Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Programas de residência em saúde da família e sua relação com os indicadores do programa Previne Brasil

Family health residency programs and their relationship with Previne Brasil indicators

Programas de residencia en salud familiar y su relación con los indicadores del programa Previne Brasil

Vanessa Mueller[1], Marco Antônio Cavalcanti[2], Maria Cardoso de Castro Berry[3], Keith Bullia da Fonseca Simas[3], Rodrigo de Souza Prado[4], Emilene dos Santos Guimarães[1], Ana Cristina Atz dos Santos[1], Dinaci Vieira Marques Ranzi[1], Mara Lisiane de Moraes dos Santos[5].

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre a adoção de Programas de Residência Médica e Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, e os resultados dos indicadores do Programa Previne Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa desenvolvida com base na análise sistemática dos resultados de equipes compostas por residentes vinculados aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Os dados foram coletados de fontes secundárias, em bases de dados como o SCNES, o e-Gestor - Atenção Básica e SISAB. **Resultados:** Constatou-se que as Unidades com equipes compostas por residentes apresentam um resultado melhor no Indicador Sintético Final (ISF) comparadas às Unidades não válidas (1.85 maior) e válidas sem residentes (0.67 maior). **Conclusão:** Embora não seja possível inferir causalidade, observou-se que a inclusão de Programas de Residência está associada à melhora no desempenho de Unidades.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde, Indicadores básicos de saúde, Sistema único de saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the implementation of Medical and Multiprofessional Residency Programs with an emphasis on Family Health in the municipality of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, and the outcomes of the Previne Brasil Program indicators. **Methods:** This is a qualitative-quantitative study based on a systematic analysis of the results of teams composed of residents enrolled in the Multiprofessional Residency in Family Health and the Medical Residency in Family and Community Medicine. Data were collected from secondary sources, such as SCNES, e-Gestor Primary Care, and SISAB databases. **Results:** It was found that units with teams composed of residents showed better performance on the Final Synthetic Indicator (FSI) compared to invalid units (1.85 higher) and valid units without residents (0.67 higher). **Conclusion:** Although causality cannot be inferred, the inclusion of Residency Programs was associated with improved performance of health units.

Keywords: Health workforce education, Basic health indicators, Unified health system.

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro - RJ.
[2] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – DF, Rio de Janeiro - RJ.
[3] Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro - RJ.
[4] Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ.
[5] Instituto Integrado de Saúde / Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande – MS.

SUBMETIDO EM: 5/2025 | **ACEITO EM: 6/2025** | **PUBLICADO EM: 9/2025**

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre la adopción de Programas de Residencia Médica y Multiprofesional con énfasis en Salud de la Familia en el municipio de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, y los resultados de los indicadores del Programa Previne Brasil. **Métodos:** Se trata de una investigación cuali-cuantitativa desarrollada a partir del análisis sistemático de los resultados de equipos compuestos por residentes vinculados a los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad. Los datos fueron recolectados de fuentes secundarias, como las bases de datos SCNES, e-Gestor - Atención Básica y SISAB. **Resultados:** Se constató que las Unidades con equipos compuestos por residentes presentan un mejor resultado en el Indicador Sintético Final (ISF), en comparación con las Unidades no válidas (1,85 superior) y válidas sin residentes (0,67 superior). **Conclusión:** Aunque no es posible inferir causalidad, se observó que la inclusión de Programas de Residencia está asociada a una mejora en el desempeño de las Unidades de salud.

Palabras clave: Formación profesional en salud, Indicadores básicos de salud, Sistema único de salud.

INTRODUÇÃO

Considerando a amplitude e responsabilidades da Atenção Primária em Saúde (APS), e da necessidade da aquisição de diversas competências profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), a temática da formação profissional vem sendo amplamente discutida, por ser considerada um elemento importante na transformação do trabalho em saúde (ARAÚJO HPA, et al., 2021).

As Residências Médica e em Área Profissional da Saúde, criadas a partir das promulgações das Leis de nº 6.932 de 1981 e de n° 11.129 de 2005, respectivamente, constituem-se como modalidades de ensino de pós-graduação voltadas para a educação em serviço, com vistas a favorecer a inserção de profissionais da saúde qualificados no mercado de trabalho, com destaque para a inserção em áreas prioritárias e a possibilidade de efetivar a formação para o SUS (SOUZA VA, GURGEL IGD, ALBUQUERQUE PC, 2022). Além disso, a oferta de Programas de Residência em Saúde com ênfase na APS também permite a qualificação das ações e da expansão de equipes de saúde da família, com a ampliação da cobertura territorial, do acesso a serviços e do aumento do financiamento em saúde, por meio da homologação das equipes e o repasse financeiro para o custeio.

Em 2019, a partir do novo modelo de financiamento proposto pelo Programa Previne Brasil, houve a inclusão do componente de ações estratégicas, o qual oferta o pagamento diferenciado aos municípios que ofertam Programas de Residência com foco na Atenção Primária em Saúde (BRASIL, 2019; HARZHEIM E, et al., 2019; HARZHEIM E, 2020). O Programa Previne Brasil oportunizou uma importante mudança por meio do pagamento de capitação ponderada, a qual alterou o financiamento realizado aos municípios, não sendo mais considerado o número total de habitantes residentes no município para então considerar o quantitativo de habitantes cadastrados e vinculados a equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) no município, ponderando por critérios de equidade (HARZHEIM E, et al., 2019; COSTA N, SILVA PRF, JATOBÁ A, 2022). Apesar do exposto, a compreensão positivista sobre a reformulação do financiamento do SUS não é um consenso entre os pesquisadores (MASSUDA A, 2020; SETA MHD, OCKÉ-REIS CO, RAMOS ALP, 2021).

Assim, quando da lotação de profissionais vinculados a Programas de Residência Médica e Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade em equipes homologadas pelo Ministério da Saúde, está previsto o repasse diferenciado ao município a cada profissional cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) (BRASIL, 2019). De acordo com os autores Harzheim E e colaboradores (2022), o Programa Previne Brasil demonstrou importantes avanços que favoreceram a superação de dificuldades para a qualificação da APS na saúde brasileira, no que tange a ampliação do acesso, assim como a uma maior longitudinalidade e coordenação do cuidado aos usuários.

Nesse cenário, essa pesquisa visou lançar luz sobre possíveis efeitos dos Programas de Residência com ênfase em Saúde da Família no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, comparando o desempenho das unidades com e sem a presença dos residentes, por meio dos indicadores propostos pelo

Ministério da Saúde a partir do Programa Previne Brasil. Apesar de os dados e da metodologia empírica adotada não permitirem falar de efeitos causais, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para um melhor entendimento da possível influência desses programas na Atenção Primária.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualiquantitativa, de natureza transversal, a partir dos resultados de equipes compostas por residentes vinculados aos Programas de Residência do município Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). As informações foram coletadas a partir do acesso às bases de dados de domínio público: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES,), o Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor - Atenção Básica) e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O SCNES foi utilizado para a contabilização das equipes de Saúde da Família (eSF), das equipes de Atenção Primária (eAP) e das equipes de Saúde Bucal (eSB) por Unidade; e a verificação da lotação de profissionais residentes vinculados aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família ofertados pelo município foco da presente pesquisa.

Já a plataforma e-Gestor Atenção Básica, foi utilizada para a verificação da homologação das equipes (válidas e não válidas para o componente de pagamento por desempenho) e para a extração dos valores informados quanto ao repasse financeiro considerando o incentivo para as ações estratégicas devido a oferta de Programas de Residência Médica e Multiprofissional, com vistas a avaliação do quantitativo de residentes cadastrados no SCNES e o repasse financeiro previsto pelo ente federativo ao município. Em relação a SISAB, utilizou-se o sistema para a extração de relatórios com os resultados alcançados nos 7 (sete) indicadores do Programa Previne Brasil e no Indicador Sintético Final (ISF) pelas Unidades da rede municipal, com vistas a realização de análise comparativa dos resultados entre unidades com e sem a oferta dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Essas bases de dados foram selecionadas de acordo com o estudo de e Costa N, Silva PRF, Jatobá A (2022), sobre avaliação de desempenho da atenção primária na perspectiva do Programa Previne Brasil e com Brasil (2022). De acordo com os autores, para a análise dos dados devem ser consideradas as equipes cadastradas e devidamente homologadas no SCNES, sendo estes resultados agrupados no ISF. O cálculo do ISF consiste na agregação dos resultados dos sete indicadores de saúde, sendo consideradas as notas atribuídas a estes e as respectivas ponderações definidas pelo Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, é realizada a soma de todos os indicadores, a qual é dividida por 10 (a soma de todos os pesos). Esse resultado que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores de saúde para determinado quadrimestre (BRASIL, 2022). Esse valor final é o responsável por definir o incentivo financeiro do pagamento por desempenho pelos municípios e pelo Distrito Federal (DF).

A coleta de dados foi realizada nos meses de Maio a Agosto de 2023, com a extração de dados referentes ao período de 2022 (quadrimestres Q1, Q2 e Q3) e 2023 (quadrimestre Q1). O estudo obedeceu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e por se tratar de estudo desenvolvido para a análise de dados de um município e devido à pesquisadora principal possuir vinculação de trabalho com este, o presente trabalho foi submetido para apreciação com vistas à anuência da gestão municipal, sendo aprovado sob o CAAE 75540023.6.0000.0021, parecer 6.511.491.

Após toda coleta de dados, foram calculadas estatísticas básicas e estimados modelos de regressão linear, visando avaliar a adoção dos Programas de Residências pelo município em relação aos resultados dos componentes de pagamento por desempenho e componente de ações estratégicas do Programa Previne Brasil. Para a realização das análises estatísticas, foi utilizado o *Software Estatístico R.*

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município objeto desta pesquisa, por meio de consulta à plataforma e-Gestor Atenção Básica, foram encontradas 82 Unidades de Saúde (US) elegíveis para o componente de desempenho, para todos os

quadrimestres analisados. Destas, cabe destacar que foram identificadas modalidades diferentes de composição e nomenclaturas de equipes, a saber: equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP) e equipes de Saúde Bucal (eSB) vinculadas a Unidades de Saúde da Família (USF) e a Unidades Básicas de Saúde (UBS); assim como equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), estas vinculadas à Unidades do Sistema Prisional e a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Considerando a Atenção Primária em Saúde e as Unidades com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF) enquanto foco deste estudo, para fins de análise foram desconsideradas as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), vinculadas aos estabelecimentos do sistema prisional e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, portanto, totalizam-se 74 Unidades para as análises. Isto posto, as US foram divididas em grupos quanto a validação de suas equipes para o componente de desempenho, podendo ser consideradas como válidas ou não válidas para este componente.

Além disso, considerando que o município analisado oferta dois Programas de Residência com ênfase em Saúde da Família, sendo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, houve uma nova divisão de grupos, realizando-se a comparação de resultados entre as US que possuem os Programas de Residência com as demais US da rede municipal e, portanto, foram realizadas análises entre as Unidades com equipes válidas/não válidas para o componente desempenho e com/sem os Programas de Residência, com vistas a analisar se haveria disparidades de resultados entre estes grupos. Com base na categorização acima, as US analisadas foram, portanto, classificadas nos quatro grupos definidos na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Classificação das Unidades de Saúde em relação ao componente de desempenho e à presença de Programas de Residência.

Grupo	Válida para componente de desempenho?	Possui Programa de Residência?
1	Não	Não
2	Não	Sim
3	Sim	Não
4	Sim	Sim

Fonte: Mueller V, et al., 2025. Fundamentado nas Plataformas e-Gestor e SCNES.

Na **Tabela 2** encontra-se descrita a análise estatística descritiva, por grupo e quadrimestre, para cada uma das variáveis analisadas que compõem o Indicador Sintético Final (ISF). A variáveis foram: (1) *número e SF:* quantitativo de número de equipes de Saúde da Família (eSF) por Unidade de Saúde (2) *número e SB:* quantitativo de número de equipes de Saúde Bucal (eSB) por Unidade de Saúde; (3) *PN_seis ou mais consultas:* corresponde ao indicador de proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; (4) *PN_sol exames HIV e Sífilis:* proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; (5) *PN_odontológico* identifica o indicador de proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; (6) *Indicador_citopatológico:* representa a proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; (7) *Indicador_cobertura vacinal* identifica o indicador de proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo B e Poliomielite inativada; (8) *Indicador_hipertensão:* refere-se ao indicador de proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; (9) *Indicador_diabetes:* proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Tendo em vista que o Grupo 2 foi composto por apenas 1 (uma) US (não válida para o componente de desempenho e com Programa de Residência), destacamos que este grupo foi desconsiderado para a análise de regressão linear. Além disso, cabe destacar que os Grupos 1 e 3 foram representados pelo mesmo quantitativo de US para os 4 quadrimestres analisados, com 14 e 50 Unidades de referência, respectivamente. Diferente destes, o Grupo 4 apresentou alteração entre os quadrimestres, tendo como referências para o Q1e Q2/2022 um total de 8 Unidades de Saúde, passando para 9 Unidades de Saúde a partir do Q3/2022 e mantendo o mesmo quantitativo no Q1/2023.

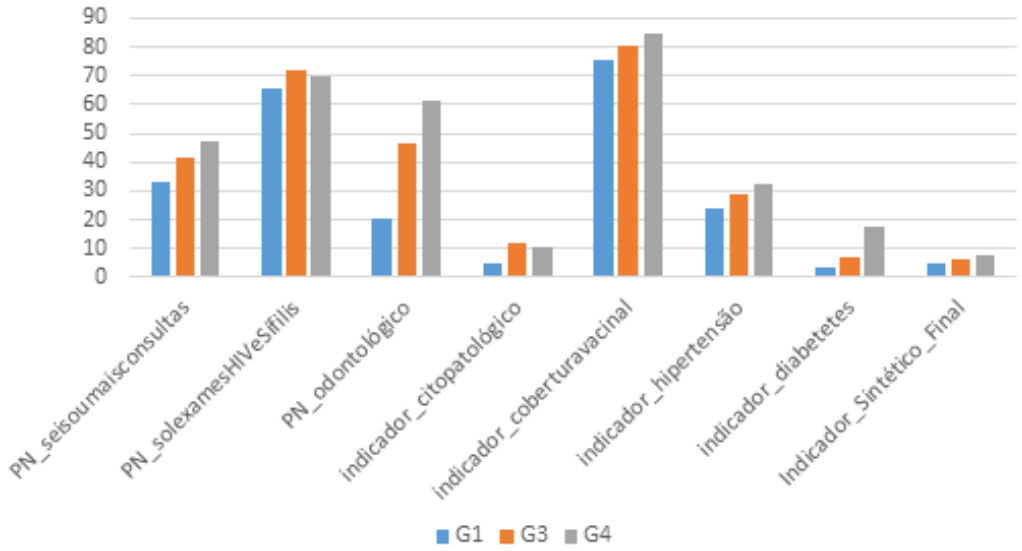
Por meio do **Gráfico 1**, o qual representa a comparação das médias dos 7 indicadores de Saúde e do ISF entre os grupos e para o Q1/2022, são apresentados resultados que sugerem diferenças no desempenho dos diferentes grupos. Observou-se que o Grupo 1 apresentou resultados mais baixos, quando comparados com os Grupos 3 e Grupo 4, em relação a todos os indicadores. Já o Grupo 4, apresentou os melhores resultados em 5 dos 7 indicadores e, além disso, também apresentou melhor resultado no ISF, quando da análise dos resultados do Q1/2022. Uma possível justificativa para isso pode ter relação com a inauguração ainda recente de algumas unidades no Grupo 1, culminando na construção de processos de trabalho de forma bastante iniciais, repercutindo em resultados mais tímidos de uma equipe ainda em alinhamento de atividades.

Tabela 2 - Estatísticas descritivas, por grupo e quadrimestre, para cada uma das dez variáveis apresentadas.

	Q1/2022					Q2/2022					Q3/2022					Q1/2023				
	obs.	média	d.pad.	min	max	obs.	média	d.pad.	min	max	obs.	média	d.pad.	min	max	obs.	média	d.pad.	min	max
GRUPO 1 (não valida, sem prog.)																				
númeroeSF	14	3,3	0,7	2	4	14	3,3	0,7	2	4	14	3,3	0,7	2	4	14	3,1	0,8	2	4
númeroeSB	14	1,9	1,1	0	4	14	1,9	1,1	0	4	14	1,9	1,1	0	4	14	1,9	1,1	0	4
PN_seisoumaisconsultas	14	33,2	12,6	17	67	14	32,9	10,4	13	57	14	31,0	12,6	10	49	14	41,7	12,5	23	62
PN_solexamesHIVeSifilis	14	65,8	17,7	24	90	14	74,1	14,9	48	95	14	76,7	14,1	56	96	14	81,6	12,3	58	94
PN_odontológico	14	20,4	12,2	3	50	14	24,5	17,7	5	69	14	29,7	20,3	4	61	14	40,9	21,1	13	90
indicador_citopatológico	14	5,1	2,5	1	10	14	6,3	2,6	2	11	14	8,3	3,3	3	15	14	9,9	3,8	4	18
indicador_coberturavacinal	14	75,4	13,6	41	89	14	78,2	11,3	58	97	14	128,1	208,4	60	852	14	82,4	8,9	67	94
indicador_hipertensão	14	24,2	8,9	10	41	14	26,8	8,8	12	47	14	27,4	6,6	16	42	14	27,0	8,2	15	38
indicador_diabetetes	14	3,6	3,4	0	12	14	6,5	3,8	1	11	14	7,6	4,2	2	15	14	10,6	9,7	1	32
Indicador_Sintético_Final	14	5,1	0,6	4,2	5,8	14	5,5	0,7	4,5	6,8	14	5,7	1,0	4,2	7,4	14	6,4	1,0	5,2	8,1
GRUPO 2 (não válida, com prog.)																				
númeroeSF	1	3,0	NA	3	3	1	3,0	NA	3	3	1	3,0	NA	3	3	1	3,0	NA	3	3
númeroeSB	1	2,0	NA	2	2	1	2,0	NA	2	2	1	2,0	NA	2	2	1	2,0	NA	2	2
PN_seisoumaisconsultas	1	0,0	NA	0	0	1	38,0	NA	38	38	1	11,0	NA	11	11	1	38,0	NA	38	38
PN_solexamesHIVeSifilis	1	0,0	NA	0	0	1	79,0	NA	79	79	1	84,0	NA	84	84	1	68,0	NA	68	68
PN_odontológico	1	0,0	NA	0	0	1	14,0	NA	14	14	1	32,0	NA	32	32	1	70,0	NA	70	70
indicador_citopatológico	1	0,0	NA	0	0	1	18,0	NA	18	18	1	20,0	NA	20	20	1	21,0	NA	21	21
indicador_coberturavacinal	1	0,0	NA	0	0	1	75,0	NA	75	75	1	84,0	NA	84	84	1	82,0	NA	82	82
indicador_hipertensão	1	100,0	NA	100	100	1	43,0	NA	43	43	1	54,0	NA	54	54	1	58,0	NA	58	58
indicador_diabetetes	1	0,0	NA	0	0	1	16,0	NA	16	16	1	30,0	NA	30	30	1	41,0	NA	41	41
Indicador_Sintético_Final	1	2,0	NA	2	2	1	6,4	NA	6,4	6,4	1	7,2	NA	7,2	7,2	1	8,9	NA	8,9	8,9
GRUPO 3 (válida, sem prog.)																				
númeroeSF	50	2,8	1,1	1	5	50	2,8	1,1	1	5	50	2,8	1,1	1	5	50	2,8	1,1	1	5
númeroeSB	50	2,2	0,9	1	4	50	2,2	0,9	1	4	50	2,2	0,9	1	4	50	2,2	0,9	1	4
PN_seisoumaisconsultas	50	41,4	12,2	19	75	50	40,1	13,2	0	70	50	47,4	10,6	29	68	50	50,9	11,2	29	88
PN_solexamesHIVeSifilis	50	71,7	19,8	0	100	50	80,3	13,2	40	100	50	83,5	9,5	59	100	50	86,1	10,1	64	100
PN_odontológico	50	46,8	18,9	17	100	50	55,1	17,4	15	100	50	62,8	14,7	32	100	50	71,0	16,7	37	100
indicador_citopatológico	50	11,6	5,6	5	38	50	13,1	5,4	5	36	50	14,8	5,1	6	34	50	16,6	5,1	8	34
indicador_coberturavacinal	50	80,1	11,9	40	100	50	82,6	9,7	33	100	50	78,5	14,9	0	100	50	84,1	8,8	50	100
indicador_hipertensão	50	28,6	6,2	14	46	50	33,6	7,0	21	51	50	35,0	6,6	22	46	50	33,3	7,7	18	54
indicador_diabetetes	50	7,3	6,4	0	23	50	14,1	8,3	3	31	50	18,4	9,7	3	45	50	18,3	11,2	5	58
Indicador_Sintético_Final	50	6,5	0,6	5,2	7,8	50	7,2	0,7	4,9	8,9	50	7,6	0,6	6,3	9,1	50	7,7	0,6	6,7	9,1
GRUPO 4 (válida, com prog.)																				
númeroeSF	8	4,9	1,6	3	8	8	4,9	1,6	3	8	9	4,7	1,7	3	8	9	4,7	1,7	3	8
númeroeSB	8	4,0	0,5	3	5	8	4,0	0,5	3	5	9	3,8	0,8	2	5	9	3,8	0,8	2	5
PN_seisoumaisconsultas	8	47,1	6,8	37	55	8	49,9	11,7	24	64	9	45,6	18,6	0	62	9	55,8	8,3	42	63
PN_solexamesHIVeSifilis	8	70,0	9,1	57	83	8	73,6	10,4	59	91	9	71,2	28,2	0	92	9	82,7	11,9	58	98
PN_odontológico	8	61,5	9,0	44	74	8	66,3	15,3	47	89	9	64,6	25,3	0	85	9	74,4	18,4	33	89
indicador_citopatológico	8	10,8	3,3	7	18	8	12,9	2,6	11	19	9	13,3	4,9	2	20	9	16,6	2,5	14	22
indicador_coberturavacinal	8	84,4	6,9	74	94	8	82,8	7,2	73	91	9	82,8	10,1	67	97	9	86,1	3,1	82	91
indicador_hipertensão	8	32,1	3,3	27	36	8	42,9	3,8	38	49	9	39,6	8,3	19	46	9	40,2	6,5	33	52
indicador_diabetetes	8	17,3	5,6	9	28	8	37,6	6,1	31	48	9	36,2	13,0	6	50	9	34,9	8,0	24	46
Indicador_Sintético_Final	8	7,5	0,4	6,9	8,2	8	8,4	0,5	7,4	8,9	9	7,9	2,1	2,3	9,0	9	8,4	0,4	7,9	9,2

Fonte: Mueller V, et al., 2025. Fundamentado em Plataforma e-Gestor, SISAB e SCNES. Elaboração própria.

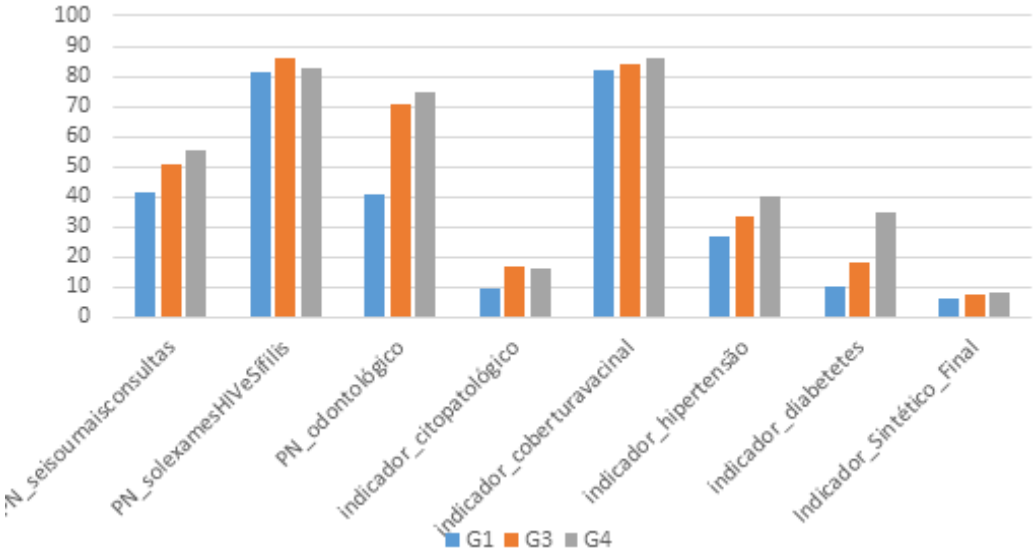
Gráfico 1 - Comparação das médias dos 7 indicadores entre os grupos, para o Q1/2022.



Fonte: Mueller V, et al., 2025. Fundamentado nas Plataforma e-Gestor, SISAB e SCNES.

O **Gráfico 2** apresenta a comparação das médias dos 7 indicadores de Saúde e do ISF para cada grupo no Q1/2023. A comparação desse gráfico com o **Gráfico 1** torna perceptível a melhora nos resultados para todos os três grupos em todos os indicadores de saúde e no resultado do ISF final – resultado que já se podia observar na **Tabela 2**. Apesar da melhora dos resultados dos indicadores, o Grupo 1 mantém-se com resultados mais baixos, quando comparado aos Grupos 3 e 4. Acerca dos resultados apresentados pelo Grupo 4, sobressaem os resultados obtidos em relação aos indicadores de proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, e de proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, com maior destaque para este último. Sobre o ISF, os resultados sugerem uma diferença entre os três grupos, com o Grupo 4 apresentando maiores resultados, seguido do Grupo 3 e do Grupo 1.

Gráfico 2 - Comparação das médias dos 7 indicadores entre os grupos, para o Q1/2023.



Fonte: Mueller V, et al., 2025. Fundamentado nas Plataforma e-Gestor, SISAB e SCNES.

Esse resultado pode não ter relação direta com a existência de Programas de Residência nessas unidades, e simplesmente ser reflexo de características inerentes a cada unidade que afetam sua probabilidade de adoção desses Programas; mas o resultado também pode derivar diretamente da presença dos Programas de Residência de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e de Residência Multiprofissional

em Saúde da Família nestas Unidades. Todavia, vale ressaltar que os Programas de Residência em Saúde com foco na Atenção Primária em Saúde possuem foco no ensino em serviço, buscando a qualificação dos profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SOUZA VA, GURGEL IGD, ALBUQUERQUE PC, 2022).

Em relação aos resultados do Grupo 4, observou-se um destaque maior no ISF relacionados ao acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como os indicadores de proporção de pessoas com hipertensão e de proporção de pessoas com diabetes. Uma possível justificativa disso é a presença de atividades relacionadas a essas temáticas realizadas pelos residentes inseridos nos Programas de Residência ofertados nas Unidades. De fato, com um turno de dedicação semanal para a vigilância, os residentes têm a oportunidade de realizar a análise de informações de pacientes diagnosticados para hipertensão e diabetes, realizando a análise dos acompanhamentos e registros de atendimentos no prontuário do paciente no Pec e-SUS, organizando e viabilizando a busca ativa destes usuários para a realização do acompanhamento adequado. Esta metodologia de atuação segue os princípios e diretrizes do SUS, assim como fortalece e consolida os atributos essenciais e derivados da APS propostos pela autora Starfield B (2022), como a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado.

Já os resultados da regressão do ISF (variável dependente) estão expostos na **Tabela 3**, de acordo com uma constante e na variável binária *Eq.válidas*, que indica se a unidade possui equipe válida para o componente de desempenho (essa variável assume valor 1 caso a Unidade tenha equipe válida, e valor 0 em caso contrário). O coeficiente estimado para o termo constante indica o ISF esperado das Unidades de Saúde com equipes não válidas, ao passo que o coeficiente estimado da variável binária indica a diferença do ISF esperado para as Unidades com equipes válidas, relativamente às Unidades com equipes não válidas. De acordo com a Tabela, as Unidades com equipes não válidas apresentam um ISF esperado de 6.56, enquanto para as Unidades com equipes válidas o ISF esperado é de 7.84, perfazendo um acréscimo de 1.28 (diferença estatística altamente significativa, pois p-valor<0.01).

Tabela 3 - Resultados da regressão do ISF (variável dependente) em uma constante e na variável binária *Eq. válidas.*

	Est.	***t-val.***	***P-valor***
Constante	6.56	23.02	0.00
Eq. válidas	1.28	4.32	0.00

Fonte: Mueller V, et al., 2025.

Visando comparar os resultados do Indicador Sintético Final entre Unidades sem equipe válida, Unidades com equipe válida e sem Programas de Residência, e Unidades com equipe válida e com Programas de Residência, uma nova análise para o Q1/2023 foi realizada e os dados estão descritos na **Tabela 4**.

Para isso, comparou-se os resultados do ISF entre Unidades sem equipe válida, Unidades com equipe válida e sem Programas de Residência, e Unidades com equipe válida e com Programas de Residência.

Foi então feita uma análise de regressão do ISF na variável binária *Eq. válidas*, descrita acima, e na variável binária adicional *Eq. Válidas RES*, que indica as Unidades com equipes válidas e com Programas de Residência.

Nessa nova regressão, observou-se que, enquanto nas Unidades de Saúde com equipes não válidas o ISF esperado é de 6.56, nas Unidades com equipes válidas e sem Programas de Residência o ISF esperado é de 7.74 e, nas Unidades com equipes válidas e com Programas de Residência o ISF esperado é de 8.41, resultados estes 1.18 e 1.85 maiores quando comparados às Unidades de Saúde com equipes não válidas, respectivamente (ambas as diferenças são estatisticamente significativas a pelo menos 5%).

Vale notar que estes resultados destoam, positivamente, dos encontrados na pesquisa de Costa N, Silva PRF, Jatobá A (2022) os quais identificaram resultados próximos a apenas 11% da população-alvo, quando em nosso estudo o alcance estimado foi de 40,2% para as equipes válidas e com Programas de Residência.

Tabela 4 - Apresenta os resultados da regressão do ISF (variável dependente) em uma constante, na variável binária *Eq. válidas* e na variável binária adicional *Eq. Válidas RES.*

	Est.	***t- val.***	***p***
Constante	6.56	23.01	0.00
Eq. válidas	1.18	3.96	0.00
Eq. válidas RES	0.67	4.37	0.00

Fonte: Mueller V, et al., 2025.

Em seguida, foram realizadas análises de regressão similares para cada um dos 07 (sete) indicadores do componente de desempenho do Programa Previne Brasil, mantendo-se as comparações entre as Unidades sem equipe válida, Unidades com equipe válida e sem Programas de Residência e Unidades com equipe válida e com Programas de Residência. Por razões de espaço, omitem-se os resultados detalhados dessas regressões, que podem ser obtidos junto aos autores, A seguir, destacam-se as principais conclusões dessa análise.

Os resultados obtidos demonstram diferença estatisticamente significativa entre as Unidades de Saúde com equipes válidas e não válidas, porém não entre Unidades com e sem Programas de Residência, para os seguintes indicadores: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação, proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV, proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado, proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS e proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenza* e tipo B e Poliomielite inativada.

Não obstante, quando analisados os indicadores de proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, e de proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, encontramos disparidades importantes, com destaque nos resultados das Unidades com equipes válidas e com os Programas de Residência.

Sobre o indicador de proporção de pessoas com hipertensão, cabe apontar que as Unidades com equipes não válidas apresentaram resultado estimado de 29% de acompanhamento e as Unidades com equipes válidas apresentaram resultado estimado de 33,2% de acompanhamento, enquanto as equipes válidas e com Programas de Residência apresentaram resultados estimado de 40,2% para o acompanhamento destes usuários. O resultado para o grupo de equipes válidas e com Programa de Residência, relativamente ao grupo com equipes não válidas, é altamente significativo do ponto de vista estatístico.

Situação semelhante e de destaque ocorre com o indicador de proporção de pessoas com diabetes, em que as Unidades com equipes não válidas apresentaram resultado estimado de 12.6% de acompanhamento e as Unidades com equipes válidas apresentaram resultado estimado de 18.3% de acompanhamento, enquanto as equipes válidas e com Programas de Residência apresentaram resultados estimados de 34,89% no acompanhamento destes usuários.

Novamente, o resultado para o grupo de equipes válidas e com Programa de Residência, relativamente ao grupo com equipes não válidas, é altamente significativo do ponto de vista estatístico. A diferença entre o grupo com equipes válidas, relativamente ao grupo de equipes não válidas, é marginalmente significativa (p-valor 0,099). Corroborando estes achados, Domingos CM, Nunes E e Carvalho BG (2015), ressaltam que a atuação dos residentes nas Unidades de Saúde teve um impacto significativo nas mudanças de processos de trabalho, contribuindo ainda para a capacitação de profissionais aptos a desempenhar funções na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Além disso, a inserção de Programas de Residência com ênfase em Saúde da Família contribui, por meio do provimento de profissionais, para a redistribuição da demanda e da reorganização das práticas em saúde, fortalecendo e consolidando a ESF (GADELHA AK e BARRETO IC, 2018). De fato, com a lotação de profissionais de saúde residentes das categorias profissionais de medicina, enfermagem e odontologia nas eSF e eSB, por período de dois anos (período de duração da especialização), o município tem a perspectiva de homologação destas equipes, o que resultará no repasse financeiro do ente federativo para a cobertura mensal de custos destas equipes, além do pagamento adicional previsto no pagamento de ações estratégias,

proposto no modelo de financiamento do Programa Previne Brasil pela inclusão de profissionais residentes nas equipes registradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Isto posto, destaca-se na **Tabela 5** o efeito estimado e positivo (0.08), ainda que não estatisticamente significativo (p-valor=0.29), da variável *eSF* sobre o ISF para as 74 Unidades de Saúde. Isso significa que não podemos afirmar que, para o conjunto das unidades analisadas, o aumento do número de eSF esteja associado ao valor do ISF. A análise acima foi repetida restringindo-se a amostra apenas às 59 Unidades de Saúde com equipes válidas para o componente desempenho. Nesse caso, o número de eSF apresentou resultado positivo, exibindo um aumento de 0.12 no Indicador Sintético Final para cada unidade adicional de eSF (resultado estatisticamente significativo).

Tabela 5 - Resultados das regressões do Indicador Sintético Final no número de equipes de Saúde da Família (eSF).

Unidades consideradas		*Est.*	*T val.*	*p-valor*
Total das Unidades de Saúde	*Constante*	7.34	32.17	0.00
	Número e SF	0.08	1.07	0.29
Unidades de Saúde com equipes válidas	*Constante*	7.46	35.55	0.00
	Número e SF	0.12	1.98	0.05

Fonte: Mueller V, et al., 2025.

Foram realizadas também regressões por indicador, nas quais buscou-se verificar se os resultados de cada um dos 7 (sete) indicadores do Programa Previne Brasil estavam associados ao número de equipes de Saúde da Família (consideradas aqui apenas as Unidades com equipes válidas). Em sua maioria, foram identificados efeitos não estatisticamente significativos, com exceção novamente para os indicadores que versam sobre o acompanhamento de pacientes hipertensos e de pacientes diabéticos.

No caso do indicador de proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre, observou-se que o número de equipes de Saúde da Família (eSF) válidas, para o total das Unidades de Saúde, apresentou efeito positivo (1.42), estatisticamente significativo ao nível de 10%. No que se refere ao indicador de proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre, o número de equipes de Saúde da Família (eSF) válidas, para as Unidades de Saúde, também apresentou efeito positivo (3.41) e estatisticamente significativo.

Nesse sentido, ainda, pode-se inferir que os diferentes processos de trabalho podem ter relação com os achados neste estudo, tendo em vista que nas Unidades com os Programas de Residência preconiza-se que a aferição de pressão arterial ocorra durante o atendimento prestado pela equipe de saúde, sendo assim registrado durante o atendimento a aferição de pressão, o que pode elevar os resultados dessas equipes.

Soma-se a este fato, o estímulo a realização de Comissões de Prontuário nas Unidades com Residência, as quais buscam realizar revisões de condutas e preenchimento de informações nos prontuários, buscando a qualificação da condução dos casos pelos residentes e a qualificação do registro, podendo impactar em melhores resultados.

Além de contribuir quantitativamente, os profissionais residentes, por estarem em processo de formação, também agregam uma qualidade singular ao processo de trabalho, uma vez que são compelidos a comprometer-se com os princípios do SUS (DOMINGOS CM, et al., 2015; SOUZA VA, et al., 2022).

Através dos resultados e discussão apresentados, algumas questões para futuros estudos são levantadas: Qual a evolução esperada dos indicadores de desempenho a partir da inauguração de uma nova unidade? As equipes válidas para o componente de desempenho são mais afetadas por melhorias nos processos de trabalho incentivadas pela gestão municipal? O aumento do número de equipes de Saúde da Família (eSF) tende a melhorar de forma efetiva o acompanhamento de casos de hipertensão e diabetes?

Dentre as limitações do estudo, tem-se o recente e curto período de análise e com foco direcionado aos resultados do Q1/2023, assim como a não inclusão de informações de outros municípios que ofertam Programas de Residência em Saúde. Outra limitação refere-se ao fato de ter sido realizada uma regressão

linear simples, não sendo utilizadas variáveis de controle ou métodos econométricos que pudessem refletir em análises de causa e efeito. Isto posto, sugere-se que sejam realizados mais estudos acerca do tema, considerando um maior marco temporal e mais localidades, com vistas à evolução da investigação realizada.

CONCLUSÃO

Esse trabalho possibilitou identificar e comparar diferenças importantes nos resultados dos indicadores de saúde das Unidades que possuem a lotação de profissionais residentes vinculados aos programas de residência relativamente às unidades sem tais programas, em uma região do centro-oeste do país. Ainda que os dados e a metodologia empírica adotada não permitam falar de efeitos causais, esses resultados são compatíveis com a possibilidade de que a adoção desses Programas esteja efetivamente influenciando para um melhor atendimento da população no que tange às condições de saúde. Espera-se que novos estudos sobre o tema contribuam para o melhor entendimento dos possíveis efeitos causais subjacentes.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO HPA, et al. A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021; 29: e3450.
2. BRASIL. Lei Federal nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1981.
3. BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem. Diário Oficial da União. Brasília, 01 jul. 2005.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.254, de 3 setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União, 2021.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 3.510 de 18 de dezembro de 2019. Institui incentivo financeiro de custeio adicional mensal para municípios com equipe de saúde integradas à programas de formação profissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2019B.
7. BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-SAPS/MS. Indicadores de Pagamento por Desempenho do Programa Previne Brasil. Ministério da Saúde, 2022A.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, 2019.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019A.
10. COSTA NR, SILVA PRF, JATOBÁ A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. Saúde Debate. 2022; 46(spe8): 08–20.
11. DOMINGOS CM, NUNES EFP, CARVALHO BG. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde Interface (Botucatu). 2015; 19(55): 1221–1232.
12. GADELHA AKS, BARRETO ICHC. Residência integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Interface (Botucatu). 2018; 22: 1339–1351.
13. HARZHEIM E, et al. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2019; 25(4): 1361–1374.
14. HARZHEIM E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2020; 25(4): 1189–1196.
15. HARZHEIM E, et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. Ciênc. Saúde Coletiva. 2022; 27(2): 609–617.
16. MASSUDA A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc. Saúde Coletiva. 2020; 25(4): 1181–1188.
17. OLIVEIRA BM, FONTANIVE VN. Análise da qualidade de vida de residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade. Rev. APS. 2021; 24(3): 434–445.
18. SETA MHD, OCKÉ-REIS CO, RAMOS ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc. Saúde Coletiva. 2021; 26: 3781–3786.
19. SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA – SISAB [página da internet]. Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/
20. SOUZA VA, GURGEL IGD, ALBUQUERQUE, PC. Residência Multiprofissional em Saúde: (trans)formação para o SUS em comunidades quilombolas. Physis. 2022; 32(3): e320313.
21. STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725p.