componente de qualidade do PAB Variável, reajustado de acordo com o resultado do processo de certificação das equipes.

O processo de certificação foi o sistema de base adotado para a determinação do aporte de recursos. Este utiliza-se da avaliação do desempenho para classificar as equipes de acordo com fatores de enquadramento e comparação entre as mesmas. Desta forma recursos financeiros do componente de qualidade variavam inicialmente em cinco e atualmente em seis níveis, desde o não recebimento de recursos até o recebimento de 100% do valor do componente de qualidade. A diferença entre os níveis da certificação é dinâmica, dependente da avaliação qualitativa e quantitativa, sendo incremental para todos os níveis, de forma a proporcionar uma melhor relação entre o esforço e o grau de mudança de nível (e conseqüente aumento no recebimento do incentivo) (PINTO, 2018).

Dados do DAB/MS apontam que foram utilizados mais de R\$ 770 milhões de reais no primeiro ciclo (2011/2012) e cerca de 4 bilhões no segundo ciclo (2013/2014) (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017). E dado o crescimento do total de recursos investidos e a dificuldade de previsibilidade orçamentária frente a variação dos resultados a cada ciclo, o governo federal instituiu, a partir do terceiro ciclo, uma nova metodologia para determinação do componente de qualidade, que deixa de ser fixo e passa a variar conforme um fator de desempenho, atribuído a partir do orçamento global destinado ao programa, de acordo com a proporcionalidade dos resultados alcançados pelas equipes (BRASIL, 2017). Essa questão garante planejamento orçamentário ao governo, mas pode provocar desmotivação nas equipes participantes.

Apesar de diretamente relacionado às equipes, vale ressaltar que os recursos do programa são repassados fundo a fundo e destinam-se ao município. Podem justificar

essa questão a dificuldade que teria o governo federal em realizar pagamentos diretos a equipes e/ou profissionais com vínculos municipais, a própria diversidade dos vínculos, o respeito à autonomia dos entes federativo, ou mesmo o desejo de incentivar os municípios à cultura de negociação e contratualização entre gestão e trabalhadores, esta última, uma das sete diretrizes norteadoras do PMAQ-AB.

É possível identificar características comuns entre os programas P4P: aspectos de desempenho medidos, definição de bases para recompensas, natureza das recompensas e/ou punições e a verificação e divulgação dos resultados (CASHIN et al., 2014). E embora apresente características peculiares em comparação a outras experiências internacionais semelhantes, dada a sua complexidade e magnitude em termos de quantitativo de equipes, profissionais e de recursos financeiros envolvidos, o PMAQ-AB figura como maior programa de remuneração por desempenho na atenção primária do mundo (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016; MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017; SADDI; PECKHAM, 2017).

A forma como encontra-se desenhado propõe o pagamento de incentivos aos municípios de acordo com o desempenho de equipes, considerando aspectos como: compromisso entre os atores; estímulo às práticas gerenciais pelas equipes de atenção básica e avaliação destas em diversas dimensões. Destaque-se que é o desempenho quem determina o percentual de recursos recebidos pelo município através do componente de qualidade, que deve ser utilizado para melhoria dos padrões de qualidade, sejam eles organizacionais, assistenciais ou mesmo ligados a resultados clínico-epidemiológicos da população (BARBOSA et al., 2016). Neste contexto, representa muito mais uma estratégia de pagamento por desempenho do que de avaliação do desempenho em si (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

A normativa oficial trata apenas da transferência de recursos aos municípios, eximindo-se de legislar sobre recompensas direcionadas aos profissionais ou equipes especificamente. É possível constatar apenas a indução à contratualização de compromissos mútuos entre equipes e gestores das três esferas de governo, cabendo a gestão municipal a aplicação dos recursos do componente de qualidade em ações que promovam a qualificação da atenção básica (BRASIL, 2012). Portanto, o gestor municipal deve, observada a legislação vigente, utilizar os recursos recebidos em ações vinculadas ao alcance dos objetivos do programa, entre as quais pode estar o pagamento de incentivos financeiros aos profissionais e/ou às equipes (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Cabe ressaltar ainda a multiplicidade de estratégias causada pela “liberdade” dos gestores municipais na utilização dos recursos, visto que estes podem optar por investir em equipes de elevado padrão de qualidade, ou alternativamente, investir em equipes de resultado inferior, com objetivo comum de elevá-las a melhores níveis na escala de qualidade (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017). Porém, a ausência de padronização na aplicação dos recursos pode conferir fragilidade no foco do programa ou direcionamento conforme a conveniência dos envolvidos.

A institucionalização do P4P nos municípios

Através dos resultados da própria avaliação do PMAQ-AB é possível identificar a utilização de pagamento por desempenho nos municípios, porém o instrumento aplicado não possibilita análises mais aprofundadas sobre características e critérios que embasam os possíveis mecanismos de p4p implantados.

Dos 42 municípios agregados na região analisada, 41 (97%) destes apresentava adesão ao PMAQ-AB no terceiro ciclo, dos quais 39 (95%) afirmaram realizar o

pagamento de recompensas financeiros aos profissionais de equipes contratualizadas ao PMAQ-AB, sob denominações diversas: incentivo, bônus, prêmio, gratificação por produtividade, gratificação por desempenho, incentivo por desempenho, entre outras.

Considerando que a atenção básica no Brasil é gerenciada diretamente pelas secretarias municipais de saúde ou por meio de organizações sociais e fundações estatais, e dada a insuficiência de recursos destinada a manutenção de um sistema de saúde universal, o acréscimo de um recurso financeiro na remuneração dos trabalhadores pode se tornar a única forma de estimular o desenvolvimento de atividades que o vínculo laboral tradicional não daria conta (POLI NETO et al., 2016).

O pagamento por desempenho destinado a provedores de cuidados tornou-se tática amplamente utilizada na busca pela qualidade e eficiência dos serviços e para o alcance de metas e objetivos sejam clínicos ou organizacionais. Porém, há evidências que o P4P não deva ser utilizado isoladamente, mas associar-se a outras estratégias como educação continuada, definição de protocolos, gestão de casos, de forma a fomentar o alcance dos resultados esperados (MENDELSON et al., 2017).

As normativas analisadas ratificam a institucionalização do P4P no contexto da atenção básica e demonstram que sua prática está amplamente difundida na região. Destaque-se que as legislações deixam evidente a vinculação dos incentivos aos recursos oriundos do PMAQ-AB, mencionando sua normativa regulamentadora e por vezes até reafirmando seus objetivos e diretrizes. Não se trata de iniciativas próprias de cada município ou de estratégias isoladas, de intencionalidade diversa, mas de uma prática associada ao PMAQ-AB.

Para a execução das políticas de saúde, cabe ao município pactuar a utilização dos recursos recebidos conforme sua necessidade local, adequando a utilização dos recursos disponíveis às normas da administração pública vigentes. Ainda assim, o tema

financiamento relacionado a incentivos e transferência de recursos ocupar lugar central nas normas ministeriais relacionadas a atenção básica, refletindo a utilização do financiamento como instrumento de controle federal sobre os municípios, que devem cumprir critérios pré-determinados para o recebimento de recursos (DOMINGOS et al., 2016). Porém, não há recomendação expressa em normativas sobre a necessidade de criação de regulamentos para a utilização dos recursos do programa, apesar de o DAB/MS, por meio de seu sítio eletrônico, sugerir a criação de instrumentos legais nos municípios para atribuir segurança jurídico-legal ao pagamento dos incentivos.

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

Curioso ressaltar que um dos municípios analisados apresentava lei regulamentando o incentivo, mas não o executava. Tal prática reforça a fragilidade das normativas federais em torno da utilização dos recursos advindos de transferências interfederativas, especialmente ao possibilitar a adoção de regras próprias, informais e variadas sobre quanto e a quem se destinam. No contraditório, estão os municípios, que recebem a missão de executar as políticas e criar normativas próprias, obedecendo as diretrizes da Lei de Responsabilidade Fiscal e as normas gerais da administração pública brasileira, que muito burocratizam a gestão.

Destaque-se ainda que a maioria das normativas faz menção aos objetivos e diretrizes do PMAQ-AB e a suas portarias constitutivas, inclusive há normas já revogadas, ressaltando a desatenção às modificações do programa ao longo do tempo e suscitando que estas podem ter sido formalizadas, mas guardarem distanciamento dos objetivos reais do PMAQ-AB.

Ressalta-se que o sistema de saúde brasileiro possui comando único em cada esfera de governo, cabendo ao Ministério da Saúde promover a organização da atenção em todo o território nacional por meio de normativas das políticas de saúde. No entanto, a regulamentação uniforme destas, apesar de necessária, nem sempre favorece à implantação destas em um território tão extenso e de realidades tão díspares, visto que contextos e processos locais específicos possuem influência direta no alcance de seus resultados (DOMINGOS et al., 2016).

O sistema de base para recompensas

Foi possível constatar que nos municípios que possuem normativa instituída, o resultado da certificação de equipes é o padrão utilizado para determinação dos valores a serem pagos aos profissionais. Todas os instrumentos legais analisadas vinculam determinados percentuais do incentivo recebido ao pagamento de gratificações, bônus, recompensas ou prêmios aos profissionais de equipes contratualizadas. Dos 29 documentos, 18 (67%) fixavam o percentual em 50%, 7 (26%) acima de 50% e 2 (7%) destinavam percentuais abaixo de 50%. Destaque-se que duas legislações não apresentavam percentual determinado, deixando subentendido que esta ocorre conforme conveniência do gestor ou pactuação entre gestão e profissionais.

Cabe destacar que a certificação busca refletir o esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, considerando três aspectos: realização de momento autoavaliativo, monitoramento de indicadores contratualizados e avaliação externa do desempenho das equipes. Segundo Pinto, Sousa e Ferla (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014), estes processos refletem padrões de naturezas distintas: na autoavaliação, são abrangentes, e comportam razoável grau de indeterminação e subjetividade; no monitoramento, são quantitativos, baseados em

dados dos sistemas de informação em saúde; já na avaliação externa, ocorre uma combinação de padrões qualitativos e quantitativos, articulando instrumentos observação direta sobre o funcionamento da UBS e entrevista com profissionais e com usuários dos serviços.

Na maioria dos programas P4P, os resultados de indicadores intermediários, as complicações evitáveis, a cobertura dos serviços, a eficiência e a experiência dos usuários são aspectos de desempenho mais utilizados, especialmente em programas ancorados no paradigma donabediano de avaliação da qualidade através da tríade estrutura, processo e resultado (CASHIN et al., 2014).

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

As medidas de desempenho ganham maior credibilidade quando refletem consenso dos interesses de todos os envolvidos (usuários, profissionais e gestores) sobre qual deve ser um bom desempenho e como ele deve ser mensurado. Diante da complexidade e dos inúmeros aspectos possíveis para avaliar o desempenho através de indicadores, a busca pela simplificação e clarificação dos indicadores utilizados em programas P4P pode induzir à distorções no alcance dos objetivos (CASHIN et al., 2014), especialmente em programas de amplitude elevada, como o PMAQ-AB, possibilitando a ocorrência de direcionamento do foco sobre ações com desempenho recompensado.

Diante dos desafios de magnitude e complexidade do SUS são necessários esforços para criar ferramentas de monitoramento do desempenho do sistema, que priorizem menos indicadores intermediários e indiretos de gestão e focalizem em resultados da assistência e do cuidado prestado (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017). Estratégias de racionalização que por vezes se confrontam com os princípios do sistema e nem sempre se adaptam ao modelo de atenção primária brasileiro.

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

É fato que, apesar de basearem-se na premissa de que aumentar a remuneração dos trabalhadores em razão de determinados comportamentos, processos e resultados, o real efeito dessa estratégia pode ser alterada por inúmeros fatores institucionais, comportamentais e de sistema, podendo levar a consequências indesejadas, que podem prejudicar os objetivos do próprio sistema de saúde ao qual se vincula (CASHIN et al., 2014).

Mas a individualização do P4P pode colaborar para a modificação de práticas culturalmente enraizadas nos profissionais de saúde, especialmente quando se trata do serviço público brasileiro, tradicionalmente burocrático e ineficiente, sendo incremental ao alcance dos objetivos e metas mais amplas, não somente programáticos, mas institucionais, visto que muitos dos padrões adotados referem-se ao cumprimento de tarefas cotidianas.

Distribuição das recompensas entre trabalhadores

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

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

Importante ressaltar que em alguns casos ocorre a exclusão do profissional médico do rol de beneficiários ou a destinação de percentual irrisório (1%) a esta categoria. O que inversamente ocorre com os enfermeiros, que chegam a receber até 35% do valor total destinado à equipe. Ainda há que se destacar a elevada disparidade entre os valores destinados a profissionais de nível superior e nível médio, como agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos de enfermagem, e outros.

É fato que estes desenhos são reflexos de pactuações locais entre trabalhadores e gestão, devidamente provocadas pela própria dinâmica de estímulo à cultura da

negociação entre os atores do PMAQ-AB. Desta forma, nesta análise não é possível constatar se os gestores possuem de fato conhecimento e autonomia sobre o gerenciamento dos recursos ou se reagem à pressão dos profissionais para as transferências dos recursos do PMAQ-AB, conforme sua própria conveniência.

Apesar do trabalho multiprofissional da ESF, a atuação dos médicos na atenção básica encontra nas barreiras históricas da própria consolidação do modelo, as explicações para sua fragilidade. Aspectos relacionados a falta de infraestrutura nas UBS, baixas remunerações, sobrecarga de atendimentos entre demandas espontâneas e ações programáticas, entre outros fatores, tornam a missão do médico da ESF muitas vezes dramática, sobretudo em regiões que possuem frágeis redes de saúde. Assim, é comum seu distanciamento das questões essenciais relacionados ao planejamento, gestão, educação e promoção da saúde e até mesmo dos processos de trabalho da própria equipe(COELHO NETO; ANTUNES; OLIVEIRA, 2019).

Não seria diferente no âmbito do PMAQ-AB, onde também há baixo envolvimento dos médicos. Representam cerca de 6% dos profissionais entrevistados da avaliação externa nos ciclos I e II, demonstrando distanciamento desses profissionais das discussões relacionadas à organização do processo de trabalho das equipes em que atuam, o que pode, em meio a disputas negociais de compensação pelo desempenho, justificar a retirada total ou minimização de recompensas relacionadas ao PMAQ-AB(CAVALLI; RIZZOTTO; GUIMARÃES, 2016).

Esta mesma perspectiva pode explicar o elevado percentual direcionado aos enfermeiros, frente ao destacado papel que estes profissionais assumem na ESF, ultrapassando muitas vezes os limites da atuação profissional ligado ao cuidado, agregando as atividades administrativas e gerenciais dos serviços e da assistência (GALAVOTE et al., 2016). Ao protagonizarem o cuidado na ESF, estes profissionais

envolvem-se em múltiplas ações, desde a atenção relacionada ao cuidado direto em diferentes linhas de intervenção, a mobilização e integração dos profissionais em busca da qualidade do cuidado e até mesmo o exercício de funções gerenciais quando ainda que informalmente assumem a coordenação da equipe ou gerência das unidades(DA SILVA; ASSIS; DOS SANTOS, 2017).

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

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

Dados os benefícios financeiros do P4P, identificou-se como penalidade a suspensão do pagamento em razão do alcance de desempenho insatisfatório pelas equipes contratualizadas na certificação. Mais evidentes são os condicionantes para a permanência no programa pelas equipes e para o recebimento das recompensas pelos profissionais, tais como manter vínculo ativo, não estando afastado das atividades por quaisquer motivos, como licenças ou férias, garantia de período mínimo de exercício das funções na equipe (vínculos de seis meses a um ano), ausências injustificadas ou

descumprimento de tarefas, metas e atividades definidas pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Desta forma, é possível constatar a utilização do P4P como mecanismo de barganha, de forma a não somente estimular a melhoria dos resultados, mas trazer à tona o aspecto da contratualização da prestação dos serviços (POLI NETO et al., 2016) e de prescrição do trabalho, aproximando-se do caráter essencialmente produtivista, que nem sempre está adequado aos sistemas públicos de saúde, especialmente em países de média e baixa renda, como o Brasil.

CONSIDERAÇÕES

É fato que o PMAQ-AB-AB possui potencial para conduzir a atenção básica brasileira ao alcance de melhores resultados em padrões de acesso e qualidade. Sua associação intrínseca à ampliação do financiamento do governo federal e a novas premissas organizacionais da atenção básica brasileira, são elementos que merecem destaque e atenção em análises acerca de sua implantação.

Em que pese o esforço de análise crítica do material sistematizado, é importante reconhecer a fragilidade desta análise para o debate de tema tão amplo, complexo e divergente, bem como sua relevância na elucidação de aspectos de linha de base.

Não há dúvidas que os princípios do P4P permeiam as normativas gerais do PMAQ-AB, ainda que não esteja diretamente vinculado apenas a este aspecto. No entanto, frente ao contexto de insuficiência de recursos do Sistema Único de Saúde, cabe destacar que este se torna estratégia essencial para a garantia da institucionalização da avaliação e monitoramento nos serviços e para o avanço na eficiência e da qualidade destes, ainda que considerada a crítica aos aspectos gerencialista no setor público.

Ao analisar as normativas dos sistemas de recompensa utilizados foi possível identificar a fragilidade que estes entes possuem diante do governo federativo, que os induz ao desenvolvimento de práticas sem garantir adequado suporte (técnico, financeiro, organizacional) para sua implementação. Dada a limitada capacidade de governança das Secretarias Municipais de Saúde e a fragilidade dos ocupantes dos cargos de gestão, como atribuir a estes a cultura do P4P e da negociação para o alcance de metas? Como garantir que gestores estejam devidamente informados para desenvolverem planejamentos sólidos e criteriosos, capazes de reduzir riscos colaterais e aumentar as chances de bons resultados?

Ainda que em diversas configurações, a utilização dos recursos do PMAQ-AB para recompensar profissionais encontra-se amplamente difundida na região analisada, apresentando características peculiares de desenho e implementação, que merecem ser melhor analisadas. Destaque-se que a elucidação desse sistema e sua modelagem em contextos é essencial para determinar os efeitos de estratégias de P4P sobre os resultados esperados.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 118–137, 2017.

BARBOSA, M. G. et al. FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO BRASIL: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Eds.). **Atenção básica: Olhares a partir do PMAQ**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 180.

BARRETO, J. M. O.; DIAS, R. Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde : um overview de revisões. **Comunicação, Ciências e Saúde**, v. 27, n. 2, p. 119–128, 2016.

BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497–1514, 2015.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CASHIN, C. et al. **Paying for Performance in Health Care: implications for health system performance and accountability**. 1. ed. New York: Open University Press - McGraw-Hill, 2014.

CAVALLI, L. O.; RIZZOTTO, M. L. F.; GUIMARÃES, A. T. B. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 87–100, 2016.

COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 1–4, 2019.

DA SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; DOS SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde Da Família: Diferentes

olhares analisadores. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1–9, 2017.

DOMINGOS, C. M. et al. [Legislation on primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis]. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, n. 3, p. e00181314, 2016.

GALAVOTE, H. S. et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 90–98, 2016.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção Básica: olhares a partir do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB)**. 1 edição ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, 2017.

MENDELSON, A. et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, 2017.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 358–372, 2014.

PINTO, H. AURÉLIO. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Revista Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 191–217, 2018.

POLI NETO, P. et al. 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**, v. 21, n. 5, p. 1377–1388, 2016.

SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 41, n. 1, p. 25–33, 2017.

2.3 MANUSCRITO 2

Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade e da Atenção Básica: a incorporação de mecanismos gerenciais na gestão do trabalho em saúde¹

Brasilian Program for Improving Access and Quality of Primary Care:
the incorporation of strategic mechanisms in the management of health work

Mailson Fontes de Carvalho², Cristina Setenta Andrade³

Resumo

Este artigo apresenta uma análise dos mecanismos gerenciais que circundam o PMAQ-AB, situando-os no condicionamento e legitimação de ações baseadas nos modismos gerencialistas. Foram entrevistados 28 gestores de saúde de municípios na região do Vale do Rio Guaribas, Piauí, guiados por um roteiro semi-estruturado. Através da leitura aprofundada dos discursos, identificou-se a consolidação do modelo formal de gestão do trabalho nas organizações de saúde, com a utilização da avaliação do desempenho e do pagamento de recompensas financeiras como mecanismos de motivação para melhoria das práticas, tanto quanto de disciplina e controle dos trabalhadores. Os gestores utilizam-se do programa para enfrentar desafios próprios da gestão, racionalizando condutas através do “toma lá, dá cá”, típico do gerencialismo ilusionista que inspira o programa.

Palavras-chave: avaliação do desempenho profissional; recursos financeiros em saúde; disciplina no trabalho; atenção primária em saúde.

Abstract

This article presents an analysis of the managerial mechanisms that surround the PMAQ-AB, situating them in the conditioning and legitimation of actions based on managerialist idioms. We interviewed 29 health managers from municipalities in the Guaribas River Valley, Piauí, guided by a semi-structured script. Through the in-depth reading of the speeches, the consolidation of the formal work management model in health organizations was identified, with the use of performance evaluation and the payment of financial rewards as motivation mechanisms to improve practices, as well as discipline and worker control. Managers use the program to address management's own challenges, rationalizing behaviors through "give and take" typical of the illusionist managerialism that inspires the program.

Keywords: evaluation of professional performance; financial resources in health; discipline at work; primary health care.

¹ Manuscrito a ser submetido à Revista Saúde em Debate, ISSN 2358-2898 Qualis CAPES B2 – área Enfermagem

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus Jequié (BA), Brasil. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0110-7136> Email: mailsoncarvalho@yahoo.com.br

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Jequié (BA), Brasil. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. ORCID ID: Email: cristina70@uol.com.br

Introdução

Acompanhando a trajetória de reforma administrativas de Estado ocorrida nos países europeus no final do século XX, o Brasil incorpora princípios da Nova Gestão Pública (NGP) a partir da década de 90, no intuito de responder às crises financeiras, econômicas e administrativas pelas quais passava o país no período pós-redemocratização. Desta forma, a reforma administrativa brasileira configurou-se como a passagem de uma administração pública burocrática para uma administração pública gerencial, que ainda predomina atualmente (CARNUT; NARVAI, 2016)

Tais princípios foram incorporando-se às políticas públicas no país em todos os setores, ainda que sob críticas de sua aplicabilidade e capacidade de garantir soluções para uma máquina pública complexa, burocrática e processualista, num de grandes desigualdades socioeconômicas, com missões governamentais para além da eficiência dos gastos – premissa essencialmente capitalística.

No setor saúde não foi diferente. Mesmo com a criação de um sistema público universal, construído sob forte participação popular, é possível identificar aspectos na atuação do Estado brasileiro voltados a adoção de novas modalidades de gestão baseados em mecanismos gerenciais mercantis, protagonizados pelas estratégias de avaliação de resultados e pagamento por desempenho (CARNUT; NARVAI, 2016).

O predomínio do neoliberalismo, as limitações do *WelfareState* nos países europeus e a crise econômica de 2008 tiveram grave interferência no período de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e representam notáveis empecilhos para o desenvolvimento de sistemas universais de saúde em todo o mundo (PAIM, 2018). Assim, sob a justificativa da austeridade econômica e da busca da eficiência, descontinuidades e retrocessos tem sido ameaças frequentes ao sistema cada vez mais fragilizado simbólica e essencialmente (REIS et al., 2017).

É neste contexto que emerge o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), proposta governamental de melhoria do acesso e qualidade dos serviços de atenção básica, conduzidos através Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo estrutural de reorganização da atenção básica no país.

Ancorado em aspectos de avaliação de desempenho como forma de incentivar equipes e gestores a melhorar aspectos relacionados a estrutura das unidades de saúde, aos processos de trabalho e aos resultados, ainda que intermediários, o programa

incorpora a lógica do pagamento por resultados na destinação de recursos federais à esse nível de atenção (BRASIL, 2012).

Em que pese a necessidade de atribuir ‘qualidade’ aos serviços de saúde – ainda que consideradas as inúmeras perspectivas que esta expressão possa assumir – torna-se fundamental voltar atenção para os efeitos da incorporação destes mecanismos gerenciais nos diversos contextos. A aposta do PMAQ-AB repousa na modificação de processos de trabalho dos profissionais, pela motivação impulsionada por resultados e pela competitividade, e da gestão, pela instituição da cultura da contratualização de metas e negociação.

Nesta perspectiva, este artigo apresenta uma análise dos mecanismos estratégicos que circundam o PMAQ-AB através dos discursos de gestores, situando-os no condicionamento e legitimação de ações baseadas nos modismos gerenciais.

Aspectos metodológicos

A trajetória metodológica adotada possui abordagem qualitativa e perspectiva crítico-analítica, realizada a partir da análise dos discursos de gestores municipais de saúde. Foram entrevistados vinte e oito secretários de saúde de municípios na região do Vale do Rio Guaribas - Piauí, Brasil.

Após a identificação dos possíveis sujeitos, estes foram contatados via telefone ou email para agendamento prévio de data, local e horário das entrevistas, realizadas mediante a concordância expressa e documentada de participação voluntária no estudo.

As entrevistas ocorreram no período de junho/2018 a março/2019, guiadas por roteiro semi-estruturado, tendo sido gravadas e identificadas por código único, e posteriormente transcritas para formar o *corpus* de análise deste estudo.

Para a análise utilizamos-nos da leitura em profundidade dos discursos e documentos, a fim de identificar pontos-chave, situando-os no contexto em que ocorrerem e analisando a trama discursiva de forma a compreendê-la a partir das relações de força, dos acontecimentos e das experiências, que tornam alguns discursos prevalentes ou apaziguados (MORUZZI; ABRAMOWICZ, 2011).

Em respeito aos princípios éticos de pesquisas, cabe ressaltar que este estudo encontra-se inserido em pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob o parecer n°. 2.746.788, tendo sido observados todos os preceitos éticos de pesquisas.

Resultados e Discussão

Avaliação do desempenho como ferramenta de controle

O contexto fragilizado do sistema de saúde torna-se favorável à efetivação de modelagens de gestão do trabalho cada vez mais rígidos e mecanicistas. Logo, nos resultados da avaliação instituída pelo PMAQ-AB os gestores encontram os argumentos adequados ao exercício da gestão formal do trabalho através do disciplinamento dos profissionais, capturando-os ao seu próprio projeto de gestão ou mesmo de poder.

Refletem assim o difundido espírito do gerencialismo respaldado na cientificidade, explorando a necessidade iminente de uso de tecnologias e práticas de avaliação do desempenho para o planejamento das ações futuras, comumente conhecidas no mundo empresarial como *business intelligence*. Utilizam-se de dados, informações e evidências para atribuir cientificidade às determinações organizacionais estratégicas (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Cecílio (CECÍLIO, 2012) afirma que quem faz gestão em saúde tende a se colocar externamente ao campo micropolítico de produção de cuidado, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado. É este o espírito que, associado ao financiamento, motiva os gestores à adesão ao PMAQ-AB. A consolidação do modelo formal de gestão do trabalho nas organizações de saúde, manifesto através de mecanismos de disciplina e controle dos trabalhadores. Não se trata fundamentalmente do retorno ao processo capitalista de produção, mas herda dele aspectos sob uma nova roupagem, que induz a organização do processo de trabalho sob os auspícios da eficiência e sutilezas próprias de uma tecnologia de gestão atrelada ao modo flexível de produção e aos mecanismos de controle (FARIA, 2017).

O ser humano é triste, se não se sentir passível de uma fiscalização, ele é danado para negligenciar, então acho necessário e importante. (S28)

Não há que se questionar a relevância da avaliação no contexto das políticas públicas e especialmente no SUS. Porém, quando se busca na avaliação critérios para distribuição de recursos, caso do PMAQ-AB, assume-se risco iminente de um avaliacionismo acrítico e pretensão a sérios efeitos colaterais previsíveis ou não, que podem diminuir a potência construtiva das avaliações (SOUZA; CUNHA, 2013).

Apesar de seu caráter voluntário, o PMAQ-AB teve grande adesão em todo o país, mas essa motivação não parece vir apenas do desejo de melhoria da qualidade dos serviços através dos mecanismos de avaliação do programa, mas estar associada a busca desenfreada por mais recursos no contexto de escassez destes, ainda que submetendo-se à contratualização de metas e responsabilidades, como vemos a seguir:

Na verdade todos os municípios aderiam de forma meio obrigatória, devido as carências dos recursos [...] se você tirar o incentivo, nenhum município vai ficar, tira o incentivo que nenhum fica. Quem é que vai procurar mais ainda, já que não basta o tribunal de contas, CGU e outros órgãos que já fiscalizam a gente o tempo todo. (S15)

De certo, não é o PMAQ-AB uma fiscalização, mas esta é uma compreensão comum nos discursos dos gestores, que revela o caráter normativo que ainda assume o programa em sua fase de avaliação externa. Para Cecílio (CECÍLIO, 2012) ainda que idealizado com a melhor das intenções, o PMAQ-AB, assim como outros programas e políticas de saúde no Brasil, encontra-se vinculado a aspectos teórico-conceituais que não dão conta da complexa realidade do trabalho em saúde.

Nos locais onde não funcionava corretamente, quando a avaliação chegou foi uma correria, aquela dificuldade, aquela canseira danada para poder fazer o “H”, para poderem apresentar uma coisa de forma satisfatória. (S28)

Os discursos dos gestores refletem os difíceis contextos da gestão local e às influências capitalísticas contemporâneas, deixando evidente a impossibilidade dos municípios, especialmente os de menor porte, conseguirem instituir uma política adequada de gestão de recursos humanos na atenção básica, que atenda aos anseios dos trabalhadores e reflita-se na melhor assistência ao usuário (CAMPOS et al., 2016). É neste campo, que prosperam diversos outros modelos de gestão, tais como o das organizações sociais e da terceirização, que ainda que não sejam realidade nos municípios da região analisada, seguem a lógica da produtividade como instrumento potencial à eficiência.

Além de ter incentivado os nossos profissionais, a gestão tem agora um guia para cobrar dos funcionários, tentando melhorar essa qualidade. (S19)

Neste encadeamento, a avaliação toma função central na gestão de políticas públicas e dissemina-se em sua lógica mais perversa - a do controle – distanciando-se do caráter reflexivo e crítico que poderia assumir ao associar-se a setores tão complexos como a saúde. Em instituições cada vez mais precarizadas, a avaliação confunde-se com a própria missão da gestão, onde a competitividade e o controle transvestem-se em sofisticados sistemas de avaliação (SOUZA; CUNHA, 2013).

É uma competição, mas é uma competição que eu vejo um lado saudável, é uma competição com o lado bom [...] ah nós temos aquilo lá, ah meu posto é nota 10, meu posto é bom e cria no outro também o querer ser bom porque o de fulano é bom. (S20)

Estratégias de gestão baseada no alcance de resultados se impõe como forma de sobrevivência contemporânea às organizações em espaços cada vez mais mercadológicos e competitivos. Foucault (FOUCAULT, 2010) apresenta a concorrência como objetivo histórico da arte de governar. De certo, a concorrência, a competitividade e o controle são instrumentos capazes de atribuir certo grau de alienação e subordinação dos trabalhadores, que focados no alcance dos resultados distanciam-se de processos criativos ou mesmo de questionamentos sobre a forma e o por quê da execução do trabalho.

É preciso refletir sobre os caminhos assumidos na gestão do trabalho em saúde, ampliando a visão dos agentes deste processo sobre o modelo administrativo que instituem, ainda que inconscientemente, aproximando-se da utilização de mecanismos de gestão mais participativos, críticos e reflexivos, de forma a garantir o despertar da motivação intrínseca dos trabalhadores em detrimento a seu adestramento.

O pagamento por desempenho como estratégia de indução de resultados

Nitidamente baseado na perspectiva da gestão por resultados, o PMAQ-AB se apresenta como estratégia também de financiamento federal da atenção básica, que passa a ter caráter variável de acordo com o desempenho alcançado pelas equipes da certificação do programa. No entanto, seu regramento oficial não prevê um sistema de

recompensas financeiras direto aos trabalhadores. Essa lacuna, certamente proposital, garante a liberdade para que os municípios possam exercer a gestão dos recursos do programa, assumindo o pagamento por desempenho (*pay-for-performance – p4p*) como uma de suas táticas para alcance dos compromissos previamente contratualizadas.

Na região analisada o P4P é prática largamente difundida e adotada no âmbito do PMAQ-AB, donde gestores, apesar de conscientes sobre sua não obrigatoriedade, utilizam-se deste mecanismo para alcançar motivação dos profissionais ao alcance dos resultados e induzi-los a comportamentos previamente mapeados e tornados “ideais”.

Sabemos que as coisas estão bem difíceis, então esse dinheiro é muito bom para eles. E assim, eles fazem de tudo e como não querem perder esse incentivo acabam produzindo muito mais, com isso existe um ganho entre as duas partes, profissionais e gestores. (S03)

Se o pagamento por desempenho é apenas uma oportunidade a ser viabilizada pelos municípios, há que se refletir sobre quais situações levam a sua institucionalização na região. Em meio ao contexto de relações fragilizadas entre trabalhadores e gestores devido a fatores como instabilidade dos vínculos instáveis, baixa remuneração, ausência de planos de carreiras, é como se não houvesse outro caminho aos gestores senão o do repasse dos incentivos do PMAQ-AB aos profissionais como forma de induzi-los ao exercício do trabalho cotidiano, não de atividades extras, mas de atividades precípuas de sua atribuição profissional e da própria ESF.

Os profissionais se voltam com aquela dedicação devido ao estímulo financeiro. Se tiver uma boa nota, a remuneração é maior, então tudo isso gira em todo do estímulo financeiro dos profissionais. (S29)

Repousa sobre os trabalhadores a dinâmica de melhoria da qualidade dos serviços proposta e nestes o entrelaçamento dos desejos e interesses, nem sempre convergentes aos do próprio serviço ou dos gestores. Na perspectiva deste ajuste, muitos dos gestores instituíram sistemas de recompensas financeiras aos trabalhadores como forma de alcançar a conformação do modelo da ESF, certamente perdido ou interpelado pelo modelo ambulatorial ainda hegemônico (VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019).

Porém, deve-se considerar que engajamento dos trabalhadores para a mudança de atitudes e/ou para alinhamento aos objetivos organizacionais decorre de vários fatores, entre eles a motivação intrínseca. Superar estes desafios exige que os profissionais da ESF reconheçam seu fazer em saúde diverso, dinâmico e singular, que remodelem suas práticas frente ao complexo espaço do trabalho em saúde, para além das normatizações e disciplinamentos instituídos.

as equipes não estavam saindo pro campo, pra fazer visitas, pra ir fazer uma educação em saúde, pra ir fazer uma palestra, pra irem nas escolas [...]A gente começou a cobrar e avisou que o PMAQ ia ter relação com isso. (S35)

Há evidências de maior engajamento dos trabalhadores no processo de melhoria da qualidade de serviços de saúde alcançados através de estratégias de P4P (REHMAN; SHAHRUKH; BUTT, 2019), mas é preciso pautar sua incorporação nas políticas públicas de saúde com prudência. A busca pela qualidade dos serviços deve ser contínua, em constante “fluxo” e “movimento”, fruto da atuação dos atores implicados com o objetivo organizacional, um processo de motivação intrínseca que pode ser estimulada por diversos fatores, inclusive o P4P.

Isoladamente, a estratégia p4p pode garantir a motivação necessária para o alcance de resultados e metas pelos profissionais, mas pode também provocar efeitos indesejados capazes de minimizar seu impacto real. Nos discursos analisados está claro a utilização do p4p como ferramenta de indução ao exercício de atividades precípuas da própria ESF, incentivando os profissionais à busca ativa e à realização de atividades não somente ambulatoriais, mas de promoção da saúde.

os usuários só queiram mesmo o médico. Questão do atendimento pelos enfermeiros, a puericultura e hiperdia, eles deixavam de lado. Então com o PMAQ os enfermeiros passaram a incentivar mais, fazer palestras nas zonas rurais, nas comunidades, e foram resgatando esse cultura. (S40)

Porém, essa sobreposição de pagamentos sobre a mesma atividade provoca consequências sobre como os profissionais enxergam sua remuneração pelo trabalho realizado, podendo ocasionar tanto o recuo ao exercício de suas atividades cotidianas,

como o direcionamento para a execução de atividades diretamente relacionadas aos pagamentos, por exemplo a os registros burocráticos, altamente incentivados no PMAQ-AB, em detrimento de ações relacionadas às demandas de atenção integral aos usuários dos serviços.

Em prol do alcance de resultados para a gestão e de acúmulo de poder político para o gestor, a gestão muitas vezes recorre à utilização das estratégias gerenciais, que tendem despertar competitividade exacerbada, a focalização de ações e a ampliação das desigualdades (CARNUT; NARVAI, 2016). Supomos que os gestores tornam-se reféns do contexto de escassez financeira e das próprias dinâmicas de exercício do poder local, ao garantir o pagamento das recompensas.

Se por acaso eu chegasse dizendo que não iria mais pagar o PMAQ, seria um problema muito grande, porque eles iriam tentar não mover o serviço e não trabalhariam da mesma forma que trabalham. (S23)

Os efeitos da utilização do p4p na atenção básica são controversos e indicam que sua utilização deve estar associada a outras estratégias de incentivo não-financeiro, em virtude das inúmeros aspectos que interferem no processo de trabalho em serviços de saúde. Porém, no contexto de gestões cada vez mais formalizadas e engessadas, o controle sobre os trabalhadores e seu processo de trabalho é guiado pela determinação de metas de produtividade e pela utilização dos incentivos financeiros como bônus ou punição frente ao desempenho alcançado.

Os esquemas de P4P que utilizam de penalidades ou multas podem ser mais sustentáveis em comparação aos que utilizam apenas bonificações, como é o caso do PMAQ-AB. Os profissionais de saúde tendem a estar mais inclinados a mudar comportamentos ou alcançar melhores desempenhos se acharem que podem perder algo, ao invés de obter bônus. No entanto, as penalidades podem reduzir a motivação dos profissionais, sendo também difíceis de administrar, especialmente em sistemas de governança e autonomia frágeis(OGUNDEJI; SHELDON; MAYNARD, 2018).

Deixou de atender alguma coisa, vai ser descontado o PMAQ!. (S08)

Os gestores utilizam os incentivos como barganha para o exercício do poder soberano, para o adestramento através da punição e do amedrontamento. Pertinente

destacar que alguns municípios, criaram mecanismos de fragmentação da recompensa através avaliações próprias, com indicadores geralmente organizacionais e de produtividade assistencial, determinados por categoria profissional. É a individualização da recompensa coletiva alcançada pela equipe, onde institui-se uma avaliação de desempenho individual que considera também parâmetros de produtividade, trabalho em equipe, comprometimento com o trabalho, cumprimento de normas de procedimento e condutas e conhecimento técnico.

Mas a individualização do P4P no âmbito do PMAQ-AB pode colaborar para a modificação de práticas culturalmente enraizadas nos profissionais de saúde, especialmente quando se trata do serviço público brasileiro, historicamente burocrático e pouco eficiente, sendo incremental ao alcance dos objetivos e metas mais amplas, não somente programáticos, mas institucionais, visto que muitos dos padrões adotados referem-se ao cumprimento de tarefas cotidianas.

Gerencialismo ilusionista

Em meio as políticas de ajuste econômico que incidem sobre as políticas públicas, assistimos a valorização e difusão do conhecimento administrativo-gerencial, que ganha cada vez mais espaço sob os auspícios da neutralidade científica, que matematizou as práticas e relações institucionais, condicionando o financiamento ao desempenho em indicadores e metas (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Mecanismos que encontram amparo na literatura científica, que propõe a racionalização das práticas realizadas nos serviços de saúde, incorporando tecnologias de gestão voltadas à padronização do trabalho em saúde, tais como a prática baseada em evidências e os protocolos clínicos, e o estímulo à excelência e produtividade. A construção de estratégias de governança voltadas à excelência e a eficiência nos gastos tornam-se novos imperativos na gestão pública, que deixam em segundo plano as singularidades presentes no complexo processo de trabalho em saúde (MATTOS; SCHLINDWEIN, 2015; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Na atenção básica não seria diferente. Com o tempo, esta foi desviando-se de suas premissas fundamentais sendo paulatinamente esmaecida pela persecução de metas pelos trabalhadores e pela permanência dos estrangulamentos de acesso na média e alta complexidade, peculiaridade comum nos sistemas de saúde de vários países. Nesse contexto a integralidade cede cada vez mais espaço ao gerencialismo ilusionista, que

seduz gestores pela sua indumentária científica e justificando e disseminando restrições financeiras na área da saúde. (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016)

Os desafios de governança são amplamente evidenciados nos discursos dos gestores, especialmente relacionados às questões financeiras e de elevada demanda assistencial. Também estão presentes aspectos relacionadas a dificuldade de organização dos serviços e acompanhamento dos processos de trabalho, ainda que no exercício da gestão, seja essa uma das funções precípuas do cargo formal.

Um dos principais desafios é a questão do cumprimento efetivo da carga horaria pelos profissionais conforme a Política da Atenção Básica. De forma geral, médicos, enfermeiros e dentistas. (S29)

Foi possível identificar uma sequência de discursos nessa perspectiva, que ora expõem a dura realidade pela qual passam os gestores de regiões longínquas dos grandes centros, que devido a baixa demanda de profissionais, ora evidenciam a realização de arranjos e acordos informais entre gestores e trabalhadores, sob a conveniência da lei da oferta e da procura.

Destaque-se a consciência dos gestores sobre a irregularidade ao qual submetem-se, fugindo do cumprimento dos regramentos oficiais – contratos de trabalho, normativas da ESF - para garantir, ainda que minimamente, a manutenção da oferta de serviços de atenção à saúde da população. Permanece ainda o desafio de provimento de profissionais para a atenção básica, que para além da assistência médica e da oferta de serviços mínimos, reforçam modelos de gestão e atenção à saúde cada vez mais gerencialista (CAMPOS et al., 2016).

Mas como explicar o alcance de bons resultados na certificação do PMAQ-AB pelas equipes em meio a constatação do descumprimento de compromissos intrínsecos à ESF e indispensáveis a permanência das equipes no programa?

Os mecanismos gerenciais incorporados no PMAQ-AB possuem evidências de efeitos potenciais para a incorporação de novas práticas e ampliação dos padrões de qualidade assistenciais, mas também podem despertar efeitos colaterais, previstos ou não, advindos do contexto de sua implementação ou mesmo intrínsecos aos mecanismos utilizados.

A fidedignidade dos dados produzidos em uma avaliação e a focalização das práticas assistenciais em ações financeiramente incentivadas são alguns dos desafios

previsíveis a programas dessa natureza. No PMAQ-AB, apesar de seu caráter não fiscalizatório, pretende-se desenvolver a cultura da avaliação rotineira, frequente e cíclica. Mas essa perspectiva não foi totalmente incorporada por seus atores de linha de base, trabalhadores e gestores, que por motivos diversos buscam não somente reorganizar os serviços de saúde conforme a demanda assistencial, mas prestam-se ao papel de adaptá-los, ainda que provisoriamente no moldes da normativa do programa, uma estratégia conhecida entre os gestores como *pmaquiagem*, um trocadilho que suscita que os resultados alcançados podem ser manipulados pela apresentação de uma realidade mascarada, maquiada.

Nos locais onde não funcionava corretamente, quando a “fiscalização” chegou foi uma correria, aquela dificuldade, aquela canseira para fazer o “H”, para poderem apresentar uma coisa satisfatória (S28). Grifo nosso.

A maquiagem foi mais em relação aos equipamentos que fugiam um pouco da realidade, daí algumas equipes que tinham emprestavam para as outras (S27)

Em muitos casos a avaliação não condiz com a realidade, por que alguns profissionais buscam alcançar um bom resultado, eles adquirem equipamentos com o seu recurso próprio e depois tiram lá do posto, então não condiz com a realidade (S29).

Além de questões éticas e morais graves, os discursos deixam claro a anuência dos gestores com a adoção de estratégias para o alcance de melhor desempenho na avaliação do programa, desempenho este que reflete na destinação de aportes financeiros para o município, que em sua maioria também chegam ao bolso dos profissionais através do pagamento de gratificações e incentivos pelo resultado alcançado. Um complexo sistema de ganha-ganha, que se retroalimenta a cada novo ciclo avaliativo.

Mas no triângulo dos interesses no setor saúde, estaria em desvantagem o vértice que corresponde aos usuários. Certamente não é possível generalizar, mas os discursos conferem uma fragilidade aos resultados produzidos pelo programa e demonstram

falhas no alcance de suprir demandas (ainda que social e imaginariamente construídas) de quem essencialmente motiva o funcionamento dos serviços: seus usuários.

Embora os profissionais maquiem muito, o que eu até entendo o por quê, o secretário também entra junto nessa. Eu acho que mesmo com toda essa maquiagem, o PMAQ vem direcionando o trabalho, ele vem de certo modo atingindo alguns objetivos (C7)

A complexidade das práticas sanitárias tem sido reduzida à realização de técnicas e procedimentos pelos trabalhadores de nível local, nem sempre vinculadas aos reais problemas de saúde individuais e coletivos.

Não há dúvidas de que o dinheiro pode ser mais eficaz na condução de mudanças comportamentais em comparação a incentivos não monetários, especialmente sobre indivíduos que possuem baixa remuneração, como tradicionalmente ocorre na atenção básica (OGUNDEJI; SHELDON; MAYNARD, 2018). Porém, não se pode deixar seduzir unicamente por seus efeitos, especialmente em um território tão complexo como a atenção básica.

Considerações

Os discursos dos gestores evidenciam os problemas cotidianamente encontrados no âmbito da gestão, especialmente o financiamento, quase que como um ‘coro’ de águias famintas que encontraram no PMAQ-AB uma presa succulenta. Utilizam-se do programa para enfrentar desafios próprios da gestão, racionalizando condutas através do “toma lá, dá cá”, típico do gerencialismo que inspira o programa.

O imperativo dos modelos de gestão pública, como a burocracia e a nova gestão pública, estão plenamente desenvolvidos no Brasil, expressos cada vez mais nos discursos de gestores, representantes e autoridades que remontam ao autoritarismo e disciplinamento, e por que não dizer ao coronelismo historicamente presente no nordeste brasileiro.

É preciso prudência na disseminação dos mecanismos gerenciais como solução única e viável aos problemas do sistema de saúde pública brasileiro, visto que estes tanto podem induzir às mudanças necessárias à qualificação das práticas de atenção à

saúde no país, quanto transformar-se em perverso instrumento de disciplinamento dos profissionais e de condução à focalização do trabalho.

Até onde estamos iludidos ou deixamos iludir pelos resultados de produtividade apresentados, pelos discursos de autoridades ou mesmo pelas manifestações do compromisso de equipes e profissionais em redes sociais, cada vez mais presentes na vida cotidiana dos serviços de saúde?

Os problemas estão postos e necessitam de fato de soluções eficazes. Seria o PMAQ-AB o mecanismo adequado para enfrentar tais desafios? Para Cecílio e Reis (2018) avançar nesta perspectiva significa abandonar de vez modelos de avaliação muito complexos, tais como o PMAQ-AB, que demandam tempo, energia e elevados recursos no âmbito das políticas públicas de saúde. É o que aparentemente pensa fazer o atual governo que já apontou para o encerramento do programa e para novas formas de avaliação do desempenho na atenção primária.

Talvez, o cerne da questão esteja não na estratégia em si, mas na forma como esta foi compreendida e incorporada pelos atores que a tornam real, gestores e trabalhadores. É preciso ampliar as discussões acerca de como se reconfiguraram nos diversos contextos e a quem servem tais estratégias, de forma a garantir o alcance dos objetivos organizacionais através de mecanismos de gestão do trabalho mais participativos, críticos e reflexivos.

Referências

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. DE S. et al. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, set. 2016.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 290–305, 2016.

CASTIEL, L. D.; XAVIER, C.; MORAES, D. R. DE. **À procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

CECÍLIO, L. C. D. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: Como não fazermos “mais do mesmo”? **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 280–289, 2012.

- FARIA, J. H. DE. **Poder , Controle e Gestão**. Curitiba: Juruá Editora, 2017.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- MATTOS, C. B. M. DE; SCHLINDWEIN, V. DE L. D. C. “Excelência e produtividade”: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 322–331, ago. 2015.
- MORUZZI, A. B.; ABRAMOWICZ, A. Pressupostos teórico-metodológicos da genealogia: contribuições para um debate na educação. **Filosofia e Educação**, v. 2, n. 2, p. 168–181, 2011.
- OGUNDEJI, Y. K.; SHELDON, T. A.; MAYNARD, A. A reporting framework for describing and a typology for categorizing and analyzing the designs of health care pay for performance schemes. p. 1–15, 2018.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.
- REHMAN, S.; SHAHRUKH, H. M.; BUTT, M. Research in Business and Social Science Pay for Performance (Pfp) Increasing Creativity Through Intrinsic Motivation. **Research in Business and Social Science**, v. 8, n. 2, p. 74–90, 2019.
- REIS, A. A. C. DOS et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122–135, 2017.
- SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221–232, 2013.
- SOUZA, T. D. P.; CUNHA, G. T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 655–663, 2013.
- VALADÃO, P. A. DA S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 193–206, 2019.

2.4 MANUSCRITO 3

O PMAQ como dispositivo disciplinar na gestão da atenção básica: contribuições a partir de Michel Foucault¹

The PMAQ as a disciplinary device in the management of basic care:
contributions from Michel Foucault

Mailson Fontes de Carvalho², Cristina Setenta Andrade³

Resumo

Este artigo tem por objetivo analisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica como dispositivo para pensar a gestão da atenção básica através dos discursos de gestores em uma perspectiva foucaultiana. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa. Foram realizadas sessenta entrevistas semi-estruturadas com gestores de saúde de vinte e nove municípios, analisadas a partir do referencial de Michel Foucault. Situando o programa como dispositivo, identificamos alguns componentes presentes tanto na trajetória de construção macropolítica como em seu desenvolvimento em linhas de base, nos municípios, tornando-se instrumento ao exercício de poder na gestão da saúde pública contemporânea. Neste contexto gestores utilizam-se de suas estratégias para avançar no controle de condutas e práticas de trabalho na atenção básica através de mecanismos como a normalização e a vigilância, característicos do poder disciplinar.

Palavras-chave: atenção primária em saúde; poder; tomada de decisões gerenciais; governança.

Abstract

This article aims to analyze the Brazilian Program of Improvement of Access and Quality of Basic Care as a device to think the management of basic care through the speeches of managers from a Foucaultian perspective. This is an exploratory and qualitative approach. Sixty semi-structured interviews were conducted with health managers from 29 municipalities, analyzed using Michel Foucault's reference. Placing the program as a device, we identified some components present both in the macro-political construction trajectory and in its development in baselines, in municipalities, becoming an instrument for the exercise of power in the management of contemporary public health. In this context, managers use their strategies to advance the control of behaviors and work practices in primary care, through mechanisms such as standardization and vigilance, characteristics of disciplinary power.

Keywords: primary health care; power; management decision making; governance.

¹ Manuscrito a ser submetido à Revista Saúde e Sociedade, ISSN 2358-2898, Qualis CAPES B1 – área Enfermagem

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus Jequié (BA), Brasil. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0110-7136> Email: mailsoncarvalho@yahoo.com.br

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus Jequié (BA), Brasil. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. ORCID ID: Email: cristina70@uol.com.br

Introdução

No âmbito da gestão pública há que se fazer referência aos estudos de Michel Foucault (FOUCAULT, 2015) sobre o poder e seus desdobramentos, que romperam com a visão jurídico-discursiva ao apresentá-lo na perspectiva de correlação de forças que se estrutura nas relações sociais, ou seja, somente existe quando exercido de uns sobre os outros, e vice-versa.

O autor evidencia as diferentes formas de exercício de poder presentes na sociedade ocidental em diferentes tempos, remetendo-se aos aspectos históricos para explorar suas origens e construir uma trajetória de análise genealógica do mesmo. Assim, suas análises perpassam e caracterizam as principais maquinarias do poder: a soberania, o poder disciplinar, o biopoder e as técnicas de governo da população.

Em sua trajetória de pensamento, dobrou-se sobre diversos dispositivos presentes na sociedade de sua época não apenas os explicando diante dos acontecimentos históricos, mas contribuindo para despertar compreensões, estranhamento e deslocamentos no pensamento moderno (DA SILVA, 2014). Foucault utilizou o termo dispositivo para demarcar uma rede que se forma pela interação do conjunto de elementos que o constitui, entre discursos, organizações, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. “Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo” (FOUCAULT, 2015, p. 364).

Nesta perspectiva, utilizamos de suas assertivas para construir uma analítica sobre o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), situando-o enquanto dispositivo em meio às relações de poder no território da gestão de serviços de saúde. Gestão que traz em sua agenda a busca pela ampliação da qualidade nos serviços de saúde em todo o mundo. Gestão compreendida em sua complexidade não somente como exercício institucional, mas como prática de governo, constituído pelos instituídos e instituintes, por aspectos formais e informais especialmente criados em um espaço de disputa de micropoderes e tensões próprias do aspecto relacional em que se constitui (CRUZ, 2016).

A ampliação da qualidade dos serviços tem voltando a atenção de gestores para a proposição de estratégias cada vez mais racionalistas, a fim de associar a redução de custos ao aumento da produtividade e competitividade nos serviços de saúde, como

forma de adaptar-se a períodos de austeridade e à dimensões próprias do capitalismo vigente.

No Brasil, esta lógica já rodeava o ideário popular impulsionado pelo forte apelo por melhorias na entrega de serviços essenciais, como a atenção básica. Em 2011, o governo instituiu o PMAQ como resposta às pressões populares e a problemas de gestão do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente ligados ao esgotamento dos modelos burocráticos de gestão, as restrições orçamentárias e a problemas especialmente agravados pela fragilidade nas relações de trabalho, pela baixa qualificação profissional e até mesmo pela vocação institucional dos serviços de saúde (SAVASSI, 2012).

Neste contexto, o PMAQ foi apresentado como proposta de ampliação do horizonte de financiamento da atenção básica através de um complexo mecanismo de avaliação das equipes de atenção básica intitulado de ciclo de melhoria do acesso e qualidade. Ao finalizar o seu terceiro ciclo, muitos foram os resultados já apresentados pelo programa, especialmente vinculados ao volume de recursos envolvidos, a seus aspectos normativos ou mesmo ligados a produção de conhecimento advindo de suas avaliações. Saberes e verdades que se disseminam e constroem subjetividades importantes para a compreensão dos processos de gestão.

No entanto, são escassas análises de linha de base ou observações críticas sobre os processos instituídos pelo programa nos contextos da gestão local. Assim, este estudo tem por objetivo analisar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como dispositivo para pensar a gestão da atenção básica através dos discursos de gestores em uma perspectiva foucaultiana.

Aspectos Metodológicos

Este estudo de natureza qualitativa exploratória, tem seus pressupostos metodológicos alicerçados na abordagem qualitativa baseado no referencial foucaultiano (FOUCAULT, 2013, 2015). A pesquisa de origem desta análise ocorreu com gestores de saúde (secretários municipais e coordenadores de atenção básica) de uma microrregião do Piauí, Brasil, seguindo preceitos éticos de pesquisa com projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, parecer nº. 2.746.788

Foram realizadas sessenta entrevistas semi-estruturadas, com gestores de vinte e oito municípios do interior do Piauí, Brasil, utilizando um roteiro prévio com questões

relacionadas aos desafios da gestão da atenção básica e à aspectos de motivação, implementação e desenvolvimento PMAQ.

Os gestores foram previamente contactados via telefone ou email sobre sua participação na pesquisa e mediante aceite, os encontros foram agendados para realização das entrevistas conforme disponibilidade e local de preferência.

As entrevistas ocorreram no período de junho de 2018 a março de 2019 e mediante a autorização dos sujeitos foram gravadas para posterior transcrição, de forma a não se perder detalhes de cada discurso. Após transcritos na íntegra, os discursos foram codificados, de forma a garantir o anonimato dos sujeitos e formar o corpus de análise desta pesquisa.

Realizou-se a análise dos discursos a partir da leitura cética de todo o material, afim de analisar as condições reais do aparecimento de determinados discursos, no interior das lutas e tramas de poder que permeiam o processo de gestão da atenção básica tendo o PMAQ como dispositivo.

Existem algumas possibilidades de exploração do dispositivo visto que a forma de pesquisar se constrói em função da especificidade de cada objeto, especialmente quando tomamos o referencial foucaultiano como método de análise. Assim, se o método se configura como caminho a ser percorrido ao alcance do objeto pesquisado, poderíamos dizer que o “dispositivo” é o mapa desse caminho, mas também, o próprio ponto de chegada (STASSUN, 2010).

Nesta perspectiva, executamos uma análise dos discursos no nível do dito, do visível, desprendida da busca por intenções veladas. E tomando o discurso como uma série de elementos que operam no interior das relações de poder, buscamos dar sentido a estes em meio ao contexto que os condiciona, legitima e os coloca na ordem do verdadeiro (GARRÉ; HENNING, 2017).

Resultados e Discussão

As práticas de gestão em saúde, especialmente em municípios de pequeno porte, como a maioria dos municípios brasileiros, ocorrem em condições majoritariamente desfavoráveis (CALVO et al., 2016) e consolidam o seu fazer implicado na concepção rígida e disciplinar, permeada pelo exercício do poder legitimado por verdades e saberes constituídos no âmbito das relações entre gestores, trabalhadores e usuários.

Tais práticas são potencializadas por dispositivos ou aparatos de governo como o PMAQ, que como tal se constituem permeados por linhas de visibilidade e enunciação, de força, de fuga, de subjetivação, de fissura, de fratura e de ruptura (DELEUZE, 1990), em um complexo jogo do poder-saber.

De natureza essencialmente estratégica, todo dispositivo se configura como uma intervenção racional e organizada para manipular as relações de força em uma direção previamente estabelecida através de práticas de governo de condutas (de si e dos outros), imbricados na produção de um poder-saber (FOUCAULT, 2015).

Identificamos alguns destes componentes presentes tanto no trajetória de construção macropolítica como em seu desenvolvimento em linhas de base, nos municípios, através do entrecruzamento de discursos de gestores sobre os desafios, interesses e motivações que circundam a sua implementação e interferem nos processos micropolíticos do fazer gestão.

Destaque-se que o dispositivo não se configura de maneira estanque, mas possui a capacidade de se reconfigurar, tanto nos seus elementos presentes como na maneira como eles se relacionam, sendo esta a característica que lhe confere a potência para atuar nos processos de produção de subjetividades ou de modos específicos de existência de cada sujeito (DA SILVA, 2014).

Elementos de um dispositivo gerencialista...

Três décadas de criação do SUS e ainda são incontáveis os desafios para sua consolidação como política pública. Para além da problemática atribuída à magnitude e abrangência características de um sistema universal em um país de dimensões continentais, ainda são frequentes problemas relacionados as dificuldades organizacionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde - especialmente pautados pelas conveniências em detrimento de evidências, além de questões originadas do subfinanciamento do setor e da própria (des)qualificação da gestão e do controle social, cada dia menos expressivo e mais desarticulado (SOUZA; COSTA, 2010).

Apesar dos constantes avanços, permanecem os mesmos desafios de tempos atrás e ampliam-se pela construção de novos obstáculos como as ameaças de redução no financiamento federal do sistema, as restrições de investimento em infraestrutura e a (falta de) gestão do trabalho, cada vez mais limitantes à consolidação da política pública

de saúde na perspectiva da seguridade social em que se constituiu. Desafios que se confirmam no discurso dos gestores municipais, como algo arraigado ao contexto do público, como se não houvesse possibilidade de dissociar o próprio SUS destes problemas.

O financeiro hoje é um dos grandes desafios. A gente tem de focar o que é prioridade no momento, porque [o financeiro] ainda deixa muito a desejar.(S14)

a gente vem lutando com esses desafios, tanto financeiramente, de fazer o sistema funcionar, de como motivar esse servidor a desempenhar suas funções da melhor forma.(S18)

São enunciados manifestos que sustentam o discurso em torno de apresentar a escassez financeira como principal motivo para o estado de inadequação e ineficiência dos serviços de saúde. Frente a insuficiência de recursos destinados e as dificuldades de funcionamento do sistema, são frequentemente explorados pela mídia problemas de infraestrutura e organização da rede de serviços, relacionados a remuneração e apatia de seus trabalhadores, corrupção e politização (partidária) na gestão, difundindo cada vez mais o ideário neoliberal e privatista como solução para atribuir eficiência ao Sistema Único de Saúde (PAIM, 2018).

Nesse sentido, os produtos midiáticos se constituem como uma armadilha (FOUCAULT, 2013), aparatos de visibilidade sobre o que se quer *'fazer ver'* e *'ser visto'*, como linhas tecendo combinação entre o visível e o enunciável, produzindo verdades e saberes que colaboram para a construção do espaço ideal para a constituição de estratégias urgentes como o dispositivo do PMAQ, pensado para garantir a ampliação dos recursos e avançar na produção de verdades sobre o contexto avaliado.

A centralidade da *financeirização* nos discursos também ratifica o caráter reducionista do debate da gestão do trabalho pelos gestores, que ao focarem essencialmente nas relações de custo-efetividade, afastam-se de questões relacionadas ao modelo tecnoassistencial e as formas de produção do trabalho em saúde como dilemas a enfrentar no fazer gestão. Rotas de fuga que os fazem constituir-se sobre o pragmatismo de investir esforços na resolubilidade dos problemas iminentes a partir da ampliação dos recursos financeiros. Embora os recursos - humanos e financeiros - sejam

essencialmente necessários para estruturar os serviços, estes não são capazes de garantir sua qualidade ou mesmo o perfil assistencial necessário aos usuários (MERHY; FRANCO, 2013).

Ainda assim, apesar do financiamento tripartitecabe ao ente municipal a responsabilidade sobre a execução das ações da atenção básica, implementando-a conforme as características e peculiaridades locorregionais e sob o regramento da Política Nacional de Atenção Básica. Mas será que os gestores compreendem esse processo e conseguem se colocar como protagonistas em meio a este?

A gente vê que a política do SUS, do governo federal e estadual é cada vez mais jogar a responsabilidade para o município. (S15)

É o nível municipal que assume a governança da atenção básica, com seus dilemas e desafios que não dissociam-se dos próprios dilemas históricos e estruturais do próprio SUS. Essa parece-nos ser uma questão importante à discussão, especialmente frente as incipiências e fragilidades presentes no nível municipal de gestão (BRANDÃO; SCHERER, 2019).

Horizonte nebuloso que tornou frequente as críticas sobre a governança do sistema e sobre a baixa capacidade de gerenciar responsabilidades de forma descentralizada, onde surgemproposições de reformas nos sistemas de financiamento, associando-os a sistemas robustos de monitoramento e avaliação técnica e econômica, e outras estratégias vinculadas à eficiência, a responsabilização e a produtividade que ora se constituem não somente nos discursos, mas na realidade macropolítica da gestão pública (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

Não obstante, estão as interferências do neoliberalismo e das mudanças políticas e econômicas, que desde a criação do SUS submetem-no ao alinhamento às tendências de políticas públicas internacionais e a dinâmicas gerencialistas, que incentivam a adoção de políticas governamentais que convergem a garantia de direitos sociais com sustentabilidade financeira (PAIM, 2013).

Terra fértil para a proposição de mecanismos como o PMAQ, que associa a destinação de recursos financeiros na atenção básica ao alcance de resultados, sob os auspícios dos princípios da eficiência e da avaliação de desempenho como bases para a melhoria do acesso e qualidade dos serviços. Conceitos e perspectivas advindos do modelo da administração gerencial, que induzem a adoção de práticas de gestão

baseadas na premiação e/ou punição (financeiras ou não) de gestores e trabalhadores mediante desempenhos alcançados.

Um dispositivo disciplinar na gestão da atenção básica

As motivações que levaram a adesão ao PMAQ vão além da busca por serviços melhor qualificados, mas estão fincados na oportunidade de garantia de mais recursos e da constituição de um instrumento de controle para gestão do trabalho em saúde, pelo exercício de relações de poder que se interpelam e são determinadas pelos seus próprios interesses de acordo com o lugar que cada ator ocupa neste processo.

Uma das motivações pra nós continuarmos querendo o PMAQ, além da questão financeira- que ajuda a gestão a pagar os profissionais-, por intermédio disso podemos fazer a cobrança de um trabalho melhor a ser realizado. (S28)

Discursos fincados na definição clara de limites e normas para a realização do trabalho e direcionados para a manifestação do exercício do poder disciplinar, que dita normas e prescreve rotinas de trabalho. Tal cenário reforça a compreensão do poder da gestão sobre o caráter formal, baseado em implicações normativas e fiscalizadoras. Um apontamento ao panoptismo explorado por Foucault (FOUCAULT, 2013) para demonstrar a utilização da vigilância para garantir o controle sobre as condutas de si e do outro.

O fazer gestão pública na saúde é tarefa complexa não somente pelas especificidades próprias do campo da saúde ou pelas características comuns a esfera pública, mas notadamente exacerbadas pelas peculiaridades do setor de serviços, que envolvem relações de produção e consumo, dificuldade de padronização, importância do fator humano e dificuldade na avaliação de custos, processos e resultados. Gerir um sistema tão complexo é missão árdua e requer a adoção de caminhos pautados no planejamento em áreas de gestão de materiais, gestão da qualidade, gestão financeira, gestão de processos assistenciais e especialmente de gestão de pessoas, mais conhecido como gestão do trabalho em saúde (PIRES et al., 2019).

Nos espaços de gestão do SUS, inúmeras e tragicamente reducionistas são as soluções apresentadas à resolução dos problemas, não mais vistos como estruturais, ou

derivados da conjuntura político-econômica, mas ajustáveis através da melhor utilização dos poucos - senão mínimos, recursos existentes por hábeis e poderosos sujeitos ocupantes do cargo de gestor (CASTIEL; XAVIER; MORAES, 2016).

Além de ser um cargo muito difícil, a demanda é muito grande e o recurso é muito pouco. Também tem a questão dos profissionais que não prestam um bom serviço, não se dispõem realmente a trabalhar (S23).

Eu venho de empresa privada, a minha visão é completamente diferente. Aqui trabalho de segunda a sábado, manhã e tarde. Estou indo além do que é necessário, mas dentro daquilo que a minha função está pedindo. Mas os profissionais acham que só precisa chegar e ficar 2, 3 horas. Eu tenho profissionais que você procura 10 horas da manhã e não acho mais. É complicado. É muito complicado” (S26).

Considerando a própria dinâmica do PMAQ de incentivo à incorporação de práticas voltadas para a melhoria dos serviços, podemos perceber que ao deixar alguns pontos em aberto em sua normativa oficial, o programa dá margem para que gestores possam utilizá-lo tanto para o alcance de seus objetivos primordiais de qualificação dos serviços, quando para a superação de desafios próprios da complexa relação entre gestão e trabalhadores.

Especialmente na gestão do trabalho em saúde, uma maior atenção se concentra em fazer cumprir as determinações legalmente instituídas como carga horária de trabalho e de apresentação de resultados reais, matematicamente contabilizados, de forma a responder aos anseios de uma demanda cada vez mais fabricada pelo mercado da saúde e por conseguinte também mais consciente de seu direito de acesso à saúde pública e de qualidade, sob a responsabilidade executiva do Estado.

Mas os serviços de saúde não podem ser reduzidos estritamente ao seu aspecto material, político e normativo, pois também compostos por atores diversos, tais organizações estão repletas de simbologias, conflitos e relações de poder, que a tornam espaço para produção de cuidado e também de subjetividades (VILLA et al., 2015). Logo, não é possível condensá-los em análises simplistas ou meramente técnicas, ainda que estas sejam também necessárias para a fabricação de saberes relevantes ao processo de gestão técnica.

Escondidos atrás do dispositivo PMAQ ou mesmo utilizando este como instrumento de motivação pela premiação e/ou punição, os gestores instauram mecanismos de controle sobre o trabalho e os trabalhadores através medidas de desempenho e também de barganha, por meio da concessão de recompensas financeiras e publicidades, não apenas como forma de alcance dos objetivos organizacionais, mas como forma de interferir na construção da subjetividade do trabalhador através trabalho prescritivo e devidamente padronizado e controlado.

A gente dá o PMAQ (gratificação), mas cobra também!. Tem que fazer por merecer (S05).

A cobrança tem q existir, mas isso ficaria bem mais difícil sem o PMAQ, por que eu até cobraria, mas não teria... Com o incentivo é diferente, ou eles fazem o q precisa ser feito ou não recebem e assim fica melhor pra podermos cobrar (S03).

Salienta-se que não há obrigatoriedade da utilização dos recursos destinados ao município em razão do programa para a gratificação dos profissionais, mas é justamente aqui que residem as maiores pressões para a negociação de valores e destinação dos recursos aos profissionais e que se evidencia o exercício do poder no caminho da hierarquia reversa. Nota-se que os gestores sentem-se pressionados a realizar os incentivos financeiros como forma de justificar benefícios aos trabalhadores pelo serviço prestado, mas que ao perceber a elevada destinação de recursos e o reduzido comprometimento dos profissionais com o trabalho, reagem e passam a exacerbar de um caráter fiscalizador sobreposto ao programa.

Os discursos vinculando recompensas ao desempenho alcançado recolocam sobre os próprios profissionais a responsabilidade sobre determinação e mérito ao recebimento dos benesses. Retiram de si o encargo de conduzir os trabalhadores para utilizar-se destas ferramentas para despertar nestes a motivação intrínseca necessária ao alcance dos objetivos institucionais, num movimento que aproxima-se do conceito foucaultiano de *governamentalidade*, de forma a conseguir o máximo resultado pela aplicação mínima de poder (FOUCAULT, 2015).

Mas há ainda movimentos inversos, quando exacerbam da docilidade instituída pelo dispositivo em questão nos trabalhadores para exteriorizar aspecto disciplinar da

gestão enquanto prática comum. É perceptível o direcionamento dos gestores para o exercício de práticas disciplinares para com seus subordinados, neste caso, os trabalhadores da atenção básica.

A disciplina nada mais é que uma tecnologia de poder, uma maneira específica segundo a qual uns exercem o poder sobre outros, em uma relação não necessariamente unidirecional. Em sua análise do poder, Foucault constata que a disciplina tornou-se uma auspiciosa forma de dominação na sociedade, sobretudo a partir do século XVIII, tornando-se método de controle minucioso do corpo a partir de uma relação de docilidade-utilidade instituída pela sujeição constante de suas forças (FOUCAULT, 2013).

Torna-se portanto instrumento para a fabricação de corpos dóceis, simultaneamente úteis e obedientes, sob a manipulação de gestos e comportamentos, criando um *modus operandi* que tanto desenvolve aptidão ou capacidade quanto promove uma relação de sujeição (MENEHETTI; SAMPAIO, 2016). Uma docilização instituída pelo dispositivo PMAQ nos trabalhadores, que assim reagem tal como foram moldados pelas circunstâncias de dependência (financeira) e fragilidade (vínculo trabalhista frágil).

No contexto da atenção básica, a dificuldade de diálogo entre gestores e profissionais se apresenta como desafio exacerbado por interesses difusos e até mesmo divergentes. Além disso, as relações de poder dentro das próprias equipes acentuam a presença de hierarquia profissional e criam ambientes de gerenciamento complexo (CHUENGUE et al., 2019)

O exercício do poder não é em si um fato bruto, rigidamente instituído ou estruturado, mas se elabora, se transforma e se aparelha de procedimentos para seu exercício através das relações (RABINOW; DREYFUS, 1995). Percebemos nos discursos a utilização de instrumentos típicos do adestramento característico do poder disciplinar, a saber: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame, inculcados no próprio PMAQ.

Foucault (FOUCAULT, 2013) apresenta a vigilância como um jogo de olhar silencioso e discreto que permite observar, fiscalizar e controlar os indivíduos. Sua perspectiva hierárquica acentua ainda mais a manifestação do controle unidirecional, exercido a partir dos gestores como representantes da organização sobre aqueles que se deixam controlar, que se submetem ao trabalho em saúde.

Eu faço é vigiar mesmo! Ontem mesmo eu estava lá no posto lá na unidade básica de saúde, porque as vezes um profissional falta e a gente não sabe, quando vem saber já é depois. E eu cobro muito. Corto, suspendo, atraso o pagamento, para normalizar depois que está tudo ajustado. (S25)

O ato de “conduzir” certamente difere e a mesmo tempo se confunde com a sua exacerbação e extremismo manifesta pela coação. Torna-se uma maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades, onde o poder aparece moldando as condutas num espaço em que o sujeito necessita de liberdade para despertar subjetividades, distanciando-se das resistências às práticas do próprio dispositivo.

As penalidades aproximam-se do aspecto da sanção normalizadora, e regadas por micropenalidades disseminam como mecanismo útil e necessário em meio às lacunas deixadas pela legislação ou mesmo ratificadas por estas, punindo todo e qualquer desvio à regras previamente determinadas no intuito de alcançar a “normalização” dos indivíduos. No âmbito do trabalho em saúde, este aspecto tende a cercear a liberdade da construção de práticas mais humanizadas e distantes de algoritmos maquinistas.

Claras linhas de controle, de normalização e de enquadramento dos indivíduos, que através de seus atravessamentos objetivam manter a ordem e evitar o que é considerado inadequado no contexto já instituído, nesse caso, a determinação do trabalho duro, contabilizado e sobretudo despersonalizado.

Eu até cheguei a comentar que seria bom que os avaliadores viessem todos os meses, porque eu acho que os funcionários só iriam cumprir seus deveres se tivesse uma avaliação. E dizer, olha o PMAQ vem aqui esse mês e se não tiver desse jeito vai ser cortado o recurso e vocês perdem a gratificação (S01).

Nota-se aqui a expressão da necessidade do exame, da submissão do trabalho e do trabalhador à avaliação, à mensuração do desempenho como forma de construção de um saber que se relaciona diretamente ao exercício do poder. Para Foucault (FOUCAULT, 2013, p. 181) ‘o exame que coloca os indivíduos num campo de

vigilância igualmente os situa numa rede de anotações escritas; compromete-os em toda uma quantidade de documentos que os captam e fixam’.

No PMAQ, a avaliação externa exemplifica bem essa perspectiva e incute nos atores do processo a concepção de fiscalização em detrimento ao que se propõe a ser: uma avaliação natural e voluntariamente solicitada. Distancia-se então de suas premissas para tornar-se instrumento disciplinar não apenas coletivo, pela avaliação da equipe, mas individualizado por estratégias próprias de vigilância e monitoramento do cumprimento de metas e da mensuração desempenho profissional. Instrumentos, que documentados, tornam o indivíduo um ‘caso’, um objeto para conhecimento, controle e exercício de poder.

O poder presente nas relações propicia a produção do saber não somente pela vigilância e pela disciplina, mas também através da resistência dos trabalhadores. Logo, Foucault (FOUCAULT, 2015) nos alerta que se o poder fosse somente repressivo, não teria a força de produção (de coisas, saberes, discursos e prazeres) que possui. “O poder disciplinar não destrói o indivíduo; mas ao contrário, o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, por ele anulado; é um de seus mais importantes efeitos” (MACHADO, 2015, p. 25).

Em meio às relações de poder presentes na gestão do trabalho na atenção básica, constatamos de que o poder não somente disciplina, mas produz verdades, realidades objetivadas e espaços propícios ao adestramento e à perpetuação de estratégias capitalistas, mas também às resistências. Resistir não apenas no sentido de liberação ou desativação dos dispositivos que envolvem os sujeitos, mas na prática e exercício do poder frente às disputas nas quais cada indivíduo se engajam ou se vê inelutavelmente envolvido (DA SILVA, 2014). Entre linhas e curvas do dispositivo PMAQ são implícitos processos de subjetivação que condicionam e capturam tanto trabalhadores quanto gestores.

Considerações

Aos situar o PMAQ como dispositivo no âmbito da gestão adentramos para além da compreensão técnica deste e de suas características, aprofundando os aspectos que o fizeram instrumento ao exercício de poder na gestão da saúde pública contemporânea, norteando condutas e práticas de trabalho na atenção básica brasileira.

A utilização do PMAQ como ferramenta para o exercício do poder disciplinar pelos gestores converge com a legitimação de instrumentos capazes de responder às pressões do contexto político-econômico do capitalismo contemporâneo, que tendem ao enrijecimento dos processos de trabalho e cerceamento da liberdade criativa dos trabalhadores através de mecanismos como a normalização e a vigilância.

Percebemos que os gestores tendem a viabilizar o funcionamento dos serviços de saúde de diferentes modos, seja pela mobilização dos trabalhadores ou pela utilização de táticas para despertar nestes a motivação intrínseca ao alcance de objetivos, ainda que momentaneamente, através da concessão de benefícios financeiros ou não, capazes de docilizá-los e tornar favorável o espaço ao adestramento destes.

Justificam suas ações de vigilância e controle atribuindo à autoridade hierarquicamente superior a responsabilidade negativa pelo regramento e imposição de normativas, como se não houvesse a liberdade para o exercício da gestão sobre suas próprias concepções e lógicas de pensamento. Na prática, utiliza-se da liberdade para operar a máquina governamental a favor de suas conveniências, apresentando discursos pragmáticos e instituindo práticas de governo cada vez mais rígidas, das quais não se vangloriam publicamente.

Como dito anteriormente, o fazer gestão no contexto da atenção básica é complexo e exige desde a utilização do conhecimento técnico para fazer funcionar os serviços conforme a normativa institucionalizada, mas também enveredar-se pelos caminhos da construção de práticas de governo de si e dos outros, do agir sobre o possível nos diferentes regimes de produção e disputas, desviando-se do esgotamento dos atores deste ciclo relacional.

Referências

BRANDÃO, C. C.; SCHERER, M. D. DOS A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 69–83, 2019.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767–776, out. 2016.

CASTIEL, L. D.; XAVIER, C.; MORAES, D. R. DE. **À procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

CHUENGUE, A. P. G. et al. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. **Physis: Revista**

de Saúde Coletiva, v. 28, n. 4, 25 fev. 2019.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar. Conversações sobre o governo de si e dos outros**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

DA SILVA, P. Dispositivo: um conceito, uma estratégia. **Profanações**, v. 2, n. 1, p. 144–158, 2014.

DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. 1ª ed. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155–161.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GARRÉ, B. H.; HENNING, P. C. Travessias de uma pesquisa: mapeando algumas ferramentas metodológicas da análise do discurso em Michel Foucault. **Conjectura filosofia e educação**, v. 22, n. 1, p. 300–319, 2017.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: ROBERTO MACHADO (Ed.). **Microfísica do Poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. p. 431.

MENEGHETTI, G.; SAMPAIO, S. S. A disciplina como elemento constitutivo do modo de produção capitalista. **Revista Katálysis**, 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado da saúde. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Eds.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 109–137.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1936, out. 2013.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

PIRES, D. E. P. DE et al. Primary Healthcare Management: what is discussed in the literature. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, n. 0, 29 abr. 2019.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e hermenêutica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. DE S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69–74, 2012.

SOUZA, G. C. DE A.; COSTA, I. DO C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509–517, set. 2010.

STASSUN, C. C. S. Dispositivo: Fusão de objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, n. 1983, p. 72–92, 2010.

VILLA, E. A. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1044–1052, dez. 2015.

CAPÍTULO 3

CONSIDERAÇÕES GERAIS

3.1 À GUIA DE CONCLUSÃO

De modo geral, penso que é preciso ver como as grandes estratégias de poder se incrustam, encontram suas condições de exercício em microrrelações de poder (FOUCAULT, 2015, p. 371).

Nesse estudo o PMAQ-AB foi analisado como dispositivo para refletir sobre as práticas de gestão no âmbito da atenção básica. Tal como Foucault (2015) o apresenta através de seus escritos e entrevistas, um dispositivo se constitui de diversos elementos (instituições, normas, discursos, etc.) que cumprem uma função estratégica de governo, orientação, controle e produção dos indivíduos, através das relações de poder e de saber que os permeia.

Em que pese a aplicabilidade dos mecanismos gerenciais à gestão pública e as divergências quanto a sua utilização, benefícios e/ou danos quando introduzidos no âmbito das políticas públicas, é possível ratificar a permanência de práticas de gestão cada vez mais orientadas por valores e atitudes focados em resultados, visto que a própria administração pública brasileira ainda não conseguiu adotar uma modelagem capaz de alcançar a eficiência pretendida e superar os desafios apresentados.

No caso do PMAQ-AB, este parte do anseio de aprimorar a prestação de serviços de saúde na atenção básica através da instalação de mecanismos de avaliação (coletiva, visto que não individualiza as avaliações) e do pagamento por desempenho. Mecanismos estes claramente assentados na influência gerencialista, típica das empresas privadas, adotados como forma de responder à demandas urgentes da saúde pública brasileira.

Partindo dos estudos do projeto de *Análise da implantação do PMAQ-AB em municípios de uma região do Piauí*, buscamos aproximações do programa às características essenciais de programas de pagamentos por desempenho, identificando peculiaridades, atributos comuns e estruturas normativas instituídas a partir da utilização do programa para a consolidação de um sistema de recompensas que se mostrou largamente utilizado na maioria dos municípios analisados.

Destaque-se que foi possível constatar uma vinculação direta da estratégia P4P com o PMAQ-AB, não dissociando-se ou direcionando para alcance de objetivos diferentes do preconizado pelo programa, que diga-se de passagem, são os mesmos previstos pela Política Nacional de Atenção Básica. Logo, identificamos nele uma tentativa de retorno à missão da própria atenção básica, ainda que pela adoção de um sistema que deixa aberturas para a negociação sobre o processo de trabalho, bem como torna-se rígido sobre a busca por seus resultados.

Em se tratando de prestação de serviços, os recursos humanos tem relevância destacada frente a outros recursos. Os discursos evidenciam bem os inúmeros desafios enfrentados no gerenciamento da atenção básica, e não podemos reduzi-los somente ocasionados pela baixa qualificação dos gestores ou pelas interferências político-partidárias locais, que naturalmente são agravantes desse processo. Percebemos o enfrentamento de problemas como o subfinanciamento, a baixa governança e a gestão do processo de trabalho a partir da utilização do PMAQ-AB como um instrumento potencial e essencial para tal.

Constatamos a exacerbação ou mesmo a desvirtuação dos princípios do programa em função da instituição de mecanismos de vigilância (pela avaliação individualizante e pelas inspeções visíveis e invisíveis) e no trabalho prescritivo (controle dos trabalhadores), reforçando não a criação de estados de dominação, mas a predominância de relações de poder baseadas na disciplina. De fato, as relações de poder não são estanques ou mesmo unilaterais (FOUCAULT, 2015), mas se exercem através de jogos estratégicos onde o poder estabelece uma relação direta com o saber constituído.

Nesse contexto, as condutas dos gestores são revide às pressões e cobranças exercidas pelos trabalhadores e pela população. A velocidade de disseminação das informações e também do conhecimento torna o exercício das funções gerenciais cada dia mais tortuoso frente as cobranças por respostas às demandas, que não se restringem à boa vontade ou a capacidade técnica dos mesmos, mas se constituem em torno da sua habilidade de permanecer no exercício da função em meio aos anseios da tríade gestão-trabalhadores-usuários.

Por vezes, sobrepõem-se às suas concepções para atender às demandas, tornando-se reflexo do imperativo modelo capitalista e produtivista ao qual são simultaneamente produtos e instrumentos de produção. Conjuntura que destaca o excesso de regras como uma das características da sociedade atual, que tende a ganhar ainda mais força com o ideário do liberalismo econômico em ascendência.

Em nível macropolítico, as “recomendações” de instituições econômicas internacionais como o Banco Mundial e a concomitante tendência do governo federal à aspectos neoliberais, conduziram à adoção de medidas assentadas em pressupostos pró-mercado e incorporação do ideário gerencialista (própria da empresa capitalista) no espaço público (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016), como no caso do PMAQ-AB. Em seus aspecto micro, o programa surge como reforço financeiro aos municípios e estratégia de barganha entre gestores e trabalhadores, que se (re)constituem a partir de relações de poder ora notadamente hierárquicas, ora potencialmente estratégicas, mas indiscutivelmente disciplinares.

No exercício do poder disciplinar, ocorre não somente o incentivo à produtividade como resultado da melhor utilização dos indivíduos (trabalho prescritivo: metas, indicadores) mas também a docilização destes (gratificações, flexibilização do trabalho, avaliações de desempenho), no intuito de garantir que um objetivo seja alcançado. É o que faz o PMAQ-AB, não pelas mãos dos gestores, que por ele são também produzidos, mas pelas suas próprias características.

Não obstante, as resistências também estão presentes em meio as relações, ainda que em ato passivo. Não estivessem, estaríamos analisando mecanismos de violência ou de cerceamento de liberdades, próprios de regimes de dominação, o que não é o caso. Através do dispositivo PMAQ-AB constituem-se processos de subjetivação em meio às relações de poder que circundam a gestão da atenção básica, que operam não apenas de forma repressiva ou por meio do exercício do poder jurídico-hierárquico instituído, mas através de mecanismos, práticas, tecnologias e saberes que constituem o próprio sujeito demandado pelo dispositivo (VEYNE, 2014).

Cabe destacar ainda que no contexto de análise deste estudo, submetemos nosso olhar sobre a perspectiva dos gestores, o que pode conferir certa limitação ao estudo, apesar de não inviabilizar nossa discussão sobre o objeto em si. Ainda assim, reafirmo que também são necessárias análises futuras sobre os processos de subjetivação deste dispositivo a partir dos trabalhadores. O que provavelmente torne-se inviável, visto que o governo federal anunciou o fim do programa sem dar muitos detalhes sobre como fará sua substituição por outros mecanismos avaliativos e de financiamento no âmbito da atenção básica.

Tempos nebulosos foram anunciados e grandes desconstruções já se mostram em curso. Novos dispositivos devem se apresentar. Novas formas de resistência hão de se constituir!

Que o SUS mantenha-se vivo!

REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? **Outra travessia - Revista de pós-graduação em literatura**, v. 5, p. 9–16, 2005.
- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 118–137, 2017.
- ANDRADE, S. R. DE et al. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. **CogitareEnferm.**, v. 23, n. 1, p. e53598, 2018.
- AYUB, J.P. **Introdução à Analítica do Poder de Michel Foucault**. 1ª ed. São Paulo: Intermeios, 2015.
- AZEVEDO, R. C. DE S.; RAMOS, F. R. S. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **RevBrasEnferm**, v. 56, n. 3, p. 288–291, 2003.
- BARBOSA, M. G. et al. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (Eds.). **Atenção básica: Olhares a partir do PMAQ**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 180.
- BARRETO, J. O. M. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1497–1514, 2015.
- BARRETO, J. O. M.; DIAS, R. Opções para a implementação do pagamento por desempenho na saúde : um overview de revisões. **Comunicação, Ciências e Saúde**, v. 27, n. 2, p. 119–128, 2016.
- BRANDÃO, C. C.; SCHERER, M. D. DOS A. Capacidade de governo em Secretarias Municipais de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 69–83, 2019.
- BRASIL. **Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. v. I
- _____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública *. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 2, p. 391–410, 2008.
- BRÍGIDO, E. I. Michel Foucault: Uma Análise do Poder. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, v. 4, n. 482, p. 56, 2013.

BROUSSELE, A.; CHAMPAGNE, FRANÇOIS; CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PRIERRE; HARTHZ, Z. M. DE A. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CALVO, M. C. M. et al. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 767–776, out. 2016.

CAMPOS, G.W. S. et al. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, set. 2016.

CAMPOS, L. S.; COSTA, A. L. Avaliação de produtividade em serviços de Saúde Pública : estudos de casos sobre desempenho econômico. **Gestão e Regionalidade**, v. 27, n. 81, p. 98–112, 2011.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 290–305, 2016.

CARVALHO, A. L. B. DE; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 23–33, 2017.

CASHIN, C. et al. **Paying for Performance in Health Care: implications for health system performance and accountability**. 1. ed. New York: Open University Press - McGraw-Hill, 2014.

CASTIEL, L. D. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “Cazaquistão”. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 9, n. 2, p. 62–83, 2012.

CASTIEL, L. D.; XAVIER, C.; MORAES, D. R. DE. **À procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2016.

CAVALLI, L. O.; RIZZOTTO, M. L. F.; GUIMARÃES, A. T. B. O médico no processo de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, ciclos I e II. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 111, p. 87–100, 2016.

CECÍLIO, L. C. D. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: Como não fazermos “mais do mesmo”? **Saude e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 280–289, 2012.

CECILIO, L. C. DE O.; REIS, A. A. C. DOS. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00056917, 20 ago. 2018.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 1, p. 96–115, 2014.

- CHUENGUE, A. P. G. et al. O reconhecer e o lidar dos agentes comunitários de saúde diante da bioética: entre a ética do cuidado e os poderes disciplinares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, 25 fev. 2019.
- COELHO NETO, G. C.; ANTUNES, V. H.; OLIVEIRA, A. A prática da Medicina de Família e Comunidade no Brasil: contexto e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 1–4, 2019.
- COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. A. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3593–3604, 2014.
- CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar**. Conversações sobre o governo de si e dos outros. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
- CRUZ, M. M. DA. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2015. p. 509.
- DA SILVA, P. Dispositivo: um conceito, uma estratégia. **Profanações**, v. 2, n. 1, p. 144–158, 2014.
- DA SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; DOS SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde Da Família: Diferentes olhares analisadores. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1–9, 2017.
- DELEUZE, G. O que é um dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. 1a ed. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155–161.
- DOMINGOS, C. M. et al. Legislation on primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. e00181314, 2016.
- FAÉ, R. A genealogia em Foucault. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 409–416, 2004.
- FARIA, J. H. DE. **Poder , Controle e Gestão**. Curitiba: Juruá Editora, 2017.
- FERIGATO, S. H. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 38, p. 663–676, 2011.
- FIGUEIREDO, A. M. DE et al. Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 41–48, 2013.
- FIORENTINI, G. et al. Incentives in primary care and their impact on potentially avoidable hospital admissions. **The European Journal of Health Economics**, v. 12, n. 4, p. 297–309, 28 ago. 2011.
- FOUCAULT, M. **Arqueologia do Saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- _____. **As palavras e as coisas**. 10. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

_____. **História da Sexualidade II - O uso dos prazeres.** 8. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

_____. **Microfísica do Poder.** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

_____. **O nascimento da biopolítica: curso no Collège de France (1978-1979).** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **O nascimento da Biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão.** 41. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851–4860, 2014.

GALAVOTE, H. S. et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 90–98, 2016.

GARRÉ, B. H.; HENNING, P. C. Travessias de uma pesquisa: mapeando algumas ferramentas metodológicas da análise do discurso em Michel Foucault. **Conjectura filosofia e educação**, v. 22, n. 1, p. 300–319, 2017.

GAULEJAC, V. DE. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social.** São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

GOLDBAUM, A. **O processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Dissertação [Mestrado em Odontologia]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2014.

GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **Atenção Básica: olhares a partir do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB).** 1 edição ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2016.

GONÇALVES, C. A.; DAMÁZIO, L. F. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas.** 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GONÇALVES, J. F. G. Foucault e a questão do dispositivo, da governamentalidade e da subjetivação: mapeando noções. **Revista Margens Interdisciplinar**, v. 6, n. 7, p. 105–120, 2010.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração.** 1. ed. Campinas-SP: Editora UNICAMP, 2011.

IBGE. **Estimativas de População,** 2017.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: ROBERTO MACHADO (Ed.). **Microfísica do Poder.** 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. p. 431.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest

Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, 2017.

MATTOS, A. L. C. Contribuições da Arqueologia e Genealogia à Análise de Políticas de Saúde. In: MATTOS, R. A. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. (Eds.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 347–402.

MATTOS, R. A. DE; BAPTISTA, T. W. DE F. **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MATTOS, C. B. M. DE; SCHLINDWEIN, V. DE L. D. C. “Excelência e produtividade”: novos imperativos de gestão no serviço público. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 322–331, ago. 2015.

MENDELSON, A. et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 166, n. 5, 2017.

MENDES, Á.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 491–505, jun. 2015.

MENDES, C. Pós-estruturalismo e a crítica como repetição. **Revista Brasileira de Ciências Sociais - RBCS**, v. 30, p. 17, 2015.

MENEGHETTI, G.; SAMPAIO, S. S. A disciplina como elemento constitutivo do modo de produção capitalista. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, p.135-142, 2016.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado da saúde. In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. (Eds.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2013. p. 109–137.

MORAES, P. N. DE; IGUTI, A. M. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho : uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 416–426, 2013.

MORUZZI, A. B.; ABRAMOWICZ, A. Pressupostos teórico-metodológicos da genealogia: contribuições para um debate na educação. **Filosofia e Educação**, v. 2, n. 2, p. 168–181, 2011.

MOTTA, P. R. DE M. O estado da arte da gestão pública. **Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 1, p. 82–90, 2013.

NISHIJIMA, M.; JUNIOR, G. B. Análise da eficiência técnica em saúde entre 1999 e 2006. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 40, p. 45–65, 2013.

OGUNDEJI, Y. K.; SHELDON, T. A.; MAYNARD, A. A reporting framework for describing and a typology for categorizing and analyzing the designs of health care pay for performance schemes. **Health Policy**, v. 120, n.10, p. 1141-1150, 2018.

OKSALA, J. **Como ler Foucault**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1936, out. 2013.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018.

PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença: uma introdução**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

PIAUI. **Lei Complementar No 87 , de 22 de agosto de 2007, que estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí e dá outras providências**. Teresina – PI. Diário Oficial do Estado (DOE) nº 159, de 22/08/2007, 2007.

PINHO, M. M.; VEIGA, P. A. C. V. Cost-utility analysis as a mechanism for allocation of health care resources: a review of the debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 239–250, 2009.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. spe, p. 358–372, 2014.

PINTO, H. AURÉLIO; SOUSA, A. N.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica : Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECHS Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H. AURÉLIO. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Revista Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 191–217, 2018.

PINTO, M.; SANTOS, M.; TRAJMAN, A. Limiar de custo-efetividade: uma necessidade para o Brasil? **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 8, n. 1, p. 58–60, 2016.

PIRES, D. E. P. DE et al. Primary healthcare management: what is discussed in the literature. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, n. 0, 29 abr. 2019.

POLINETO, P. et al. 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**, v. 21, n. 5, p. 1377–1388, 2016.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e hermenêutica**. 1a ed. Rio de Janeiro: ForenseUniversitária, 1995.

REHMAN, S.; SHAHRUKH, H. M.; BUTT, M. Research in Business and Social Science Pay for Performance (P4P) Increasing Creativity Through Intrinsic Motivation. **Research in Business and Social Science**, v. 8, n. 2, p. 74–90, 2019.

REIS, A. A. C. DOS et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. spe, p. 122–135, 2017.

REIS, A. T. DOS; OLIVEIRA, P. DE T. R. DE; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **RECHS RevEletronica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. DE S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 263–276, 2016.

ROSA, M. V. DE F. P. DO C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

SADDI, F. C.; PECKHAM, S. Brazilian Payment for Performance (PMAQ) Seen From a Global Health and Public Policy Perspective. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 41, n. 1, p. 25–33, 2017.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69–74, 2012.

SERAPIONI, M. Conceitos e Métodos para a Avaliação de Programas Sociais e Políticas Públicas. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade de Porto**, v. 31, p. 59–80, 2016.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 221–232, 2013.

SILVA, S. F. DA; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4427–4438, 2014.

SILVEIRA, R. A. DA. **Michel Foucault: Poder e análise nas organizações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

SOSSAI, T. A. et al. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 1, p. 111–119, 2016.

SOUZA, G. C. DE A.; COSTA, I. DO C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 509–517, set. 2010.

SOUZA, T. D. P.; CUNHA, G. T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 655–663, 2013.

STASSUN, C. C. S. Dispositivo: Fusão de objeto e método de pesquisa em Michel Foucault. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, n. 1983, p. 72–92, 2010.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. DE. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821–828, 2012.

TEDESCHI, S. L.; PAVAN, R. A produção do conhecimento em educação: o Pós-estruturalismo como potência epistemológica. **Praxis Educativa**, v. 12, n. 3, p. 772–787, 2017.

TRACY, S. J. **Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact**. Chichester (UK): Wiley- Blackwell, 2013.

UCHIMURA, L. Y. T. et al. Evaluation performance in health regions in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. suppl 1, p. S259–S270, 2017.

VALADÃO, P. A. DA S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 193–206, 2019.

VEIGA-NETO, A. Coisas do governo... In: **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005. p. 13–47.

VEYNE, P. **Michel Foucault: o pensamento, a pessoa**. 1a ed. Lisboa: Edições Texto e Grafia, 2014.

VIEIRA, E. C. L. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): a percepção dos trabalhadores quanto ao processo de implantação**. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2013.

VILLA, E. A. et al. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1044–1052, dez. 2015.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, n. 1–2, p. 127–150, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
<p>Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente em uma pesquisa e precisa decidir sobre a participação ou não dele (a). Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo, Sr. Mailson Fontes de Carvalho, qualquer dúvida que você tiver.</p> <p>Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar participar do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.</p>
<p style="text-align: center;">ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:</p> <p>Título do projeto: <i>“Análise de implantação do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí”</i></p> <p>Pesquisador responsável: <i>Mailson Fontes de Carvalho</i></p> <p>Instituição/Departamento: <i>Universidade Federal do Piauí/ CSHNB</i></p> <p>Telefone para contato (inclusive a cobrar): <i>(089)98806-6438;3422-1021.</i></p> <p>Email: <i>mailsoncarvalho@yahoo.com.br/mailsoncarvalho@ufpi.edu.br</i></p> <p>Local da coleta de dados: <i>Secretarias Municipais de Saúde.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerando a necessidade de avaliar e monitorar programas e serviços de saúde no âmbito da saúde pública, esta pesquisa tem como objetivo principal analisar a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), determinando alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção do mesmo em uma região de saúde do Piauí. • Caso aceite participar da pesquisa, você responderá alguns questionamentos relacionados ao programa através de entrevista aberta e/ou participação em grupo focal, onde poderá expor suas respostas e até mesmo opiniões sobre a temática. • As entrevistas e grupos focais serão gravados e posteriormente transcritos, para garantir fidedignidade no registro das respostas. Assim, o que você disser será registrado para posterior análise considerando os objetivos do estudo. • Não há riscos físicos diretos aos participantes, mas você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas. Caso isso aconteça, basta manifestar o desconforto ao entrevistador ou mesmo não responder ao questionamento. • Caso participe, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, garantindo o anonimato. Somente o pesquisador, a equipe de estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar o conteúdo da entrevista, exceto casos requeridos por lei ou mesmo por sua solicitação expressa. • Não há benefícios diretos aos sujeitos, mas os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a identificação de fragilidades e potencialidades na implementação do programa, subsidiando possíveis ações de aprimoramentos do mesmo. • Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O

pesquisador responsável poderá ser encontrado no endereço: Universidade Federal do Piauí. Rua Cícero Duarte, 905– Junco, Picos - PI. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – Picos-PI, tel.: (86) 3422-3003 - email: cep-picos@edu.ufpi.br.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, CPF n.º _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo *Análise de implantação do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí*, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o referido estudo. Eu discuti com o SrMailson Fontes de Carvalho sobre a minha decisão em participar nesse estudo, estando claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local

Data

Assinatura do Sujeito

TESTEMUNHAS (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar:

Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	
Nome:	RG/CPF:
Assinatura:	

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, Piauí, ____ de _____ de 2018.

.....
Pesquisador Responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros
Rua Cícero Duarte, 905 – Bairro Junco - CEP: 64.600-000 - Picos- PI
tel.: (89) 3422-3003 - email: cep-picos@edu.ufpi

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Formulário de Coleta de Dados de Gestores

CÓDIGO

Caracterização do Entrevistado		
Cód.	Variável	Respostas
1.1	Nome	
1.2	Município	
1.3	Sexo	() Masculino () Feminino
1.4	Idade	
1.5	Estado Civil	() Solteiro (a) () Casado(a) () Desquitado(a) ou separado(a) judicialmente () Viúvo(a)
1.6	Escolaridade	() Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Técnico/Profissionalizante () Ensino Superior (Graduação) Curso? _____ () Pós-graduação – Mestrado () Pós-graduação - Doutorado
1.7	Modalidade de Contratação	() Cargo em Comissão () Servidor Efetivo em Função Gratificada () Cedido
1.8	Remuneração	() 0 a 2 Salários mínimos () 2 a 4 Salários mínimos () 4 a 6 Salários mínimos () acima de 6 salários mínimos
1.9	Tempo no Cargo	() menos de 1 ano () entre 1 e 2 anos () entre 2 e 3 anos

		() acima de 3 anos
Informações iniciais		
1.10	Acompanhou algum processo de avaliação externa do PMAQ-AB enquanto esteve no Cargo ?	() Sim() Não
1.11	Seu município realiza pagamento de algum incentivo financeiro (gratificações, abonos, etc) relacionados ao PMAQ-AB?	() Sim() Não
1.12	Seu município possui algum instrumento normativo (Lei, decreto, portaria ou outro) que regulamente o pagamento de incentivos financeiros relacionados ao PMAQ-AB?	() Sim() Não

2. Roteiro para Entrevista

Atenção: Após checar se o gravador está ligado, proceder o início da entrevista com a seguinte frase introdutória:

“Entrevista (cód.), realizada no dia (.....) de (.....) de 2018, às (.....) horas, no(a) (.....), com o(a) Sr(a)(.....).”

1. Quais os principais desafios na gestão da atenção básica em seu município?
2. O PMAQ-AB possui adesão voluntária. Quais as motivações ou interesses o levaram a aderir e/ou recontratar com o PMAQ-AB? Fale um pouco sobre isso.
3. Quais os ganhos em termos de eficiência e eficácia das equipes após a implantação do PMAQ-AB?
4. Qual a sua opinião sobre o trabalho desenvolvido pelas equipes de atenção básica em seu município? Há mudanças significativas provocadas pelos movimentos disparados pelo PMAQ ?
5. A gestão utiliza-se da autoavaliação, realizada por equipes e gestão, para realizar algum planejamento de intervenções?
6. Diante dos movimentos provocados pelo PMAQ-AB, como você avaliaria a sua relação com as equipes de atenção básica?
7. O PMAQ-AB é um programa de avaliação de desempenho. Fale um pouco sobre isso.
8. Como os resultados da avaliação do desempenho das equipes (certificação) interferem na tomada de decisões por parte da gestão?
9. Fale um pouco sobre como utilizam o recurso do PMAQ-AB em seu município.
10. Quais as potencialidades, fragilidades e desafios do PMAQ-AB?

Atenção: Ao final da entrevista, antes de desligar o gravador está ligado, verbalizar a seguinte frase:

Entrevista (cód.), encerrada às (.....) horas.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de implantação do PMAQ--AB em uma região de saúde do Piauí

Pesquisador: MAILSON FONTES DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91992218.3.0000.8057

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí Campus CSHNB, Picos

Patrocinador Principal: FUND DE AMPARO A PESQ DO ESTADO DO PIAUI PROF. AFONSO SENAGONCALVES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.746.788

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "Análise de implantação do PMAQ-AB em uma região de saúde do Piauí " será desenvolvido pela pesquisador MAILSON FONTES DE CARVALHO. Este propõe uma Avaliação e monitoramento das políticas, programas e serviços de atenção a saúde no Piauí.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 GERAL

- Analisar a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica em uma região de saúde do Piauí.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Determinar alcance e a eficácia do programa na região;
- Identificar adoção, implementação e manutenção do programa nos municípios investigados.
- Relacionar os efeitos do pagamento por desempenho atrelado ao PMAQ-AB às mudanças nas práticas dos serviços de saúde.
- Desvelar técnicas de governo e práticas de controle de condutas associados ao PMAQ-AB.
- Compreender a importância e prioridade atribuída ao programa na política de saúde da região investigada;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A metodologia a ser empregada neste estudo não fere os princípios éticos e será realizada em três

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

UF: PI

Telefone: (89)3422-3003

Município: PICOS

CEP: 64.607-670

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.746.788

etapas sequenciais: análise documental, análise de dados da avaliação externa e pesquisa de campo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de grande importância para a população envolvida no trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos estão de acordo com o preconizado por esse comitê de ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1136269.pdf	21/06/2018 15:11:19		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/06/2018 15:01:11	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_GRS.pdf	20/06/2018 13:49:50	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SMS.pdf	20/06/2018 13:49:33	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Outros	Formularios_coleta_dados.pdf	18/06/2018 14:09:31	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Outros	Termo_Confidencialidade.pdf	18/06/2018 14:04:35	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Outros	CArta_encaminhamento.pdf	18/06/2018 14:02:11	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Outros	Lattes_mailson.pdf	18/06/2018 13:59:28	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	18/06/2018 13:15:43	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJ_CEP.pdf	18/06/2018 12:32:19	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.746.788

Investigador	PROJ_CEP.pdf	18/06/2018 12:32:19	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/06/2018 12:31:37	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Orçamento	Orcamento_Proj.docx	18/06/2018 12:31:14	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	18/06/2018 12:29:38	MAILSON FONTES DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 29 de Junho de 2018

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

ANEXO B

Participação de municípios e equipes do Vale do Rio Guaribas (PI) no PMAQ-AB

Município	População (IBGE 2017)	Cobertura da ESF (DAB/MS 2018)	Equipes de Atenção Básica (DAB/MS 2018)	Equipes participantes do PMAQ- AB 1º Ciclo (DAB/MS 2018)	Equipes participantes do PMAQ- AB 2º Ciclo (DAB/MS 2018)	Equipes participantes do PMAQ- AB 3º Ciclo (DAB/MS 2018)
	Hab.	%	n.	n.	n.	n.
Acauã	6.966	100%	03	00	02	03
Alagoinha do Piauí	7.526	100%	04	02	03	04
Alegrete do Piauí	4.838	100%	03	00	02	03
Aroeiras do Itaim	2.511	100%	01	01	01	01
Belém do Piauí	3.503	100%	02	01	01	02
Betânia do Piauí	6.106	100%	03	03	03	03
Bocaina	4.428	100%	02	02	02	02
Caldeirão Grande do Piauí	5.684	100%	03	01	02	03
Campo Grande do Piauí	5.842	100%	03	01	02	03
Caridade do Piauí	4.982	100%	02	01	02	02
Curral Novo do Piauí	5.251	100%	02	00	02	02
Dom Exedito Lopes	6.790	100%	03	01	03	03
Francisco Macêdo	3.128	100%	01	01	01	01
Francisco Santos	9.154	100%	04	02	04	04
Fronteiras	11.432	100%	06	00	05	06
Geminiano	5.352	100%	03	00	00	03
Ipiranga do Piauí	9.649	100%	05	02	04	05
Itainópolis	11.343	100%	06	01	05	06
Jacobina do Piauí	5.656	100%	03	01	00	03
Jaicós	18.782	100%	09	02	07	09
Marcolândia	8.342	100%	04	00	02	04
Massapê do Piauí	6.338	100%	03	02	03	03
Monsenhor Hipólito	7.621	100%	04	02	03	04

Padre Marcos	6.758	100%	03	01	01	01
Paquetá	3.886	100%	02	01	02	02
Patos do Piauí	6.288	100%	03	02	03	03
Paulistana	20.192	100%	10	00	06	10
Pio IX	18.125	100%	08	06	06	07
Picos	76.928	100%	36	15	30	36
Queimada Nova	8.842	100%	04	02	04	04
Santa Cruz do Piauí	6.140	100%	03	01	02	03
Santana do Piauí	4.559	100%	02	00	02	02
Santo Antônio de Lisboa	6.305	100%	03	00	00	00
São João da Canabrava	4.534	100%	02	01	02	02
São José do Piauí	6.602	100%	03	00	03	03
São Julião	6.261	100%	03	03	03	03
São Luís do Piauí	2.602	100%	01	01	01	01
Simões	14.398	100%	07	03	06	07
Sussuapara	6.612	100%	03	01	03	03
Vera Mendes	3.029	100%	01	00	01	01
Vila Nova do Piauí	2.931	100%	01	01	01	01
Wall Ferraz	4.390	100%	02	01	02	02
Total	370.606	100%	176	65 (37%)	137 (78%)	170 (97%)