

Redução das desigualdades socioeconômicas na qualidade da atenção básica à saúde sob o programa nacional de pagamento por desempenho do Brasil

MENSAGENS-CHAVE

- Dadas as extensas e profundas desigualdades de saúde e socioeconômicas no Brasil, é crucial avaliar até que ponto as políticas públicas reduzem ou exacerbam as disparidades.
- Uma dessas políticas é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), um esquema de pagamento por desempenho (P4P) nacional que visa fortalecer a atenção básica (AB), fornecendo pagamentos financeiros aos municípios com base na qualidade dos serviços prestados.
- Uma pesquisa longitudinal examinou as desigualdades socioeconômicas no desempenho de quase 14.000 equipes de saúde da família (prestadores de AB) durante as três rodadas do PMAQ, entre 2011-2019.
- Verificou-se que, no início do PMAQ, em 2011, a renda estava associada ao melhor desempenho das equipes de saúde da família. No entanto, ao longo do programa, as desigualdades associadas à renda, na prestação de AB, foram eliminadas. As desigualdades entre as regiões Norte e Sul também foram reduzidas.
- Uma explicação para isso é que o desenho do PMAQ ajustou os pagamentos financeiros às diferenças socioeconômicas entre os municípios. Essa descoberta tem implicações importantes sobre como o desenho de incentivos P4P pode ser usado para reduzir as desigualdades existentes no sistema de saúde.
- A redução da desigualdade na qualidade da AB não deve desviar a atenção das grandes desigualdades em saúde no Brasil, que continua sendo uma importante agenda política a ser abordada.

ANTECEDENTES

O Brasil fez progressos substanciais para alcançar a Cobertura Universal de Saúde e melhorar os resultados de saúde nas últimas duas décadas, investindo pesadamente em Atenção Básica (AB) e implementando programas inovadores em escala. As equipes de saúde da família são a base do sistema de AB do Brasil. Eles atuam como o primeiro ponto de contato e incluem pelo menos um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde em tempo integral.

Em 2011, o Brasil lançou o Programa Nacional para Melhorar o Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como uma estratégia para fortalecer ainda mais a AB, incentivando os prestadores de AB a melhorar a qualidade da atenção (ver box 1 para detalhes do PMAQ). O PMAQ foi um dos maiores esquemas P4P do mundo, envolvendo 40.000 equipes de saúde da família com despesas de US \$ 1,5 bilhão (R \$ 8,6 bilhões) entre 2011 e 2017.

O programa incluiu no seu desenho um mecanismo para lidar com os altos níveis de desigualdade no Brasil, ajustando as recompensas financeiras dadas aos municípios de acordo com sua condição socioeconômica.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Este resumo de pesquisa destaca as principais conclusões, e suas implicações para a política e para a pesquisa, sobre as desigualdades socioeconômicas na qualidade do atendimento prestado por quase 14.000 equipes de saúde da família em ciclos sucessivos do PMAQ. Embora tenha havido várias avaliações de programas de P4P ao redor do mundo, poucos consideraram a distribuição de seus efeitos e se eles exacerbam ou reduzem as desigualdades no desempenho dos profissionais de saúde. Essa área de foco é particularmente importante no Brasil, que se caracteriza por altos níveis de desigualdades socioeconômicas e de saúde, tanto entre quanto intra regiões, municípios e áreas locais.

SOBRE O PMAQ

- O PMAQ era um programa federal voluntário que fazia pagamentos financeiros aos municípios, com base no desempenho das equipes de saúde da família.
- O PMAQ foi implementado em 3 ciclos a partir de 2011: Ciclo 1 (2011-13), Ciclo 2 (2013-15), e Ciclo 3 (2015-19).
- Cada ciclo começou com uma avaliação do desempenho das equipes de saúde da família, que determinou os pagamentos mensais feitos para o período subsequente de 2-3 anos.
- O PMAQ incentivou centenas de indicadores, incluindo aqueles relacionados à qualidade estrutural do atendimento (por exemplo, disponibilidade de medicamentos, equipamentos), processo de atendimento, resultados e utilização de cuidados de saúde.
- As equipes de saúde da família alcançavam pontos, ao atingir as metas especificadas para cada indicador incentivado no PMAQ.
- Com base na pontuação do PMAQ, cada equipe participante foi colocada em um grupo de desempenho que refletia a recompensa financeira mensal.
- O valor recebido pelos municípios foi a soma das recompensas específicas das equipes de saúde da família.
- Nos dois primeiros ciclos do PMAQ, foi feito um ajuste para a desigualdade socioeconômica: os municípios do país foram divididos em seis faixas socioeconômicas e os grupos de desempenho foram definidos com referência à distribuição das notas do PMAQ dentro de cada faixa socioeconômica.

MEDIDAS USADAS NESTA PESQUISA

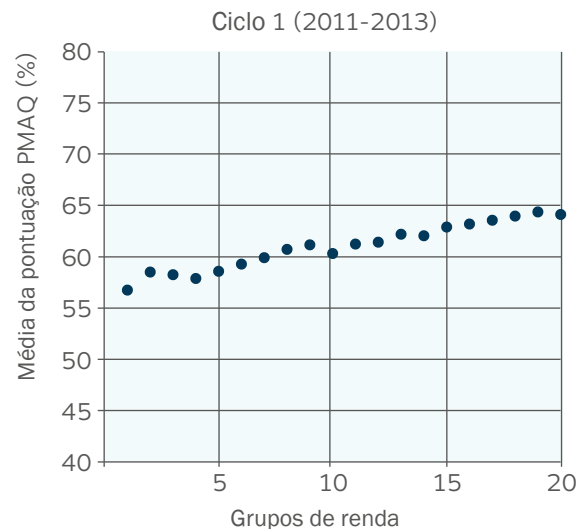
Desempenho: O desempenho das equipes de saúde da família, proxy da qualidade da assistência, foi medido por meio da pontuação do PMAQ de 0 a 100, sendo 0 a menor pontuação possível e 100 a maior pontuação possível.

Status socioeconômico: O status socioeconômico de cada área local foi medido como a média renda familiar mensal no local das equipes de saúde da família. Para a análise, as áreas locais foram alocadas em 20 grupos de renda, classificados dos mais pobres (1) aos mais ricos (20).

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

A pesquisa documentou uma redução da desigualdade na qualidade da atenção básica à saúde prestada pelas equipes de saúde da família participantes do PMAQ - tanto entre áreas locais relativamente ricas quanto pobres, e entre regiões geográficas.

- 1 No início do PMAQ, as equipes de saúde da família das áreas mais ricas tinham melhor desempenho do que as das áreas mais pobres.



No momento do primeiro ciclo (2011), a renda da área local estava associada a pontuações mais altas do PMAQ em toda a distribuição de renda, embora a força da relação fosse modesta. Isso provavelmente se deve às desigualdades pre-existentes na qualidade dos provedores de atenção básica antes do início do PMAQ, uma vez que a coleta de dados foi realizada antes do pagamento de bônus.

- 2 Ao longo do PMAQ, houve redução da desigualdade na qualidade dos serviços de atenção básica prestados.

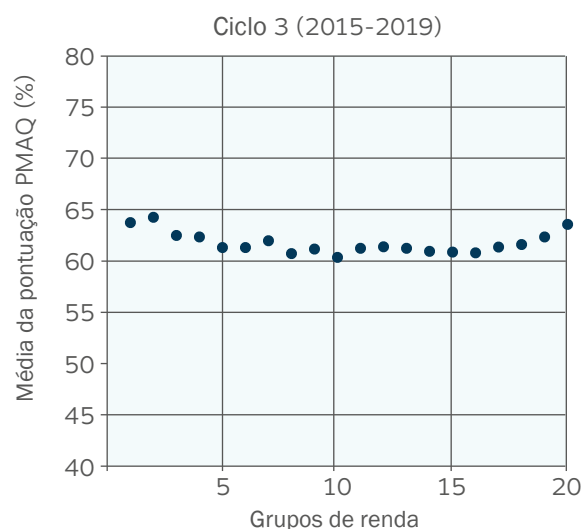
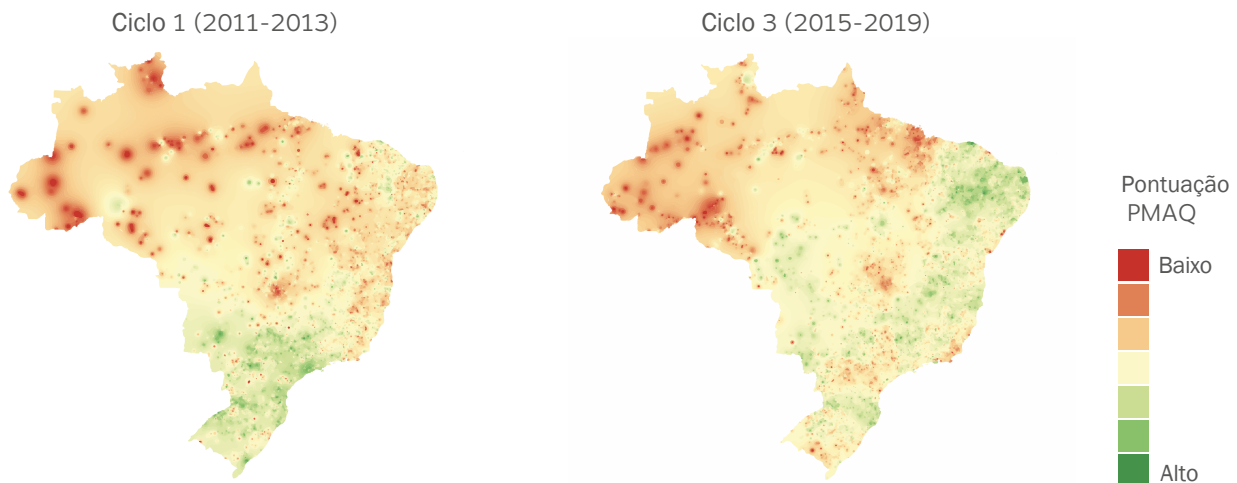


Figura 1: Variação geográfica no desempenho do PMAQ



A desigualdade de renda nas pontuações do PMAQ diminuiu ao longo do tempo e, na terceira rodada (2015-2019), não havia diferença perceptível de desempenho entre as áreas mais ricas e mais pobres. O desempenho das equipes de saúde da família nos 5% mais pobres da distribuição de renda da área local melhorou em três rodadas, enquanto as dos 5% melhores não tiveram nenhuma melhora.

- 3** As desigualdades de desempenho entre a região mais desfavorecida (Norte) e a mais rica (Sul), também reduziram durante o PMAQ.

No início do PMAQ, as equipes de saúde da família da região Norte apresentavam pior desempenho em relação à região Sul (figura 1). No entanto, entre as rodadas 1 e 3, o desempenho de muitas equipes da região Norte melhorou, enquanto as equipes da região Sul e grupos concentrados de equipes na região norte começaram a ter um desempenho pior.

- 4** Uma explicação provável para o estreitamento da lacuna socioeconômica no desempenho do PMAQ está relacionada ao desenho do PMAQ.

Os incentivos financeiros do PMAQ foram ajustados de acordo com as diferenças socioeconômicas entre os municípios, nas duas primeiras rodadas. Isso significa que os municípios mais pobres receberam recompensas maiores do que receberiam de outra forma, o que - se investido em serviços de AB - poderia reduzir as desigualdades de desempenho.

IMPLICAÇÕES PARA A POLÍTICA

- No desenho dos programas P4P, os formuladores de políticas devem considerar o ajuste das recompensas para as diferenças socioeconômicas entre as áreas, como um meio de abordar desigualdades no atendimento à saúde.
- Os formuladores de políticas devem reconhecer o valor do monitoramento de desempenho como parte dos programas P4P e tornar esses dados de rotina disponíveis ao público para melhorar a transparência.
- Há uma agenda inacabada - os formuladores de políticas devem ser pró-ativos no direcionamento dos determinantes sociais da saúde, para enfrentar as grandes iniquidades em saúde que persistem até hoje no Brasil.

Mais informações: <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres-projects-groups/equipmaq>

Baseado em: Kovacs, Roxanne et al. Desigualdades socioeconômicas na qualidade da atenção primária no programa nacional de remuneração por desempenho do Brasil: um estudo longitudinal de equipes de saúde da família. *The Lancet Global Health*, Volume 9, Edição 3, e331-e339 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30480-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30480-0)

Sobre o EQUIPMAQ: O projeto EQUIPMAQ investiga como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) afetou as desigualdades socioeconômicas no financiamento e na prestação da AB. Somos uma equipe multidisciplinar de pesquisadores com sede no Reino Unido e Brasil.

A pesquisa é financiada pelo UK Medical Research Council, Newton Fund e CONFAP (Conselho Nacional das Fundações Estaduais de Amparo à Pesquisa, através das FAPs do DF, Paraíba e Pernambuco).