

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALE DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde

Dulce Pimenta Gonçalves

**ANÁLISE DO DESEMPENHO DAS EQUIPES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO OS INDICADORES
DO PMAQ-AB**

Montes Claros

2017

Dulce Pimenta Gonçalves

**ANÁLISE DO DESEMPENHO DAS EQUIPES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO OS INDICADORES
DO PMAQ-AB**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

Montes Claros

2017

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

G635a Gonçalves, Dulce Pimenta
Análise do desempenho das Equipes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência de Medicina de Família e Comunidade da Atenção Primária à Saúde segundo os indicadores do PMAQ-AB / Dulce Pimenta Gonçalves. – Diamantina, 2018.
58 p. : il.

Orientador: Alisson Araújo

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. 2017.

1. Internato e residência. 2. Avaliação de desempenho profissional. 3. Indicadores básicos de saúde. 4. Atenção Primária à Saúde.
I. Araújo, Alisson. II. Título. III. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

CDD 614

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dulce Pimenta Gonçalves

ANÁLISE DO DESEMPENHO DAS EQUIPES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SEGUNDO OS INDICADORES
DO PMAQ-AB

Orientador: Prof. Dr. Alisson Araújo

Data de aprovação ____/____/____.

Prof.^a Dr.^o Alisson Araújo- UFVJM (Orientador)

Prof.^o Dr.^o Wellington de Oliveira – UFVJM (Banca Titular)

Prof^a Ms. Tatiana Almeida de Magalhães – UNIMONTES (Banca Titular)

Prof^o Dr. João Luis de Miranda – UFVJM (Banca Suplente)

Prof^a Ms. Maria Clara Lélis Ramos Cardoso – UNIMONTES (Banca Suplente)

Diamantina

2017

Dedico este trabalho aos profissionais e usuários das Equipes de Saúde da Família, pois estes são os verdadeiros instrumentos dessa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Família, base de tudo!

Aos meus pais, por nos mostrar que o que é aprendido, nunca pode ser tomado ou perdido.

Aos meus irmãos, exemplos de determinação, compromisso e superação.

À Bárbara e Miguel. Pela acolhida, abrigo e carinho.

Aos filhos, que são meu “prumo”. Impulsionam-me a procurar ser cada vez melhor.

Ao meu “anjinho”. Pelo amor, apoio e por sempre acreditar nos meus projetos.

Aos colegas de trabalho, companheiros de ideais e vitórias.

As amigas e colegas que me seguraram nessa reta final.

À “Turma” do Mestrado, que conquistaram lugar nas melhores lembranças.

À “Caravana de Moc”: os quilômetros percorridos foram transformados em viagens no tempo, nas histórias e “causos” narrados. As risadas compartilhadas aliviavam pressões e preocupações que carregávamos.

Aos professores do Mestrado, verdadeiros Mestres na arte da docência.

Ao Professor Wellington, que não permitiu deixar nenhum de nós pra traz.

À Teresa (Tê), que abriu as portas da UFVJM e me fez acreditar...

Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la.

Bertolt Brecht

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um trabalho de conclusão de mestrado que apresenta a proposta de avaliar o desempenho de residentes e egressos das Residências Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, do município de Montes Claros, utilizando dados do 1º e 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB).

Optou-se por escrever esse trabalho em formato de artigo, considerando o interesse da autora em publicar os seus resultados com vistas a fomentar a produção científica, facilitando e subsidiando futuras investigações voltadas para o tema. Além disso, esse formato atende à proposta do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde (EnSA) da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) que orienta e incentiva a produção científica dos seus mestrandos e doutorandos.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi implantada no município de Montes Claros, através da Unimontes, em 2005, quando ingressei na primeira turma. Antes desta formação, me graduei em Odontologia em 1991, período em que o Sistema Único de Saúde (SUS) estava se formando e organizando para atender a legislação e aos princípios que o criou em 1990. Durante meu desenvolvimento profissional tive oportunidade de atuar em várias esferas do SUS, como trabalhadora, coordenadora de serviço, consultora e gestora. Tive também oportunidade de formação profissional para melhor desempenho dentro do Sistema Público de Saúde. Neste período, trabalhei em diferentes estados e municípios que se organizavam para uma atuação multiprofissional na assistência, prevenção de agravos e promoção à saúde dos indivíduos e coletividade, para abranger o conjunto de necessidades de saúde e promover a integralidade da atenção, tendo como estratégia a reorganização dos serviços de saúde, focada na prática integrada, para inserção de um novo modelo de atenção.

Nesta trajetória profissional, acompanhando a organização, crescimento e fortalecimento do SUS, acompanhei também a evolução da formação dos profissionais de saúde, para desenvolvimento destes, aperfeiçoamento para atualização científica e tecnológica e, conseqüentemente, melhoria das suas competências, visando mudança de atitudes, comportamentos e transformação de sua prática de trabalho.

A proposta do SUS exigia isto: um rompimento com antigos paradigmas, uma nova prática de atenção à saúde, um foco abrangente em fazer saúde e práticas de trabalho interdisciplinar e intersetorial, vinculando a realidade do serviço e o contexto social. Ficou

evidente a necessidade de readequação dos profissionais de saúde para atuar dentro desta proposta.

Desde a 6ª Conferência Nacional de Saúde (1977), que precedeu a promulgação do SUS, tem-se enfatizado a necessidade de qualificar o trabalho em saúde, por meio de ações educativas em serviço. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), a Educação Permanente passou a ser indicada para formação e qualificação dos trabalhadores de saúde. Foi quando o Ministério da Saúde (MS) buscou desenvolver estratégias para consolidar a formação e desenvolvimento de seus trabalhadores. A Residência Multiprofissional faz parte destas estratégias, com qualificação dos profissionais de saúde para atuarem em equipes multiprofissionais, levando a interdisciplinaridade na atenção, prevenção e promoção à saúde, humanizando a assistência com integralidade.

O objetivo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade é formar médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e psicólogos para o efetivo exercício da saúde da família, atendendo os princípios que regem esta prática, adequados a realidades e necessidades da população, com prática de trabalho em equipe de forma espontânea e racional, com qualidade e resolubilidade.

Em Montes Claros, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que desenvolveu junto com a Residência de Medicina de Família e Comunidade, formava a cada ano, 12 profissionais das categorias Enfermeiros, Dentistas e Médicos e 4 psicólogos. Estes eram distribuídos em 4 polos, com 3 turmas de profissionais residentes em cada polo. Nestes 11 anos de Residência o município formou 273 profissionais, com atuação nos ambientes profissionais da área da saúde.

Apesar dos bons índices e da formação direcionada, não é possível confirmar de forma absoluta o quanto a implementação desta estratégia de educação tem implicado em efetiva reestruturação do modelo assistencial. Tampouco é possível perceber, sem ferramentas avaliativas adequadas, os alcances e limites desta formação. Na literatura brasileira são poucos os estudos existentes sobre uma resposta efetiva da formação multiprofissional na saúde e qualificação desses residentes.

Perante a importância da Residência para a formação dos profissionais da Atenção Básica e a precariedade de informações na avaliação da efetividade dessa formação, se vê a necessidade de uma análise de desempenho destes profissionais, para avaliar a mudança gerada na prática do profissional após sua formação.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) visa conduzir as ações de promoção e de prevenção de doenças, coordenando as redes de atenção à saúde. Para manter a qualidade do serviço, a avaliação desse processo é relevante, uma vez que os indicadores permitem o planejamento e a gestão das ações em saúde. Para isso, as Residências em Saúde vêm colaborar com a integração ensino-serviço. Objetiva-se com esse estudo avaliar o desempenho de equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade através do monitoramento dos indicadores padrão de qualidade do PMAQ-AB. Realizou-se um estudo transversal, de cunho descritivo com abordagem quantitativa referente aos dados secundários obtidos por meio do instrumento de avaliação relativos ao 1º e 2º ciclo do PMAQ de equipes polo ou egresso da Residência da APS, sendo 17 equipes do 1º ciclo e 26 do 2º ciclo do PMAQ-AB. Utilizou-se os seguintes indicadores de saúde como variáveis de estudo: *I- Avaliação dos indicadores de desempenho: Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Doenças Crônicas; Produção Geral e II- Avaliação Externa dos Padrões de Qualidade*. A coleta de dados aconteceu de março a julho de 2017, com avaliação da série histórica de dados secundários (2011 a 2013) dos indicadores do PMAQ-AB. Foram realizadas análises descritivas com a apresentação de médias e desvio padrão para as variáveis dos indicadores de desempenho, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis da avaliação externa das equipes. A análise de dados ocorreu em dois momentos: no primeiro, foi empregada a análise estatística descritiva e, no segundo, marcou-se pelo emprego da análise de conteúdo. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* versão 18.0. Obteve-se aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) pelo parecer número 2.074.086. Observou-se que 38,6% das equipes no 1º ciclo e 34,66 % do 2º ciclo apresentavam residentes ou egressos da Residência. Atendimentos de pré-natal com média de 8,75 ($\pm 2,24$), gestantes com pré-natal em dia com média de 92,44% ($\pm 6,52$). Crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo, 83,93% ($\pm 11,32$) e 93,91% ($\pm 6,59$) de crianças menores de um ano com vacina em dia. Pessoas com diabetes 60,27% ($\pm 16,28$) e hipertensão 61,31% ($\pm 12,04$). Consultas médicas por cuidado continuado/programado com média de 26,00% ($\pm 22,22$). Satisfação do usuário evoluiu de mediano para acima da média. Conclui-se uma predominância de avaliação positiva, exceto nos indicadores referentes às Doenças Crônicas.

Palavras chaves: Internato e Residência. Avaliação de Desempenho Profissional. Indic Básicos de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) aims to conduct disease promotion and prevention actions, coordinating health care networks. In order to maintain the quality of the service, the evaluation of this process is relevant, since the indicators allow planning and management of health actions. For this, Residences in Health come to collaborate with the teaching-service integration. The objective of this study is to evaluate the performance of Multiprofessional Residency in Family Health and Family and Community Medicine teams by monitoring the standard quality indicators of PMAQ-AB. A cross-sectional, descriptive study was carried out regarding the secondary data obtained through the evaluation instrument related to the 1st and 2nd cycle of the PMAQ of teams polo or egress from the APS Residency, with 17 teams from 1st cycle and 26 from 2nd cycle of the PMAQ-AB. The following health indicators were used as study variables: I - Evaluation of performance indicators: Women's Health; Child Health; Chronic diseases; General Production and II - External Evaluation of Quality Standards. Data collection took place from March to July 2017, with an evaluation of the historical series of secondary data (2011 to 2013) of the PMAQ-AB indicators. Descriptive analyzes were performed with the presentation of means and standard deviation for the variables of the performance indicators, as well as absolute and relative frequencies for the external evaluation variables of the teams. The analysis of data occurred in two moments: in the first, the descriptive statistical analysis was used and, in the second, it was marked by the use of content analysis. The data were tabulated and analyzed with the help of SPSS - Statistical Package for Social Sciences, version 18.0. Approval was obtained by the Research Ethics Committee (CEP) of the State University of Montes Claros (Unimontes) for opinion number 2,074,086. It was observed that 38.6% of the teams in the 1st cycle and 34.66% of the 2nd cycle had residents or graduates of the Residence. Prenatal care with a mean of 8.75 (\pm 2.24), pregnant women with prenatal care on average, with a mean of 92.44% (\pm 6.52). Children less than four months old exclusively breastfed, 83.93% (\pm 11.32) and 93.91% (\pm 6.59) of children under one year of age with current vaccine. People with diabetes 60.27% (\pm 16.28) and hypertension 61.31% (\pm 12.04). Medical consultations for continued / scheduled care averaging 26.00% (\pm 22.22). User satisfaction has evolved from medium to above average. We conclude a predominance of positive evaluation, except in the indicators related to Chronic Diseases.

Keywords: Internship and Residence. Professional Performance Evaluation. Basic Health Indicators. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** - Média e Desvio Padrão dos indicadores da Saúde da Mulher das equipes polo/egressos da residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, estado e Brasil.25
- Tabela 02** - Média e Desvio Padrão dos indicadores de Saúde da Criança,das Equipes/Egressos da residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, estado e Brasil.....26
- Tabela 03** - Média e Desvio Padrão dos indicadores das Doenças Crônicas das equipes polo/egressos da residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, estado e Brasil.....27
- Tabela 04** - Média e Desvio Padrão dos indicadores da Produção Geral das equipes polos/egressos da residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, estado e Brasil.....28
- Tabela 05** - Frequência absoluta e relativa das variáveis da avaliação externa das equipes polo/egressos da residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB (2011/2013).....29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Local de estudo	17
3.2 Tipo de pesquisa	17
3.3 População de estudo e critério de inclusão	17
3.4 Coleta de dados e instrumento de pesquisa	18
3.5 Análise de dados.....	22
3.6 Limitações do estudo.....	23
3.7 Aspectos éticos.....	23
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXOS.....	42
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unimontes.....	42
ANEXO B – Termo de Concordância da Secretaria de Saúde de Montes Claros-MG..	45
ANEXO C – Instrumentos de pesquisa.....	46

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), é determinada como o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) considerado o primeiro contato com a população (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 2011a). Esse modelo de organização dos serviços de saúde tem por objetivo gerir as ações identificando as necessidades de saúde da comunidade e coordenando as redes de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) traz consigo novas responsabilidades para a gestão e para os profissionais da AB, ao exigir mudanças nos processos de trabalho que envolvem ações de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com enfoque no núcleo familiar, conduzidas pelo contexto social, econômico e cultural da população adscrita (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006).

Assim, a ESF consegue realizar uma cobertura de mais da metade da população brasileira, desempenhando a função de administradora da rede de AB à saúde, com potencial de qualidade da assistência e da resolubilidade nas questões de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012a). As ações da ESF são determinantes no perfil do processo saúde/doença dos indivíduos, uma vez que a prestação de serviços de qualidade pode reduzir e controlar morbidades da população, promovendo, assim, um impacto positivo, com a garantia do acesso, a qualidade da gestão e das práticas das equipes de saúde da família (BRASIL, 2011b; STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010).

Diante disso, com a amplitude da cobertura da ESF, criou-se a necessidade de mecanismos de avaliação voltados para a qualificação do trabalho, sendo oportuno avaliar este processo para promover mudanças nas dimensões de produtividade, satisfação e realização pessoal dos profissionais e dos usuários, economia de meios e otimização de recursos, de modo a adaptá-los à realidade local (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015).

Para avaliar esse processo, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, pela Portaria nº 1.654/ 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo de qualificar a AB através de padrões de qualidade com indicadores comparáveis nacional, regional e local. Isso com a finalidade de refletir na maior eficácia dos serviços de saúde com identificação dos nós críticos de acesso e de

aperfeiçoamento do processo de trabalho das equipes, culminando na melhoria da qualidade da atenção à comunidade, bem como na maior transparência das ações governamentais (BRASIL, 2011a; 2012a; 2013; PORTELA *et al.*, 2013).

O PMAQ-AB é organizado em quatro fases avaliativas e inter-relacionadas as quais, por meio da adesão das equipes e da contratualização de compromissos, fazem com que o processo aconteça em meio a um ciclo contínuo de melhoria que inclui processos de autoavaliação, desenvolvimento de ações e reavaliação/repactuação (BRASIL, 2012; 2011b).

Ao final desse processo, é possível reconhecer o resultado através dos indicadores de saúde de cada equipe participante (CALVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015), sendo que eles são fortes instrumentos para monitoramento assistencial, favorecendo a identificação de necessidades individuais e coletivas, com caracterização de subsídios para a análise da realidade sanitária. Tais mecanismos são relativos aos processos saúde-doença, administrativos e de tomada de decisão (FRANÇA, 2001).

Dessa forma, pode-se operar uma gestão pública baseada na inferência, monitoramento e na avaliação de processos e resultados por meio do acompanhamento dos indicadores de desempenho e de monitoramento. Tais indicadores abrangem focos importantes da AB, assim como: pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis - vinculados a programas do MS que propiciam sinergia entre o PMAQ-AB e as prioridades pactuadas pelas esferas de governo (BRASIL, 2011b; 2012;).

Além disso, outra maneira de valorizar o profissional e melhorar a qualidade dos indicadores de saúde, seria a educação em serviço, que se caracteriza como um processo educativo a ser aplicado nas relações humanas do trabalho, no intuito de desenvolver capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos profissionais, assim como seu aperfeiçoamento diante da evolução científica e tecnológica (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

Quanto ao processo de trabalho aliado à educação, é relevante a incorporação das Residências Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, pois possibilitam aos profissionais, além do aprendizado, uma integração qualificada do processo ensino, serviço e comunidade, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do processo do trabalho. Além do preparo técnico científico, o residente adquire segurança profissional e consciência das prioridades de saúde, utilizando um referencial teórico-metodológico problematizador, de modo a proporcionar

melhores condições de trabalho e elevar o padrão de qualidade do atendimento institucional (CECCIM, 2005; FERRAZ, 2005; HADDAD, 2012).

Considerando a importância de dados nacionais que permitam uma melhor avaliação da Residência para a AB, este estudo vai ao encontro das políticas de gestão dos serviços de saúde prestados pelos profissionais/pós-graduandos, com o intuito de promover a integração das instituições de ensino superior atuantes na área, juntamente com os serviços de saúde oferecidos no município, visando avaliar a mudança gerada na prática do profissional após a formação do residente, bem como a relevância desse tipo de qualificação para o atual sistema de saúde.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo avaliar o desempenho de equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade na ESF do município de Montes Claros-MG, através do monitoramento dos indicadores de padrão de qualidade contratualizados no PMAQ-AB.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o desempenho das equipes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência de Medicina de Família e Comunidade da Atenção Primária à saúde segundo os indicadores do PMAQ-AB do município de Montes Claros-MG.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar os indicadores de desempenho de qualidade do 1º e 2º ciclo PMAQ-AB das equipes polo/egressos das Residências do município.
- Identificar a proporção/média dos indicadores de desempenho de qualidade do 1º e 2º ciclo PMAQ-AB das equipes polo/egressos das Residências do município.
- Comparar os indicadores de desempenho de qualidade do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB das equipes polo/egressos das Residências com os resultados do município, do Estado e do Brasil.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Cenário do estudo

O município de Montes Claros é referência da macrorregião região Norte do Estado de Minas Gerais que engloba 86 municípios e da microrregião de saúde Montes Claros/ Bocaiúva, com 11 municípios, configurando-se como município polo de macro e microrregião. Possuía à época da avaliação do PMAQ-AB uma população de aproximadamente 361.915 habitantes (IBGE,2010), com número de 63 equipes em 2011 e 75 equipes em 2013 com cobertura populacional estimada de 72,69% da Atenção Básica (MONTES CLAROS,2015).

3.2 Tipos de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, de cunho descritivo e abordagem quantitativa referente aos indicadores considerados resultados produzidos no 1º e 2º ciclo de implantação do PMAQ-AB de equipes com Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Montes Claros- MG.

3.3 População de estudo e critério de inclusão

A população de estudo foi constituída pelas equipes de ESF que possuíam profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade, estando estes em formação ou na condição de egressos do programa. O período de avaliação compreendeu o 1º ciclo (2011-2012) e o 2º Ciclo (2013-2014) de vigência do PMAQ-AB no município de Montes Claros, norte de estado de Minas Gerais. Em 2011, no 1º ciclo, existiam 63 equipes do Saúde da Família no município, sendo que, dessas, 44 (69,84%) foram avaliadas pelo PMAQ-AB. Já em 2013 (2º ciclo) existia um total de 75 equipes, e 100% delas foram avaliadas.

Fizeram parte desse estudo 17 equipes do 1º ciclo e 26 equipes do 2º, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: participação no 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB e terem sido polos de Residência ou tiveram profissionais egressos da Residência no município, no período de 2011 a 2013; totalizando, portanto 43 equipes participantes.

3.4 Instrumentos de pesquisa e Coleta de dados

As informações necessárias para a análise dos indicadores caracterizam-se como dados secundários e são provenientes da base de dados do e-gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde -PMAQ-AB, com período de coleta compreendido entre março e julho de 2017.

Avaliou-se a série histórica de dados referentes ao período de 2011 a 2013 dos indicadores de desempenho de qualidade do PMAQ-AB.

Utilizou-se o instrumento de avaliação do 1º e 2º ciclo do PMAQ-AB, em que foram distribuídas as seguintes variáveis: I - *Avaliação dos indicadores de desempenho* (organizados em quatro itens: Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Doenças Crônicas e Produção Geral) e II- *Avaliação externa dos padrões de qualidade* das equipes de AB organizados em 5 dimensões, porém, para este estudo, serão consideradas 3 dimensões (Valorização dos Padrões de Qualidade; Acesso e Qualidade da Atenção e Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do usuário)(BRASIL, 2012; 2013).

Segue a descrição das variáveis avaliadas:

I-Avaliação dos indicadores de desempenho da Equipe de Atenção Básica

- a) **Saúde da Mulher:** são analisados parâmetros de acompanhamentos, consultas, atendimentos e demandas exclusivas do sexo feminino, divididos em seis indicadores .
- **Proporção de Gestantes cadastradas (sobre as estimadas)** - analisa a captação das gestantes para realização do pré-natal com a equipe de AB da área onde as gestantes residem, permitindo a análise da proporção de gestantes cadastradas, em função do quantitativo de gestantes estimadas para determinado local e período.
 - **Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada** - mede a proporção de gestantes acompanhadas e permite avaliar possíveis dificuldades na realização das visitas, além de subsidiar o planejamento, a gestão e a avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal.
 - **Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre** - avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e de intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.

- **Proporção de gestantes com pré-natal em dia-** permite inferir as condições de acesso ao pré-natal. Esse indicador depende da adesão da gestante ao atendimento pré-natal e do acolhimento e acessibilidade da equipe de AB. A gestante com consulta de pré-natal no mês é aquela que, no mês de referência, teve, pelo menos, um atendimento pré-natal com médico ou enfermeiro em uma unidade de saúde.
- **Proporção de gestantes com vacina em dia-** esse indicador mede a cobertura vacinal de toxoide tetânico entre as gestantes cadastradas na área da equipe de AB, a partir dos dados provenientes do acompanhamento das gestantes por meio de visitas domiciliares regulares.
- **Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais:** Esse indicador possibilita verificar se as equipes de AB estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero na faixa etária preconizada.

b) **Saúde da Criança:** a saúde da criança inclui a análise de 6 indicadores relacionados à atenção básica às crianças desde a gestação da mulher até os 09 anos de idade.

- **Média de consultas de puericultura por criança cadastrada:** avalia o número médio de atendimentos de puericultura (Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento), realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de 2 anos cadastrada na equipe de AB, em determinado local e período.
- **Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo:** avalia o percentual de crianças acompanhadas no domicílio, que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período. Estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida.
- **Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia:** esse indicador estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada.
- **Proporção de crianças menores de dois anos pesadas:** mede a cobertura de crianças de 02 anos pesadas, em relação ao total das acompanhadas no domicílio.
- **Média de consultas médicas para menores de um ano:** determina o número médio de consultas médicas por criança menor de 1 ano, em determinado local e período. Permite analisar a suficiência de consultas médicas para essa faixa etária em relação à demanda potencial das crianças menores de 1 ano acompanhadas pela equipe nos domicílios, no mesmo local e período.

- **Média de consultas médicas para menores de cinco anos:** permite analisar a suficiência de consultas médicas para essa faixa e considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e de demanda agendada, permitindo uma análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas.
- c) **Doenças Crônicas:** avalia basicamente os indicadores relacionados ao atendimento, assistência e diagnóstico das doenças crônicas: Hipertensão e Diabetes.
- **Proporção de pessoas com Diabetes cadastradas:** expressa o percentual de diabéticos cadastrados dentre os diabéticos estimados para a população de 15 anos ou mais, residentes em determinado local e período.
 - **Proporção de pessoas com Hipertensão cadastradas:** expressa o percentual de hipertensos cadastrados dentre os hipertensos estimados para a população de 15 anos ou mais, residentes em determinado local e período.
 - **Média de atendimentos por diabético:** número médio de atendimentos para a população com diabetes mellitus, residente em determinado local e período.
 - **Média de atendimentos por hipertenso:** número médio de atendimentos na população hipertensa, residente em determinado local e período.
- d) **Produção Geral:** avalia o atendimento, a assistência e os indicadores da AB de um modo geral.
- **Média de consultas médicas por habitante:** reflete a média de consultas médicas realizadas por morador cadastrado na área de abrangência da equipe, em determinado período e fornece uma estimativa da suficiência da oferta total de consultas médicas diante da demanda potencial da população cadastrada.
 - **Porcentagem de consultas médicas para cuidado continuado/programado:** as consultas de cuidado continuado/programado constituem ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo.
 - **Porcentagem de consultas médicas de demanda agendada:** consiste no atendimento ao usuário que procura a unidade de saúde em demanda espontânea que não constitui urgência e é realizada por meio do acolhimento e classificação de risco. Portanto, o que

caracteriza esse tipo de consulta não é o prazo de agendamento em si, mas a possibilidade de agendá-lo para uma data futura por não constituir uma urgência.

- **Porcentagem de consultas médicas de demanda imediata:** consiste em um grau de sofrimento físico ou psíquico do usuário e a possibilidade de agravamento do seu quadro ou risco de vida, determina a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento, recuperação do estado de saúde, estabilização/suporte de vida e/ou encaminhamento a outro ponto da rede quando necessário.

II-Avaliação externa dos padrões de qualidade

- a) **Dimensão III: Valorização dos Padrões de Qualidade** - Essa dimensão considerou algumas questões fundamentais da atuação da gestão da AB para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho.
- **Qualificação dos profissionais da Equipe de Atenção Básica:** foi verificado se os profissionais de nível superior da equipe possuem formação complementar na área de saúde da família, saúde pública ou saúde coletiva.
 - **Educação Permanente:** foi verificado se são ofertadas ações de qualificação para os profissionais da AB, como: cursos presenciais e a distância; atividades ligadas ao Programa Telessaúde; atividades de tutoria/preceptorial e de acordo com as demandas e necessidades das equipes.
- b) **Dimensão IV: Acesso e Qualidade da Atenção**- considera aspectos da organização do processo de trabalho com ênfase nos processos implantados.
- **Planejamento das Ações das Equipes da Atenção Básica:** verificou-se a realização de atividades de planejamento e programação pela equipe; a realização de monitoramento e de análise dos indicadores e informações de saúde; e a realização de reunião de equipe.
 - **Organização da agenda da Atenção Básica:** verificou-se a organização da equipe para realizar visita domiciliar, atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde, consulta para cuidado continuado e acolhimento à demanda espontânea; se há reserva de vagas na agenda ou um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames ou tirar dúvidas; se a equipe realiza renovação de receita dos usuários de cuidado continuado; e se realiza encaminhamento dos usuários com queixas de acuidade visual sem precisar passar por consulta médica.

- **Organização dos prontuários na Unidade Básica de Saúde:** analisou-se a organização dos prontuários por núcleo familiar; e se existe modelo-padrão para preenchimento da folha de identificação dos prontuários individuais.
- **Coordenação do cuidado na rede de atenção e resolutividade:** analisou-se a realização dos encaminhamentos de usuário para consulta especializada; se a equipe possui registro dos usuários; oferta de consulta; possui protocolos que orientem na estratificação dos casos; registro dos casos de maior risco encaminhado; realiza busca ativa de casos prioritários; disponibilidade de exames solicitados na Rede de Atenção à Saúde (população em geral e pré-natal); existência de central de regulação no município; exames realizados/coletados na UBS e procedimentos realizados pela equipe.

c) **Dimensão V: Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário** - para a obtenção das informações sobre esta dimensão, os usuários que utilizam o SUS e que estavam na UBS no momento da avaliação externa, foram convidados a participar da entrevista mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado pelas instituições de ensino e pesquisa.

- **Acesso a marcação de consulta na unidade:** avaliaram-se as condições de acesso, considerando os aspectos de distância do domicílio até a unidade de saúde; adequação do horário de funcionamento às necessidades dos usuários e da realização da marcação de consultas.
- **Acolhimento de demanda espontânea:** avaliou-se o acolhimento dos usuários; tempo de espera para ser atendido e se a equipe tenta resolver o problema que levou o usuário ao serviço.

3.5 Análises de dados

Foram realizadas análises descritivas com apresentação de médias e desvio padrão para as variáveis dos indicadores de desempenho, bem como frequências absolutas e relativas para as variáveis da avaliação externa das equipes. Os resultados obtidos, no período avaliado pela série histórica (2011 a 2013), foram comparados com os respectivos parâmetros mínimos estabelecidos pelo PMAQ-AB de acordo com a média aritmética de cada indicador avaliado, assim como também comparações com as médias municipais, estadual e federal. Os dados

foram tabulados e analisados com auxílio do programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* versão 18.0.

3.6 Limitações de estudo

A presente investigação apresentou certas limitações por se tratar de estudo transversal e não permitir onexo causal dos resultados encontrados. A seleção das equipes foi intencional e não foram utilizadas técnicas de observação direta, mas sim analisados dados secundários oriundos da avaliação das equipes de saúde da família, que podem estar propensos a um possível viés de informação.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) pelo parecer número 2.074.086 (Anexo A) e com o consentimento da Prefeitura Municipal de Montes Claros para obtenção dos dados (Anexo B).

4 RESULTADOS

Os resultados encontrados para as equipes que integraram o critério de inclusão da pesquisa, nos dois ciclos de avaliação, foram comparados com o desempenho das demais equipes avaliadas nas três esferas administrativas (municipal, estadual e federal).

O desempenho das equipes avaliadas neste estudo, no que se diz respeito ao indicador Saúde da Mulher, obteve resultados satisfatórios em quase todos os indicadores de qualidade do PMAQ. As equipes do município de Montes Claros estiveram acima da média nacional e estadual no número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada, com média de 8,75 ($\pm 2,24$). Quando comparados os dois ciclos das equipes polo/egressos de Residência, há uma redução do desempenho do 1º para o 2º ciclo na grande maioria dos indicadores, exceto na proporção de gestantes com pré-natal em dia. Ainda assim, as notas das equipes avaliadas estão próximas às notas das esferas estadual e nacional, principalmente no 1º ciclo de avaliação (Tabela 1).

Tabela 01: Média e Desvio Padrão dos indicadores de Saúde da Mulher das equipes polo/egressos da Residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparados com a média de desempenho do município, Estado e Brasil.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Equipes/Egressos Residência		Médias do indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
<i>Saúde da Mulher</i>					
Proporção Gestantes cadastradas (sobre as estimadas)	49,68 ($\pm 11,89$)	47,94 ($\pm 16,12$)	48,55	57,16	52,25
Média de atendimentos de pré-natal por gestante	***	8,75 ($\pm 2,24$)	8,18	6,20	7,14
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	89,93 ($\pm 8,95$)	86,11 ($\pm 8,96$)	86,32	86,52	83,73
Proporção de gestantes com pré-natal em dia	91,43 ($\pm 8,91$)	92,44 ($\pm 6,52$)	92,01	93,22	92,00
Proporção de gestantes com vacina em dia	94,40 ($\pm 7,28$)	92,14 ($\pm 8,69$)	92,00	94,37	93,67
Proporção de gestantes com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais	79,26 ($\pm 35,92$)	0,16 ($\pm 0,08$)	0,05	0,05	0,06

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; *1º ciclo-participaram 17 equipes; **2º ciclo- participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador.

Vale ressaltar que para o indicador Proporção de Gestantes com exame citopatológico do colo do útero, realizado na faixa etária de 15 anos ou mais, não é possível fazer comparações do resultado 1º ciclo em relação aos demais resultados, pois a forma de obter o cálculo do indicador sofreu alteração de um ciclo para o outro. No entanto, para o 1º ciclo, as equipes avaliadas superaram a meta que era de $\geq 51,0\%$ à época. Já no 2º ciclo, as equipes polo/egresso da Residência ficaram com a média acima das médias Municipal, Estadual e Brasil (Tabela 01).

Quanto aos indicadores de Saúde da Criança, podemos observar que as equipes avaliadas tiveram resultados superiores no 1º ciclo comparado com as médias do município nos seguintes indicadores: proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo de 82,51% ($\pm 13,17$), proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia 93,91 ($\pm 6,59$) e proporção de crianças menores de dois anos pesadas 74,46% ($\pm 16,41$). Os demais indicadores do município obtiveram médias menores quando comparados com os resultados estaduais e nacionais, com exceção dos indicadores de média de consultas de puericultura/criança e de proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo (Tabela 2).

Tabela 02: Média e Desvio Padrão dos indicadores de Saúde da Criança das Equipes/Egressos da Residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, estado e Brasil.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Equipes/Egressos Residência		Médias indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
<i>Saúde da Criança</i>					
Média de consultas puericultura/ criança	***	6,16 ($\pm 3,53$)	6,20	4,65	5,24
Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	82,51 ($\pm 13,17$)	83,93 ($\pm 11,32$)	82,11	76,79	73,76
Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	93,91 ($\pm 6,59$)	91,07 ($\pm 7,57$)	92,14	95,79	95,42
Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	74,46 ($\pm 16,41$)	65,58 ($\pm 16,05$)	67,92	86,07	87,24
Média de consultas médicas para menores de um ano	***	2,59 ($\pm 1,78$)	2,89	4,10	3,75
Média de consultas médicas para menores de cinco anos	***	1,98 ($\pm 0,88$)	1,93	2,14	2,23

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; *1º ciclo-participaram 17 equipes; **2º ciclo-participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador

No que diz respeito aos indicadores das Doenças Crônicas: Hipertensão e Diabetes, as equipes do município de Montes Claros tiveram números inferiores às média estadual e nacional em todos os indicadores avaliados.

Analisando as equipes polo/egressos de Residência, os números encontrados durante o 2º ciclo estiveram próximos dos números das demais equipes avaliadas no município. Na proporção de pessoas diabéticas e hipertensas cadastradas, os números encontrados por essas equipes superaram as demais do município, mas, mesmo assim, estiveram bem abaixo das médias estadual e federal (Tabela 03).

Tabela 03: Média e Desvio Padrão dos indicadores das Doenças Crônicas das equipes polo/egressos da Residência do município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, Estado e Brasil.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Equipes/Egressos Residência		Médias indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
<i>Doenças Crônicas</i>					
Proporção de pessoas com diabetes	57,52 (±13,69)	60,27 (±16,28)	59,81	76,46	73,68
Proporção de pessoas com hipertensão	61,31 (±12,04)	59,47 (±16,03)	58,19	77,97	74,00
Média de atendimentos por diabético	***	3,95 (±2,24)	4,29	4,59	5,33
Média de atendimentos por hipertenso	***	2,87 (±1,63)	3,19	3,29	3,93

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; *1º ciclo-participaram 17 equipes; **2º ciclo-participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador

Com relação aos indicadores de desempenho para a área estratégica Produção Geral, nota-se que os resultados obtidos no município estão acima das médias estadual e nacional para a proporção de consultas médicas por demanda agendada.

Para as equipes polo/egressos da Residência nos dois ciclos, os resultados obtidos no 1º ciclo são superiores às do 2º em quase todos os indicadores, havendo supremacia apenas na porcentagem de consultas médicas de demanda agendada.

As avaliações dos indicadores de desempenho para as equipes de Saúde Bucal não foram abordadas na pesquisa uma vez que não foram avaliadas no 1º ciclo do programa (Tabela 4).

Tabela 04: Média e Desvio Padrão dos indicadores da Produção Geral das equipes polos/egressos da Residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB comparado com a média de desempenho do município, Estado e Brasil.

Indicadores Avaliados	Média/desvio padrão Equipes/Egressos Residência		Médias dos indicadores nas três esferas referente ao 2º Ciclo		
	1º Ciclo*	2º Ciclo**	Município	Estado	Brasil
<i>Produção Geral</i>					
Média de consultas médicas por habitante	***	1,24 (±0,00)	1,24	1,50	1,44
% consultas médicas por cuidado continuado/programado	26,00 (±22,22)	19,72 (±10,96)	16,96	18,70	21,46
% consultas médicas de demanda agendada	37,41 (±20,84)	54,08 (±17,03)	52,34	50,76	50,19
% consultas médicas de demanda imediata	40,12 (±21,57)	26,19 (±17,93)	30,69	30,54	28,35

Fonte: e-Gestor Atenção Básica,2017; *1º ciclo-participaram 17 equipes; **2º ciclo- participaram 26 equipes; *** Sem avaliação nesse indicador

Quanto à avaliação externa a Dimensão III, que avalia a valorização do trabalhador, foram analisadas duas subdimensões. Na subdimensão *Qualificação dos profissionais da Equipe de AB* durante o 1º ciclo, das 17 equipes polo/egressos de Residência, 35,3% foram consideradas medianas ou abaixo da média, 47,1% apresentaram melhor índice de avaliação, sendo consideradas equipes muito acima da média.

No 2º ciclo de avaliação, foram avaliadas 26 equipes polo/egressos da Residência. A proporção de equipes abaixo da média diminuiu cerca de 5 pontos percentuais quando comparadas ao 1º ciclo. Neste ciclo de avaliação a maior parte das equipes (50%) foi avaliada como acima da média e 19,2 % obtiveram a melhor avaliação, sendo qualificadas como muito acima da média.

No indicador da Educação Permanente, não foram encontrados resultados medianos ou abaixo da média no 2º ciclo. A grande maioria das avaliações, dos dois ciclos, qualificou a Educação Permanente nas equipes polo/egressos da Residência como muito acima da média, sendo 50% no 1º ciclo e 76,9 % no 2º ciclo (Tabela 5).

Na Dimensão IV, que avalia a qualidade da organização do trabalho dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS), na subdimensão Planejamento das Ações das Equipes de AB, os números foram significativos, principalmente quando analisados os resultados do 1º ciclo. Nenhuma equipe foi avaliada no pior critério: mediano ou abaixo da média; 82,4 %

delas estiveram como acima da média e 17,6% muito acima da média. Já no 2º ciclo, houve superioridade de equipes avaliadas no melhor indicador: Muito acima da média, totalizando 61,5 % e 19,2% das equipes consideradas como medianas ou abaixo da média.

A organização dos prontuários e organização da agenda da equipe da AB foram indicadores que obtiveram melhoria nos números do 1º para o 2º ciclo. No primeiro indicador, o número de equipes consideradas muito acima da média passou de 35,3 % para 65,4 % e no segundo indicador sofreu ainda uma maior variação de 0% para 69,2 %. Outro indicador avaliado nesta dimensão é a coordenação do cuidado na rede de atenção, que demonstrou um avanço considerável do 1º para o 2º ciclo. Para este indicador foi constatada uma queda no número de equipes com desempenho mediano ou abaixo da média, reduzindo 88,9% para 46,2 %; e um aumento do desempenho acima da média ou muito acima da média (Tabela 5).

Tabela 05: Frequência absoluta e relativa das variáveis da avaliação externa das equipes polo/ egressos da Residência do Município de Montes Claros/MG do 1º e 2º Ciclo do PMAQ-AB (2011/2013).

Variáveis Avaliação Externa	1º Ciclo*						2º Ciclo**					
	Mediano/ abaixo da média		Acima da média		Muito acima da média		Mediano/abaixo da média		Acima da média		Muito acima da média	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensão III												
Qualif. profissional	6	35,3	3	17,6	8	47,1	8	30,8	13	50	5	19,2
Ed. Permanente	2	7,7	2	7,7	13	50,0	0	0	6	23,1	20	76,9
Dimensão IV												
Planej. ações	0	0	14	82,4	3	17,6	5	19,2	5	19,2	16	61,5
Org. agenda	5	29,4	12	70,6	0	0	0	0	8	30,8	18	69,2
Org. prontuários	5	29,4	6	35,3	6	35,3	2	7,7	7	26,9	17	65,4
Coord. do cuidado	15	88,9	1	5,9	1	5,9	12	46,2	10	38,5	4	15,4
Dimensão V												
Acesso consulta	1	5,9	7	41,2	9	52,9	0	0	26	100	0	0
Acolhimento/DE	5	29,4	7	41,2	5	29,4	1	3,8	12	46,2	13	50
Satisfação usuário	17	100	0	0	0	0	0	0	26	100	0	0

Fonte: e-Gestor Atenção Básica, 2017; *1º ciclo-participaram 17 equipes; **2º ciclo- participaram 26 equipes

A Dimensão V verifica as condições disponíveis para o usuário da AB, considerando o indicador acesso à marcação de consulta na unidade de saúde. Na avaliação do 1º ciclo, 52,9% esteve muito acima da média, já no 2º ciclo todas as equipes (100%) foram consideradas acima da média. No acolhimento a demanda espontânea, uma melhora significativa foi observada do 1º para o 2º ciclo sendo a que a maioria qualificou-se acima da

média ou muito acima da média. Quanto à satisfação do usuário, todas as equipes 2º ciclo foram avaliadas como acima da média (Tabela 5).

5 DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação das Equipes de Atenção Básica cadastradas no município e que aderiram ao PMAQ-AB, com ênfase naquelas que eram polos das Residências ou possuíam egressos do programa no período da avaliação. Durante o 1º ciclo, 38,6% do total das equipes avaliadas se configuravam como polo/egressos Residência, e, no 2º ciclo, 34,66 %. O estabelecimento de políticas de incentivo à inserção destes profissionais traz benefícios para o município, uma vez que estudos (LEÃO *et al.*, 2011) registraram que profissionais egressos de Residência na área de Saúde da Família apresentam melhores resultados no processo de trabalho quando comparados com equipes sem egressos de cursos de Residência (SEIDL *et al.*, 2014).

O primeiro componente avaliado neste estudo são os indicadores de Desempenho das Equipes da Atenção Básica que avaliam e mapeiam os principais âmbitos de assistência: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Doenças Crônicas e Produção Geral.

Monitorar e avaliar o desempenho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), primordialmente das ações desenvolvidas por equipes de AB, são funções essenciais do Estado, não só para prestar contas à população quanto à utilização dos impostos arrecadados e ao investimento na área da saúde, mas também para saber como está ocorrendo o acesso e a qualidade dos serviços prestados pelos municípios, viabilizando-se a implementação de medidas de correção e/ou aprimoramento das ações e serviços ofertados no âmbito da AB (BRASIL, 2013).

No âmbito de Saúde da Mulher, as equipes avaliadas neste estudo alcançaram desempenho satisfatório na maioria dos seus indicadores de qualidade. O número de gestantes cadastradas em dezembro de 2012, ano que se encerrou o 1º ciclo de avaliações, era de 1265; já em dezembro de 2014, que corresponde ao final do 2º ciclo, esse número era de 1.302 gestantes (BRASIL, 2013). O número de gestantes cadastradas nas equipes polo/egressos da Residência do 1º e 2º ciclo estão próximos ao resultado do município, ficando abaixo das médias encontradas no Estado e Brasil. Com o aumento do número de gestantes ocorrido entre os dois ciclos, faz-se necessário que as equipes promovam ações de divulgação dos programas de pré-natal, com vistas a alcançar a captação precoce das gestantes tornando possível detectar precocemente riscos maternos ou neonatais, minimizar intercorrências e, por consequência, melhorar proporção de gestantes com pré-natal iniciado no primeiro trimestre.

Um estudo de base nacional mostrou que existe uma universalidade de acesso no que diz respeito à cobertura da assistência pré-natal no Brasil, com valores elevados em todas

as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas. Contudo, a adequação dessa assistência é ainda baixa: 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal até a 16^a semana gestacional e apenas 73,1% tiveram o número mínimo de consultas previstas para a idade gestacional no momento do parto (VIELLA, *et al.*, 2014).

No entanto, a média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada das equipes estudadas 8,75 ($\pm 2,24$) foi superior que as médias do município, Estado e Brasil. Segundo estudo de Tomasi *et al.* (2017), a proporção de mulheres que realizaram seis ou mais consultas durante a gestação foi maior entre as de mais idade, as brancas, as de renda mais alta, moradoras na Região Sul do Brasil e em municípios de menor porte.

Quanto ao indicador de Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1^o trimestre as equipes pesquisadas apresentaram resultados próximos à média do estado, o que demonstra o alto nível das equipes, uma vez que o estado está acima da média nacional em quase todos os quesitos avaliados. Destaca-se que o parâmetro de 80% ou mais de cobertura, infere-se a captação precoce das gestantes, fator essencial para um bom prognóstico gestacional, evitando condições que causam vulnerabilidade à saúde da gestante e consequentemente da criança (BRASIL, 2012).

Estudo prévio realizado em Montes Claros acerca do monitoramento do indicador Saúde da Mulher em equipes com Residência aponta que a maioria das equipes pesquisadas (52,9%) apresentou resultado satisfatório em relação ao indicador “Proporção de Gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre” garantindo a longitudinalidade do cuidado, associada à formação em Residência em Saúde da Família do enfermeiro. Isso implica em melhor desempenho no cumprimento dos padrões pactuados na avaliação do PMAQ-AB, no que se refere a este indicador que contribui para a consolidação de melhoria da qualidade da assistência do binômio mãe-filho (ALVES; ANDRADE; SANTOS, 2016).

No que se refere ao indicador de Proporção de Gestantes com vacina em dia, as equipes selecionadas obtiveram proporções bem próximas ao do município, Estado e Brasil. Estudo de Tomasi *et al.* (2017) revelou que a atualização da vacina antitetânica em gestantes foi significativamente maior entre as de mais idade, as não brancas, as residentes em municípios de médio porte e com menor índice de desenvolvimento humano (IDH).

Com relação à realização de exames preventivos (citopatológico), Machado (2013) evidenciou uma dificuldade em relação ao PMAQ-AB devido à diferença entre a faixa etária de 15 anos ou mais para acompanhamento de tal indicador pelo programa, contrapondo com a faixa etária de 25 a 64anos preconizada pelo MS para realização do exame preventivo. Resultados nessa faixa sugerem inconsistência dos dados ou uma oferta excessiva e

desnecessária de exames, se considerados os critérios e periodicidade de realização preconizados (1 exame a cada 3 anos, após 2 resultados negativos). Ressalta-se que não é possível uma comparação de resultados do 1º ciclo com os demais resultados, haja vista que a forma de calcular esse indicador foi diferente em 2011 para 2013. No 2º ciclo, as equipes polo/egresso da Residência ficaram com a média acima das médias do município, Estado e Brasil. Há que se considerar a necessidade de priorização de ações que ampliem a captação da população feminina ao exame, além da capacitação periódica das equipes e o investimento em infraestrutura e em recursos materiais.

Considerando os indicadores de Saúde da Criança, as equipes polo/egressos de Residência desse estudo declinaram seus desempenhos no quesito proporção de crianças menores de dois anos pesadas de 74,46 % no 1º ciclo para 65,58% no 2º ciclo, bem como números médios de consultas médicas para menores de um e cinco anos que ficaram abaixo dos parâmetros estadual e nacional. Estudo prévio realizado no município de Montes Claros afirma que existe uma sobrecarga de atividades no serviço de referência, no caso a ESF (LEÃO *et al.*, 2011), assim como outros estudos que também corroboram esses achados (HARZHEIM, 2004; RIBEIRO; ROCHA; RAMOS-JORGE, 2010). Os resultados insatisfatórios nesse indicador podem estar relacionados a complexidade da assistência à saúde da criança, o que evidencia a existência de lacunas e limites no cuidado, nas relações organizacionais e administrativas, no fortalecimento das políticas públicas estaduais e municipais, e no modelo de processo de trabalho e no processo continuado de educação em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Outro fator que pode estar relacionado a este achado, são as possíveis áreas sem cobertura do profissional Agente Comunitário de Saúde no município, no período da avaliação do PMAQ-AB, haja vista que este profissional é responsável em fazer a ligação da população com a equipe e a busca ativa desta, focando na promoção e na prevenção de agravos de doenças.

Nos demais indicadores de Saúde da Criança, as equipes polo/egressos tiveram resultados próximos às demais médias municipais, ou maior que as médias do Estado e do Brasil, a saber, a média de consulta de puericultura e a proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo. Estudo de Barbosa (2014) ressalta resultados satisfatórios nesses mesmos indicadores referentes ao 1º ciclo do PMAQ-AB.

Estes indicadores permitem a avaliação e a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança, o que,

levando em consideração as condições socioeconômicas comuns, explicitam que estas equipes se adequam à realidade do município, apesar de necessitarem de melhorias na captação destas crianças e na qualificação dos profissionais para a sua realização.

Estudo de Tomasi et al. (2017) apontou que o fornecimento de orientações às gestantes ou mães esteve positivamente associado com a idade, isto é, quanto maior a faixa etária, maiores as proporções de orientações recebidas. Estas orientações são importantes para a conscientização da manutenção do aleitamento materno e do cuidado com neonato. A região Sudeste destacou com a maior porcentagem de orientações a estas gestantes (63,4%) em relação às outras regiões do Brasil (TOMASI *et al.*,2017).

No que se refere aos indicadores relacionados à Atenção às Doenças Crônicas não transmissíveis, nota-se que a proporção de diabéticos cadastrados pelas equipes polo/egressos da Residência sofreu mudança positiva do 1º para o 2º ciclo, passando de 57,52% ($\pm 13,69$) para 60,27% ($\pm 16,28$). Este resultado está próximo dos parâmetros preconizados pelo MS (BRASIL, 2006), que recomenda que, pelo menos 65% dos diabéticos estimados, deveriam ser acompanhados pelas equipes de atenção básica, entretanto os resultados dos indicadores deste estudo ainda são menores quando comparados com as médias estadual e nacional.

A proporção de hipertensos cadastrados neste estudo encontra-se acima da média do município que foi de 58,19 %, contudo, apresenta-se abaixo das médias estadual e nacional. Estudo prévio realizado em Santa Catarina-RS afirma o aumento da carga de doenças crônicas para a população brasileira, principalmente no que tange aos recursos investidos nessa assistência bem como os prejuízos para a população em virtude das complicações à saúde (MACHADO; CAMPOS, 2014).

Quanto ao indicador de atendimentos para Diabéticos e Hipertensos, as equipes polo/egressos da Residência se mantiveram abaixo das médias municipal, estadual e federal avaliadas no 2º ciclo. Esse indicador segundo o manual dos indicadores do PMAQ-AB permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população doente cadastrada (BRASIL,2012). Dessa forma, esse resultado pode estar relacionado à influência das ações específicas da grade curricular do residente e que compromete um terço do tempo disponível das atividades da AB. Cabe ressaltar que essas ações são exclusivas da Residência e não fazem parte das atividades estabelecidas para a AB.

Por fim, a adequação destes indicadores está associada a uma maior qualificação das equipes de saúde para os atendimentos específicos às doenças, melhoria nas condições dos atendimentos e dos acessos, além da realização de atividades de conscientização sobre a doença com a concomitante busca ativa dos pacientes (BRASIL, 2012).

Quanto ao indicador de Produção Geral que avalia as médias e proporções de consultas por médico, seja por demanda agendada, programada ou imediata, o número médio de consultas por habitante sugerida nos parâmetros assistenciais do SUS é de 2 a 3 consultas por habitante/ano (BRASIL,2001).

Assim, levando em consideração esse dado, a média de consultas médicas por habitante avaliada somente no 1º ciclo para as equipes polo/egressos da Residência está abaixo da média do Estado e do Brasil. No presente estudo, a proporção de consultas médicas do cuidado continuado/programado teve redução considerável, como a proporção de consultas de demanda imediata com uma redução ainda maior de um ciclo para outro nas equipes estudadas. Relacionado a esse achado, sugerem-se dificuldades organizacionais das equipes voltadas para a continuidade do cuidado no município pesquisado.

É importante o conhecimento da cobertura de consultas médicas de cuidado continuado realizado pela equipe de AB em relação ao total de consultas médicas básicas. O acompanhamento continuado de indivíduos no âmbito familiar e comunitário pode potencializar o controle de situações de risco e complicações, a manutenção da saúde e a qualidade de vida da população da área adstrita (SILVA *et al.*, 2016).

Nesse mesmo contexto, convém ressaltar o aumento médio de consultas agendadas, passando de 37,41% no 1º ciclo para 54,08 % no 2º, o que reforça a hipótese da necessidade de um planejamento das ações frente às equipes polo de Residência, uma vez que possuem atividades exclusivas da pós-graduação, tendo que se ausentar da Unidade de Saúde em alguns turnos, não conseguindo acompanhar o cronograma de atividades da ESF em sua totalidade. Conforme o manual instrutivo do PMAQ (2012), os resultados satisfatórios nesse indicador se devem ao apoio institucional às equipes, uma vez que, este apoio colabora para uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população (BRASIL,2012).

Para os indicadores de Avaliação Externa foram coletadas informações das condições de acesso e de qualidade das equipes participantes sendo divididas em cinco dimensões. Para este estudo foram consideradas as dimensões III, IV e V.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, a partir da avaliação externa, as equipes são classificadas em quatro categorias: I. Desempenho insatisfatório, II. Desempenho mediano ou abaixo da média: III. Acima da média ou IV – Muito acima da média. Os repasses financeiros são distribuídos para as equipes de acordo com as classificações supracitadas (BRASIL,2011b).

Neste estudo, nenhuma das equipes avaliadas foi desclassificada ou obteve resultados considerados insatisfatórios.

Para a Dimensão III, que avalia a Valorização dos Padrões de Qualidade, para o indicador de qualificação profissional os números apresentaram melhora de um ciclo para o outro, o que comprova que, após os resultados obtidos no 1º ciclo, as equipes foram reformuladas e apresentaram ganhos de eficiência e de qualificação profissional que proporcionaram uma melhor avaliação do seu indicador. Esta mesma dimensão avaliada em estudo anterior no município de Três Rios- RJ, obteve resultado superior ao do Estado e do município, totalizando 90% de conceitos ótimos (BARBOSA, 2014).

Em relação ao indicador de Educação Permanente, as equipes avaliadas neste estudo alcançaram bom desempenho. Corroborando esse resultado estudos prévios apontam os benefícios da educação permanente para o processo de trabalho dos profissionais e a atenção à saúde da comunidade (MOREIRA *et al.*, 2017). Do mesmo modo, um estudo realizado a partir de dados do PMAQ-AB que avaliou as equipes de ESF revelou que a avaliação positiva das equipes é sugestiva de que há associação entre educação permanente em saúde na AB (AURÉLIO PINTO *et al.*, 2014). Contrapondo os achados dessa investigação, um estudo de autoavaliação da qualidade da ESF na macrorregião Nordeste de Minas Gerais, a educação permanente esteve entre as subdimensões com pior avaliação (CARDOSO *et al.*, 2015).

Dessa forma, a oferta de educação permanente aos profissionais de saúde se constitui em uma ferramenta potente de gestão do trabalho, o que contribui não apenas para a valorização e satisfação do trabalhador, como também para melhor qualificação do processo de trabalho (SEIDL *et al.*, 2014) e estabelece pontos-chaves para a menor rotatividade, uma vez que essas ações contribuem para o fortalecimento e a ampliação do acesso à qualificação para os profissionais da AB (MENDONÇA *et al.*, 2010). Essa rotatividade pode comprometer a efetividade do modelo e prejudicar a qualidade da assistência e a satisfação dos usuários (SEIDL *et al.*, 2014). É nesse contexto que se insere a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho em saúde como central aos processos educativos, paralelo à problematização, autoanálise e autogestão (YAMAMOTO; MACHADO; SILVA JUNIOR, 2015).

Convém destacar que os resultados observados neste estudo podem ser justificados pela oferta de cursos de especialização no município como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência em Medicina de Família e Comunidade, além de especializações *Lato Sensu* em Saúde da Família e dos Programas de

Pós-graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde e Cuidados Primários em Saúde (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Na Dimensão IV, que avalia a Qualidade da Organização do Trabalho, o indicador Planejamento das Ações das equipes apresentou-se com ótimas proporções acima da média e muito acima da média nos dois ciclos de avaliação. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que utilizou os dados do PMAQ-AB em Três Rios- RJ, pois a maior parte das equipes, aproximadamente 70% obtiveram um bom conceito nesse indicador (BARBOSA, 2014).

Vale ressaltar que os indicadores Organização da Agenda e de Prontuários dos pacientes foram bem avaliados com maiores percentuais nos quesitos acima da média e muito acima da média nos dois ciclos avaliados, contrapondo ao indicador Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção. Mesmo com a melhora nas certificações de acima da média e muito acima da média no segundo ciclo, permaneceu, na sua grande maioria, sendo considerado mediano ou abaixo da média, o que permite inferir a necessidade de coordenadores das UBS nas equipes de Saúde da Família para o município. Importante ressaltar que nos períodos avaliados as unidades de saúde do município não possuíam o profissional coordenador/gerente influenciando diretamente no desempenho desse indicador. Estudo prévio aponta resultado semelhante no indicador Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção, em que as equipes foram avaliadas como regulares ou boas, não atingindo níveis de satisfação máxima (BARBOSA, 2014).

Na Dimensão V, que verifica as condições disponíveis para o usuário da atenção básica, os indicadores Acesso e Acolhimento da Demanda Espontânea foram bem avaliados com percentuais acima da média e muito acima da média no 1º e 2º ciclo de avaliação.

Quanto à avaliação da Satisfação do Usuário, neste estudo, houve uma evolução significativa, passando da classificação mediana ou abaixo da média no 1º ciclo, para muito acima da média no 2º. Estudo semelhante apontou que, quando o usuário relata que consegue resolver seus problemas na própria UBS, sente-se respeitado pelos profissionais de saúde (PROTÁSIO, 2017).

Este indicador faz parte dos estudos das relações interpessoais no âmbito dos serviços de saúde, fortalecendo a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação. Ademais, o protagonismo dos usuários nesse processo torna-os avaliadores reais, amplifica seus direitos como cidadãos e os envolvem também na corresponsabilização da produção do cuidado à saúde, podendo influenciar no modo da oferta dos cuidados e possibilitar uma maior qualidade e resolutividade (PROTÁSIO, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou predominância de avaliação positiva das equipes polo/egressos da Residência quanto aos indicadores *Saúde da mulher; Saúde da criança; Produção geral e Avaliação externa*.

Embora alguns indicadores necessitem ser qualificados e melhor trabalhados, sobretudo os indicadores relacionados às Doenças Crônicas e alguns de Saúde da Criança e Produção Geral, foi possível constatar a relevância do contexto ensino-serviço-comunidade e o retorno que a articulação entre esses componentes, no caso os Programas de Residência, pode oferecer para a melhoria da assistência, bem como para o planejamento e gestão da Atenção Básica, haja vista que, no estudo em questão, grande parte dos indicadores avaliados superaram as médias estadual e nacional e apresentaram uma evolução nos resultados alcançados do 1º para o 2º ciclo de avaliação.

Entretanto, há que se considerar como limitação do estudo, o delineamento transversal, uma vez que o campo da saúde é uma construção com múltiplas variáveis a se controlar, necessitando, portanto, de estudos subsequentes, preferencialmente longitudinais, que avaliem o impacto dos Programas de Residência para a Atenção Básica no município, incluindo outros instrumentos de avaliação.

REFERÊNCIAS

- ALVES C dos Reis; ANDRADE M.C; SANTOS C.L de Souza. Longitudinalidade e formação profissional: fundamentos para o desempenho das equipes de saúde da família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.111, p. 268-278,2016.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec. p. 783-836,2006
- ARAUJO J. P et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n.6, p.1000-1007,2014.
- AURÉLIO PINTO, H.; FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; FLORÊNCIO, A. R.; MATOS, I. B.; BARBOSA, M. G.; STÉDILE, N. L. R.; ZORTEA, A. P. Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 145-160,2014.
- BARBOSA, M.R. **Análise do 1º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: MS, 62 p,2011a.
- BRASIL. Constituição (2011b). Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **AMAQ: auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas De Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetro para programação das ações básicas de saúde**.37 p. 2001.
- CARDOSO, A. V. L.; CHAIN, A. P. N.; MENDES, R. I. P.; FERREIRA E FERREIRA, E.; VARGAS, A. M. D.; MARTINS, A. M. E. B. L.; FERREIRA, R. C. Assessment of the management of the Family Health Strategy via the tool Assessment for Quality Improvement

in municipalities of Minas Gerais, Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1267-1284, 2015.

CAVALCANTI P.C.S; OLIVEIRA NETO A.V; SOUSA M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.105, p. 323-336,2015.

CECCIM R.B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 9, n.16, p.161-177,2005.

Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. PMAQ. Disponível:
<https://egestorab.saude.gov.br/>

FERRAZ, F. **Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

FRANÇA T. **Sistema de Informação em Atenção Básica: um estudo exploratório**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública,2001.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C. R.; CRUZ, M. T.; OLIVEIRA, M. P.; MORAIS, A. J. D.; MOREIRA, K. S.; RODRIGUES, C. A. Q.; LEITE, M. T. S. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

HADDAD, M. C. F. L. A residência de enfermagem na formação profissional. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, jun. 2012.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil de Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil**. Alicante:Universid de Alicante, Departamento de Salud Pública, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em:
<www.ibge.gov.br> Acesso em: agosto/2017.

LEÃO C.D.A; CALDEIRA A.P; OLIVEIRA M.M.C de. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. 11, n.3, p.323-334,2011.

MACHADO L.E; CAMPOS R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v.3, n.2, p.53-61.2014

MACHADO, G. A. B. **Organização do processo de trabalho vivenciada pelas equipes de Saúde da Família do município de São Sebastião do Paraíso/MG, a partir da adesão ao**

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

MENDONÇA, M.H.M; MARTINS, M.I.C; GIOVANELLA, L; ESCOREL, S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2355-2365,2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Melhoria Contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão.** Montes Claros, 2015.

MOREIRA K.S, LIMA C de Almeida, VIEIRA M.A, COSTA S de Melo. Educação permanente e qualificação profissional para atenção básica. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n.1, p.101-109,2017.

PASCHOAL A.S; MANTOVANI de Fátima M; Meier M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484,2007.

PORTELA L. R; DIAS M.S. A; VASCONCELOS M.I.O. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: análise da Auto avaliação em Sobral, Ceará.Revista **Sanare**, Sobral, v.12, n.1, p.40-45,2013

PROTASIO A.P.L et al. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1829-1844,2017.

RIBEIRO L da C.C; ROCHA R.L, RAMOS-Jorge M.L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.12, p.2316-2322,2010.

SEIDL H.M.F et al. Gestão do Trabalho na Atenção Básica em Saúde: Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-2012. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.38, p.94-108,2014.

SILVA P de Sousa; HANNA H.B; EDUARDO C de Souza; CARVALHO F de Carvalho. Análise dos indicadores de desempenho de uma equipe de atenção básica à saúde. **Revista Saúde.Com.**, v.12, n.1, p. 470-476.2016.

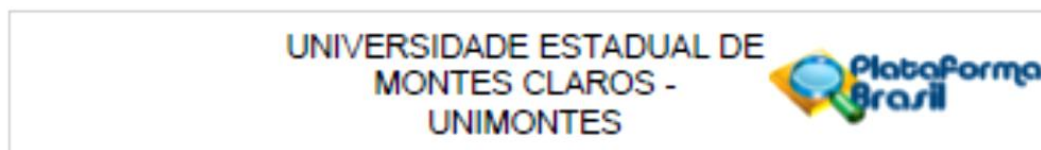
STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TOMASI, E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 33, n.3,2017.

VIELLAS, E. F et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p. 85-100,2014.

YAMAMOTO T.S; MACHADO M.T.C; SILVA Júnior A.G. Educação permanente em saúde como prática avaliativa amistosa à integralidade em Teresópolis, Rio de Janeiro. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro. 13, n.3, p.617-637,2015.

ANEXO A- Parecer Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE NAS PRÁTICAS DE TRABALHO NA CIDADE DE MONTES CLAROS-MG COM BASE EM ÍNDICES DE AVALIAÇÃO MUNICIPAIS E FEDERAIS.

Pesquisador: DULCE PIMENTA GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60669116.2.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.074.086

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa adotará características descritivas de abordagem qualitativa. Serão realizadas pesquisas documentais utilizando documentos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não-fraudados), onde serão analisados relatórios, tabelas e legislações a respeito da gestão de saúde, advindos da Integração Universidade e sociedade, com as práticas de ensino de Pós-Graduação na área da saúde. Será feito também uma pesquisa de campo sendo caracterizada pelas investigações em que, além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas. Os dados obtidos na pesquisa serão analisados a partir da técnica denominada Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a contribuição da formação e qualificação dos profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade em relação ao atendimento na Atenção Básica à Saúde na cidade de Montes Claros, a partir dos índices de avaliação do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde da Cidade de Montes Claros-MG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Ribeiro
 Bairro: Vila Maurício CEP: 39.401-000
 UF: MG Município: MONTES CLAROS
 Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: amwcceta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 2.074.080

Os desconfortos e riscos que podem existir na pesquisa qualitativa estão relacionados ao desconforto que pode ser gerado ao se compartilhar informações pessoais ou confidenciais. Estes poderão ser mitigados uma vez que os dados coletados serão confidenciais.

Benefícios:

Além da avaliação no atendimento oferecido para a população dos profissionais egressos nas residências em saúde, nas etapas intermediárias do projeto, já com informações conclusivas, serão apresentadas em Congressos, Seminários, Simpósios e Eventos Científicos em geral, para contribuírem com outros trabalhos, que estejam sendo desenvolvidos em outras instituições Educacionais, com projetos similares ou afins.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante na área da saúde em interface com formação profissional a partir de indicadores de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Inserir relatório final em notificações no sistema Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_787206.pdf	08/05/2017 21:04:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2_DULCE.pdf	08/05/2017 21:04:12	DULCE PIMENTA GONÇALVES	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_DULCE.pdf	08/05/2017	DULCE PIMENTA	Aceito

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-000
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-6100 Fax: (38)3229-6103 E-mail: ameloceste@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 3.074.000

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DULCE.pdf	21:03:51	GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DULCE_PROJETO_ENVIAR.pdf	08/05/2017 21:01:51	DULCE PIMENTA GONÇALVES	Aceito
Outros	ALTERACAO1.pdf	02/05/2017 12:44:28	DULCE PIMENTA GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	Anexo.pdf	05/09/2016 15:31:09	DULCE PIMENTA GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 20 de Maio de 2017

**Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)**

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp. Univers. Prof. Darcy Ribeiro
Bairro: Vila Maurício CEP: 38.401-000
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: amelo costa@gmail.com

ANEXO B- Autorização para Pesquisa da Prefeitura Municipal de Saúde de Montes Claros –
MG



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS

AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Montes Claros, 21 de Março de 2017

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora **Dulce Pimenta Gonçalves**, o acesso aos **dados da avaliação do PMAQ e indicadores de avaliação do município (Indicador de desempenho dos profissionais da atenção básica, indicadores de impacto das ações, indicadores de produção do serviço)** para serem utilizados na pesquisa: **Contribuição da Residência Multiprofissional em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade nas práticas de trabalho sob a percepção dos egressos da cidade de Montes Claros-MG** que está sob a orientação do **Prof Alisson Araújo**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Humberto Guimarães Souto – Prefeito do município de Montes Claros

ANEXO C- Instrumento de avaliação Relatório descritivo PMAQ-AB



Relatório Descritivo do PMAQ

Este Relatório do PMAQ apresenta informações referentes a Certificação das Equipes participantes do 1º ciclo e/ou 2º ciclo do programa. A Certificação do 1º ciclo foi divulgada em setembro 2012 e a do 2º ciclo em novembro 2014.

ADESÃO AO PMAQ:

MUNICÍPIO MONTES CLAROS – MG

No 1º ciclo (2011-2012) do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 17.482 equipes (53,19 %) participaram em todo Brasil, no estado de MINAS GERAIS, foram 2.954 equipes (67,21 %). Já no 2º ciclo (2013-2014) do programa foram 30.522 (81,33 %) no Brasil, sendo 4.253 (91,86 %) no estado de MINAS GERAIS. A tabela ao lado apresenta a adesão comparando os 1º e 2º ciclos do programa para o município: MONTES CLAROS - MG.

Tabela 1 – Equipes participantes do PMAQ – 1º e 2º ciclos

Ciclo do programa	Equipes de atenção básica participantes		Equipes de saúde bucal participantes	
	Nº	%*	Nº	%*
1º Ciclo	44	69,84	-	-
2º Ciclo	75	100,00	49	100,00

*O percentual aqui explicitado é referente ao número de equipes implantadas no município no mês de referência da adesão.

No 1º ciclo do PMAQ as equipes de saúde bucal aderiram juntamente com as equipes de atenção básica. Apenas no 2º ciclo a adesão foi realizada separadamente.

DESEMPENHO DAS EQUIPES NO PMAQ

A certificação das equipes participantes do PMAQ foi estruturada em três eixos de avaliação: i) autoavaliação; ii) monitoramento dos indicadores; e iii) avaliação externa. Em MONTES CLAROS-MG a maior parte das equipes receberam conceito MUITO ACIMA DA MÉDIA no 2º ciclo. O quadro abaixo compara os resultados das equipes nos ciclos 1 e 2.

DESEMPENHO	Equipes de AB				Equipes de SB			
	Ciclo 1º		Ciclo 2º		Ciclo 1º		Ciclo 2º	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muito acima da média	2	4,55	36	48,00	-	21	42,86	
Acima da média	23	52,27	30	40,00	-	20	40,82	
Mediano ou abaixo da média	18	40,91	9	12,00	-	7	14,29	
<u>Insatisfatória</u>	0	0	0	0	-	0	0	
<u>Desclassificada</u>	1	2,27	0	0	-	1	2,04	
Total	44	100	75	100	-	49	100	

(-) Sem Equipes Certificadas

No 1º ciclo o desempenho no processo autoavaliativo das equipes de saúde bucal foi igual ao da equipe de atenção básica. No 2º ciclo o desempenho nesse componente da Certificação foi calculado considerando cada equipe separadamente (saúde bucal e atenção básica).

Monitoramento dos Indicadores

Avaliação dos indicadores de desempenho para as equipes de Atenção Básica:

Os resultados do município apresentados no quadro abaixo refletem a média de desempenho das equipes participantes do programa no 2º ciclo.

Para efeito de comparações o quadro também mostra a média de desempenho de todas as equipes do estrato a que o município pertence, a média de desempenho de todas as equipes do estado e a média de desempenho de todas as equipes do Brasil aderidas ao PMAQ.

No 1º ciclo, estas informações foram extraídas da base de dados do SIAB, sendo avaliadas as competências março, abril e maio de 2012. Já no 2º ciclo, os indicadores puderam ser extraídos tanto da base de dados do SIAB quanto do SISAB/e-SUS AB, dependendo de qual sistema de informação as equipes utilizaram no período avaliado. As competências avaliadas no 2º ciclo foram julho, agosto e setembro de 2013.

Para a certificação do PMAQ foram utilizadas apenas 3 competências para fim de análise dos indicadores, porém vale ressaltar que para um monitoramento efetivo dos indicadores de saúde é necessário que a gestão municipal junto com os seus trabalhadores da atenção básica, avaliem os indicadores de saúde ao longo do tempo.

É importante que a gestão municipal aposte no novo sistema de informação SISAB (e-SUS AB). O uso do e-SUS AB possibilita a composição de indicadores com maior qualidade e mais próximos ao que é produzido cotidianamente pelas equipes de saúde. Isso se deve pelo fato do e-SUS AB individualizar o registro, ser utilizado por todos os membros das equipes de atenção básica e possibilitar a obtenção dos dados produzidos através da geração de relatórios gerenciais e operacionais, configurando-se como uma potente ferramenta de reflexão e transformação do processo de trabalho.

Quadro comparativo das médias do estrato, do município, do estado e do Brasil no 2º Ciclo

Indicadores: Saúde da Mulher	Resultado 2º ciclo			
	Município	Estrato	Estado	Brasil
<u>Proporção de gestantes cadastradas (sobre as estimadas)</u>	48,55	51,02	57,16	52,25
<u>Número médio de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada</u>	8,18	6,98	6,20	7,14
<u>Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre</u>	86,32	83,18	86,52	83,73
<u>Proporção de gestantes com o pré-natal em dia</u>	92,01	90,26	93,22	92,00
<u>Proporção de gestantes com vacina em dia</u>	92,95	92,00	94,37	93,67
<u>Proporção de mulheres com exame citopatológico do colo do útero realizado na faixa etária de 15 anos ou mais</u>	0,16	0,05	0,05	0,06

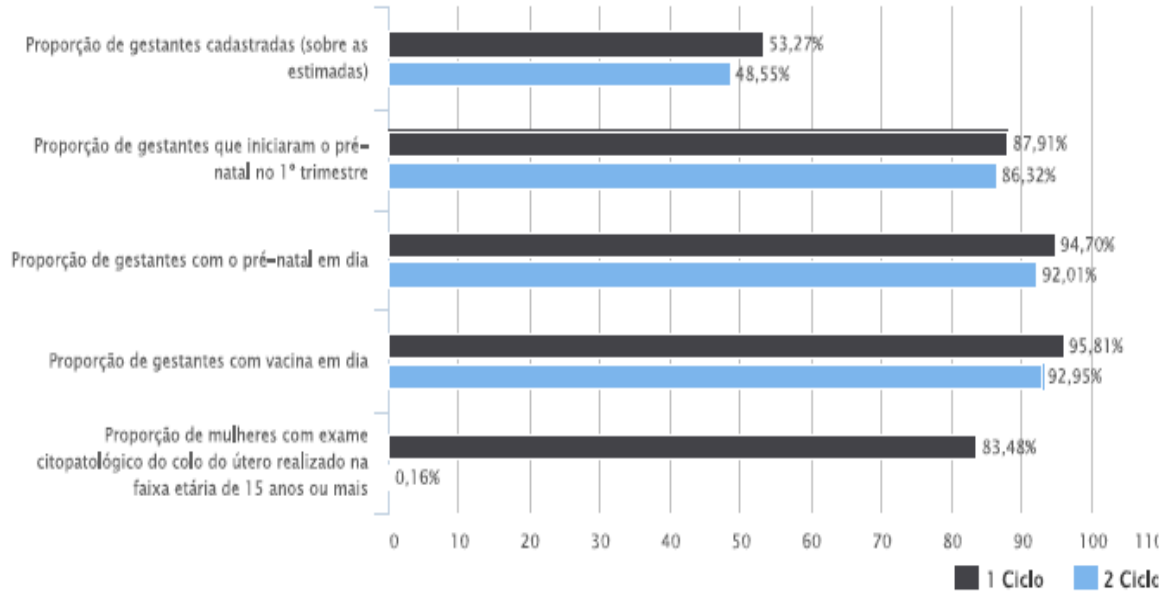
Para as equipes que estão no PMAQ desde o 1º ciclo, o gráfico apresenta os resultados médios das equipes obtidos no 1º e 2º ciclo.

Para as equipes que estão no PMAQ desde o 1º ciclo, o gráfico apresenta os resultados médios das equipes obtidos no 1º e 2º ciclo.

Gráfico referente aos indicadores do 1º e 2º Ciclo



Fonte: DAB/SAS/MS



Saúde da Criança:

Além da análise dos indicadores relacionados à saúde da Criança, é importante que o gestor municipal avalie conjuntamente a subdimensão de Saúde da Mulher e da Criança (Avaliação Externa) como também a subdimensão Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde (Avaliação Externa), pois os equipamentos e materiais disponibilizados pela gestão municipal e o processo de trabalho da equipe que vislumbre ações para a saúde da criança, são componentes importantes para a qualidade da atenção prestada a este grupo.

Quadro comparativo das médias do estrato, do município, do estado e do Brasil no 2º Ciclo

Indicadores: Saúde da Criança	Resultado 2º ciclo			
	Município	Estrato	Estado	Brasil
<u>Média de consultas de puericultura por criança cadastrada</u>	6,20	4,86	4,65	5,24
<u>Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo</u>	82,11	74,50	76,79	73,76
<u>Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia</u>	92,14	94,51	95,79	95,42
<u>Proporção de crianças menores de dois anos pesadas</u>	67,92	83,38	86,07	87,24
<u>Média de consultas médicas para menores de um ano</u>	2,89	3,55	4,10	3,75
<u>Média de consultas médicas para menores de cinco anos</u>	1,93	2,04	2,14	2,23

Para as equipes que estão no PMAQ desde o 1º ciclo, o gráfico apresenta os resultados médios das equipes obtidos no 1º e 2º ciclo.

PMAQ - RELATÓRIOS

Gráfico referente aos indicadores do 1º e 2º Ciclo



Fonte: DAB/SAS/MS

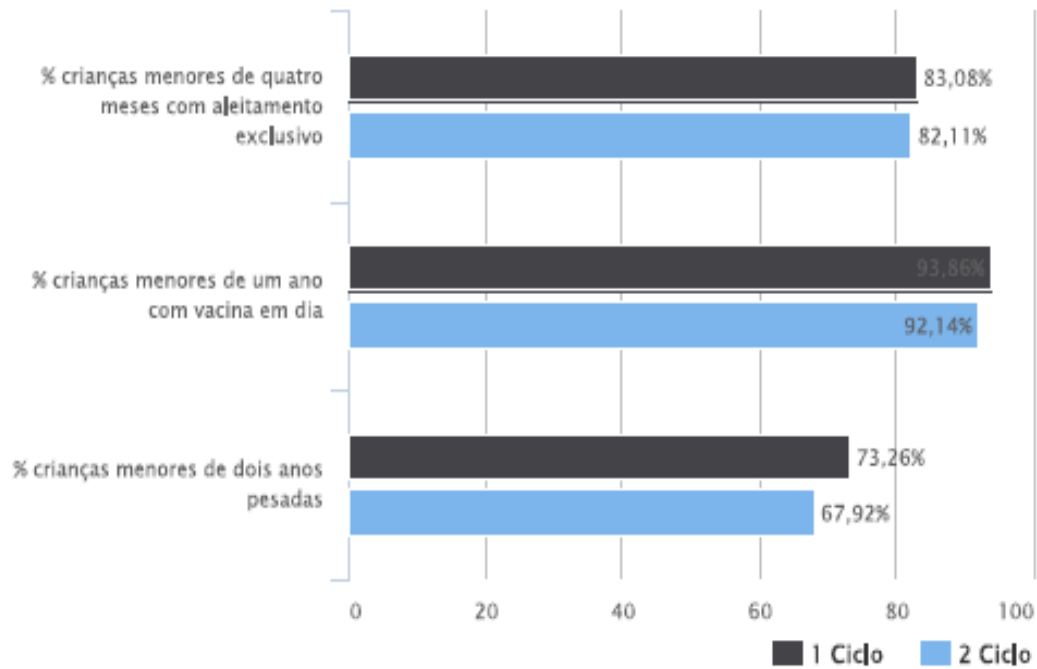


Gráfico referente aos indicadores do 1º e 2º Ciclo



Doenças Crônicas:

Além da análise dos indicadores relacionados a Doenças Crônicas, é importante que o gestor municipal avalie conjuntamente outras subdimensões – da Avaliação Externa – que contemplem ações voltadas para Doenças Crônicas (Organização da agenda da equipe de atenção básica, Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade) como também a subdimensão Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na Unidade de Saúde, pois os equipamentos e materiais disponibilizados pela gestão municipal e o processo de trabalho que contemple ações voltadas para doenças crônicas, são componentes importantes para a qualidade da atenção prestada a esta linha de cuidado.

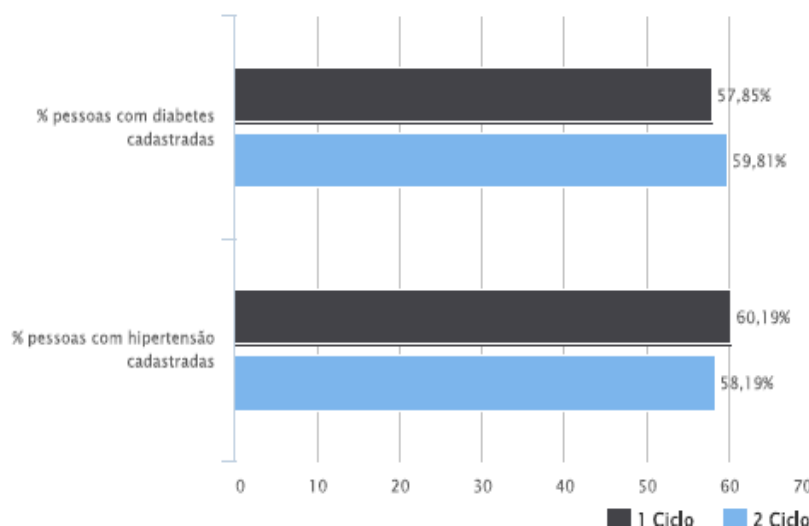
Quadro comparativo das médias do estrato, do município, do estado e do Brasil no 2º Ciclo

Indicadores: Doenças Crônicas	Resultado 2º ciclo			
	Município	Estrato	Estado	Brasil
<u>Proporção de pessoas com diabetes cadastradas</u>	59,81	71,90	76,46	73,68
<u>Proporção de pessoas com hipertensão cadastradas</u>	58,19	69,29	77,97	74,00
<u>Média de atendimentos por diabético</u>	4,29	5,24	4,59	5,33
<u>Média de atendimentos por hipertenso</u>	3,19	3,75	3,29	3,93

Para as equipes que estão no PMAQ desde o 1º ciclo, o gráfico apresenta os resultados médios das equipes obtidos no 1º e 2º ciclo.

Gráfico referente aos indicadores do 1º e 2º Ciclo

Fonte: DAB/SAS/MS



Produção Geral:

Além da análise dos indicadores relacionados à Produção Geral, é importante que o gestor municipal avalie conjuntamente outras subdimensões – da Avaliação Externa – que contemplem ações relacionadas à produção geral da equipe (Organização da agenda da equipe de atenção básica, Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade, Acolhimento à Demanda Espontânea, População de referência da equipe de atenção básica). As ações relacionadas à produção geral também são importantes para a qualidade da atenção prestada a população de referência da equipe.

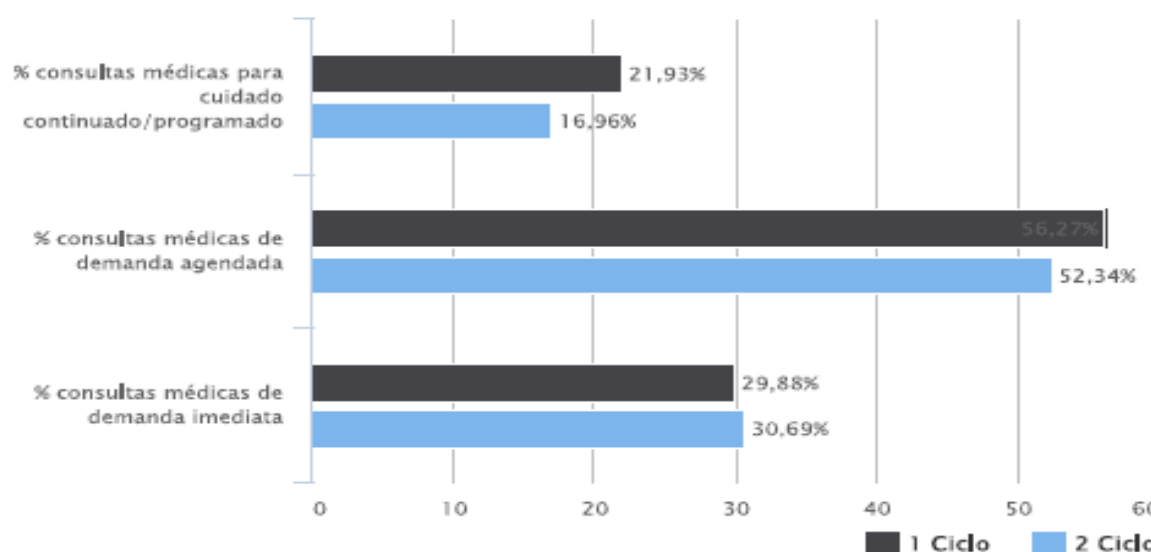
Quadro comparativo das médias do estrato, do município, do estado e do Brasil no 2º Ciclo

Indicadores: Produção Geral	Resultado 2º ciclo			
	Município	Estrato	Estado	Brasil
<u>Média de consultas médicas por habitante</u>	1,24	1,27	1,50	1,44
<u>% consultas médicas para cuidado continuado/programado</u>	16,96	21,51	18,70	21,46
<u>% consultas médicas de demanda agendada</u>	52,34	55,75	50,76	50,19
<u>% consultas médicas de demanda imediata</u>	30,69	22,74	30,54	28,35

Para as equipes que estão no PMAQ desde o 1º ciclo, o gráfico apresenta os resultados médios das equipes obtidos no 1º e 2º ciclo.

Gráfico referente aos indicadores do 1º e 2º Ciclo

Fonte: DAB/SAS/MS





Dimensão III - Valorização do trabalhador

Esta dimensão considerou algumas questões fundamentais de atuação da gestão da atenção básica para qualificação das equipes e do vínculo de trabalho. Nesta dimensão a atuação da gestão municipal tem maior relevância. O percentual dessa dimensão dentro da avaliação externa no 2º ciclo foi de 15%.

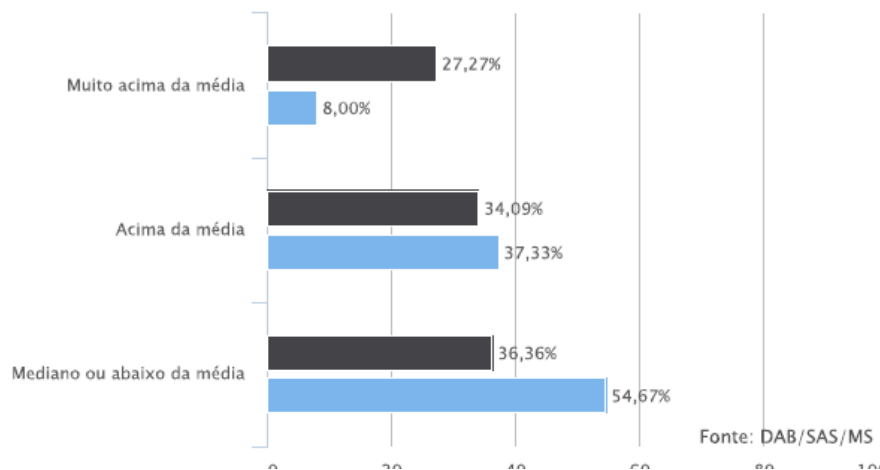
Subdimensão: Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica

Esta subdimensão tem o percentual de 2,7% dentro da avaliação externa

8/2017

PMAQ - RELATÓRIOS

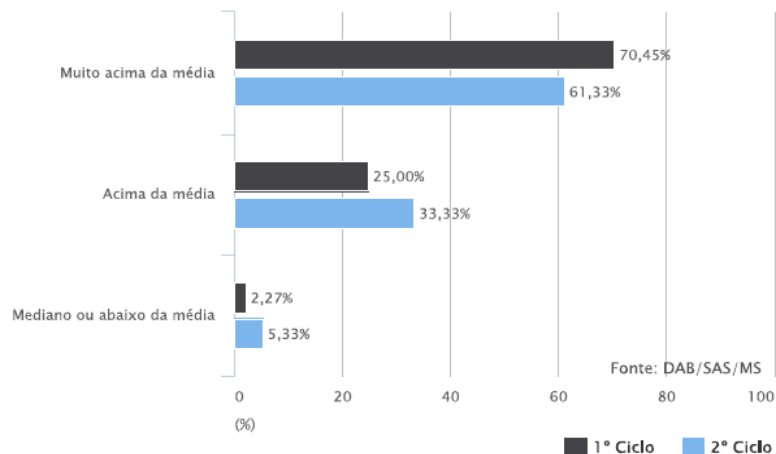
Comparativo entre os dois ciclos para o Município



Subdimensão: Educação Permanente

Esta subdimensão tem o percentual de 4,1% dentro da avaliação externa

Comparativo entre os dois ciclos para o Município





Dimensão IV - Acesso e qualidade da atenção que considera aspectos da organização do processo de trabalho

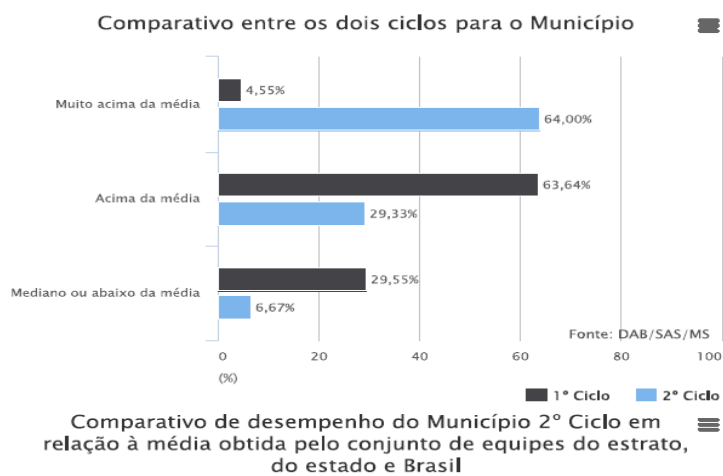
Esta dimensão considerou o processo de trabalho das equipes participantes do PMAQ e evidenciado através da análise das informações fornecidas por um profissional de nível superior das equipes de atenção básica na avaliação externa. Complementarmente a essas informações, utilizou-se as informações inseridas pelos gestores municipais no módulo eletrônico. Foram considerados os aspectos de organização do processo de trabalho (Atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde e Coordenação e Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde - RAS). Nesta dimensão a atuação das equipes de AB tem maior relevância. O percentual dessa dimensão dentro da avaliação externa no 2º ciclo foi de 50%.

Subdimensão: População de Referência da Equipe de Atenção Básica

Esta subdimensão tem o percentual de 2,7% dentro da avaliação externa.

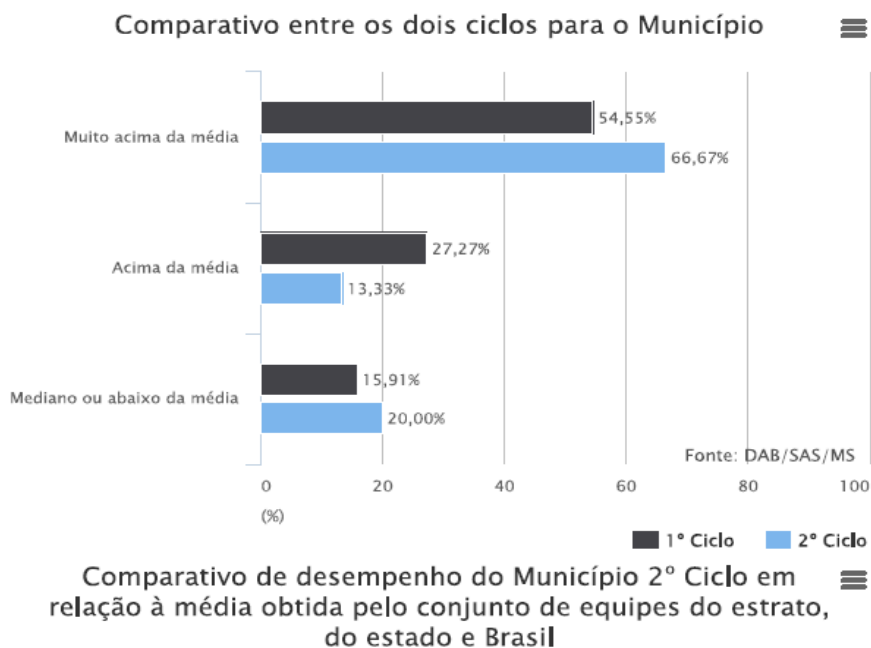
Subdimensão: Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica

Esta subdimensão tem o percentual de 2,7% dentro da avaliação externa.



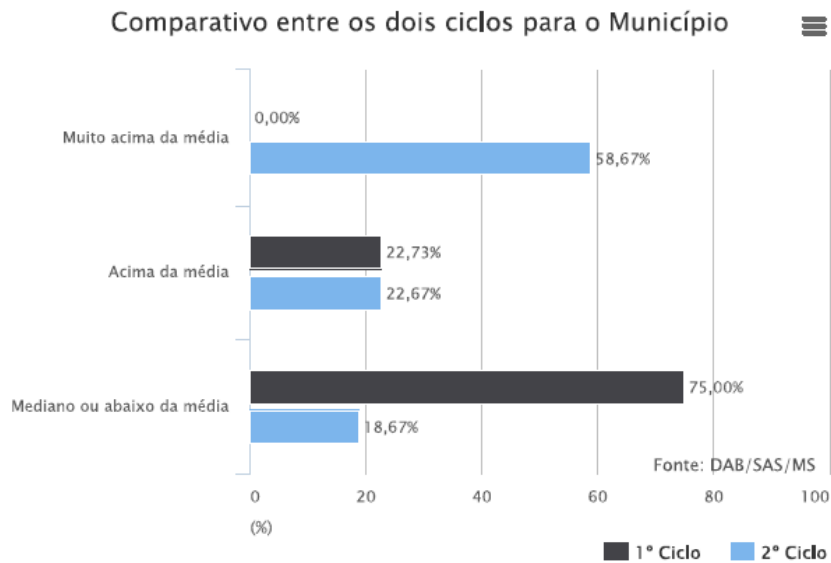
17

PMAQ - RELATÓRIOS



Subdimensão: Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica

Esta subdimensão tem o percentual de 2,7% dentro da avaliação externa.



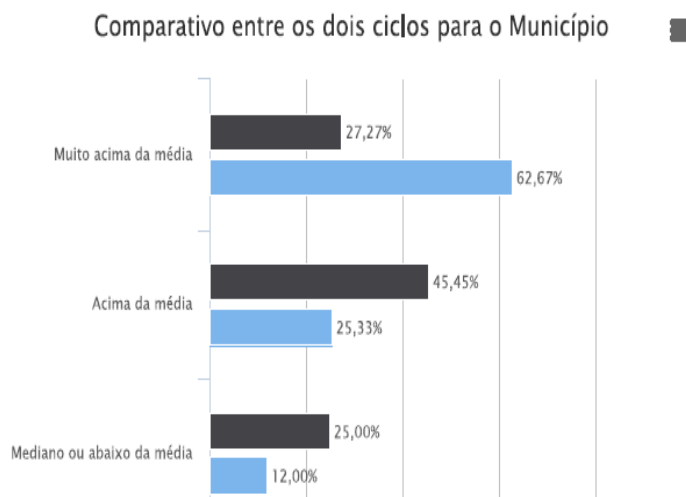
Subdimensão: Organização dos Prontuários na Unidade Básica de Saúde

Esta subdimensão tem o percentual de 2,7% dentro da avaliação externa.

[://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorioAB](http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pmaq_relatorio/relatorioAB)

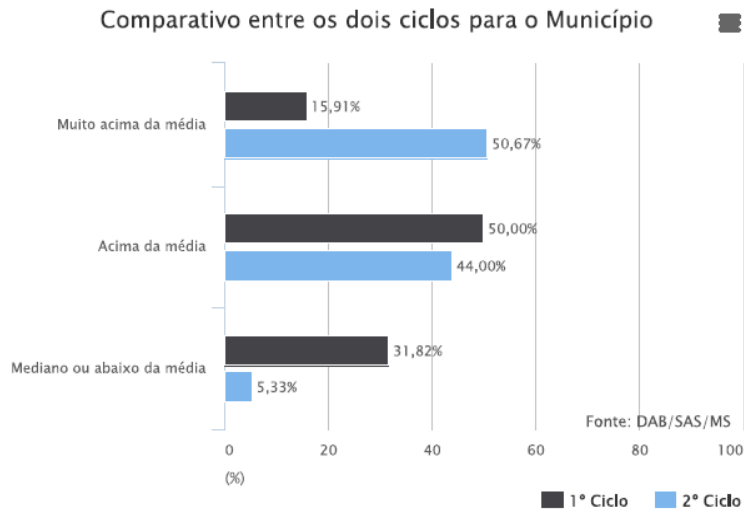
08/2017

PMAQ - RELATÓRIOS



Subdimensão: Acolhimento a Demanda Espontânea

Esta subdimensão tem o percentual de 5,5% dentro da avaliação externa.



Subdimensão: Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade

Esta subdimensão tem o percentual de 4,1% dentro da avaliação externa.

