

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCIANA DA SILVA PINHEIRO

**O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

SANTA CRUZ

2017

LUCIANA DA SILVA PINHEIRO

O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Artigo Científico apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (UFRN/FACISA), como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Nogueira Valença.

SANTA CRUZ

2017

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA

Pinheiro, Luciana da Silva.

O Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica : organização dos serviços de saúde / Luciana da Silva Pinheiro. - Santa Cruz, 2017.

21 f.

Artigo Científico (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.

Orientadora : Cecília Nogueira Valença.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Sistema Único de Saúde. I. Valença, Cecília Nogueira. II. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 614.39

LUCIANA DA SILVA PINHEIRO

O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO BÁSICA: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Artigo Científico, apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Norte da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (UFRN/FACISA), como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 23 de Outubro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Cecília Nogueira Valença
(Doutora em Enfermagem - Orientadora)

Adilla Conceição Brito de Azevedo
(Membro externo)

Rafaela Carolini de Oliveira Tavora
(Doutora em Enfermagem)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. MÉTODOS	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
4. CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS	17

Resumo

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica advém de iniciativas que foram propostas pelo Ministério da Saúde com o intuito de melhorar a qualidade do serviço prestado pelas Unidades Básicas de Saúde, sendo criado em 2011, permitindo maior transparência e eficácia diante das ações direcionadas a Atenção Básica em Saúde. Este estudo tem o objetivo de analisar as mudanças trazidas pelo programa e que foram percebidas pelos profissionais que estão inseridos na Rede Básica de Saúde, em seu Distrito. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Foi desenvolvido no Distrito Oeste, o qual faz parte das oito Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Norte. Como resultados, percebe-se um conhecimento mais abrangente dos profissionais diante a perspectiva de melhoria com a implantação do programa, sendo relevante as mudanças que propiciaram aperfeiçoamento para o desenvolvimento do trabalho prestado às redes de saúde. Pode-se concluir que, segundo os profissionais, as mudanças trazidas pelo programa trouxeram melhoria na organização dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Saúde da família; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em nosso país a Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada e comunicação com a Redes de Atenção à Saúde, devendo ser o contato de principal preferência dos usuários¹. Percebe-se que a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), permitiu que a AB se tornasse mais acolhedora, e conseqüentemente, mais resolutiva.

É fundamental a continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social¹. É interessante que a Unidade Básica de Saúde (UBS), seja alocada o mais próximo da comunidade, tornando assim, uma garantia a população de um atendimento de qualidade. Lembrando das dificuldades que são enfrentadas para que se possa manter essa qualidade nos atendimentos, em que o Brasil é o único país que oferece esse sistema de saúde, dentro de suas particularidades.

Pensando ainda em sempre melhorar as condições do serviço prestado aos usuários, foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/AB), em 2011, no qual o seu principal intuito é melhorar a qualidade e padrão dos atendimentos das UBS. O Ministério da Saúde (MS), vem se esforçando para organizar as estratégias esperadas pela PNAB, com o intuito de reconhecer a qualidade dos serviços da AB, permitindo também, a extensão do acesso e qualidade dos vários contextos do país².

Foi a partir de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi criado o PMAQ, no qual o MS e os gestores municipais e estaduais foram a base para debater e formular soluções as quais seriam viáveis para que a partir do programa pudesse ser viabilizado a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o país³. Além desses pontos, o PMAQ ainda tem o objetivo de permitir maior transparência e efetividade diante todas as ações desenvolvidas para com a comunidade, a partir da atenção básica de saúde.

Para melhor elaboração do programa, foi criado ciclos que se completam, desta forma: “Adesão e Contratualização, Certificação, Recontratualização”. A primeira fase equivale a adesão ao programa por meio de contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde⁴.

A segunda fase consiste na avaliação das ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões dos municípios e do estado, e pelo MS, com o propósito de verificação da realização do momento autoavaliativo, no qual após a certificação a equipe será classificada de acordo com seu desempenho: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular; e Ruim⁴.

A terceira fase, recontratualização, constitui um processo de repactuação das equipes, à partir de novos padrões e indicadores de qualidade buscando sempre melhorias diante os resultados que foram expostos pelos participantes do programa⁴.

A partir dos resultados obtidos, será possível perceber os pontos negativos e assim tentar suprir as necessidades advindas desse contexto, podendo também, permitir o aprimoramento do desempenho positivo.

Nesse contexto, a partir de unidades que já existem e tem sua própria composição e recursos em que é pensado um modelo assistencial, a Secretaria Municipal de Saúde do Natal vem aderindo medidas para que se possa firmar a articulação entre os serviços⁵. Trazendo com isso, uma perspectiva de melhoria na organização das redes de saúde e conseguinte progresso em ações desenvolvidas para as unidades, sendo importante ressaltar a atuação transversalizada que vem a somar com a gestão e suas necessidades para melhorar o desempenho dos profissionais e de suas equipes da atenção básica.

Baseado na abrangência da necessidade de sempre melhorar a organização e prestação de serviço, é indispensável a reorganização das redes de atenção com o intuito de melhor distribuir as suas funções institucionais. Sendo assim, em 1987, a cidade de Natal/RN iniciou

um processo de distritalização com o intuito de organizar e estruturar o Sistema Municipal de Saúde, modelo assistencial com ênfase na Vigilância à Saúde, Sistema de Informações em Saúde e Territorialização, em que no ano de 1990 foi criada a divisão do município em quatro regiões administrativas⁵. Dessa forma, resultou na divisão do município em quatro distritos, sendo estes: Distrito Norte, Distrito Sul, Distrito Leste e Distrito Oeste.

A partir dessa divisão e da chegada do programa ao estado, foi possível a implantação do mesmo em cada distrito, procurando a garantia padrão de qualidade não só nacional como também regional e local.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Em que, tendo por base essa perspectiva de pesquisa é possível permitir a aproximação da realidade a qual norteou uma pergunta pelo investigador, sendo assim fator primordial a observação e entrevista, possibilitando a interação entre o entrevistador e o sujeito entrevistado⁶.

O estudo foi feito na região nordeste do Brasil, no estado do Rio Grande do Norte. Para o campo de pesquisa foi escolhido um dos municípios pólo das oito regiões de saúde do estado em questão.

Foi realizado na capital do estado, Natal, onde as unidades de saúde selecionadas foram: UBS Bom Pastor, UBS Nazaré, UBS Felipe Camarão II, UBS Felipe Camarão III, UBS Monte Líbano e UBS Bairro Nordeste, que juntas integram o Distrito Oeste. Sendo assim, as UBS que fizeram parte do estudo em que os sujeitos foram escolhidos, compreendem as que aderiram ao PMAQ desde o primeiro ciclo.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, que está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí/ Universidade

Federal do Rio Grande do Norte, em Santa Cruz/RN, intitulada “Melhoria do Acesso e da qualidade da Gestão do Trabalho dos profissionais da Atenção Básica”.

Sendo assim, os participantes consistiram nos profissionais da atenção básica, em que a escolha deu-se diante os trabalhadores que estão inseridos em locais que o PMAQ foi implantado, sendo assim, escolhidos cinco profissionais para participar da entrevista. Na qual, para a coleta de dados foi usado a técnica de grupo focal, utilizando roteiro norteador.

A abordagem em forma de grupo focal é uma técnica de análise qualitativa, na qual permite que o tema sugerido pelo pesquisador seja debatido em conjunto com o grupo, desta forma permitindo a coleta dos dados⁷.

Um estudo baseado em grupo focal permite a percepção do entrevistador diante os esclarecimentos de cada participante da pesquisa, em que o mesmo pode intermediar questões para que mais nítido seja a opinião de cada pessoa no grupo. Para delimitar a quantidade de pessoas, é importante perceber que é necessária uma saciedade das respostas permitindo que todos possam participar, desta forma, a escolha entre quatro a dez participantes se julga ideal para atingir tais objetivos⁷.

Os participantes responderam tais questionamentos: Como ocorreu o processo de implantação do PMAQ na sua unidade de saúde? Quais mudanças nas práticas profissionais foram identificadas após a participação no PMAQ? Quais são as principais potencialidades e fragilidades do Programa?

No ato da coleta de dados, foi realizada a gravação das falas dos participantes por meio de aparelho eletrônico tipo Mp3, para posteriormente serem transcritas na íntegra.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram designados pela letra P (participante), numerados de acordo com a sequência em que se pronunciavam durante o grupo focal.

Para critério de inclusão, foi definido que os profissionais seriam de nível superior e alocados na equipe da UBS, sendo estes, médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista, no qual tenham participado de todas as fases que regem o programa, no segundo ciclo. Já para o critério de exclusão, os profissionais que não participaram desta etapa do PMAQ, bem como os que desejarem retirar sua participação do estudo.

Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, o qual permite técnicas de pesquisa que tem como finalidade a busca do sentido do documento, além de possibilitar inferências que colaboram para a condução da análise e objetivo do trabalho⁸.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí, tendo como número de Parecer 1.707.601 e CAAE 58652816.6.0000.5568, respeitando os preceitos das Resoluções nº. 510/2016 e nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A implantação do PMAQ significa trazer melhorias para o processo de trabalho estabelecido dentro das unidades básicas além da sua organização, procurando permitir o acesso e melhor desenvolvimento da prestação de serviço para a população.

Desta forma, observa-se a inserção do programa com a fase de adesão e contratualização na qual permite a pactuação do PMAQ com a gestão e a partir da homologação desta adesão o município passa a receber 20% do valor integral do componente de qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PIB Variável), sendo este valor por equipe participante³.

Sendo assim, quando questionados sobre o processo de implantação do PMAQ em sua unidade básica, os profissionais disseram:

“Primeiro a gente foi chamado para uma capacitação, pra fazer o termo de adesão. Após preencher o termo de adesão, fomos à central, pactuamos lá. Eu me lembro como hoje, a gente lá, os enfermeiros pactuaram para que teria o repasse

financeiro do PMAQ, a gente optou por não receber em salários, a gente optou por receber em melhorias de condição de trabalho, em materiais equipamentos, nós não recebemos isso de volta.” P1

Após a certificação da equipe, a gestão municipal passa a receber valores diferenciados de acordo com o desempenho que foi alcançado pelas equipes contratualizadas¹⁰.

“Não foi uma adesão voluntária, foi quase imposto, isso é verdade, é bom lembrar... aí voltamos para as unidades que quase ninguém queria se responsabilizar pelos termos de adesão e ficou vai dentista, vai médico, vai enfermeiro, vai não sei quem... e ficou aquela confusão e quem acabou se responsabilizando na maioria foram os enfermeiros, né... lógico que teve as exceções, alguns foram os dentistas, outros foram os médicos que optaram, mas a grande parte que fez esse mutirão de adesão foi o profissional enfermeiro.” P2

Neste sentido, é necessário compreender os benefícios que são adquiridos a partir da adesão ao programa, no qual permite oferecer mudanças na organização do serviço da equipe, possibilitando uma melhor organização do trabalho.

Outros participantes mencionaram que foi disponibilizado um grupo para explicar como funcionava o programa, e seus indicadores.

Nesta perspectiva da implantação, indagou-se sobre quais as mudanças que os profissionais perceberam após a chegada do programa, percebendo que as práticas no serviço também ocorreram, logo:

“O que trouxe de mudanças... eu acho assim, na parte de sinalização da unidade, fluxograma, identificações de sala” P1

“Organização, ou seja, aquilo que a gente fazia no cotidiano a gente não conseguia enxergar... é aquele linear né, pra que a gente volte a olhar com mais qualidade pra nossa unidade. Reorganizar os nossos grupos, reorganizar o nosso acolhimento, as nossas agendas, demanda espontânea, uma escuta qualificada, ele traz todo esse processo de mudanças dentro da unidade...” P3

“É o princípio dele... é muito bom. Ele tem falhas, mas ele na sua grande... pegando toda a globalização dele, ele é um programa bom, ele tem defeitos que não tem nenhum sistema de informação perfeito, certo?! E assim, como o PMAQ é todo em cima do sistema de informação, ele tem suas falhas também, é tanto que na avaliação você não consegue avaliar, não tem sistema de informação que contemple tudo perfeito, não existe esse sistema de informação, e também, por sua vez, você não vai conseguir um sistema de avaliação, como é o PMAQ, que não tenha suas falhas... todos eles vão ter falha, entendeu?! Mas ele é um sistema bem legal, assim, se ele fizesse direitinho, se a gente tivesse os recursos da unidade, certo?! Tudo isso ajudaria muito a gente a trabalhar mais, teria mais credibilidade o programa, mas ele é muito bom, muito bem elaborado.” P1

Na avaliação externa do programa, um ponto que precisa ser contemplado está relacionado às características estruturais e de ambiência na UBS, assim como equipamentos, materiais e insumos, além de elementos que colaboram para a organização do processo de trabalho¹⁰.

Os participantes relataram como o PMAQ induziu melhorias não só para o processo de trabalho, mas para a organização de toda a conjuntura de uma UBS.

Em outras falas é possível observar o progresso diante os desafios que surgiram com a chegada do PMAQ.

“A questão de comprovar o que se faz porque se fazia muita coisa, mas não tinha um registro adequado, né?! A questão também de resgatar um pouco esse trabalho com os indicadores, de acompanhar, de ter meta... comparar uma meta nacional com a regional, com a local...” P2

“Reativou a necessidade de colegiado do gestor, de núcleo de saúde coletiva, conselho local de saúde.” P2

Com base no que foi exposto, percebe-se que é um benefício do programa a elaboração dos registros, pois permite uma melhor condição para se manter organizado e até mesmo o acompanhamento do que é realizado pelo profissional.

Desta forma, essa organização possibilita junto com os indicadores de saúde uma forma de melhor conhecer a realidade da população trabalhada, inferindo em traçar metas e objetivos para um desempenho satisfatório¹¹.

No terceiro ciclo foram selecionados indicadores que ficaram agrupados em quatro grupos, sendo estes: acesso e continuidade do cuidado, coordenação do cuidado, resolutividade da equipe de atenção básica, abrangência da oferta de serviços¹⁰.

Acerca do controle social e participação da gestão, a Lei n.º 8.142/1990 dispõe sobre a participação social no SUS, a qual permite a atuação popular em todas as esferas do sistema, permitindo a população participar dos seus direitos no exercício do controle social¹².

Apesar de na maior parte dos relatos dos participantes, serem sobre as potencialidades percebidas com a adesão ao programa, também se observam críticas.

“Eu acho que essa indefinição dos recursos que são distribuídos, independente se for financeiro, de estrutura, material... mas assim, acho que é essa indefinição. Você não vê o que realmente foi disponibilizado.” P2

“Na minha unidade, a equipe que tava consistida ela tinha um melhor desenvolvimento... outra fragilidade que eu acho também, assim... quando o ciclo tava perto de chegar a autoavaliação, ficava assim tipo uma tortura em cima do... mas assim, algumas equipes, a gestão ficava muito em cima e muitas vezes não tinha dado um suporte lá atrás pra gente.” P5

“A gente não tem a transparência do que faz, eu não tenho, não sei mexer em algumas coisas do sistema, agora é que tô aprendendo mais alguma coisa... mas, ainda tem as coisas negativas, a gente não recebe resultado de exames.” P4

Nesta perspectiva, compreende-se que a gestão municipal não foi solícita com as equipes que aderiram o programa, pois, não se observou empenho para que se pudesse ajudar com o desenvolvimento do trabalho à partir da adesão, tornando assim um sistema falho para com os profissionais, no qual afetou diretamente o desempenho da equipe.

Diante todo o exposto sobre as potencialidades e fragilidades encontradas e relatadas, é possível fazer observações para que se possa cada vez mais tornar o programa mais completo, de fácil acesso e entendimento para os profissionais.

“O que precisaria mudar pra melhorar: perfil profissional, compromisso e tal, articulação das redes, sistema de informação e o perfil dos gestores locais.” P2

Na área da saúde, esperasse de um perfil profissional que tenha uma visão humanística, crítica e integradora, na qual permita intervenções de qualidade e resolubilidade no âmbito do SUS¹³.

Para um sistema de informação ligado a saúde, é necessário que se garanta uma organização racional do fluxo de informações, onde permita trocas eficiente de dados imprescindíveis para dar apoio as redes de atenção à saúde¹⁴.

A organização e planejamento, junto com a motivação, formam bases para o bom desenvolvimento da prestação de serviço de um gestor, no qual, está correlacionado diretamente com a eficácia para se alcançar objetivos traçados¹⁵. Desta forma, é de total relevância a participação e colaboração do gestor no que se diz respeito as melhorias para uma contribuição de serviço de qualidade.

CONCLUSÃO

A implantação do PMAQ foi de fundamental importância para que se possa manter uma organização nos processos de prestação de serviço de saúde.

É necessário compreender que as estratégias lançadas pelo programa são de valor relevante para que se possa manter a organização e a ampliação na qualidade do serviço. Além de perceber que manter esse plano é um compromisso que os profissionais assumem para com a população, permitindo não só uma melhor qualidade no serviço prestado, assim como, organização do seu próprio ambiente de trabalho, permitindo-lhe uma maior condição para que se possa sistematizar os seus índices e corroborar com os seus atendimentos prestados.

É preciso atentar para a continuidade da sistematização do serviço, para que após a conclusão das etapas do PMAQ, as redes possam manter esse grau de potencialidades que surgiram a partir do programa.

**The National Program for the Improvement of Access and Quality of Basic Care:
organization of health services**

Summary

The National Program for Improving Access and Quality of Primary Care comes from initiatives that were proposed by the Ministry of Health with the aim of improving the quality of the service provided by Basic Health Units, and was created in 2011, allowing for greater transparency and efficacy of the actions directed to Basic Health Care. This study has the objective of analyzing the changes brought by the program and that were perceived by the professionals that are inserted in the Basic Health Network in its District. This is a descriptive study with a qualitative approach. It was developed in the Western District, which is part of the eight Health Regions of the state of Rio Grande do Norte. As results, a more comprehensive knowledge of the professionals is perceived in the perspective of improvement with the implementation of the program, being relevant the changes that propitiated a greater improvement for the development of the work done to the health networks. It can be concluded that, according to professionals, the changes brought about by the program have brought about an improvement in the organization of services.

KEY WORDS: Primary health care; Family Health; Health Unic System.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília: MS;2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília: MS;2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo*. Brasília: MS;2012b.
4. Brasil, Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Terceiro Ciclo*. Brasília: MS;2017.
5. Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). *(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal*. Natal/RN: SMS;2007.
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
7. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paideiá* 2003; 12(24):149-161.
8. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Brasileira de enfermagem* 2004; 57(5):611-614.
9. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). *Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 12 dez 2013.
10. Brasil. Ministério da saúde (MS). *Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: manual instrutivo*. Brasília: MS;2015.

11. Soller SAL, Filho GIR. Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública* 2011; 45(3):591-610.
12. Rolim LB, Cruz RSBLC, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em debate* 2013; 37(96):139-147.
13. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e sociedade*, 2010; 19(4):814-827.
14. Mendes, EV. As redes de atenção à saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2010; 15(5):2297-2305.
15. Reis RCS, Matos CRN. Perfil do gestor público: elementos para formação e mudanças. In: Anais da 1º Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação; 2012 jun 22-23; Goiás (GO): Goiás: CIEGESI; 2012. p.285-312.

APÊNDICE

ROTEIRO NORTEADOR DE DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL

Este roteiro é direcionado aos **profissionais de nível superior** da atenção básica de unidades de saúde da família no Distrito Oeste, na cidade de Natal, na qual aderiu a implantação do PMAQ no estado do Rio Grande do Norte.

Como ocorreu o processo de implantação do PMAQ na sua unidade de saúde?

Quais mudanças nas práticas profissionais foram identificadas após a participação no PMAQ?

Quais são as principais potencialidades e fragilidades do Programa?

PARECER SUBTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Melhoria do Acesso e da Qualidade da Gestão do Trabalho dos Profissionais da Atenção Básica

Pesquisador: CECÍLIA NOGUEIRA VALENÇA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58652816.6.0000.5568

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.707.601

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem como objetivo analisar se a implantação do PMAQ foi indutor de mudanças para potencializar a área de gestão do trabalho das equipes de atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que será desenvolvido nos municípios pólos das oitos Regiões de Saúde do estado do Rio Grande do Norte. Os participantes corresponderão aos profissionais da atenção básica, bem como os secretários municipais de saúde/ou coordenadores da atenção básica que implantaram o PMAQ em seus municípios. Utilizar-se-á a análise documental, técnica de grupo focal e a entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados utilizará a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a partir do software “Qualiquantisoft.” e o método de análise de conteúdo, proposto por Bardin. O projeto de pesquisa será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FACISA) de acordo com a Resolução 466/2012, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e só após a aprovação será realizado o estudo supracitado. Alinhamse entre os resultados esperados um maior conhecimento a respeito

de como o PMAQ vem sendo desenvolvido na perspectiva de se promover mudanças nos processos de trabalho em saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar se a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foi indutor de mudanças para potencializar a área de gestão do trabalho das equipes de atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do presente projeto de pesquisa estão de acordo com os critérios éticos previstos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e adequadamente estruturada do ponto de vista ético.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE esta redigido de forma adequadamente estruturada do ponto de vista ético.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências no projeto de pesquisa avaliado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP FACISA deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP FACISA deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP FACISA deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS, faz-se obrigatório

a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.