

## O PMAQ-AB ENQUANTO FERRAMENTA DE GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE A PARTIR DAS PERCEPÇÕES DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

*Erika Diniz Jales<sup>1</sup>, Renata Dantas Jales<sup>2</sup>, José Giovanni Nobre Gomes<sup>3</sup>*

1. Enfermeira Residente da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade – UERN/PMM, Rua Doutor Raul Alencar, 234, Centro, Umarizal-RN, CEP: 59.865-000, e-mail: erikadinniz@yahoo.com.br  
2. Enfermeira Residente da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família e Comunidade – UERN/PMM, Rua Pompeu Teixeira, 255, Centro, Patu-RN, CEP: 59.770-000, e-mail: renatadantas\_jales@hotmail.com  
3. Doutor em Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PPGCSa, DINTER UFRN/UERN. Professor Adjunto II da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e Coordenador do Curso de Enfermagem do CAMEAM/UERN. Rodovia BR-405, S/n - Arizona, Pau dos Ferros-RN, 59900-000, e-mail: jgiovanninobre@gmail.com

### RESUMO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica é uma estratégia para fortalecer a Atenção Básica à Saúde. O presente artigo objetiva avaliar este Programa enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde, a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde da atenção básica de oito municípios que compõe a VI Regional de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Foi realizado um estudo exploratório, com abordagem descritiva, de natureza qualitativa e quantitativa. A pesquisa envolveu gestores e profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família de oito municípios da VI Regional de Saúde Pública. A coleta de dados foi realizada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número: 1.447.377/2016. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada para os gestores e questionário para os demais profissionais. A análise dos dados qualitativos deu-se pelo método de Análise Temática e os dados quantitativos por meio de estatística descritiva de valores absolutos e medidas de tendência central pelo programa IBM SPSS Statistics®. Identificou-se que o programa é uma estratégia para fazer com que os municípios cumpram a Política Nacional da Atenção Básica, incentivando-os, financeiramente, à cumprirem com metas e, conseqüentemente, melhorar o acesso, a qualidade da assistência à saúde e qualificar a gestão do trabalho em saúde. Concluiu-se que resolvendo os impasses, a produtividade e o desempenho dos profissionais de saúde ampliarão e os objetivos propostos pelo programa serão alcançados.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde. Gestão em saúde. Avaliação de desempenho profissional.

## **PMAQ-AB AS A TOOL FOR THE MANAGEMENT OF HEALTH WORK FROM THE PERCEPTIONS OF MANAGERS AND HEALTH PROFESSIONALS**

### **ABSTRACT**

The National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care is a strategy to strengthen Basic Health Care. This article aims to evaluate this Program as health work management tool from the perceptions of managers and health professionals of the basic health care of eight municipalities that compose the 6th Regional Public Health of Rio Grande do Norte. An exploratory study was conducted, with a descriptive approach and a qualitative and quantitative nature. The research involved managers and professionals linked to the Family Health Strategy of eight municipalities of the 6th Regional Public Health. Data collection was done after approval by the Research Ethics Committee under the number: 1.447.377/2016, a semi-structured interview script was used for managers and a questionnaire for other professionals. The analysis of the qualitative data was done by the Thematic Analysis method and the quantitative data by means of descriptive statistics of absolute values and measures of central tendency by the program IBM SPSS Statistics®. It was identified that the program is a strategy to get municipalities to comply with the National Primary Care Policy, financially encouraging them to meet goals and, consequently, to improve access, quality of health care and qualify the management of health work. It was concluded that solving the deadlocks, productivity and performance of health professionals will broaden and the objectives proposed by the program will be achieved.

**Keywords:** Primary Health Care. Health management. Professional performance evaluation.

### **INTRODUÇÃO**

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou significativamente desde a sua criação até os dias atuais, evidenciando a relevância do serviço prestado pela Atenção Básica à Saúde (ABS) para efetivação desta política pública. Estabelecida por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consentida a partir da Portaria MS/GM N 2.436, de 21 de setembro de 2017, a ABS é uma estratégia de reorientação do modelo de atenção que demonstra ser o elemento chave na constituição dos sistemas nacionais de saúde, uma vez que influencia diretamente nos indicadores de saúde e regula a utilização dos recursos de alta

tecnologia, respeitando os princípios e diretrizes do SUS e atendendo as reais necessidades da população (1-2).

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, foi instituído em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), através dele pode se ter um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à ABS, bem como, mensurar os efeitos da política de saúde, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS, visibilizar os resultados alcançados e fortalecer o controle social (3).

Considerando que o PMAQ é um programa relativamente novo e de ampla magnitude, torna-se indispensável que sejam realizados estudos sobre as mudanças que aconteceram nos serviços de saúde da AB dos municípios, após a adesão das Equipes de Saúde da Família no PMAQ, de acordo com a visão dos profissionais e gestores. Também são relevantes pesquisas sobre a utilização do programa como uma política de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica pela gestão municipal, bem como uma ferramenta de gestão do trabalho em saúde, não ficando restrita apenas a avaliação realizada pelo próprio Ministério da Saúde.

Este estudo objetiva avaliar o PMAQ-AB enquanto ferramenta de gestão do trabalho em saúde por resultados mensuráveis, garantindo a qualidade e o acesso da Atenção Básica, a partir das percepções dos gestores e profissionais de saúde da AB de oito dos municípios que compõe a VI Regional de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (VI URSAP).

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem descritiva, de natureza qualitativa e quantitativa (4-6).

A pesquisa foi realizada em oito municípios da VI URSAP do Rio Grande do Norte, sendo eles: Umarizal, Olho d'Água do Borges, Viçosa, Martins, Patu, José da Penha, Frutuoso Gomes e Riacho da Cruz, no período de junho a agosto de 2016.

Houve contato com todos os 35 (trinta e cinco) municípios da VI URSAP que aderiram ao PMAQ, com o propósito de informar sobre a pesquisa, contudo apenas esses oito municípios demonstraram interesse diante da realização do estudo.

Após assinatura da Carta de Anuência pelos Secretários Municipais de Saúde (SMS), iniciou-se a coleta de dados, sendo esta dividida em dois momentos: o primeiro com os gestores municipais da saúde e o segundo com os profissionais de saúde vinculados à Estratégia de Saúde da Família.

A coleta de dados foi feita mediante roteiro de entrevista semiestruturada, para os gestores, haja vista que este tipo de entrevista é conduzida baseando-se em uma estrutura flexível, composta por questões abertas e o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (7).

A coleta foi realizada durante as reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR), na sede VI URSAP, localizada na BR 405, KM 3, Bairro Arizona, Pau dos Ferros-RN, CEP 59.900-000, e nos próprios municípios, durante a visita para colocar em prática a segunda parte para obtenção dos dados.

Com os profissionais vinculados à Atenção Básica, a coleta dos dados foi realizada mediante a aplicação de questionário contendo 40 (quarenta) questões (uma subjetiva e as demais objetiva). Este é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do investigador. Tal instrumento foi escolhido, tendo em vista que economiza tempo, viagens e obtém grande número de dados, consegue respostas mais rápidas e mais precisas e por haver maior liberdade nas respostas em razão do anonimato (8).

Como tentativa de conhecimento da realidade da região, a proposta foi convidar para participar do estudo um profissional de cada categoria por município, no caso, um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, um técnico de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e um agente comunitário de saúde, todos vinculados a mesma equipe de Saúde da Família (eSF), totalizando 48 (quarenta e oito) profissionais.

No entanto, devido à grande dificuldade de encontrar todos de uma mesma eSF na mesma Unidade de Saúde da Família (UBS), preferiu-se realizar o estudo com tais profissionais independente de qual área estavam ligados, uma vez que muitas UBS visitadas possuíam mais de uma equipe cadastrada ou então, a estrutura física daquela unidade fazia com que outras equipes a utilizassem para realizar seus trabalhos e reuniões, ou ainda para registrar o ponto eletrônico.

A amostra do estudo era de 56 (cinquenta e seis) pessoas, sendo oito Secretários Municipais de Saúde e 48 (quarenta e oito) profissionais. Contudo, um dos critérios de exclusão para realização da pesquisa com os profissionais da saúde, era a ausência dos mesmos na UBS no momento da coleta dos dados, diante do exposto,

participaram do estudo quantitativo 43 (quarenta e três) pessoas, uma vez que quatro médicos e um Agente Comunitário de Saúde estavam dispersos. Assim também aconteceu com os gestores municipais da saúde, tendo como quantidade final sete Secretários.

Para resguardar a identidade dos participantes no final da fala dos mesmos será colocada a função seguida de uma letra do alfabeto em ordem sequencial, por exemplo, Gestor A, Gestor B, Enfermeiro A, Cirurgião-dentista B, e assim por diante.

A análise dos dados qualitativos se deu pelo método de Análise Temática (9), a qual se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Após o processo de apreciação dos dados qualitativos, os questionários respondidos pelos profissionais foram tabulados e organizados em forma de texto e tabelas, utilizando o programa IBM SPSS Statistics®, sendo a análise trabalhada por estatística por meio de estatística descritiva de valores absolutos e medidas de tendência central.

O projeto foi apresentado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e aprovado sob o parecer consubstanciado nº 1.447.377/2016. Foram respeitados os princípios éticos na pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (10).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise quantitativa foi composta por 12 (27,9%) participantes do sexo masculino e 31 (72,1%) do sexo feminino, com idades que variam entre 20 a 81 anos, predominando 26 a 32 anos, destes 13 (30,2%) eram servidores efetivos e 30 (69,8%) apresentam contratos temporários. A Tabela 1 apresenta a qualificação, tempo que exerce a função e tempo de serviço destes profissionais na equipe.

Verificou-se que a maioria dos profissionais que trabalham nas equipes não possui vínculo estável com a administração pública. Entretanto, a permanência do contrato tende a manter-se, pois o tempo de serviço dos servidores se prolonga consideravelmente. 48,8% dos servidores que não têm ensino superior completo ocupam os cargos de Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Enfermagem e Técnico em Saúde Bucal, que não exigem este grau de instrução para contratação. Dos 23 funcionários entrevistados destas três categorias, somente dois possuem ensino superior.

**Tabela 1:** Qualificação e tempo de serviço dos entrevistados.

Variável	Valor absoluto	Porcentual
<b>Grau de instrução</b>		
Fundamental	1	2,3%
Ensino Médio	20	46,5%
Superior	9	20,9%
Especialização	11	25,6%
Mestrado	2	4,7%
<b>Período que exerce a função</b>		
Menos de 1 ano	7	16,3%
1 a 2 anos	4	9,3%
2 a 5 anos	12	27,9%
5 a 10 anos	6	14%
Mais de 10 anos	14	32,6%
<b>Tempo de serviço na equipe</b>		
Menos de 1 ano	10	23,3
1 a 2 anos	4	9,3
2 a 5 anos	16	37,2
5 a 10 anos	6	14
Mais de 10 anos	7	16,3%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Um número considerável dos participantes, 39 (90,7%), informaram que as estratégias de Educação Permanente (EP) são construídas baseadas em temas e necessidades definidas com todos os profissionais das eSF e de equipe de Saúde Bucal (eSB) junto com a gestão municipal, no entanto, 10 (23,3%) declararam que a gestão não viabiliza a participação profissional em cursos de atualizações, qualificação e pós-graduação, confrontando com 32 (74,4%) que afirmaram que a gestão viabiliza e 1 (2,3%) que não soube responder.

O PMAQ entende que é primordial a aplicabilidade da Educação Permanente em saúde, uma vez que objetiva aproximar-se do cotidiano do profissional vinculado ao SUS e as reais necessidades da população, ou seja, é a reflexão crítica e coletiva de práticas cotidianas (11-13). A necessidade de reformular o processo de qualificação dos serviços e profissionais é nítida quando se analisa o redirecionamento do modelo assistencial. O processo de trabalho em saúde exige trabalhadores, gestores e usuários com maior capacidade de intervenção e autonomia para estreitar os elos entre concepção e execução do trabalho (3).

Partindo deste pressuposto, a EP é uma estratégia de gestão. O PMAQ não trata esta estratégia apenas como participação em cursos, mas sim como parte de um planejamento e programação das ações coletivas e no desenrolar dos problemas/necessidades de saúde apresentados pela população. Todavia, pelos dados expostos, faz-se pensar sobre a maneira de como a gestão está implantando a Política Nacional de Educação Permanente no município, uma vez que uma parcela

considerável advertiu a necessidade de qualificação, que pode ser justificada pela falta de resolutividade da EP ou pela falha no processo de continuidade das ações (11, 14).

Quando questionados sobre a gestão municipal qualificar os processos de trabalho, 30 (69,8%) profissionais informaram que sentem a necessidade de ações que instruem, por exemplo, a capacidade de realizar o acolhimento aos problemas agudos de saúde, além de situações que trabalhem a integração entre os membros das equipes e orientem o trabalho em função de prioridades, metas e resultados definidos pela equipe, gestão municipal e comunidade.

Encontra-se aqui um ponto controvertido, pois se há EP, mas carece de qualificação, fica claro a falha na implementação deste método. É possível que os métodos aplicados não sejam coordenados por critérios técnicos continuados de aferimento do estudo realizado e espanta, inclusive, a possibilidade de ausência da feita das atividades ou a inexistência de meios que apreciem os feitos e classifique e avaliem os resultados.

Ao pôr-se em dúvida a valorização e a promoção da gestão para com a autonomia dos profissionais após o PMAQ, 26 (60,5%), em contraposição a 17 (39,5%), afirmaram que esta é estimada. A autonomia encontra-se inclusa dentro de um dos objetos de trabalho do PMAQ, o apoio institucional, que visa transformar os modelos de gestão verticalizados, tão conhecidos pelo modelo hegemônico, em relações horizontais, que ampliem a democratização, a autonomia e o compromisso dos trabalhadores e gestores, baseando-se em vínculos ininterruptos e solidários entre a gestão e a equipe, contemplando demandas e ofertas de ambos (3).

Além do PMAQ, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), lançada em 2003, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores da saúde e usuários na construção dos processos coletivos de saúde, afirmando que a falta de autonomia dos profissionais é um dos fatores que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras (15).

Sobre o acolhimento ao usuário quando este busca assistência à saúde nas UBS, 35 (81,4%) afirmaram que acreditam em sua satisfação, e considera que é desvendado o mito de que os serviços ofertados pelo SUS são de baixa qualidade e estão relacionados à população pobre. Inclusive 100% informaram que realizam atendimentos de demanda espontânea (consulta no dia e atendimento de urgência).

O acolhimento só é possível ser enfatizado com a expansão e a reorientação da Política da ESF (16). Além disso, este é considerado diretriz operacional para reorganizar a lógica de funcionamento dos serviços de saúde na prestação do

cuidado, e vem sendo valorizado como uma prática, além de ser uma característica do processo de trabalho da ESF e atribuição comum a todos os membros da equipe multiprofissional. O atendimento da população por meio de demanda espontânea demonstra que realmente há o acesso oportuno e universal da assistência à saúde aos usuários (17).

Com relação a situações inadequadas de condições de trabalho, 22 (51,2%) dos entrevistados afirmaram a existência deste fato que, ainda segundo estes, comprometem sua capacidade profissional (69,8%, contrapondo-se a 30,2%). Já quando questionados sobre a satisfação com quantidade de usuários cobertos por sua área de abrangência, 39 (90,7%) dos partícipes alegaram serem contentados.

A porcentagem sobre a satisfação do usuário ao buscar assistência pode ser influenciada pelas condições inadequadas de trabalho, causadas pela falta de autonomia e pela insuficiência de materiais e insumos indispensáveis para a correta atuação profissional, mas não pela divisão da área de abrangência desses profissionais, uma vez que alegaram serem satisfeitos com a quantidade de usuários limitados em suas equipes.

Sobre o repasse financeiro realizado pelo Governo Federal, 37 partícipes (86%) informaram que este é insuficiente para uma AB de qualidade, motivando a questionar o conhecimento destes sobre a Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007 e como é o financiamento realizado pelo município. Segundo esta Portaria, o financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (18).

Conforme todos os entrevistados de um dos municípios estudados, este não passou pela avaliação externa e as equipes de Atenção Básica não foram certificadas, recebendo, portanto, apenas 20% do valor referente a adesão ao programa. Os profissionais desta equipe de Saúde da Família informaram que não recebem gratificação. Além dos cinco servidores desta cidade, um Auxiliar em Saúde Bucal e os quatro médicos participantes também informaram não receber gratificação, mesmo tendo suas equipes certificadas. Os demais 33 (76,7%) afirmaram receber adicional após adesão e certificação do programa.

Também aferiu-se sob os critérios de avaliação dos profissionais que recebem a recompensa, 9 (20,9%) alegaram que a gestão municipal não repassa a gratificação aos profissionais de saúde com base no desempenho destes nas equipes. Porém, 24 (55,8%) confirmaram a consciência dos profissionais em harmonia com os preceitos do programa, e 10 (23,3) declaram não receber adicional e não quiseram opinar.



Em se tratando da concordância deste critério, ou seja, do repasse ser feito de acordo com a performance da equipe e, mais especificamente, dos profissionais, o índice de anuência sobe para 31 (72,1%), equiparando-se com 10 (23,3%) que não opinaram por não receber a gratificação e 2 (4,7%) que desconcordaram.

Quando instigados a mencionarem como estes consideram a gratificação do PMAQ repassada pelos municípios, 26 (60,5%) servidores declaram que o valor que recebe é insuficiente, uma vez que o valor é irrisório diante das atividades realizadas, 12 (26%) alegaram que o valor é suficiente para satisfazer o profissional, 2 (4,7%) informaram que o valor é dispensável, já que a ESF realiza as mesmas atividades e ações solicitadas pelo PMAQ e 3 (7%) decidiram não opinar, pois não recebem gratificação.

Com base na quantidade de atividades, ações e responsabilidades após a adesão do PMAQ, 31 (72,1%) partícipes disseram que estas aumentaram consideravelmente, em contradição a 11 (25,6%) que relataram que o serviço equipara-se a quando a equipe não era aderida ao Programa, e 1 (2,3%) relatou que seu trabalho foi reduzido após a adesão. Inclusive, segundo os constituintes, as atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) foram intensificadas e mais organizadas após o PMAQ (35, 81,4%, servidores em paradoxo com 8, 18,6%).

Ao aderir ao PMAQ os municípios recebem um incentivo financeiro de acordo com o desempenho das equipes e da gestão analisadas pelo processo de Avaliação Externa. Esta avaliação é coordenada de forma tripartite e realizada por instituições de ensino e/ou pesquisa, por meio da verificação de evidências para um conjunto de padrões previamente determinados (19). O município é autônomo para decidir a gestão estratégica dos recursos, optando sua utilização tanto para a melhoria estrutural das unidades como para gratificação diretamente aos profissionais, assim como também para outras finalidades descritas na Portaria GM/MS Nº 204 (18-19).

Entendendo que cabe aos profissionais o intento subjetivo de aderir e contratualizar o programa em suas respectivas equipes, os municípios aqui estudados destinam parcela do montante financeiro aos servidores vinculados a Atenção Básica. Entretanto, nem sempre a porcentagem é satisfatória e condizente com o grau de dificuldade e responsabilidade em forma de retribuição adicional (20).

O desempenho consiste na aplicabilidade suplementar de algum esforço, assim, é indispensável a influência de uma motivação para o alcance deste objetivo. A gratificação auferida manifestar-se como um componente que afeta a performance, alterando o estado psicológico de disposição e elevando o interesse de executar

tarefas e alcançar metas. Neste caso, ao invés de determinar o modo de produção, aponta-se o que se espera do trabalhador e o que se espera do produto, deixando-o responsável pelo sucesso ou fracasso da produção, que será avaliado de forma a premiá-lo ou puni-lo, de acordo com o seu desempenho individual. É um sistema de recompensas (20).

Observa-se ainda a inevitabilidade de questionar a PNAB e o PMAQ. Em conformidade com a Portaria nº 2.436, que institui a PNAB, este tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, sendo que a ESF deverá seguir as diretrizes da AB e do SUS. O PMAQ entra neste contexto a partir do momento em que o governo federal, progressivamente, se comprometeu a desenvolver ações voltadas para melhoria do acesso e da qualidade do SUS, sendo que este programa objetiva avaliar os resultados desta política de saúde, destacando o componente da AB (1, 3).

O programa surge na tentativa de incentivar os municípios e os profissionais a concretizar as atribuições gerais e específicas da PNAB, por isso, que os profissionais se deparam com um aumento considerável das ações da ESF e do PSE, só que são ações que já eram para estarem sendo realizadas desde a instituição destes.

Os profissionais das equipes de AB devem ter atuações operacionais supervisionadas, pois o desempenho individual e isolado, não é capaz de causar por si só os efeitos desejados pelo programa. Cabe, portanto, a toda a equipe, em atividades coordenadas, gerar efeitos em cadeia que repercuta na organização como um todo (3). A implementação ou revisão dos processos de avaliação de desempenho é um potente instrumento de gestão do trabalho, relacionado à qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS. Ao estudar a contribuição individual e coletiva das equipes de trabalho, é possível redefinir processos, pactuar metas e orientar os processos de desenvolvimento, permitindo refletir sobre o serviço ofertado (2).

Com relação a opção dos gestores sobre o empenho dos recursos (estruturação da unidade e gratificação), as quantias destinadas a investimento em obras de melhoria estrutural, mobiliário, insumos e demais equipamentos deve ser obrigatoriamente investido em benefício de ações que realmente melhorem o acesso e a qualidade da Atenção Básica (12, 19). Com descrição ao conhecimento quanto a destinação final dos recursos do PMAQ, 23 (53,5%) informaram ser conscientes, os demais ou não recebem 10 (23,3%) ou realmente desconhecem a aplicação real dos recursos (10 profissionais, 23,3%).

Quando interrogado sobre a gestão municipal ter utilizado o recurso do Programa para favorecer a infraestrutura física e a aquisição de equipamentos, 32 (74,4%) dos entrevistados responderam positivamente. Além disso, de acordo com 30 (69,8%) participantes, esse investimento permitiu a garantia de privacidade visual e auditiva durante o atendimento individual aos usuários. Com relação a estrutura física das UBS onde os entrevistados atuam, 11 (25,6%) informaram que esta era muito boa, 22 (51,2%) relataram que era boa, 8 (18,6%), regular e 2 (4,7%) disseram que era precária.

Conforme o Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF existe uma série de padrões essenciais e estratégicos de qualidade que servem para a classificação das equipes durante a avaliação externa (3). Na tentativa de fazer uma análise sobre como estão os municípios estudados, acrescentou-se no questionário uma amostragem de alguns itens básicos que são de suma relevância para uma assistência à saúde digna para os cidadãos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Amostragem de insumos e materiais básicos para uma assistência à saúde digna, de acordo com o Manual Instrutivo do PMAQ.

Descrição	Sim		Não		Não souberam informar	
	Nº	%	Nº	%	N	%
Insumos em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações de saúde e atividades educativas	29	67,4	11	25,6	3	7
Nebulizador	37	86	4	9,3	2	4,7
Glicosímetro e tiras reagentes suficientes para atender a demanda	27	62,8	10	23,3	6	14
Instrumental para realizar pequenas cirurgias	23	53,5	17	39,5	3	7
Instrumental para retirada de ponto	43	100	-	-	-	-
Medicamentos de urgência e emergência	22	51,2	17	39,5	4	9,3
Oftalmoscópio	14	32,6	24	55,8	5	11,6
Autoclave	38	88,4	4	9,3	1	2,3
Geladeira exclusiva para vacina	40	93	1	2,3	2	4,7
Aparelho de Raio X odontológico	30	69,8	12	27,9	1	2,3
Avental de chumbo com protetor de tireóide	16	37,2	22	51,2	5	11,6
Materiais e insumos necessários para o trabalho dos ACS	28	65,1	7	16,3	8	18,6
Material impresso em quantidade suficiente para o desenvolvimento regular das ações em saúde	41	95,3	2	4,7	-	-
Equipamentos de proteção individual de forma regular e suficiente	36	83,7	4	9,3	3	7
Água mineral para os profissionais	37	86	5	11,6	1	2,3
Água mineral para os usuários do serviço	37	86	5	11,6	1	2,3
Copos descartáveis para os usuários do serviço	39	90,7	3	7	1	2,3
Linha telefônica	19	44,2	23	53,5	1	2,3
Computador	37	86	5	11,6	1	2,3
Impressora	29	67,4	13	30,2	1	2,3
Internet	41	95,3	2	4,7	-	-
Registro de ponto eletrônico	31	72,1	12	27,9	-	-
Mural informativo	43	100	-	-	-	-
Veículo oficial para realização de atividades externas e atendimentos domiciliares	29	67,4	14	32,6	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Ao julgar a Tabela 2, observa-se que nenhum dos oito municípios analisados apresentam todos os itens solicitados e questionados durante a avaliação externa, pelo próprio PMAQ. Os questionamentos apontados nesta tabela foram os que mais divergiram entre o posicionamento crítico dos profissionais, como por exemplo, a parte que cabe a saúde bucal, como aparelho de Raio X odontológico e avental de chumbo com protetor de tireóide tinham respostas diferentes com servidores que faziam parte da mesma equipe. Assim como também, de maneira geral, houveram profissionais que não souberam informar se havia geladeira de uso exclusivo para vacina na USF, computador, linha telefônica, dentre outros itens que são nítidos a presença ou não.

Essa análise carece de um detalhe especial para questionar se há reuniões administrativas, seja para realizar um Projeto Terapêutico Singular em algum paciente, ou seja pelo simples fato de avaliar uma caderneta de vacina atrasada de uma criança, ou ainda, para interrogar se esses profissionais estão somente vinculados a sua “sala de trabalho” desconhecendo as diversas possibilidades ao seu redor.

Com relação ao planejamento de manutenção das instalações físicas e equipamentos odontológicos, 26 (60,5%) entrevistados informaram haver manutenção de forma regular e sistemática, entretanto, 8 servidores (18,6%) negataram a questão e 9 (20,9%) não souberam informar. A respeito do registro e monitoramento de solicitação de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como retornos (referências e contrarreferências), 35 (81,4%) dos profissionais afirmaram que fazem esta supervisão em suas unidades.

Sobre a influência do PMAQ no cumprimento da carga horária profissional, 23 (53,5%) dos servidores afirmaram que realmente houve persuasão, que pode-se dar pela melhoria das condições de trabalho e pela gratificação recebida após certificação do Programa e por ser uma exigência para permanência da equipe no PMAQ (10).

No que diz respeito a colaboração do município para que o objetivo do PMAQ seja cumprido, 38 colaboradores (88,4%) afirmaram que há essa preocupação pela gestão municipal. Ademais, 37 (86%) declararam que a gestão organiza e adota ações de monitoramento no âmbito da Atenção Básica. 42 (97,7%) dos participantes que afirmaram que sabem o que precisa ser melhorado para que sua equipe seja certificada com uma melhor pontuação nas próximas avaliações externas.

Verifica-se que existe uma preocupação por parte da gestão em atingir o objetivo do PMAQ e que esta organiza e adota medidas de monitoramento dos indicadores da Atenção Básica, todavia, sendo este um dos critérios de grande peso na avaliação

externa do PMAQ e por ser um programa de monitoramento, de acordo com os entrevistados, esta preocupação não acontece em todos os oito municípios estudados.

A Tabela 3 apresenta a descrição dos gestores participantes desta pesquisa. Já os dados sobre a adesão dos municípios, estão detalhados na Tabela 4.

**Tabela 3:** Descrição, de modo geral, dos gestores municipais que participaram deste estudo.

Secretário Municipal de Saúde	Sexo	Idade	Formação	Período que exerce a função de gestor
SMS 1	F	44 anos	Pedagoga e Assistente Social	04 anos
SMS 2	F	42 anos	Ensino médio completo	03 anos
SMS 3	M	50 anos	Enfermeiro	16 anos
SMS 4	F	51 anos	Assistente Social	04 anos
SMS 5	M	37 anos	Administrador	01 ano
SMS 6	F	48 anos	Assistente Social e Bacharel em Direito	02 meses
SMS 7	F	27 anos	Pedagoga	02 anos

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

**Tabela 4:** Descrição sobre a adesão dos municípios ao PMAQ.

Município	Quantidade de eSF no município	eSF que possuem eSB	Quantidade de equipes aderidas ao PMAQ	Ciclo de adesão ao PMAQ	Quantidade de equipes inicialmente aderidas	Cobertura populacional
Frutuoso Gomes	02	02	02	Primeiro	02	100%
Martins	04	04	03	Segundo	03	100%
Olho d'Água do Borges	02	02	02	Segundo	01	80%
Patu	05	05	05	Primeiro	02	100%
Riacho da Cruz	02	02	01	Primeiro	01	100%
Umarizal	05	05	05	Primeiro	02	100%
Viçosa	01	01	01	Primeiro	01	100%

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2016.

Questionou-se aos Secretários qual o objetivo e significado do Programa, constatando-se a confirmação de que o programa é uma estratégia do Governo Federal para fazer com que os municípios cumpram com o que está estabelecido pela PNAB, aumentando o monitoramento e incentivando, financeiramente, os municípios para cumprirem com metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, melhorar significativamente o acesso e a qualidade da assistência à saúde prestada à população (2, 10, 21).

O PMAQ veio como um suporte financeiro para os municípios, que era a necessidade principal. Além de avaliar o serviço, a assistência e a estrutura das unidades de saúde, como todo o município. E desta forma, ele vem beneficiar tanto a população, como a gestão, como os profissionais. (GESTOR A).

[...] o PMAQ não exige, nada além daquilo que o Ministério da Saúde, através Portaria da Atenção Básica, já institui como atribuição. (GESTOR F).

Também foi abordado quais foram as mudanças perceptíveis na qualidade e no acesso dos serviços da AB prestada pelos municípios após a adesão ao PMAQ. Neste quesito, muito foi falado sobre a utilização do recurso para gratificar os profissionais das eSF e das eSB, bem como sobre a utilização para aumentar a aquisição de insumos e materiais, permanentes ou não.

Houve muita, principalmente, com relação a estrutura. [...] E hoje, conseguimos gratificar o profissional e utilizar mais recursos para ser investido com insumos. [...] Quando você gratifica o profissional, eu acho ele mais interessado, ele bem envolvido. (GESTOR D).

O município o qual estou a frente [...] não apresenta mudanças, no que diz respeito ao acesso e a qualidade dos serviços de Atenção Básica. [...] O PMAQ, aqui, é entendido [...] como complemento salarial e que, mesmo na Lei Municipal [...] esteja presente outras formas de aplicar o dinheiro, a serviço de Infraestrutura, como por exemplo, o que de fato vigora é apenas a parte da Lei que destina o PMAQ como pagamento de incentivo aos profissionais da Atenção Básica, [...] aplicado com significado de gratificação ou acréscimo salarial. (GESTOR F).

Nenhum dos gestores mencionou a utilização dos recursos para qualificar seus profissionais afim de melhorar a visão crítica e reflexiva destes e, assim, conseguir visualizar o conceito ampliado de saúde e realmente pôr em prática o princípio da integralidade do usuário. Ficou notório o interesse financeiro pelo recurso repassado pela União aos municípios.

Durante os anos de 1950 até meados de 1980, a preocupação dos gestores públicos na área da saúde voltava-se para o financiamento e a organização da assistência à saúde, enquanto que a questão de recursos humanos, mesmo que fosse fundamental, era vista como um insumo, ao lado de recursos materiais e financeiro. Tal situação era devido o modelo Taylorista/Fordista, que vigorou entre os anos de 1950 a 1970, no qual a organização do trabalho não permitia intervenções nos processos produtivos e pouca autonomia por parte dos trabalhadores. Observou-se que os efeitos deste modelo ainda são claros em alguns gestores atuais (21).

Indagou-se sobre como aumentar a resolutividade do programa para melhorar os indicadores de saúde, percebendo-se a necessidade de uma maior fiscalização por parte do Ministério da Saúde e da primordialidade de trabalhar os profissionais e a gestão administrativa como um todo sobre como utilizar o recurso advindo do programa e qual é verdadeiramente o seu objetivo.

[...] quando vem a visita externa, todo mundo se empolga, todo mundo se organiza. (GESTOR D).

Ao invés da avaliação anual, ser semestral. Porque ela traz o monitoramento para que a gente possa avaliar indicadores e ter tempo de entrar no projeto de intervenção, planos de intervenção em relação a indicadores [...]. (GESTOR E).

O PMAQ não resolverá a falta de condições de trabalho como um todo [...]. Falta entendimento sobre o que seja PMAQ, sobre como fazer uso do seu recurso. Falta capacitação direta e contínua para os gestores e os profissionais [...] sobre a funcionalidade [...], restando apenas uma solução final: a de que o recurso financeiro seja repassado ao município, com valores pré-definidos destinado aos possíveis campos de utilização. Não podendo [portanto] o município ter a autonomia de destinar tudo para pagamento de gratificação salarial [...]. Pois o profissional entende que o PMAQ é complemento salarial, continua a trabalhar não para positivar sua equipe, tão pouco, para elevar os indicadores de saúde e somente para aumentar sua remuneração salarial. (GESTOR F).

Concluindo a entrevista, inquiriu-se se ainda existiam desafios/obstáculos para o PMAQ enfrentar e, se positiva, quais seriam.

[...] Eu sei que a gestão é plena, e a necessidade é o município quem diz, mas eu acho que quando se trata do profissional, deveria ser amarrado, como por exemplo, 20%, 30% para gratificar os profissionais e o restante fica para o município. (GESTOR D).

O obstáculo é com relação a capacidade e a responsabilidade de quem está a frente desta ação, deste programa, de executar como deve ser, como diz a portaria [...]. Acredito que falta capacitação para os profissionais que lidam com o PMAQ. (GESTOR G).

[...] mau uso do dinheiro público, podendo acontecer casos absurdos de o secretário municipal de saúde, não poder cortar a gratificação do profissional que não cumpre com sua carga horária, a título de exemplo, pela razão de que o Gestor maior do município e os profissionais desconhecem ou não querem conhecer o objetivo do programa. (GESTOR F).

É evidente a veracidade e o pedido de “socorro” dos gestores municipais de saúde. Observa-se que, para estes gestores, o PMAQ é uma estratégia formulada para mudar a realidade da saúde brasileira, para concretizar e fazer valer a Atenção Básica, mas é posta em confronto com profissionais e gestores alienados sobre as diretrizes e objetivos do programa, vendo-o somente como forma acréscimo salarial.

Existe um conjunto de problemas enfrentados pelos gestores municipais a respeito da qualificação da gestão, da formação para o trabalho e o crescimento profissional, dentre eles, questões estratégicas no que dizem respeito a: baixa capacidade gerencial; ausência de pessoal qualificado na área de gestão; desconhecimento sobre os princípios e as normas operacionais do SUS; falta de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre as bases técnicas e políticas do SUS e pouca oferta de qualificação na área de Saúde Pública e Gestão de Serviços de Saúde. A educação permanente é uma das tentativas de mudança desta realidade, com a intenção de qualificar o desenvolvimento crítico e criativo dos gestores e trabalhadores da saúde em geral (21).

Além dos gestores, alguns profissionais submetidos ao questionário, participaram da análise qualitativa quando responderam a questão subjetiva, a qual era optativa. A questão deixava o participante a vontade para descrever as mudanças perceptíveis na qualidade e no acesso da assistência prestada à população na USF em que este trabalhava e sobre os desafios/obstáculos que o programa poderá enfrentar.

[...] na conjuntura política atual um dos maiores desafios do programa é sobreviver. Acho que o valor pago pelo Programa ajudaria mais se viesse estabelecido de Brasília o quanto deveria ser destinado para o profissional e quanto para a gestão. (CIRURGIÃO-DENTISTA 1).

O que vejo é que com a adesão do PMAQ, não houve mudanças significativas, deveria haver uma melhor aplicação dos recursos na infraestrutura, em equipamentos e em materiais de consumo para que assim os profissionais deem um melhor atendimento à população. (CIRURGIÃO-DENTISTA 2).

Devido a cobrança de registro que o PMAQ realiza, a organização das ações foi melhorada, entretanto, a verba para comprar equipamentos para as UBS são destinadas a outras necessidades e não chega as equipes. A avaliação do PMAQ deve ser melhorada para que assim, seus dados coletados sejam fidedignos. (ENFERMEIRO 1).



Acredito que o programa (PMAQ) é uma ótima iniciativa para a melhoria e satisfação dos serviços prestados à população, bem como para os profissionais. Contudo, a gestão, na maioria dos casos, não reconhece o empenho da equipe, e, por sua vez, faz repasses financeiros irrisórios, insuficientes, tendo em vista o trabalho e o comprometimento da equipe. Isso tudo deixa a equipe bastante desmotivada. (ENFERMEIRO 2).

Confrontando a fala do Gestores e dos profissionais de saúde percebe-se que nem sempre o recurso é destinado para a Atenção Básica e para valorização profissional. Muitas ainda são as necessidades das equipes de Atenção Básica, principalmente, com relação a infraestrutura.

Os próprios participantes citaram a importância da autonomia dos municípios para a criação da Lei Municipal para a destinação do recurso, ou seja, para destiná-lo de acordo com as necessidades dos municípios, porém, é claro o uso político deste para satisfazer os profissionais, que, como visto, em sua maioria, acreditam que a gratificação é insuficiente diante das atividades que realizam, gerando uma “bola de neve”, os profissionais recebe grande parte do valor repassado pela União, sobra pouco para estruturar as unidades, as condições de trabalho não são melhoradas, os profissionais não são qualificados como deve e, por conseguinte, o objetivo do PMAQ não é atingido e a assistência para com a saúde da população não é aprimorada.

Essa discussão não se reporta somente a remuneração adicional dos trabalhadores, há a necessidade de articular com o aumento da produtividade e da complexidade dos objetos de trabalho, necessitando cada vez mais de conhecimentos qualificados, uma vez que não adianta resolver o problema da “aparência” e não solucionar a carência de aperfeiçoar a complexidade dos processos de trabalho, tendo como proposta de solução a destinação do uso do recurso, advindo da adesão e da certificação, manifestada pelo próprio Ministério da Saúde e uma maior fiscalização por parte da União e também das instâncias competentes.

O tempo destinado pelo Programa para realização da avaliação externa não satisfaz os participantes, devendo esta, segundo os mesmos, ser realizada em intervalos de tempo menores, tanto para melhorar o empenho dos profissionais como para ter um melhor monitoramento dos indicadores e, como resultado, melhorar a resolutividade do programa. Esse monitoramento pode e deve ser realizado também pela gestão municipal, mas, provavelmente, não esteja sendo concretizado devido desqualificação sobre o programa para os gestores e profissionais.

## CONCLUSÕES

Apesar do PMAQ ser considerado uma das principais estratégias criadas pelo MS para fortalecer o SUS e melhorar a gestão do trabalho em saúde e a gestão pública, este ainda enfrenta e enfrentará diversos obstáculos.

É compreensivo a intenção de descentralizar a atuação governamental na saúde, mas fazer tal ato em detrimento da padronização e da gestão é um raciocínio arriscado. É justamente isso que os dados do estudo demonstraram: cada município realiza sua organização, alocação e disponibilidade dos recursos, gerando insegurança aos servidores que possuem papel fundamental na contratualização do programa. O programa notadamente permite a possibilidade de aplicação das verbas repassadas para a aquisição de insumos e equipamentos essenciais as equipes, mas, o que percebeu-se foi o desinteresse e negligência com a “coisa” pública em algumas cidades.

Essa análise permitiu interpretar sobre a atuação dos profissionais de saúde com relação ao acolhimento, a educação permanente, e o acesso e a qualidade da atenção, assim como também, a atuação da gestão municipal quanto ao monitoramento, estimulação da autonomia dos profissionais, questões alusivas sobre a valorização profissional, infraestrutura das unidades, entre outros.

Entretanto, por se tratar de um estudo sobre um programa que relaciona os resultados da avaliação externa com o desempenho das equipes na certificação, é possível que as respostas tenham sido positivadas, em algumas situações, para melhor repercussão dos dados e divulgação da ideia de que o PMAQ dar certo. Em contrapartida, foi perceptível o desinteresse de alguns profissionais sobre os materiais permanentes existentes em suas unidades de trabalho, como, por exemplo, o caso de um profissional médico que informou no questionário que não havia computador na unidade, diferente do que foi observado pelo pesquisador, que ao chegar a unidade, notou um computador com impressora na recepção.

Situações negativas sobre o programa existem, como é o caso do despreparo profissional e da gestão sobre o uso do recurso advindo deste, assim como a necessidade de maior fiscalização e comprometimento por parte do Ministério da Saúde sobre o monitoramento e qualificação dos envolvidos. Apesar do campo de estudo ter sido pequeno, com relação a se tratar de um programa nacional, supõe-se que tais cenários aconteçam em outros municípios distribuídos pelo Brasil.

E por mais perturbador que seja o resultado, a conclusão não está a impedir ou dificultar de forma indireta o efetivo exercício do programa, pelo contrário, sob o ponto de vista sistêmico, é nítido que os profissionais, gestores e agentes públicos são os responsáveis por gerar mudanças efetivas e as percepções devem ser o sustentáculo dessa mudança. A mudança operacional deve ser iniciada. A reestruturação do sistema de Atenção Básica começa com a avaliação sincera e pragmática. Não há que se omitir que o sistema é, teoricamente, louvável. É seu cumprimento que deixa a desejar, contudo, compreendendo o SUS como uma política dinâmica e em infundável processo de construção, é possível sim reestruturar esse programa, mesmo com a rigidez do obstáculo da mudança.

É válido que se esses impasses forem resolvidos, a produtividade e o desempenho dos profissionais de saúde ampliará e os objetivos propostos poderão, enfim, serem alcançados. A gestão se tornará mais eficiente e poderá encontrar oportunidades diversas de acordo com a realidade, sabendo valorizar seus profissionais e fortalecer o SUS. Assim como poderá mudar a realidade da atuação em saúde ser considerada negativa pela população, como também a compreensão do que seja Atenção Básica e Urgência hospitalar, reduzindo, conseqüentemente, as filas de espera e as situações caóticas de alguns hospitais públicos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2017 set 22. Seção 1. p. 68. [acesso em 2017 out. 10]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, 2011. [acesso em 2017 out. 02]. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília, 2015. [acesso em 2017 out. 02]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual\\_Instrutivo\\_3\\_Ciclo\\_PMAQ.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf)
4. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2009.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
6. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3.ed. São Paulo: Atlas; 1999.
7. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

8. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. 5.ed. São Paulo: Atlas; 2002.
9. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3.ed. Lisboa: Persona. Edições 70; 2004.
10. Brasil. Conselho Nacional da Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, 2012. [acesso em 2017 out. 02]. Disponível em: [http://di.uern.br/cep/images/oficios/resolucao\\_466.pdf](http://di.uern.br/cep/images/oficios/resolucao_466.pdf)
11. Cavalcanti YW, Wanzeler MCC. Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em saúde coletiva. Rev. Bras. Ciên. Saúde. 2009, 13(1): 13-20. [acesso em 2017 set. 17]. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/3241/3632>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Biblioteca Virtual em Saúde. 2007. [acesso em 2017 set. 17]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)
13. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO; Pereira MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. Rev. Bras. Ciên. Saúde. 2007, 2(18): 147-155. [acesso em 2017 set. 17]. Disponível em: [http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2007Vol18\\_2art06potencialidades.pdf](http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. 2007. [acesso em 2017 set. 15]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html)
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização (PNH). 1.ed. Brasília. 2013. [acesso em 2017 set 05]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
16. Paim JS. O que é SUS. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
17. Fausto MCR, Giovanela L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014 out; 38 (especial): 13-33. [acesso em 2017 set. 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Biblioteca Virtual em Saúde. 2007. [acesso em 2017 set 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 04 de abril de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). Biblioteca Virtual em Saúde. 2013 [acesso em 2017 set. 10]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562\\_04\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0562_04_04_2013.html)
20. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2013

jul/set; 37(98): 416-426. [acesso em 2017 set. 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a05v37n98.pdf>

21. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão do trabalho e da educação em saúde. Coleção para entender a gestão do SUS. 2011; 9 [acesso em 2017 set. 01]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.9.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.9.pdf)

Recebido: setembro / 2017

Aceito: outubro / 2017

