



FACULDADE IRECÊ  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOSEMAR BATISTA PEREIRA

DIFICULDADES DO ENFERMEIRO EM GERENCIAR: *uma reflexão sobre o PMAQ-AB  
na Unidade Básica de Saúde*

IRECÊ - BA  
2018

JOSEMAR BATISTA PEREIRA

DIFICULDADES DO ENFERMEIRO EM GERENCIAR: *uma reflexão sobre o PMAQ-AB na Unidade Básica de Saúde*

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Irecê como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Docente **Marcela Alves Lima Barreto**: Enfermeira Especialista em Obstetrícia, Aperfeiçoamento em Gestão de Redes e Educação Permanente, Docente e Supervisora de Estágio na FAI.

JOSEMAR BATISTA PEREIRA

DIFICULDADES DO ENFERMEIRO EM GERENCIAR: *uma reflexão sobre o PMAQ-AB na Unidade Básica de Saúde*

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Marcela Alves Lima Barreto – Orientadora  
Enfermeira Especialista em Obstetrícia, Aperfeiçoamento em Gestão de Redes e Educação  
Permanente, Docente e Supervisora de Estágio na FAI.

---

Prof<sup>ª</sup>. Mila Charlane Cedro Dourado  
Graduada em Enfermagem, Pós Graduada em Saúde Pública, Obstetrícia, Saúde da Mulher e  
Supervisora de Estágio na FAI.

---

Prof<sup>ª</sup>. Me. Noaci Madalena Cunha Loula  
Graduada em Enfermagem, Mestre em Saúde Coletiva e Docente da Faculdade de Irecê - FAI

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IRECÊ - BA  
2018

## RESUMO

O presente artigo busca discutir criticamente sobre as dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) por meio de uma análise reflexiva diante da compensação financeira de recursos capitalizados por parte dos profissionais da ESF como bônus pelo alcance de metas. Visto que o PMAQ-AB é uma ferramenta que deve ser utilizada para elevar o acesso e promover uma Saúde Pública de qualidade, a partir do vínculo com a Atenção Básica e a rede de usuários cadastros na ESF, este processo poderia estar comprometido quando a visão da equipe estiver voltada apenas para esta compensação financeira e não para a autoavaliação mensal em busca de parâmetros de melhoria da qualidade de vida da população adscrita. Para tanto, a pesquisa munida do método exploratório-descritivo de caráter reflexivo, embasada em revisão bibliográfica do tipo sistemática para coleta e análise dos dados, tem como objetivo produzir uma reflexão acerca da problemática, assim como contribuir para pesquisas e estudos futuros na área, a fim de problematizar a respeito tanto pela capitalização e distribuição final do recurso adquirido através do PMAQ-AB, quanto através da possível ruptura com o próprio princípio norteador do programa. A final essa recompensa é pós-avaliação ou recompensa pelo bom trabalho desenvolvido ao longo do ano?

**Palavras-chave:** Gerenciamento. Enfermeiro. Atenção Básica.

## ABSTRACT

This article seeks to critically discuss the difficulties faced by nurses in the management of the Family Health Strategy (ESF) in relation to the National Program for Improving Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB) through a reflexive analysis of the financial compensation of resources capitalized by ESF professionals as a bonus for the achievement of goals. Since PMAQ-AB is a tool that should be used to increase access and promote quality public health, based on the link with Primary Care and the network of registered users in the ESF, this process could be compromised when the vision of the team is focused only for this semiannual financial compensation and not for the monthly self assessment in search of parameters of improvement of the quality of life of the attached population. To do so, the research with the exploratory-descriptive method of reflective character, based on bibliographic review of the systematic type for data collection and analysis, aims to produce a reflection about the problem, as well as to contribute to future research and studies in the area, in order to problematize both the capitalization and final distribution of the resource acquired through PMAQ-AB and through a possible rupture with the guiding principle of the program. After all, is this reward a post-evaluation or reward for the good work done throughout the year?

**Keywords:** Management. Nurse. Basic Attention.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>8</b>
2.1 O SUS, a Reforma Sanitária e Atenção Básica no Âmbito Jurídico.....	9
2.2 A ESF sob Regência do Enfermeiro e a importância do PMAQ-AB.....	11
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>17</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>

## REFERÊNCIAS

## 1. INTRODUÇÃO

Publicada em 19 de julho de 2011 através da Portaria 1.654 do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) representa um componente da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vinculada às Equipes de Atenção Básica (EAB) cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilização dos atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação, sendo estas orientadas por diretrizes pactuadas nacionalmente.

Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a Atenção Básica (AB) e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo, o qual passará a funcionar a partir do fomento de espaços de diálogo/problematização/negociação/gestão da mudança entre equipes, gestores e usuários, com potência suficiente para produzir mudanças concretas na realidade cotidiana dos serviços em saúde.

De acordo com o Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família (2015) o PMAQ estaria inserido dentro da proposta do Governo Federal de fortalecer ações e programas que estejam vinculadas à melhoria do acesso e da qualidade no SUS, a fim de garantir a viabilidade dos resultados tendo como foco principal a saúde dos/nos usuários.

A aposta do Ministério da Saúde concentra-se na produção de uma cultura reflexiva de análise, avaliação e intervenção de agravos à saúde por meio da promoção de um regime educativo de cuidado continuado, capaz de gerar capacidade institucional nas equipes e nos sistemas locais para produzir mudanças nas práticas dos serviços, de acordo com as características esperadas para a AB e as potencialidades loco regionais.

Entretanto, embora o principal objetivo do Programa esteja em “induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica”<sup>1</sup> como garantia de uma padronização da qualidade em esfera nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, observa-se que há uma mudança de paradigma em relação ao eixo estruturante da proposta da nova portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015.

---

<sup>1</sup> Fonte disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/463/duvidas-mais-frequentes-sobre-o-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-na-atencao-basica-pmaq>

De acordo com a portaria, o PMAQ-AB está composto por 3 (três) Fases e um Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento que compõem um ciclo. Na Fase 1, têm-se todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, independente do modelo pelo qual se organizam, podendo aderir ao PMAQ-AB, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da atenção básica e com os critérios a serem definidos.

Já a Fase 2 do PMAQ-AB denominada de Certificação, é composta por três processos: I - avaliação externa de desempenho das equipes de saúde e gestão da atenção básica; II - avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização, conforme disposto no art. 5º; e III - verificação da realização do momento autoavaliativo pelos profissionais das equipes de atenção básica.

E por último, tem-se a Fase 3 do PMAQ-AB que é denominada de Recontratualização, a qual se caracteriza pela pactuação singular do Distrito Federal e dos Municípios a partir do incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados verificados na fase 2 do PMAQ-AB.

Diante disto, observa-se não apenas as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro no gerenciamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto ao cumprimento das exigências do PMAQ-AB, mas também se observa que o próprio programa acabou vinculando uma proposta de compensação financeira para os membros da equipe, que poderia comprometer a melhoria da qualidade da assistência caso a equipe focasse apenas na recompensa financeira.

Desta forma, o presente artigo comporta como objetivo principal discutir e refletir sobre as dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da UBS a partir de uma análise crítica diante da compensação financeira quanto aos recursos capitalizados por parte dos profissionais da ESF como bônus pelo alcance das metas do PMAQ (pós-avaliação externa), entretanto quando esse processo é realizado mensalmente com autoavaliação permanente e reflexiva corrigindo se as falhas com reavaliações mensais, automaticamente irá refletir na melhoria da qualidade de vida da população adscrita, em sinal de recompensa maior ao final do processo.

## **2. REFERÊNCIAL TEÓRICO**



Dando continuidade à proposta em curso nesta pesquisa, o seguinte referencial teórico apresenta-se dividido em duas subseções: a primeira - *O SUS, a Reforma Sanitária e Atenção Básica no Âmbito Jurídico* – versa sobre a revisão histórica de aspectos importantes da saúde pública no Brasil que culminaram na estruturação e fortalecimento da Atenção Básica.

Já no segundo momento - *A ESF sob Regência do Enfermeiro e a importância do PMAQ-AB* – promove a reflexão e análise do papel do Enfermeiro no gerenciamento das Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como da importância do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) para a Atenção Básica.

## 2.1 O SUS, a Reforma Sanitária e Atenção Básica no Âmbito Jurídico.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 transformou a saúde em direito individual e encaminhou o país para o processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, alterando a organização da saúde pública no país. Isso se concretizou com a Carta Magna, em seu artigo 196 e 197, que diz:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. [...] São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

Sendo assim, as diretrizes seguidas pela Constituição Federal de 1988, albergou o Estado democrático e social de Direito, voltado ao bem estar social recomendado pela ONU, impondo ao Estado o dever de promover políticas públicas capazes de assegurar ao cidadão o acesso aos serviços, garantindo-lhes a promoção, proteção e recuperação da saúde a partir dos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade.

A partir de então, houve a formulação do SUS, fruto da luta pela redemocratização do país, promovida por intelectuais, profissionais de saúde, estudantes e entidades afins da sociedade civil organizada, tendo como expressão institucional a Reforma Sanitária como pilar de sustentação da criação do SUS.

Dessa forma entende-se por Reforma Sanitária, o conjunto de ideias para mudança e transformações necessárias na área de saúde de modo preventivo, idealizada no início dos

anos 70 (período de maior repressão do autoritarismo no Brasil), em que foi constituída a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, conhecido também como abordagem marxista de saúde e da teoria social da medicina. Neste entendimento encontra-se, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que mostra que a grande parte da estrutura patológica está socialmente determinada.

Estando a doença socialmente identificada, caberá ao Estado tomar medidas para o controle de determinadas enfermidades ou eventos vitais centralizados sobre as camadas mais propensas a doenças. Dessa forma, as atitudes preventivas foram incorporadas às políticas públicas de saúde, com a criação do SUS, tendo em vista reduzir o número de natimortos, bem como, a mortalidade infantil, melhorar a higiene do meio ambiente e do trabalho, prevenir e tratar doenças epidêmicas e endêmicas, além de criar para toda a população condições que assegurem assistência qualificada e serviços médicos em casos patológicos.

Com a pretensão de assegurar a continuidade desses serviços, surge a Atenção Básica à Saúde, a qual engloba um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, tendo como objetivo principal promover, prevenir, diagnosticar tratar e reabilitar o sujeito acometido por fator patológico. Sendo assim, é visto como o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, o primeiro ponto de contato dos usuários com o SUS, sobre o qual são efetivados atendimentos aos problemas mais frequentes e relevantes de saúde da população como as especialidades da clínica médica, pediatria, obstétrica e ginecológica.

Para alicerçar e promover uma saúde pública de qualidade foi criado em 2000 o Programa de Saúde da Família (PSF), tendo como objetivo principal substituir o antigo modelo assistencialista de saúde, o qual visava reestruturar a prática dos processos clínicos a partir de uma conduta preventiva, sendo este substituído posteriormente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

De acordo com os *Cadernos de Atenção Básica do Programa de Saúde da Família* (2000), a diferença maior entre os modelos de prestação de serviço em saúde anteriores e a atual proposta estaria concentrada em dizer que esta vem estruturada em:

[...] uma nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais. Sob esta perspectiva, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. (BRASIL, 2000, p. 10).

Entretanto, para o Ministério da Saúde, a ESF não nasce apenas com o objetivo inicial de superar o modelo de assistência à saúde, mas o de promover uma saúde pública de qualidade a partir do controle preventivo e da inserção de uma cultura educativa, a fim de reduzir os impactos e os agravos patológicos decorrentes da ineficiência de um sistema em planejar, organizar e executar ações perante os usuários cadastrados na área adscrita.

Em documento propositivo para a organização da ESF no Brasil, publicado sob responsabilidade do Ministério da Saúde em outubro de 1998, afirma-se que o objetivo principal da ESF seria a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças na atenção básica. Ainda segundo Barembliit (1992),

A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (BAREMBLIT, 1992, p. 20)

No entanto, a fim de fortalecer a ideia de Saúde da Família como eixo estruturante da atenção básica e não apenas como sendo mais um programa entre outros, a partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a denominar o PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio da Portaria nº 648/06.

Neste entendimento, a ESF deve ser priorizada, uma vez que ela possibilita uma melhor organização e funcionamento tanto dos serviços da atenção básica como da média e alta complexidade, viabilizando o fluxo da rede. Sendo assim, a ESF corresponde ao atendida das Unidades Básicas de Saúde, “desafogando” os ambulatórios de especialidades e hospitais, resultando em uma maior satisfação dos usuários bem como a utilização mais racional dos recursos existentes, além de direcionar e organizar o fluxo da rede.

Dessa forma, cada Unidade Básica de Saúde possui sua área de abrangência a qual é responsável pelo atendimento das pessoas daquela determinada localidade, priorizando grupo de riscos, como também, considerando as situações socioeconômicas mais necessitadas, de forma equânime e com equidade, evitando-se a iniquidade, seguindo-se as recomendações e exigências do PMAQ-AB sob a regência da Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ), conforme se descreve a seguir.

## 2.2 A ESF sob Regência do Enfermeiro e a importância do PMAQ-AB

Compreendendo que a ESF prioriza as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde junto à comunidade por meio de relações permanentes entre profissionais de saúde e população assistida, vale ressaltar que esta prática advém do princípio norteador do programa ao prestar um atendimento humanizado e resolutivo para os problemas mais frequentes de saúde da população através da rede e seu fluxo.

Sendo assim, a ESF é constituída por relações entre profissionais e comunidade, por meio de ações desenvolvidas e compartilhadas com os envolvidos neste processo. Tais relações são baseadas na interdisciplinaridade requerida por uma abordagem de questionamento das incertezas profissionais de modo que estimula a permanente comunicação entre os componentes da equipe, inclusive com a participação de seu público alvo. De acordo com Magalhães (2013):

[...] a enfermagem é vista como uma das categorias de saúde mais mobilizada para o gerenciamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) sendo destinada a essa categoria o compromisso, junto aos demais profissionais de viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS). (MAGALHÃES, 2013, p.14)

Neste percurso, o profissional de enfermagem se depara com questões cruciais, como exercer seu ofício nesse contexto de mudanças constantes, uma vez que esta profissão é vista como essencial dentro da Atenção Básica devido a sua responsabilidade de realizar atendimento com qualidade. Esta deve estar alicerçada em seus conhecimentos técnicos e científicos, além de estar embasada nas necessidades humanas básicas de sua população abrangente.

Em se tratando de competências e habilidades gerais do enfermeiro, será exigido em sua formação acadêmica o rigor científico e intelectual pautado nos princípios éticos e legais, sendo este capaz de reconhecer e intervir em situações e problemas relacionados à saúde e a doença, tendo como base o perfil epidemiológico nacional, regional e local, a partir de dimensões biopsicossociais com responsabilidades e compromisso com a saúde integral do ser humano, dentro de seu contexto ambiental, assegurada em Brasil (2001) através da Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03, de 07/11/2001, em seu artigo 3º item 1.

Também para o COFEN (2007) na Resolução nº 317/2007, caberá ao enfermeiro, nos limites da lei, efetuar a consulta de Enfermagem, com o objetivo de conhecer/intervir, sobre os problemas/situações de saúde/doença, uma vez que a Lei 7.498/1986 prevê prescrição de

medicamentos privativa do enfermeiro, quando integrante da Equipe de Saúde da Família, conforme os protocolos do Ministério da Saúde e da Gestão local.

Com isso, o enfermeiro representa grande percentual do efetivo que atua nos programas de assistência à saúde pública durante as práticas assistenciais de atenção à saúde no Brasil. Sendo assim, para tal assistência à saúde familiar, o enfermeiro encontra dificuldades no cumprimento das exigências do PMAQ-AB ao gerenciar e assistir o cliente/ usuário do SUS com qualidade, conforme pautado em Magalhães (2013):

[...] O enfermeiro além de gerenciar assume o papel de assistir o usuário. Esta dualidade de habilidades apresenta-se como um fato complexo e desafiador, no qual encontra-se dificuldades em conciliar essas funções, acarretando danos na qualidade da assistência e no papel de gerenciar. (MAGALHÃES, 2013, p.14)

Desta forma, embora entendendo que é este o papel do enfermeiro, gerenciar e assistir simultaneamente, é preciso que o mesmo compreenda a necessidade de constantemente se adequar à dualidade entre o gerenciamento do trabalho em equipe e a assistência de enfermagem. Com isso, diante dos desafios que vão surgindo dentro do próprio processo de gerência e trabalho, há também as demandas inerentes às condutas de enfermagem, o que resulta na sobrecarga de trabalho, haja vista a necessidade de cumprir as exigências da assistência integral aos pacientes descritas pelo PMAQ-AB, sendo este um grande desafio.

A pluralidade dos serviços faz com que o enfermeiro se divida entre os processos da gerência na unidade, e suas condutas competentes, tais como: acolhimento, consultas de enfermagem (relacionada à coleta do exame de Papanicolau, pré-natal e puerpério, planejamento familiar, atendimento de puericultura, hipertensos e diabéticos, saúde mental, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do idoso entre outras).

Sem falar nas visitas domiciliares/atendimento domiciliar, trabalho em grupo e ainda: supervisão e orientação aos auxiliares de enfermagem; supervisão e orientação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e, ações de apoio ao atendimento do médico, reuniões da equipe, entre outras atividades privativas do enfermeiro.

Além de todas essas atribuições assistenciais, o enfermeiro lotado na Unidade da Estratégia de Saúde da Família vem dando suporte a todos os trabalhos da equipe, como atividades administrativo-gerenciais e assistenciais. Como bem se percebe, os enfermeiros vêm assumindo novas práticas e responsabilidade com a Estratégia de Saúde da Família, criando assim uma nova identidade, conforme lemos em Gomes e Oliveira (2005):

[...] a identidade do enfermeiro e sua imagem possui aspectos que não são meramente técnicos ou profissionais, mas incluem, além dos sentimentos humanos como solidariedade e empatia, a ética, a negociação política e a postura crítica. A visão de uma imagem profissional dos enfermeiros inclui, além de competência técnica e científica, ingredientes como a competência política e ética, a postura crítica, reflexiva e transformadora e o exercício da cidadania e autonomia (GOMES; OLIVEIRA, 2005.p. 1017).

Diante disto, a identidade do enfermeiro vai além das competências técnicas e científicas. Ela também está alicerçada na capacidade de negociação, devido à insuficiência dos recursos financeiros para manter os estabelecimentos e adequar as exigências do PMAQ-AB no cumprimento das exigências.

Sendo assim, dentre as novas responsabilidades contemporâneas em saúde podemos citar, em Brasil (2011), a criação do PMAQ-AB segundo a Portaria Nº 1654 do MS em 19/07/2011 que vincula recursos ao alcance de metas para a melhoria do acesso e da qualidade nas Equipes de Saúde da Família do Brasil.

É evidente que a Estratégia Saúde da Família encontra-se em processo de construção e aprimoramento, tal qual o SUS, sendo assim, é notório a necessidade das equipes, cumprirem as exigidas do PMAQ-AB como mais uma responsabilidade por parte dos Enfermeiros Gerentes e Assistentes das Unidades Básicas de Saúde sob sua gerência nesta construção constante e autoavaliativa.

Observa-se que o PMAQ-AB surgiu com objetivo de melhorar o acesso e a qualidade nos serviços assegurados na Atenção Primária à Saúde (APS), configurado como porta de acesso preferencial para o sistema de saúde ao que tange à garantia de um atendimento de qualidade aos usuários, a fim de melhorar os indicadores de saúde de todo o país, em especial, quanto ao atendimento aos usuários da atenção primário local.

A respeito da melhoria da qualidade do serviço prestado, lemos em Brasil (2012) que:

[...] A organização do processo de trabalho na APS é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia, tanto da universalidade do acesso, quanto da integralidade da atenção e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Assim, a APS requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde, assumindo o papel de auto gestores (BRASIL, 2012, p. 02).

Nesse contexto, o Enfermeiro deve fazer cumprir as exigências da avaliação externa de sua respectiva Unidade de Saúde da Família inserida no PMAQ-AB. Para tanto, deverá planejar ações, organizar a equipe e qualificá-la com educação permanente, visando atingir os

objetivos no que se refere tanto à melhoria da qualidade dos serviços dispensados aos usuários, quanto ao cumprir suas metas que se relacionam à avaliação do PMAQ-AB.

Acredita-se, que dessa forma pode ser possível melhorar a qualidade de vida dos usuários do SUS, através de serviço qualificado oferecido pelos Enfermeiros e sua equipe, dentro da Estratégia de Saúde da Família, por meio do acolhimento e encaminhamento dentro da rede de serviços, sempre acompanhando os resultados em prol de uma assistência qualificada, procurando antes, resolver tudo o que for possível dentro de sua unidade de saúde.

Portanto, percebe-se que o trabalho de enfermagem na ESF possui dois véis: assistencial e gerencial. No primeiro o objetivo é direcionado para o cuidado em enfermagem. Já o segundo, se entrelaça ao primeiro, visto que em qualquer ato de enfermagem é preciso saber gerenciar, ou seja, gerencia-se ao realizar uma assistência, ao mesmo tempo em que se gerencia a unidade, tendo como finalidade organizar a assistência e os recursos humanos dessa UBS para o alcance das respectivas metas exigidas pelo PMAQ-AB.

Com isso, diariamente, o enfermeiro se depara com o processo de trabalho da agenda do dia-a-dia e com limitações impostas em decorrência das fragilidades da Saúde Pública do Brasil. Diante desse impasse, ao gerenciar e atender ao mesmo tempo pode surgir problemas, tanto da administração quanto nas atividades desenvolvidas, dificultando a melhoria do acesso e da qualidade no serviço, sendo esta qualidade que o paciente tanto espera, cabendo ao enfermeiro resolver os problemas que surgem da melhor forma possível.

Sendo assim, a estratégia torna-se um processo dinâmico e ajustável, com vínculo entre objetos e resultados, na qual, a ESF pode ser revista como um conjunto de atividades diferenciadas com foco no mesmo objetivo - a satisfação do paciente.

Daí, a necessidade dos profissionais de enfermagem cumprir suas metas, tendo como base os conhecimentos prévios, as qualificações permanentes e continuadas, mas principalmente, dedicação para que os serviços prestados sejam de qualidade, tanto no planejamento quanto na execução, principalmente quanto a autoavaliação das exigências do PMAQ-AB da equipe sob a gestão do enfermeiro líder.

Neste íterim, faz se necessário conhecer os indicadores de desempenho exigidos pelo PMAQ-AB quanto ao grupo acesso e continuidade: 1.1 Média de atendimento de médicos e enfermeiros por habitante; 1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea; 1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada; 1.4 índice de atendimentos por condição de saúde avaliada; 1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do

útero; e 1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática. Dessa forma, analisando e melhorando estes indicadores.

Já no que se refere ao grupo coordenação do cuidado: 2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida, superar os percentuais negativos torna-se uma necessidade. Por outro lado, para dar continuidade aos tratamentos, o grupo resolutividade: 3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado; 3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas, torna-se fundamental na resolução dos serviços. E para finalizar com o grupo abrangência da oferta de serviço: 4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica; 4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal, mostra o quanto é importante ampliar o leque de prevenção, promoção e recuperação da saúde com ações transversais.

É evidente que, cumprindo-se estes indicadores mensalmente qualquer equipe será capaz de melhorar a qualidade de vida de sua população adscrita, entretanto para isso será necessário dedicação da equipe na busca destes indicadores, além de outras metas de obrigação da gestão municipal, cabendo à equipe correr atrás, seja por meio de ofício referenciado à gestão ou mesmo por meio da atuação de seus usuários parceiros na busca dos objetivos da equipe com ações discutidas, planejadas e executadas com eficácia.

### **3. METODOLOGIA**

Este artigo científico foi pautado no tipo de pesquisa exploratório-descritivo de caráter reflexivo, do qual se utilizou de revisão bibliográfica do tipo sistemática para coleta e análise dos dados. Dessa forma, buscou-se fundamentar esta caminhada através da leitura de livros e artigos acerca do tema proposto, a fim de discutir e refletir sobre as dificuldades do enfermeiro no gerenciamento da UBS em meio às exigências do PMAQ-AB.

Todavia, a combinação dos descritores identificou-se varias amostra de produções afins, com as quais foram inicialmente selecionados artigos por meio de títulos e resumos. Nesta etapa foram escolhidos 51 artigos que abordavam conceitos relevantes para o estudo, e após a leitura integral dos textos, foram escolhidos os artigos que contemplavam o objetivo do trabalho.

Contudo, esta pesquisa foi construída a partir de dois movimentos: o primeiro, ocorrido por meio de reflexões sobre a Atenção Básica, o qual gerou inquietações acerca da



problemática em questão de forma subjetiva; já o segundo se configura na busca on-line através das palavras-chaves: Gerenciamento, Enfermeiro e Atenção Básica nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), selecionando-se artigos do Scielo na língua vernácula e também por meio de busca na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde do Brasil a procura de manuais, leis e portarias referentes ao PMAQ-AB/AMAQ dos últimos dez anos, selecionando-se mais de cinquenta títulos, entre artigos, livros pessoais e da Biblioteca da FAI, descartando-se vinte e nove, e aproveitando vinte e dois escritos que auxiliaram no processo reflexivo e construtivo deste trabalho.

Sendo assim, espera-se alcançar o objetivo principal respondendo-se ao questionamento a partir de uma análise crítica diante da compensação financeira de recursos capitalizados por parte dos profissionais da ESF como bônus pelo alcance das exigências do PMAQ na avaliação externa ou como recompensa mensal pelo processo de autoavaliação mensal, permanente e reflexivo cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida da população adscrita.

E ao final deste trabalho concluir com uma resposta contundente ao questionamento: quais as dificuldades do enfermeiro em gerenciar a UBS perante o cumprimento das exigências do PMAQ-AB? Após discussões e reflexões críticas sobre a problemática dentro da Estratégia de Saúde da Família, quanto ao cumprimento de metas, observa-se os seguintes questionamentos: os recursos financeiros são vistos apenas como bônus financeiros ou a equipe está focada na qualidade de vida dos usuários, ou em ambas? Eis a questão.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Como salientado no tópico anterior, nesta seção o objetivo central estará em discussão a partir de uma análise crítica diante da compensação financeira de recursos capitalizados por parte dos profissionais da ESF como bônus semestral pelo alcance das exigências do PMAQ-AB durante a avaliação externa e não como resultado de um processo mensal de autoavaliação permanente e reflexivo em busca da melhoria da qualidade de vida da população adscrita, destacando-se o enfermeiro gestor como condutor deste processo.

Para tanto, faz-se necessário lembrar que os dados aqui apresentados e analisados são feitos de maneira descritivamente, justamente por se tratar de uma pesquisa bibliográfica. Sendo assim, de maneira didática, busca-se dividir este momento em duas partes: a primeira

se concentra em realizar uma breve revisão das discussões iniciadas a respeito da temática, a fim de, não apenas retomar questões e diálogos, mas com o intuito de fixar provocações e analisar caminhos possíveis de intermediação e subjetividades, visto que não se trata de uma pesquisa de campo, e sim bibliográfica.

Já na segunda, pretende-se deter a atenção em discutir a respeito dos impactos gerados sobre a sobrecarga de serviços recaídos sobre o corpo de enfermagem e de como o recurso financeiro do PMAQ-AB pode ser encarado como uma compensação justa pelo trabalho realizado, desde que tenha como resultado final a melhoria da qualidade de vida das pessoas inseridas no contexto.

É do conhecimento geral que o Ministério da Saúde conceitua saúde como um completo bem-estar físico, mental, social e político e, Saúde Pública a ciência e a arte de promover, proteger e recuperar a saúde, por meio de medidas de alcance coletivo e de motivação da população. Dessa forma surgiu o SUS, o qual é considerado um dos maiores sistemas públicos do mundo por garantir à sua população o acesso universal, integral e equânime.

Foi instituído a partir da Constituição Federal de 1988, tornado direito de todos e dever do Estado, regulado pela lei 8080/1990. Com isso faz parte do SUS, hospitais, UPA, centros e postos de saúde entre outras repartições públicas e privadas que prestam serviços ao mesmo. Em consonância a tudo isso, foi promovido anteriormente pela Reforma Sanitária que surgiu no início dos anos 70, e passou a ser considerada como o conjunto de ideias para mudanças e transformações necessárias na área da saúde, iniciando-se os primeiros passos em direção a construção do SUS.

Já no tocante à Atenção Básica ela passou a englobar um conjunto de ações de caráter individual e coletivo tendo como objetivo: promover à saúde, prevenir doenças, diagnosticar, bem como, tratar da reabilitação do sujeito. Sendo assim, é visto como o primeiro nível de atenção à saúde; e, o primeiro ponto de contato dos usuários com o SUS.

A partir de então, em decorrência de uma nova proposta de promoção da Saúde Pública no Brasil, nasceu o Programa Saúde da Família, implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, e que posteriormente passou ser chamada Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a compreensão do processo saúde/doença.

O que inclui ações de promoção à saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e que tem geralmente na pessoa do enfermeiro, coordenador da Unidade, o qual busca desenvolver ações referentes tanto à sua profissão quanto ao trabalho de

gerenciamento da equipe, tendo como obrigatoriedade cumprir as exigências indicadas pelo PMAQ-AB como sendo seu desafio maior em busca de qualidade.

Diante do exposto, fica evidente que há uma preocupação em se construir uma cultura de promoção de saúde pela via educativa, não apenas levando em consideração a redução de despesas dos cofres públicos, mas pela eficiência de uma proposta que se consolida pelo planejamento de ações e estratégias que perante uma prática informativa e integrativa entre servidores e a comunidade, seja possível trazer qualidade ao serviço.

Em via de fortalecimento dessa ideia, novas ferramentas são criadas a fim de construir um sistema de saúde mais assistencialista e participativo. Dentre as proposições recentes podemos destacar o próprio PMAQ-AB como estratégia elencada pelo Ministério da Saúde com o objetivo de consolidar uma prática educativa e de cuidado continuado na Atenção Básica.

Dando ênfase ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, segundo Brasil (2011d), o PMAQ seria a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, almejando a permanente e progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na Atenção Básica.

A amplitude e ousadia dos objetivos do PMAQ-AB podem ser percebidas ao ler suas diretrizes expostas na Portaria 1.654, dentre as quais colocaria em relevo:

- II – estimular **processo contínuo e progressivo de melhoramento** dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a **gestão, o processo de trabalho** e os **resultados alcançados** pelas equipes de saúde da atenção básica;
- III – **transparência** em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;
- IV – **envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais**, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num **processo de mudança de cultura de gestão** e qualificação da atenção básica;
- V – **desenvolver cultura de negociação e contratualização**, que implique na **gestão dos recursos em função dos compromissos** e resultados pactuados e alcançados;
- VI – **estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários**; (BRASIL, 2011c).

Alguns pontos se destacam dentre os objetivos do programa. Em primeiro lugar, fica explícito que ele tem como objetivo final promover mudanças tanto no modelo assistencial quanto de gestão, impactando na situação de saúde da população, fomentando o desenvolvimento dos trabalhadores e orientando os serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários.

Outro destaque importante é que o programa busca fazer isso, provocando importante mobilização dos diversos atores implicados com a Atenção Básica. Torna-se, portanto, uma estratégia que pressupõe o provimento de espaços de diálogo, problematização, negociação de conflitos e gestão da mudança, entre equipes, gestores e usuários, que tenham potência de produzir transformações concretas na realidade cotidiana dos serviços.

O programa também assume compromisso com a transparência do processo e socialização das informações justamente na expectativa de fortalecer o uso da informação e a participação de amplos segmentos da sociedade. Essa forte aposta e esse investimento na mobilização dos atores locais pretende promover mudança de condições, saberes e práticas de atenção, gestão e participação na Atenção Básica a serem compartilhadas.

Neste percurso, torna-se possível observar que o PMAQ-AB foi instituído visando melhorar os serviços da Atenção Básica, a fim de aumentar o acesso e o acolhimento com a qualidade necessária para garantir a satisfação do usuário resolvendo seu problema de saúde em todo o percurso da rede, do acolhimento à cura ou melhora do quadro clínico, com a resolução do mesmo no percurso da rede.

Desse modo, compreende-se que o PMAQ-AB é uma política que tem nas suas entrelinhas essa pretensão, com foco na melhoria do acesso e da qualidade a partir do cumprimento de suas exigências, dando continuidade ao processo de construção do SUS por meio da instituição de sua Lei com a Portaria Nº 1.654 de 19 de julho de 2011 que institui o PMAQ-AB e seu incentivo financeiro através do Piso de Atenção Básica – PAB Variável.

No tocante às considerações de Bello *et al* (2014), o PMAQ-AB surgiu com a pretensão de promover alterações na relação entre as três esferas de governo através de mecanismos de controle, via normas e regulamentos, provocando mudanças significativas no processo de trabalho das equipes, indicando um potencial gerador de mudanças, embora necessite de estudos avaliativos mais específicos capaz de aprofundar as discussões.

De acordo com o *Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF (2015)*:

[...] Progressivamente, os esforços de expansão de cobertura e de ampliação do acesso foram articulados ao esforço de melhoria permanente da qualidade tanto dos serviços quanto do processo de trabalho e de gestão e das ações ofertadas aos usuários. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é produto e síntese desse contexto. (BRASIL 2015, p. 11)

Neste sentido, o programa surgiu através da tentativa de ampliar os processos de saúde de modo contínuo e permanente. Para isso, ele se propõe a superar alguns desafios que, segundo disposto em Brasil (2015, p. 13-14) destacaria:

- I. Precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada.
- III. Inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo a capacidade de intervenção e de satisfação com o trabalho.
- IV. Necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, de maneira geral, pela sua baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde; pela insuficiente integração dos membros das equipes e pela falta de orientação do trabalho, em função de prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade.
- V. Instabilidade das equipes e elevada rotatividade dos profissionais, comprometendo o vínculo, a continuidade do cuidado e a integração da equipe.
- VII. Sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, comprometendo a cobertura e a qualidade de suas ações.

O Ministério da Saúde afirma que, no contexto do conjunto de ações e programas que conformam a nova PNAB, chamada pelo nome de *Saúde Mais Perto de Você*, o PMAQ-AB se caracteriza como a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades da Estratégia de Saúde da Família.

Entretanto, para que o PMAQ-AB seja efetivo nos municípios do Brasil, faz-se necessário, entre outros aspectos, a promoção de uma gestão pública de qualidade. A gestão em saúde é definida como um processo que cria políticas sanitárias e suscitam programas que viabilizem tais políticas, além de prover recursos, fiscalizar e avaliar os programas e ações em saúde. À gestão municipal compete então planejar, acompanhar e avaliar todas as ações referentes aos serviços de saúde, possibilitando ações que qualifiquem as estratégias e os serviços de saúde, sob a gestão do enfermeiro.

Todavia, percebe-se que o princípio norteador do programa poderá ser mal interpretado pelas equipes fazendo com que o enfermeiro que não dispõe de qualificação/treinamento quanto à autoavaliação do PMAQ-AB possa encarar a compensação financeira oferecida pelo alcance de metas, apenas como um prêmio financeiro, sem uma visão do todo, em prol de uma qualidade de vida dos usuários.

De acordo com Cherchiglia e Girardi (2000), por sistemas de remuneração podemos compreender como parte de sistemas maiores, que englobam as relações de trabalho concreta, individual e coletiva, entre o trabalho e a gerência, que se estabelecem internamente nas instituições. Eles refletem o modelo de gestão e de controle que essas instituições exercem sobre o comportamento e o desempenho de seus membros.

No entanto, ao que competem à dimensão dos trabalhadores, sistemas de remuneração têm, ao lado do aspecto meramente econômico, uma natureza simbólica, que representa uma parte das recompensas psicológicas procuradas pelos indivíduos, em seus ambientes de trabalho, essa recompensa simbólica é algo tão gratificante que nenhum valor financeiro consegue pagar pelo “agradecimento” de um usuário após um serviço.

Trazendo para o nosso contexto, observa-se que sempre ou quase sempre as estratégias que são traçadas atuam em conformidade com a não preocupação em garantir uma melhora assistencial para os usuários, mas no beneficiamento financeiro próprio, advindo do recurso pago pelo Governo Federal em pactuação com as Prefeituras Municipais. Há, neste movimento, uma ausência de conhecimento exato acerca da finalidade do Programa, neste caso, necessitando de treinamento/qualificação.

O PMAQ-AB surge com o objetivo principal de promover a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de forma a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde e não, exclusivamente, como ferramenta de compensação financeira pelo alcance de metas, do contrário, repensar.

Desta forma, cada vez mais os Profissionais da AB estariam se distanciando da proposta de melhoria do PMAQ-AB, ao passo em que deixam de pensar na reestruturação e reorganização dos serviços, na definição quantitativa e qualitativa dos profissionais e, principalmente, da interatividade, que é determinante para ter conhecimento quanto às necessidades humanas básicas dos usuários e não apenas financeira pelos serviços.

Contudo, vale ressaltar que há fatores que incidem diretamente nessa conduta de compensação, dentre elas o principal seria a própria remuneração dos profissionais que não corresponde às práticas planejadas e aos serviços realizados dentro da Unidade de Saúde, sobretudo quando relacionado ao corpo de enfermagem, haja vista a multiplicidade de tarefas desempenhadas com salários não condizentes com os serviços prestados.

Segundo Jesus et al (2015), afirma que o enfermeiro muitas vezes fica sobrecarregado diante das demandas da unidade, desenvolvendo sozinho um papel que é de toda a equipe, também fragilizada pela precarização de vínculo, o que induz tanto à quebra da continuidade das ações planejadas, quanto ao aprofundamento do assunto especificamente relacionado ao cumprimento das exigências do PMAQ-AB como uma forma de superar empecilhos para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, neste caso, qualificar a equipe com delegação de função será bem vinda.

Todavia, observou-se que há sim suposições com possibilidade de quebra para com o princípio norteador do PMAQ-AB por parte dos Profissionais da AB, sobretudo com o corpo de enfermagem devido ao foco na compensação financeira. Entretanto, essa prática de compensação financeira tornou-se decorrente de um sistema deficitário que remunera de maneira inadequada os servidores quando equiparado às atribuições e competências que desempenham dentro das UBS, desviando o foco da melhoria da qualidade de vida do paciente usuário do SUS.

Portanto, salienta-se ao término desta seção que não foi possível responder a todas as indagações feitas inicialmente (embora se tenha indicativos) devido à insuficiência de resposta nos artigos pesquisados que pudessem, de fato, auxiliar na formulação de proposições mais claras e objetivas acerca das dificuldades encontradas pelo enfermeiro em gerenciar as UBS, quanto às exigências do PMAQ-AB, com foco principal na melhoria da qualidade de vida, sendo então necessário dar continuidade à pesquisa, desdobrando-se em pesquisa de campo para se alcançar maiores detalhes a respeito da problemática.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sendo o PMAQ uma ferramenta que deve ser utilizada para a promoção de uma saúde pública de qualidade a partir do vínculo com a Atenção Básica e a rede de usuários cadastros na Unidade da ESF, tornou-se possível observar que há a possibilidade de quebra/ruptura em relação ao princípio norteador do programa advindo de uma conduta de compensação financeira, se esse for o pensamento da equipe em relação a suas metas.

Diante disto, verifica-se que essa prática precisa ser melhorada no sentido de que é a qualidade de vida do usuário, como produto final, que precisa ser reconhecida e posterior a isto, como bônus, receber-se-ia a recompensação financeira, entretanto o que se observa é o contrario, a compensação financeira se posicionando em primeiro lugar na suposta visão da equipe, o que não fica muito explícito nos artigos pesquisados.

Dessa forma, o PMAQ-AB deve ser entendido como uma ferramenta de ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, de modo a garantir um padrão de qualidade comparável em caráter nacional, regional e local, a fim de permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde e não, apenas, como instrumento de compensação financeira.

Todavia, observa-se o indicativo que possibilite a quebra do princípio norteador do PMAQ-AB, por parte dos Profissionais da AB, caso esta equipe esteja focada apenas no alcance das notas da avaliação externa, sem levar em conta o produto final (o usuário) com qualidade de vida. Sendo assim, as práticas assistenciais e de compensação financeira necessitam de ajustes, visto que a sobrecarga de trabalho na ESF e a necessidade de excelência no final carecem de revisão.

Portanto, salienta-se ao término deste artigo que, embora se tenha indicativos suficientes a respeito da ruptura com o princípio norteador do PMAQ-AB, decorrente do entendimento de compensação financeira, por parte dos profissionais, estes não são conclusivos, mas propositivos acerca da problemática aqui em análise, haja vista que, o caráter subjetivo da questão não se esgota apenas numa possibilidade de reflexão literária.

Como destacado anteriormente, devido à insuficiência de resposta nos artigos pesquisados, capaz de auxiliar na formulação de uma análise mais clara e objetiva acerca da problemática, na qual o foco principal seja a melhoria da qualidade de vida das pessoas e não nos recursos do PMAQ, fica sugestivo a estudantes e pesquisadores, a necessidade da continuidade da pesquisa, como pesquisa de campo, a fim de alcançar maiores detalhes a respeito da problemática.

Embora a título de sugestão, em suma, é notório que uma equipe treinada/qualificada para a autoavaliação mensal será capaz de conduzir com qualidade a melhoria da qualidade de vida das pessoas da área de sua abrangência e de sua equipe, e como recompensa ao bom trabalho desenvolvido, receberá o bônus financeiro ofertado pelo PMAQ-AB. Neste caso, a sua equipe recebe esse bônus como recompensa pós-avaliação externa, ou como produto final pela autoavaliação mensal?



## REFERÊNCIAS

BAREMBLIT, G., **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**, Ed. Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1992. ISBN: 85-01-64731-4.

BRASIL (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação o SUS. **Programa de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 26 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL (2011b). Presidência da República. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL (2011c). Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

BRASIL (2011d). 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: Ministério da Saúde, 2011. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL (2011e). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; AMAQ**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde)

BRASIL (2012a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2011. 55 p.

BRASIL (2012b). Ministério da Saúde. **Portaria 866, de 03 de maio de 2012**. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa.

BRASIL (2012c). Ministério da Saúde. Portaria 1.089, de 28 de maio de 2012. 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).

BRASIL. **Constituição Federal**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo na Atenção Básica**. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf). Acesso em: 13/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avanços e desafios no planejamento do SUS**. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Esplanada dos Ministérios Bloco G Anexo B Sala 454 B. 70058-900 Brasília DF. <fabiolasulpino@uol.com.br >. Disponível em: Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009 <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800030&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800030&script=sci_arttext)> Acesso em: 01/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo PMAQ**. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual\\_instrutivo\\_pmaq\\_site\\_anexo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf). Acesso em: 13/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa 47/2018- CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Nacional de Imunização (SIPNI) e a estratégia e-SUS Atenção Básica (AB). Integração entre o Sistema de Informação do Programa. Brasília, 2018.

CHAVES, Thainá Vieira. **Acolhimento na Atenção Básica: Análise a Partir da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauceciencia/index.php/RSC> > Acesso em: 23 de outubro de 2018.

CLEMENTINO, *et al.* **Análise da atuação do enfermeiro na gerência de Unidades básicas de saúde**. In: Revista Brasileira de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a02.pdf>>. Acesso em 30 de outubro de 2018.

GALAVOTE HS, ZANDONADE E, GARCIA ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde** In: Escola Anna Nery 20(1) Jan-Mar 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>>. Acesso em 23 de outubro de 2018.

GIL, Antonio Carlos: **Como elaborar projetos de pesquisa - 4ª Ed.** São Paulo: Atlas, 2002.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro Salles. **Dicionário Houaiss de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2001, p. 2525.

JESUS, Andréia Souza et al. Revistasaúde.com. **O enfermeiro no contexto do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): relato de experiência**. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v11/v11n2a010.pdf>> Acesso em: 02/07/2018.

LEONE, Salvino; SALVATORE, Privitera; CUNHA, Jorge Teixeira da. **Dicionário de bioética**. Trad. José Madureira Beça. Aparecida-SP: Santuário, 2001, p. 1008.

MAGALHÃES, Liliane Dias Souza. **Assistir, coordenar e Gerenciar: Desafios do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Trabalho de Conclusão de Curso. Belo Horizonte 2013.