

# Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

## Changes offered by the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care

### **Rúbia Mara Maia Feitosa**

Universidade Potiguar. Escola da Saúde. Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.  
E-mail: rubinhafeitosa@hotmail.com

### **Ayslon Ayron Paulino**

Universidade Potiguar. Escola da Saúde. Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.  
E-mail: ayslonayron@hotmail.com

### **José Oscar de Souza Lima Júnior**

Universidade Potiguar. Escola da Saúde. Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.

### **Kallyane Kelly Duarte de Oliveira**

Universidade Potiguar. Escola da Saúde. Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.  
E-mail: kk20102010@hotmail.com

### **Rodrigo Jacob Moreira de Freitas**

Universidade Potiguar. Escola da Saúde. Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.  
Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, CE, Brasil.  
E-mail: rodrigojmf@gmail.com

### **Wanderley Fernandes da Silva**

Universidade Estadual do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.  
Universidade Potiguar. Escola da Saúde. Enfermagem. Mossoró, RN, Brasil.  
E-mail: cacowfs@hotmail.com

## Resumo

**Objetivo:** analisar as mudanças que o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica tem provocado nos serviços da atenção básica em saúde. A pesquisa foi realizada em 2014 em Grossos/RN. **Método:** o cenário de estudo foram as Estratégias de Saúde da Família (ESF) que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção. Foram entrevistados 10 profissionais de saúde, de nível médio e superior, e quatro gestores responsáveis pela coordenação do programa. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** foram apontadas três principais mudanças: organização do trabalho; recursos materiais e infraestrutura da ESF; organização dos registros. **Conclusão:** o programa possibilitou a construção de mudanças e induz não só as reformas físicas nas unidades como também a avaliação e o monitoramento de desempenho permanente da atenção básica.

**Palavras-chave:** Profissionais de Saúde; Atenção Básica; Avaliação em Saúde.

## Correspondência

Rúbia Mara Maia Feitosa  
Rua João da Escóssia, S/N, Nova Betânea. Mossoró, RN, Brasil.  
CEP 59600-000.

## Abstract

**Objective:** to analyze the changes that the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care has imparted to the primary health care services. The survey was conducted in 2014 in the city of Grossos, state of Rio Grande do Norte, Brazil. **Method:** the study scenario was the Family Health Strategies (FHS), which have joined the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care. We interviewed 10 health professionals, with secondary and higher levels of education, and four managers responsible for the program's coordination. Data were analyzed using content analysis. **Results:** three main changes were identified: work organization; material resources and infrastructure of the FHS; and records organization. **Conclusion:** the program enabled the production of changes and induces not only physical reforms in the units, but also the evaluation and monitoring of ongoing performance in primary health care.

**Keywords:** Health Professionals; Primary Care; Health Evaluation.

## Introdução

Nas últimas décadas tem crescido a preocupação sobre a implantação de estratégias orientadas para a qualificação do modelo de atenção à saúde. Nesse processo, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem ocupando lugar de destaque, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal. A disseminação dessa estratégia e os investimentos no setor trouxeram novas questões para reflexão; entre elas, destacam-se a organização e a qualidade do acesso aos serviços de saúde (Fausto; Fonseca, 2013).

A APS é considerada estratégica para reorganização do modelo de atenção à saúde, possibilitando uma mudança na prática clínico-assistencial dos profissionais, pois busca identificar as necessidades em saúde da comunidade que podem ser respondidas no âmbito do próprio serviço. Dessa forma, representa o primeiro nível de atenção em saúde (Oliveira; Pereira, 2013).

No entanto, a APS não pode ser considerada sua única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de diversas maneiras e precisam ser acolhidas, assim como não devem ser compreendidas como porta obrigatória, porque isso burocratiza e engessa a relação das pessoas com o sistema. Portanto, todas as partes do sistema precisam se responsabilizar pelos resultados e pela vida das pessoas. Dessa forma, a atenção básica é considerada coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (Oliveira; Pereira, 2013).

No Brasil, foi adotada a designação "Atenção Básica" (AB) para ser contraposta à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que se remete à atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade dedicado a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica (CONASS, 2011).

O Brasil, conforme os preceitos políticos-ideológicos da AB, objetiva resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata (1978), enfocando o papel de reorientação do modelo assistencial. Nessa perspectiva, a organização dos serviços de saúde da AB, por meio das Estratégias de Saúde da Família

(ESF), prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Fausto; Fonseca, 2013).

Em expansão por todo o território nacional, a ESF se define por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde em contato permanente com o território. Tais princípios e diretrizes fundamentam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2011b), elaborada em 2011 (Cunha et al., 2013).

Com duas décadas de implantação, o expressivo aumento de cobertura pela ESF está diretamente implicado no aumento do acesso aos cuidados em saúde e da melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira. Entretanto, ainda há muitos problemas que precisam ser manejados, particularmente referidos a equidade do acesso, resolutividade e qualidade da atenção (Fausto; Fonseca, 2013).

Como parte das recentes diretrizes do Ministério da Saúde para a AB, foi criado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O Programa, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011 (Brasil, 2011a), tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorarem o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS nas ESF, mediante um processo de autoavaliação, desenvolvimento de melhorias e certificação externa (Brasil, 2012a).

O PMAQ-AB foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil. O PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento da AB, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação da população aos serviços de saúde (Pinto; Souza; Florêncio, 2012).

Para tentar alcançar esses objetivos, o PMAQ-AB promoveu uma mudança profunda no financiamento da AB vinculando parte importante do repasse de

recursos à implantação de “padrões” que indicariam a ampliação do acesso aos serviços, a melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção, além do investimento no desenvolvimento dos trabalhadores. Com a criação do “Componente de Qualidade” do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável, os municípios passaram a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho ótimo naquilo que o PMAQ-AB toma como objeto de contratualização e avaliação – os “padrões” ótimo de referência (Brasil, 2012a).

Diante do exposto, questiona-se: quais mudanças o PMAQ-AB tem proporcionado para os serviços de atenção à saúde? Que percepções e apontamentos os profissionais de saúde possuem acerca dessas mudanças?

Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo analisar quais mudanças o PMAQ-AB tem provocado nos serviços da atenção básica em saúde do município de Grossos (RN). A pesquisa traz um conjunto de questões específicas sobre a percepção dos trabalhadores das equipes e gestores locais a respeito das mudanças ofertadas pelo PMAQ-AB. Tão importante quanto o acesso à cobertura dos serviços, tem sido a construção de estratégias para ampliar a qualidade na prestação dos cuidados em saúde.

## Métodos

Trate-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo. A pesquisa foi realizada no município de Grossos/RN, localizada na região oeste do estado do Rio Grande do Norte, a 324 km de Natal, ocupando uma área territorial de 139 km<sup>2</sup>, onde residem 9.886 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

No âmbito da saúde, o município de Grossos (RN) possui um hospital de pequeno porte. Na AB, o município conta com a presença de quatro ESF, duas em zona urbana e duas em zona rural.

O estudo teve como cenário para pesquisa duas ESF do município de Grossos, uma delas localizada na zona rural. Apenas as duas ESF selecionadas para compor a pesquisa passaram pelo processo de implantação, encontrando-se, em 2014, no momento de avaliação do PMAQ-AB.

Os sujeitos da pesquisa foram 14 profissionais de saúde envolvidos na assistência como responsáveis pela coordenação municipal do PMAQ-AB. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais das equipes de saúde vinculadas as ESF pesquisadas que desempenhassem função assistencial ou gerencial e que já possuíssem vínculo com ela no período de implantação do PMAQ-AB. Como critérios de exclusão, foram considerados: profissionais que estivessem viajando ou estivessem fora do domicílio em Grossos no momento da pesquisa e que não estivessem em condições físicas e/ou psíquicas para participar da pesquisa.

Para recrutar os participantes, os pesquisadores realizaram, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, visitas às ESF. Essas ocorreram em turnos diferentes, manhã e tarde, com o objetivo de entregar a todos uma carta-convite para participar do estudo.

A carta-convite é um documento para que eles possam previamente compreender os objetivos da pesquisa, metodologia utilizada, riscos e benefícios. Os convidados tiraram dúvidas com os pesquisadores ao receberem o documento e, nessa etapa, os que concordaram em participar do estudo agendaram, com os pesquisadores, o dia e o horário para que pudesse ser realizada a entrevista. Priorizou-se um horário que não atrapalhasse as normas e rotinas da unidade de saúde.

Foram realizadas seis perguntas. A entrevista foi conduzida com o objetivo de identificar a compreensão do profissional sobre o PMAQ-AB e as mudanças por ele apontadas no âmbito organizacional, gerencial e assistencial após a implantação e efetivação do PMAQ-AB pela equipe da ESF. As perguntas, também, estavam direcionadas aos incentivos financeiros atribuídos pelo PMAQ-AB e suas implicações para a assistência prestada aos usuários, além de, por último, questionarem quais eram as mudanças que esses profissionais de saúde ainda acham necessárias, a partir de sua vivência no PMAQ-AB, para melhorar o acesso e a qualidade da assistência ofertada na AB.

Para questões didáticas, os pesquisadores iniciaram a entrevista com os gestores que atuam como coordenadores da AB e do PMAQ-AB; posteriormente, entrevistaram os profissionais de saúde que trabalham nas ESF. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, subsidiada por Bardin (2006).

A pesquisa teve como base de seus aspectos éticos a Resolução nº 466/12, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em dezembro de 2012, que trata das diretrizes e normas de pesquisas que envolvam seres humanos (Brasil, 2012b).

Os sujeitos da pesquisa foram identificados por siglas. No que se refere aos profissionais de saúde, esses foram identificados pela sigla “PS”. Ao final dessa sigla, foi acrescentada a letra “S”, designando o nível superior, ou a letra “M”, informando o nível médio. Os profissionais que atuam na gestão do PMAQ-AB foram identificados pela sigla “PG”, significando “profissionais gestores”. Seguem a seguir as categorias elaboradas a partir das análises das falas dos participantes da pesquisa.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar, Campus Natal (CEP/UNP), e foi aprovado, obtendo o número do parecer 859.810 e do CAAE: 35823314.0.0000.5296.

## Resultados e discussões

### Compreensão dos profissionais de saúde e gestores sobre o PMAQ-AB

No primeiro momento, ao serem questionados sobre o que eles compreendiam sobre o PMAQ-AB, todos os entrevistados demonstraram entender do que se trata o programa e, de forma sucinta, apontaram alguns dos objetivos e/ou diretrizes do PMAQ-AB, independentemente do nível de formação ou do cargo ocupado.

*Bom, o PMAQ é o Programa Nacional de Melhorias e Acesso da Qualidade da Atenção Básica. Em minha compreensão, ele veio trazer apoios financeiros e buscar uma maior cooperação entre os profissionais, os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, buscando uma adequação de melhorias na qualidade do serviço na atenção básica. (PSS1)*

*É um programa que visa melhorar o atendimento e a qualidade para os pacientes, além de melhorar o acesso à atenção básica. (PSS3)*

A fala de PSS1 e PSS3 vai de encontro a um dos principais objetivos do PMAQ-AB, que preconiza a melhoria da qualidade da AB com garantia de um padrão de qualidade (Brasil, 2011a). Outro principal objetivo do PMAQ-AB como forma de induzir a ampliação do acesso também fica explícito na compreensão dos profissionais na fala de PSM1: “O Programa veio incentivar quem presta serviços para a população e trazer melhorias para que, a cada dia, os usuários tenham o acesso facilitado e sejam os principais beneficiários”.

Por sua vez, um dos profissionais da gestão, PG1, menciona que o programa “torna a atenção básica mais eficiente no sentido de ampliar o uso da mesma como porta de entrada dos serviços de saúde”. Ao considerar o PMAQ-AB como estratégia que sintetiza tanto o esforço de afirmação da AB como porta de entrada acolhedora e resolutiva, cria condições concretas para que ela coordene a continuidade das linhas de cuidado priorizadas nas redes de atenção à saúde (Pinto; Souza; Florêncio, 2012).

Diante das falas, percebe-se a importância dos profissionais de saúde compreenderem a proposta do PMAQ-AB, pois, assim, podem implicar na proposta e construir, a partir de um trabalho coletivo em saúde, estratégias de acordo com as necessidades de saúde da comunidade. Cria-se a possibilidade de institucionalizar, dentro dos processos de trabalho de cada profissional, a cultura da melhoria e de monitoramento da qualidade das práticas de saúde na AB.

### **Mudanças ofertadas pela implantação do PMAQ-AB na ótica dos profissionais de saúde e gestores**

Essa categoria remete às principais mudanças, identificadas pelos profissionais de saúde e gestores, nas ESF, após a implantação do PMAQ-AB. Foram apontadas três principais mudanças: organização do trabalho; recursos materiais e infraestrutura da ESF; e organização dos registros. As falas de PNS3 e PNS4 sintetizam a visão dos profissionais sobre as mudanças relacionadas à organização do trabalho.

*Bom, após a implantação do PMAQ, nós podemos visualizar várias mudanças, principalmente na área da organização. Após essa implantação, a estratégia*

*de saúde da família está bem mais organizada e, com isso, a gente acaba fazendo com que o nosso atendimento seja melhor, mais humanizado, um atendimento onde a gente possa dar prioridade ao paciente. (PNS4)*

*Bom, a principal mudança é a participação com maior afinco de toda equipe na organização. (PNS6)*

O PMAQ-AB envolve uma gama de compromissos da gestão, como a estruturação e fortalecimento da AB, e a organização do processo de trabalho é um dos elementos avaliados na terceira fase do programa, chamada de avaliação externa. Avaliam-se, na perspectiva do profissional e do usuário: o acesso; a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho; além de avaliar, também, padrões de qualidade relacionada à atenção das linhas de cuidado priorizadas (Brasil, 2012a).

No que se refere aos recursos materiais e à infraestrutura da Estratégia de Saúde da Família, foram mencionados:

*Desde que a gente aderiu ao PMAQ, teve algumas mudanças a nível estrutural, ar condicionado, por exemplo, que não tinha na minha sala, e outros materiais que foram adquiridos depois da adesão do PMAQ e que, de certa forma, acabam melhorando o trabalho da gente. (PNS9)*

*Chegou mais material pra gente. Temos mais conforto. Mas também tem outras mudanças, além da estrutura física, que fizeram melhorar o atendimento. (PNM10)*

O PMAQ-AB possibilita os instrumentos de mudanças, induz e estimula não só as reformas físicas como também a avaliação e o monitoramento de desempenho permanente da AB. No entanto, considera-se que o espaço físico inadequado, a ausência de equipamentos profissionais e a precarização das relações de trabalho influenciam a qualidade do atendimento ofertado à população (Fontenelle, 2012).

As falas de outros profissionais de saúde apontam, ainda, nessa perspectiva:

*Com a implantação do PMAQ, veio também, como forma de contribuição, um custeio de dinheiro para o município, o que trouxe melhoria na estrutura do ambiente de trabalho, melhoria dos materiais para que a gente tenha para realizar os atendimentos, os procedimentos, tudo isso. (PNS11)*

No Brasil, existem sérias dificuldades nessas condições de infraestrutura da ESF: espaços físicos inadequados, déficit de material, equipes incompletas, fragmentação do cuidado e serviços de saúde. Tais fatores têm comprometido o acesso e a qualidade da atenção prestada, o que levou o Ministério da Saúde a criar o PMAQ-AB (Souza et al., 2013), como segue a fala de um dos gestores sobre a contribuição do PMAQ-AB: “Trouxe melhoria através de equipamentos mais adequados, que chegavam a faltar alguns, agora tão com uns equipamentos melhores e em maior quantidade” (PGAB3).

Sob o olhar dos demais gestores que atuam diretamente na coordenação e implantação do PMAQ-AB no município de Grossos/RN, abordam que as mudanças só conseguem ser efetivadas mediante articulação e envolvimento dos profissionais e gestores, disponibilizando as ferramentas necessárias para uma melhoria no acesso e na qualidade da AB: “A gestão se encontra mais preocupada no sentido de oferecer os instrumentos necessários para possibilitar a melhoria de acesso e qualidade no padrão exigido e impulsionado pelo interesse de obter uma boa nota de avaliação” (PGAB4).

Pode-se notar, ao longo das entrevistas, que tanto os profissionais de saúde que atuam nas ESF como os gestores do município apontam o “padrão de qualidade” como sendo um resultado imediato para a efetivação da melhoria do serviço ofertado pela AB. Falar em mudanças é atingir o padrão de qualidade estipulado pelo programa. Portanto, é a partir desse parâmetro que eles conseguem mensurar as mudanças e as contribuições da implantação do PMAQ-AB para a qualidade de atendimento e acesso aos serviços de saúde. Como segue a fala de um dos gestores: “quando alcançamos o padrão, conseguimos ver o resultado facilmente, o estímulo às equipes em trabalhar seguindo padrões de qualidade, estipulados e definidos pelo AMAQ” (PGAB2).

O AMAQ-AB (Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) é um instrumento de autoavaliação, sendo usado como documento-base para a segunda fase do programa. O AMAQ-AB tem como uma de suas diretrizes refletir padrões de qualidade que tenham caráter incremental em si mesmo, cuja adequação da situação analisada se dá por meio de escala numérica. Diante disso, pode-se notar que a fala de PGAB2 está em conformidade com o sugerido pelo AMAQ-AB sobre o trabalho seguir padrões de qualidade (Brasil, 2012a).

Além de tudo isso, o AMAQ-AB vem propor a autoavaliação como disparadora do processo de reflexão e de constituição do coletivo de mudança; enriquecê-la com o monitoramento; e apoiar o coletivo por meio da educação permanente e do apoio institucional, com o objetivo de dar consequência prática àquilo que foi nomeado como problema no processo de autoavaliação. Por fim, reconhecer esse esforço na avaliação externa pode explicar, em grande parte, suas diferenças de uso (Pinto; Souza; Florêncio, 2012).

Outra mudança e contribuição ofertadas pela implantação do PMAQ-AB do município foram a organização dos registros, a qual acabou sendo apontada pelos profissionais de saúde e gestores como melhoria no atendimento da Estratégia de Saúde da Família, ocasionando resposta satisfatória à procura dos usuários por atendimento e, por consequência, menor tempo de espera, como demonstra a fala de um dos profissionais de saúde: “o prontuário, em minha opinião, foi o que mais melhorou, antes era meio bagunçado e agora é bem mais fácil a organização, já que é por meio de prontuários familiares” (PNM4).

Outro profissional especifica como esses registros ajudaram a melhorar o atendimento dos usuários nos programas ofertados pela Estratégia de Saúde da Família, servindo de base para o levantamento de informações e dados.

*Agora tem um livro separado do hiperdia, tem um livro separado pra diabetes, um livro sobre o pré-natal, sobre a obesidade... então, quando a gente precisa de qualquer dado, qualquer coisa sobre nosso PSF, a gente tem, sabe aonde ir lá e recorrer a isso diretamente pra construir as ações. (PNS12)*

Um dos requisitos fundamentais do PMAQ-AB é o uso do prontuário familiar enquanto instrumento de trabalho, garantindo o registro das informações e permitindo, de forma ágil, o acesso às ações realizadas pela equipe de saúde da família. Estes servem para gerar informações capazes de guiar o planejamento das ações em saúde dos profissionais. É, portanto, elemento decisivo à melhor atenção prestada à família, reunindo as informações necessárias à continuidade dos cuidados à saúde de seus membros. Representa, ainda, um indicador de qualidade da atenção ofertada, assim como uma ferramenta para avaliar a necessidade de educação permanente, além de ser um elemento fundamental em casos de auditoria ou de conflitos legais e éticos (Pereira et al., 2008).

A organização dos registros, ainda, pode ser percebida pelos profissionais de saúde como um elemento que tem forte influência no atendimento e menor tempo de espera, como aborda os seguintes profissionais: “[...] demorando menos as filas de espera, porque, através do prontuário, com registro, tudo normatizado de forma corretinha, nosso atendimento ficou mais acentuado, mais rápido.” (PNS6). Outro profissional aborda que:

*A questão dos atendimentos antes era praticamente apenas demanda livre e hoje nós fazemos atendimentos agendados, o paciente não precisa mais vir cedo, acordar de madrugada pra pegar uma ficha. As consultas são agendadas pelos agentes de saúde, juntamente com a equipe, facilitando o acesso de quem realmente está precisando.* (PNS14)

Essa melhor resposta à demanda está intimamente ligada ao que o PMAQ-AB e a nova PNAB defendem, não esquecendo, é claro, da necessidade de serem mantidas as ações de acolhimento e a organização das demandas livres (Pinto; Souza; Florêncio, 2012).

## **Incentivo financeiro**

O quinto questionamento da pesquisa se refere ao incentivo financeiro para os profissionais atuantes nas equipes participantes do PMA-AB. Foi

questionado tanto para eles como para os gestores se o incentivo financeiro extra que o PMAQ-AB atribui aos profissionais de saúde por seu desempenho muda o grau de satisfação, repercutindo na forma de trabalhar e na assistência prestada aos usuários.

As respostas nesse ponto foram heterogêneas. Uma parte dos profissionais acredita que o incentivo financeiro serve como forma de valorização profissional e impulsiona os profissionais a trabalharem com mais empenho, e outra, que o incentivo financeiro não interfere na forma de trabalhar, tampouco na assistência prestada aos usuários.

*Pra mim não mudou nada não. [...] Sempre é bom um dinheiro a mais, mas, pra mim, não mudou nada não, eu tô atendendo o povo do mesmo jeito que eu atendia aqui quando eu não fazia parte do PMAQ. É como eu disse, a única melhoria no caso que a gente vê é que acaba tudo ficando mais organizado, então talvez o atendimento hoje em dia esteja melhor do que anteriormente, justamente por causa disso, pela organização, não pelo fato de que a gente tá recebendo esse incentivo financeiro.* (PNS13)

Existem várias formas de reconhecimento e recompensa, a fim de estimular as pessoas a manterem um desempenho excelente ou a melhorarem um desempenho abaixo da média. Invariavelmente, o primeiro incentivo que vem à mente são as recompensas financeiras; porém, as pessoas são motivadas por diferentes necessidades, e as mais elementares são conseguir casa e alimento. Dessa forma, entende-se que nem todas as pessoas têm as mesmas necessidades e que, diante dessa constatação, nem todas as pessoas se motivam com os mesmos incentivos (Fochesatto, 2002).

Essa posição de PNS2 é contrária a maior parte dos profissionais entrevistados, que entendem o incentivo extra como forma de valorização profissional e impulso para um atendimento com mais afinco.

*Através do incentivo, o pessoal vai se sentir mais incentivado financeiramente a buscar e atender melhor por causa dessa remuneração que é repassada para toda a equipe profissional. Com isso, a gente espera ter uma melhoria ainda mais do atendimento dos nossos usuários.* (PNM3)

Para a gestão, esse incentivo financeiro também atua de forma motivadora para uma melhor atuação profissional: “*é perceptível para nós, como gestão, que a valorização financeira contribui no sentido de incentivo a uma atuação mais eficaz e comprometida*” (PGAB2).

O incentivo financeiro do PMAQ-AB não estimula apenas as gestões municipais que podem ampliar significativamente o recurso recebido por seus fundos de saúde, mas também as equipes, na medida em que o próprio PMAQ-AB estimula a adoção de lógicas de premiação e remuneração baseadas em resultados e desempenho. Vale dizer, portanto, que parte desse aporte maior de recursos se transformará, necessariamente, em ganhos reais de remuneração para as equipes, vinculado a mudanças no processo de trabalho, e que servirá como estímulo a um trabalho de qualidade e com maior afinco (Pinto, 2012).

Porém, fica notável nas falas dos profissionais que as mudanças de postura de trabalho não estão relacionadas apenas ao incentivo financeiro extra. PNS5 diz em sua fala “não podemos dizer. Aí vou fazer o PMAQ-AB apenas porque tem aquele incentivo. Tá entendendo?”. Outro elemento com forte poder de mobilização dos trabalhadores são as dimensões do PMAQ-AB relacionadas à garantia de melhores condições de trabalho, padrões que, no programa, são chamados de “valorização do trabalhador” (Pinto, 2012).

Diversos padrões de qualidade apontam para uma adequada ambiência das unidades básicas de saúde (UBS) para a garantia de infraestrutura, instalações, equipamentos e insumos necessários ao processo de trabalho das equipes. São, portanto, elementos integrantes da avaliação do programa que são de governabilidade da gestão municipal e que interessam às equipes por impactarem fortemente nas condições e na qualidade de desenvolvimento de seu trabalho.

## Conclusão

A pesquisa mostra as principais mudanças apontadas pelos profissionais de saúde e gestores acerca do PMAQ-AB. Apesar de terem sido significativas, é necessário, também, que os profissionais envolvidos tenham a percepção de que as mudanças precisam

ser contínuas, capazes de atender às necessidades de saúde da população, pois essas são sempre dinâmicas.

O PMAQ-AB, conforme a sensibilização dos profissionais de saúde, pode contribuir para a construção de espaços coletivos de discussão e de reflexão sobre o planejamento em saúde, em nível local, a partir dos indicadores de monitoramento e desempenho.

A qualidade na prestação de serviços na área da saúde se torna uma preocupação cada dia mais constante entre os profissionais e seus gestores. Na atualidade, não basta, apenas, disponibilizar o mínimo necessário para um serviço de saúde funcionar; são inúmeras as exigências que rodeiam os serviços, sejam essas exigências advindas dos gestores, dos profissionais, ou dos próprios usuários.

O uso metodológico de um mecanismo autoavaliativo e de avaliação externa como forma de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias para os serviços de saúde vem contribuindo de modo positivo na busca por qualidade de atenção à saúde prestada aos usuários. Por meio de avaliações constantes e de forte apoio aos centros de saúde, é possível visualizar possibilidades de mudança e fazer com as metas, cada vez mais cobradas, possam ser atingidas.

## Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução L. de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília, DF, p. 62, 2012a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pmaq>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015*. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2 out. 2015a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html)>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política



- Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 21 out. 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 8 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília, DF, 12 dez. 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 8 ago. 2016.
- CONASS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011.
- CUNHA, G. T. et al. *Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e a Qualidade da Atenção Básica: um estudo qualitativo*. 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/235.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2016.
- FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (Org.). *Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB*. Rio de Janeiro: Saberes, 2013.
- FOCHESATTO, S. A. *Os planos de incentivos e recompensas como fatores de motivação: estudos de caso nas duas maiores empresas do ramo metal-mecânico de Caxias do Sul*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3510/000339322.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2014.
- FONTENELLE, F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Rio Grande do Norte: Grossos*. Brasil: IBGE, 2000. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codm-un=240440&search=rio-grande-do-norte|grossos>>. Acesso em: 30 dez. 2014.
- OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 158-164, 2013. Número Especial.
- PEREIRA, A. T. S. et al. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S123-S133, 2008. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/17.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.
- PINTO, H. A. Informe técnico institucional: o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade e o processo de trabalho das equipes de atenção básica. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 315-318, 2012. Disponível em: <[www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1131/1044](http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1131/1044)>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- PINTO, H. A.; SOUSA, A.; 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. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1-20, 2012. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- SOUZA, M. B. et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, DC, v. 33, n. 3, p. 190-195, 2013. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892013000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

---

#### Contribuição dos autores

Feitosa, Paulino e Lima Júnior foram responsáveis pela concepção teórica, revisão bibliográfica, elaboração e organização do texto. Oliveira, Freitas e Silva foram responsáveis pela revisão e redação final do texto.

Recebido: 30/06/2015

Reapresentado: 20/04/2016

Aprovado: 03/06/2016