

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA DEMANDA REPRIMIDA DA
ESPECIALIDADE DE ENDOCRINOLOGIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE -
MS**

PEREIRA, Beatriz da Silva¹

SILVA, Bruno Luiz Nunes da¹

AQUINO, Mirna Isabel Cano¹

MENEZES, Silvio Roberto da Silva²

RESUMO

Introdução: A reforma da Atenção Primária à Saúde (APS) gerou diversas necessidades de melhoria da Rede de atenção à saúde (RAS), principalmente no que se refere à qualificação profissional de médicos para atuar neste nível. Nesse cenário, foi estruturado o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC). **Objetivo:** Avaliar o impacto na demanda reprimida da especialidade de endocrinologia como possível fruto benéfico da implantação do PRM-MFC na cidade de Campo Grande - MS no ano de 2022. **Métodos:** Foram coletados o montante de fichas de encaminhamento para Endocrinologia no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o número absoluto de atendimentos médicos realizados pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município. Com base nestes, realizou-se análise estatística do índice de encaminhamentos em USF com e sem o PRM-MFC. **Resultados:** Demonstrou-se que, estatisticamente, as unidades com o programa apresentaram uma melhor resolatividade dos casos em comparação às sem o programa. **Conclusão:** A implantação do PRM-MFC no município diminuiu o número de encaminhamentos para a especialidade em questão, o que refletiu um impacto positivo na demanda reprimida. Ademais, é importante que se avalie a existência do mesmo desfecho em outras especialidades, visto a ampla gama de atuação do médico de família e comunidade.

Palavras-chave: atenção primária; demanda reprimida; endocrinologia; residência médica; medicina de família e comunidade.

ABSTRACT

Introduction: The reform in Primary Health Care (PHC) generated a range of needs to improve the Health Care Network (HCN), especially regarding professional qualification of doctors to work at this level. In this scenario, the Family and Community Medicine Residency Program (FCM-RP) was structured. **Objective:** To evaluate the impact on the repressed demand for the specialty of endocrinology as a possible beneficial result of the implementation of the FCM-RP in the city of Campo Grande - MS in the year 2022. **Methods:** The number of referral forms for Endocrinology in the National Regulation System (SISREG) and the absolute number of medical appointments made by the municipality's Family Health Units (FHUs) were collected. On this basis, a statistical analysis of the referral rate in FHUs with and without the FCM-RP was conducted. **Results:** It was demonstrated that, statistically, the units with the program presented a better resolativity of cases compared to those without the program. **Conclusion:** The implementation of the FCM-MR in the municipality reduced the number of referrals to the specialty in question, which had a positive impact on repressed demand. Furthermore, it is important to evaluate the existence of the same outcome in other specialties, given the wide range of activities of family and community doctors.

Keywords: primary care; demand; medical residency; family and community medicine.

¹Médico (a) residente em Medicina de Família e Comunidade pela SESAUFiocruz-MS.

²Médico de família e comunidade - preceptor do programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pela SESAUFiocruz-MS.

1 INTRODUÇÃO

Mendes (2010) definiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como um conjunto de organizações que oferecem uma gama de atividades e serviços, variando em densidade tecnológica, com o objetivo de fornecer tratamento completo. Para tal, essa organização se envolveu em interações facilitadas por sistemas de apoio tecnológico, logístico e gerencial.

Assim, como sugerido pela Organização Pan-Americana de Saúde (2011), a operacionalização da RAS foi facilitada pela interação de três componentes primários: uma população e área de saúde bem delineadas, uma estrutura operacional bem definida e um sistema operacional lógico.

Ainda mais, as RAS foram estruturadas por meio da integração de diversas unidades de saúde, trabalhando em conjunto para fornecer suporte ininterrupto e abrangente a uma população específica. Este suporte se deu por meio da implementação de modelos de cuidados integrados, muitas vezes referidos como RAS, cuja importância, proposta por *Baxter et al.* (2018), se provou frente ao seu potencial para aumentar a felicidade do paciente, melhorar a qualidade percebida do tratamento e facilitar avanços na acessibilidade aos serviços de saúde.

Em adição, um dos constituintes dessa estrutura foram os locais de Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB), serviu como primeira porta de entrada para quem busca o ingresso no Sistema Único de Saúde (SUS) e atuou tanto a nível individual como coletivo, prestando serviços essenciais de saúde. Nesse sentido, o princípio central desta abordagem foi o avanço e a salvaguarda do bem-estar através da prevenção, identificação, abordagem e facilitação da recuperação de doenças. Portanto, como evidenciado por Brasil (2017), a AB funcionava levando em consideração a especificidade e o contexto sociocultural do indivíduo, com o objetivo de prestar cuidados de saúde completos.

Em contraste, os cuidados secundários abrangiam uma gama de serviços de saúde especializados prestados em ambiente ambulatorial e hospitalar. Por isso, este caracterizou-se por um nível intermediário de recursos tecnológicos, posicionado entre a atenção primária e a atenção terciária. De acordo com *Erdmann et al.* (2013), os serviços de atenção secundária incluíam serviços médicos especializados, assistência diagnóstica e terapêutica, bem como atendimento de urgência e emergência.

Sobretudo nos cuidados de saúde primários, a procura por serviços de saúde foi influenciada pelas necessidades de saúde das pessoas, quer a nível individual, quer comunitário. Por conseguinte, os fatores supracitados manifestaram-se como exigências assistenciais no funcionamento regular dos serviços do SUS, visto que a procura por cuidados de saúde foi definida pela inclinação do indivíduo em procurar serviços de saúde com o objetivo de aceder e satisfazer as suas necessidades específicas. No entanto, existiram circunstâncias em que a procura não se alinhava com as necessidades e, de acordo com Souza e Botazzo (2013), esta discrepância pode ter surgido da compreensão limitada da população sobre as suas reais necessidades ou da escassez de informação sobre os desafios que enfrenta. Soma-se também, como possíveis contribuintes para essa disparidade, a incapacidade de pagar por serviços de saúde privados e a indisponibilidade no SUS dos serviços desejados.

Ademais, Brasil (2013) destaca que a demanda por serviços de saúde poderia ser classificada em três categorias: demanda espontânea, demanda projetada e demanda reprimida. Ou seja, como elucidado por Brasil (2013), o termo “demanda espontânea” (DE) referia-se aos casos em que uma pessoa procura atendimento em uma unidade de saúde sem agendamento prévio, muitas vezes por problemas agudos ou necessidades de saúde percebidas pelo usuário.

Por sua vez, Almeida, Fausto, Giovanella (2011) e Brasil (2013) definem a demanda programada (DP) como o tipo em que os indivíduos realizavam consultas previamente agendadas ou esperadas nos serviços de saúde. Por fim, *Dantas et al.* (2015), definiu o conceito de demanda reprimida (DR) àqueles que não receberam ajuda em determinado cenário e, como resultado disso, contribuíram para o aumento da judicialização da saúde.

Além de o fenômeno da DR ter surgido frente ao acúmulo de encaminhamentos de pacientes, somou-se à capacidade reduzida disponível para acolher estes indivíduos em ambientes de cuidados de saúde especializados. Neste contexto, a análise e a vigilância das necessidades reprimidas, assim como discutido por *Chavez et al.* (2020), revelaram-se vitais para a manutenção dos padrões de qualidade dos serviços, essenciais para salvaguardar o bem-estar dos indivíduos, promover a inclusão e demonstrar respeito.

Frente a isso, o governo assumiu o papel de agência reguladora com equidade e abrangência, garantindo a proteção e representação da sua população.

De modo que, para resolver esta questão, foi imperativo que todas as partes interessadas, incluindo utilizadores, líderes, meios de comunicação, serviços e gestão, realizassem uma exploração abrangente deste fenômeno, em consonância com Sa (2012). Em virtude disso, a presença de necessidades suprimidas num sistema de saúde representava uma barreira significativa para garantir a acessibilidade.

Dentro desse contexto, as Doenças Cardiovasculares (DCV) foram, entre as DCNT, de acordo com Siqueira (2017), as mais prevalentes e com os maiores coeficientes de morbimortalidade, especialmente quando associadas ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Ademais, segundo a Federação Internacional de Diabetes (2017), o Brasil esteve na quarta posição mundial em relação ao número de pessoas com DM2 entre os 20 anos e 79 anos, com o acometimento de cerca de 12,5 milhões de pessoas, sendo 5,7 milhões sem diagnóstico.

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão: houve impacto na demanda reprimida da especialidade de endocrinologia decorrente da atuação do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRM-MFC)?

No intuito de responder o questionamento acima, este trabalho teve por objetivo investigar a dinâmica de encaminhamentos para a especialidade de endocrinologia no município de Campo Grande - MS no ano de 2022 e apontar quais patologias mais os motivaram, além do possível impacto na demanda reprimida desta especialidade com a presença de Unidades de Saúde da Família (USF) com PRM-MFC nesta cidade.

Para isso, buscou-se responder os seguintes objetivos específicos: destacar quais foram doenças que mais motivaram encaminhamentos para Endocrinologia; observar se as USF em que havia PRM-MFC apresentavam um perfil de resolutividade maior nesta área com base na proporcionalidade dos encaminhamentos em comparação com as USF que não o tinham; estimar com base na resolutividade aferida nas unidades com PRM-MFC, considerando a patologia que mais gerou encaminhamento, o impacto estimado na demanda reprimida em endocrinologia

Por fim, o presente trabalho foi estruturado da seguinte forma: o primeiro tópico apresentou a introdução juntamente com a justificativa para o tema e os objetivos, geral e específicos, traçados; o segundo tópico abordou a metodologia utilizada na pesquisa; no terceiro foram apresentados os resultados, seguidos pela

discussão com base em publicações recentes e, em conclusão, discorreu-se as considerações finais sobre o tema em pauta.

2 MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa quantitativa partiu de dados secundários, sendo que a coleta se deu através da análise quantitativa das fichas de encaminhamento executadas e autorizadas no Sistema Nacional de Regulação - SISREG, plataforma, esta, utilizada pelas equipes da atenção primária à saúde para referenciar pacientes para os serviços de endocrinologia no município de Campo Grande – MS, além do número absoluto de atendimento médicos realizados por esses serviços, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado sob o parecer número 6.511.491, CAEE 75540023.6.0000.0021.

A população alvo da pesquisa foi composta por pacientes de ambos os sexos, entre 18 e 60 anos. Tais fichas foram avaliadas em relação à sua origem e ao CID das patologias que justificaram o encaminhamento. Assim, com base na origem, foram separados em dois grupos, sendo: USF com PRM-MFC e USF sem PRM-MFC. Em ambos os grupos, foram analisados quantitativamente o montante de encaminhamentos para a especialidade citada no ano em análise, frente ao número de atendimentos médicos realizados, buscando visualizar o impacto do PRM-MFC na resolutividade das demandas endocrinológicas da APS da capital.

Do número total de fichas com origem em Campo Grande, foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: fichas com origem em serviços de saúde secundários e terciários, fichas com origem em USF que foram desvinculadas do PRM-MFC no decorrer do ano, fichas com origem em USF que receberam o PRM-MFC no decorrer do ano, fichas que não foram aprovadas pelos critérios do SISREG, patologias elencadas nos CID's E350 e K91, o primeiro por não identificar a glândula acometida e o segundo devido tratar-se de transtorno pós-procedimento não especificado.

Os dados coletados foram organizados e compilados através de planilha do programa Google Sheets. Neles, foi aplicado o teste Qui Quadrado para avaliar a associação entre tipo de encaminhamento e unidades com e sem o programa de

residência. Posteriormente, a proporção de resolutividade de unidade com e sem o programa foi comparada através do teste de proporção e as análises foram executadas no programa IBM SPSS versão 25 com nível de significância de 5%.

Para avaliar o impacto estimado na DR, considerando somente a maior geradora de fichas, foi feita uma simulação como se o nível de resolutividade de tal patologia nos locais com o programa fosse aplicado aos locais sem programa. Dessa forma, a taxa foi aplicada no total de encaminhamentos dos lugares sem o programa, gerando um valor corrigido de encaminhamentos. Esse novo valor (estimado) foi subtraído do valor total obtido e essa diferença foi confrontada com o total absoluto de encaminhamentos para endocrinologia pela APS do município em questão.

3 RESULTADOS

Com o objetivo de elencar os motivos que mais geraram encaminhamento para a atenção especializada e se houve diferença nas demandas de unidades com e sem o programa, foi realizado o teste Qui Quadrado. Avaliou-se, portanto, para cada CID, os números absolutos e se existiu diferença estatística no percentual de atendimentos.

Tabela 1 – Comparação proporcional dos encaminhamentos para endocrinologia na cidade de Campo Grande - MS no ano de 2022, divididos por patologias e origem em USF com e sem PRM-MFC.

	Sem PRM-MFC	Com PRM-MFC	valor p
Diabetes	254 (32,7%)	32 (22,2%)	
Tireoidopatia (excluídas neoplasias)	126 (16,2%)	31 (21,5%)	
Obesidade	96 (12,4%)	28 (19,4%)	
Neoplasias	20 (2,6%)	8 (5,6%)	
Eixo hipófise-adrenal	6 (0,8%)	8 (5,6%)	0,000
Sistema reprodutivo	0 (0%)	2 (1,4%)	
Sem especificação de glândulas/patologia	61 (7,9%)	16 (11,1%)	
Demais CID's	213 (27,4%)	19 (13,2%)	
Total	776 100%)	144 (100%)	

USF: Unidade de Saúde da Família; PRM-MFC: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Em número absolutos, ambos os grupos apresentaram, no topo da lista, Diabetes e Tireoidopatias. Todavia, observou-se uma maior proporção de

atendimentos a diabéticos e outros CID's nas unidades sem o programa, ao passo que nas unidades com o programa, houve destaque para obesidade e o eixo hipófise-adrenal. Para os demais encaminhamentos, não houve diferença significativa.

Em seguida, buscou-se observar se as USF em que existia o PRM-MFC mostravam um perfil de resolutividade maior nesta área com base na proporcionalidade dos encaminhamentos em comparação com as USF que não o tinham.

Tabela 2 - Comparação da proporção de encaminhamentos à endocrinologia frente ao total de atendimento médicos realizados pelas USF de Campo Grande - MS no ano de 2022.

	Total de encaminhamentos	Total de atendimentos	Proporção de encaminhamentos	valor p
Sem PRM-MFC	776	585553	0,133%	<0,0001
Com PRM-MFC	144	197528	0,073%	

USF: Unidade de Saúde da Família; PRM-MFC: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Assim, para os locais sem PRM-MFC a proporção de encaminhamentos foi de 0,133% e nos locais com PRM-MFC a proporção foi estatisticamente menor, 0,073% ($p < 0,0001$). Isso indicou que os locais sem o programa tiveram uma taxa de encaminhamento 82% maior que os locais com o programa.

A fim de refinar esse resultado, buscou-se realizar a mesma avaliação considerando somente a patologia que mais gerou encaminhamento e seu impacto na demanda reprimida em endocrinologia.

Tabela 3 - Comparação da proporção de encaminhamentos por Diabetes à endocrinologia frente ao total de atendimento médicos por Diabetes realizados pelas USF de Campo Grande - MS no ano de 2022.

	Total de encaminhamentos	Total de atendimentos	Proporção de encaminhamentos	valor p
Sem PRM-MFC	254	27016	0,94%	<0,0001
Com PRM-MFC	32	10861	0,29%	

USF: Unidade de Saúde da Família; PRM-MFC: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

De tal modo, realizando-se comparação da proporção de encaminhamentos frente ao total de atendimentos em Diabetes, os resultados obtidos indicaram que, para os locais sem o programa, observou-se uma taxa de encaminhamento 224% maior.

Projetando-se a resolutividade das unidades com PRM-MFC no montante de encaminhamentos de Diabetes realizado pela APS do município em 2022, estimou-se que o total destes teria sido de aproximadamente 105 fichas. Portanto, ter-se-ia um total estimado de 739 fichas no ano de 2022, frente às 920 aferidas, diminuindo o montante em 19,6%.

4 DISCUSSÕES

De acordo com as diretrizes traçadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), coube a todos os níveis de governo estabelecer mecanismos técnicos e estratégias organizacionais para aprimorar a competência da força de trabalho na gestão da saúde. Para tal fim, foi necessário promover e facilitar iniciativas de formação, bem como proporcionar oportunidades de educação contínua aos profissionais, com o objetivo final de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos indivíduos. Tal tarefa destinou-se às secretarias municipais de saúde (SMS), visando prestar a assistência diagnóstica e laboratorial essencial à eficiência dos trabalhos realizados. Ou seja, tanto os programas de educação permanente quanto os continuados voltados à qualificação dos profissionais, principalmente no contexto do processo de encaminhamento, foram ações adequadas ao município, bem como a oferta de recursos que facilitaram a melhoria da resolutividade na atenção primária à saúde, como formulado por Brasil (2017).

Em consonância, Starfield (2002) postulou que os médicos de cuidados de saúde primários possuíam uma maior proximidade com o ambiente do paciente em comparação com os especialistas, permitindo-lhes avaliar de forma mais eficaz a influência de vários fatores interligados na doença e nos resultados de saúde. Além disso, esses profissionais eram responsáveis por investigar a essência do problema e iniciar os procedimentos diagnósticos e, muitas vezes, tratá-los. De forma complementar, o atendimento especializado atuaria no processo de diagnóstico diferencial de casos complexos, que envolve fornecer uma explicação detalhada da fisiopatologia e implementar terapias direcionadas para abordar esse processo específico.

Nesse cenário, a APS serviu como agente que molda e rege as operações dos vários níveis do sistema de saúde, por desempenhar um papel crucial na organização e otimização de recursos primários e especializados, com o objetivo

final de promover, preservar e melhorar a saúde geral. De tal forma, como exposto por Mendes (2012), com recursos suficientes, a APS possuiria capacidade para cumprir eficazmente os seus principais objetivos, incluindo abordar 85% das condições de saúde prevalentes, ressaltando seu papel central na coordenação do fluxo de indivíduos, bens e informações entre os diferentes serviços de saúde, além de garantir a responsabilização da equipe de saúde perante os usuários do sistema de saúde.

Além do fornecimento de protocolos de encaminhamento, é imperativo que a gestão municipal de saúde promova ativamente a APS e forneça recursos para sua atuação. De tal forma, devia ser feita uma gestão de forma coordenada, envolvendo a APS, a central reguladora e a atenção especializada (AE), com o intuito de aprimorar o suporte assistencial, minimizar o tempo de espera e melhorar o acesso de pacientes que necessitam de consultas e procedimentos especializados. Esta abordagem integrada, indubitavelmente, facilitaria a prestação de cuidados de alta qualidade em ambientes de APS, ao mesmo tempo que reduziria a necessidade de deslocamentos desnecessários e custos associados, como exposto por Marcolino *et al.* (2014) e Schmitz (2015).

Por consequência desse arranjo, o regulador ganhou um papel crucial na facilitação e estabelecimento dos fluxos de pacientes da APS e outras estruturas de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isto foi particularmente importante na abordagem de questões de cuidados, em termos de acesso a serviços especializados e, para superar esse desafio estrutural, Brasil (2016) estabeleceu mecanismos que potencializam a APS, atuam regulando o acesso dos usuários e organizam o atendimento emergencial.

Antes de tudo, uma RAS desorganizada resulta em má assistência, gerando frustração dos usuários, atrasos no tratamento e má alocação de recursos. Assim, o papel do regulador necessitaria de uma combinação de conhecimentos técnicos e perspicácia de gestão, a fim de avaliar e facilitar eficazmente ofertas de cuidados de saúde ideais com base nos requisitos prevalentes. Ou seja, em paralelo a Santos *et al.* (2015), foi de extrema importância que esse profissional destaca-se as deficiências do RAS para a gestão, pois isso auxiliará na destinação estratégica dos gastos nos diferentes domínios.

Em se tratando do escopo da endocrinologia na APS, o SUS facilitou a prestação de serviços de saúde avaliando determinados critérios para definir o

encaminhamento adequado de pacientes com problemas clínicos diversos aos vários níveis de atenção e isso, conforme Francisco (2013), permitiu uma estruturação para coordenar os fluxos de pacientes em toda a rede hospitalar.

Por exemplo, pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que é, conforme Brasil (2018), condição sensível à APS, configuravam a principal causa de encaminhamentos para cuidados especializados e, tal patologia, possui critérios pontuais para estarem na AE, que de acordo com Telesaúde-RS (2015) eram: pacientes que utilizavam insulina em dosagem superior a uma unidade por quilograma de peso corporal ou aqueles com doença renal crônica, especificamente com Taxa de Filtração Glomerular (TFG) inferior a 30 ml/min/1,73m². Ainda, mesmo frente a tais parâmetros, as informações pertinentes a serem incluídas no encaminhamento abrangiam os resultados dos exames de hemoglobina glicada e creatinina sérica, ambos acompanhados das respectivas datas e também ser especificado se estava sendo utilizada insulina, bem como quaisquer outros medicamentos administrados, incluindo suas respectivas dosagens.

Nesse cenário, para enfrentar os desafios associados às falhas na APS, muitos planos foram implementados no Brasil, com participação do Governo Federal, estados e municípios. Essas propostas visavam uma reformulação para implementar a criação de 40 mil equipes de Saúde da Família multidisciplinares, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), que colaborariam de forma a prestar atendimento integral às pessoas e à comunidade dentro de uma região designada, muitas vezes chamada de território. Nesta modalidade, o profissional de saúde assumiu um papel significativo como um ativo vital, dado que a sua educação e formação, viriam a exercer uma influência substancial na sua capacidade e esforço para prover Cuidados de Saúde Primários (CSP) adequados. Em contrapartida, conforme Campos (2005) e Mello *et al* (2019), a inadequação ou insuficiência da sua formação poderia impedir a sua capacidade de desempenhar tais tarefas com proficiência e eficácia.

Em face desta situação, o desenvolvimento de sistemas de saúde foi considerado por Anderson *et al* (2005) uma especialização estratégica, o que possibilitou o incentivo à criação de vários programas de residência médica na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC), visto que, esta, atuaria alcançar a integralidade ao dar ênfase à APS, o que a tornou elemento fundamental do SUS.

Outrossim, o médico de família e comunidade zelaria pela saúde dos indivíduos de forma longitudinal, integral e coordenada no âmbito dos cuidados primários, levando em conta o seu ambiente familiar e comunitário, o que o colocou como elemento central no primeiro contato do paciente dentro do sistema de saúde. Não obstante, Anderson *et al* (2007) ressaltou que o foco principal do MFC estava no indivíduo e na relação médico-paciente.

Em adição, segundo o pesquisador canadense McWhinney, amplamente considerado um dos maiores especialistas na área de MFC de acordo com SBMFC (2004), existiam quatro talentos distintos que eram exclusivos desta especialização específica, tais competências incluem: a capacidade de abordar com eficácia problemas não diferenciados; possuir competências preventivas e terapêuticas para abordar problemas de saúde comuns, além de demonstrar aptidão na gestão de recursos).

Como consequência disso, Rodrigues *et al* (2005) esperava reforçar as competências dos médicos que atuam na APS, provendo sua educação e especialização em MFC, bem como a disponibilidade destes profissionais especializados nos cuidados de saúde primários. Exemplificando, Leite *et al.* (2021) examinou o papel das Clínicas Familiares de Cuidados de Saúde Primários como ferramenta de modernização dos serviços de saúde e constatou que os PRM-MFCs têm potencial para transformar a prestação de serviços clínicos pelos profissionais de saúde, bem como melhorar a eficácia das intervenções na comunidade, o que foi crucial no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

5 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo e, em consonância com as discussões levantadas, foi possível quantificar o impacto estimado da atuação dos PRM-MFC no município de Campo Grande - MS e demonstrar que, no ano de 2022, a maioria dos encaminhamentos à endocrinologia foram por Diabetes e Tireoidopatias. Além disso, para os locais sem PRM-MFC, a quantidade de encaminhamentos foi de 776, e para as unidades com PRM-MFC, 144, o que indicou que os locais sem o programa tiveram uma taxa de encaminhamento 82% maior. Logo, USF com o programa apresentaram uma melhor resolutividade e, assim, evitariam encaminhamentos

desnecessários, reduziriam filas e custos, bem como ampliariam o acesso à atenção secundária.

Diante disso, foi notório que o PRM-MFC proporcionou uma qualificação dos médicos da APS, mesmo frente ao desafio de implantar uma residência em meio a uma intensa reestruturação da Atenção Primária à Saúde, o que requereu um planejamento adequado à realidade existente. Isso demonstra-se ao observarmos somente encaminhamentos por Diabetes, uma condição sensível à APS, cuja resolutividade dos locais com PRM-MFC foi substancialmente maior, se esta fosse aplicada a todo o montante do ano avaliado, haveria uma redução de 19,6% no total de encaminhamentos, o que revelou um impacto positivo na demanda reprimida.

Portanto, ao considerar que a gestão em saúde deve ser sempre crescente, seria necessário refletir acerca dos resultados alcançados, bem como em seus impactos a fim de alcançar os objetivos propostos, pois, assim, foi possível atingir melhores resultados no acolhimento à população, proporcionar atendimento de qualidade e aumentar eficiência na condução dos casos, com consequente diminuição na demanda reprimida.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L. Strengthening primary health care: a strategy to maximize coordination of care. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

ANDERSON, Maria Inez Padula; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; RODRIGUES, Ricardo Donato. A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e o Ensino de Graduação: recomendações e potencialidades. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 11, p. 157–172, 2007.

ANDERSON, Maria Inez Padula; GUSSO, Gustavo; FILHO, Eno Dias de Castro. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Rev. aten. primária saúde**, v. 8, n. 1, p. 61–67, 2005.

BAXTER, Susan; JOHNSON, Maxine; CHAMBERS, Duncan; *et al.* The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria número 2.436**. Brasília: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução número 221**. Brasília: Diário Oficial da

União, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução número 507**. Brasília: Diário Oficial da União, 2016.

BRASIL; SAÚDE, Ministério; SAÚDE, Secretaria Atenção à; *et al.* **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. [s.l.]: Brasil, 2013.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 181–190, 2005.

CHÁVEZ, Giannina Marcela; ALMEIDA, Nívea Aparecida; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; *et al.* Theorizing Demand by Family Health Strategy Professionals and Users: Spontaneous, Scheduled, Suppressed. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, 2020.

DANTAS, Anselmo; MAGESTE, Rosane; MATTOS, Victor W.; *et al.* O fenômeno da judicialização da saúde como estratégia de acesso aos serviços de saúde. *In*: **Direito à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2015.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira; *et al.* Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spe, p. 131–139, 2013.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 8. ed. [s.l.]: International Diabetes Federation, 2017.

LEITE, Ana Paula Tussi; CORREIA, Isabel Brandão; CHUEIRI, Patrícia Sampaio; *et al.* Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2119–2130, 2021.

MARCOLINO, Milena Soriano ; ALKMIM, Maria Beatriz ; ASSIS, Tati Guerra Pezzini ; *et al.* Teleconsultorias no apoio à atenção primária à saúde em municípios remotos no estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 5/6, p. 345–352, 2014.

MELLO, Guilherme Arantes; MATTOS, Augustus Tadeu Relo; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves; *et al.* Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 464–471, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

RADOS, Dimitris Rucks Varvaki; HARZHEIM, Erno; BRENNER, Juliana Keller; *et al.* **Protocolo de encaminhamento para endocrinologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS/UFRGS, 2015.

RODRIGUES, Ricardo Donato; CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; ANDERSON, Maria Inez Padula. Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. **Notas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2005.

SÁ, Maria Verônica Herculino Martins. **Plano de Intervenção para Reduzir as Faltas dos Usuários ao Atendimento Especializado**. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

SANTOS, Rebecca Soares de A. F. dos; BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque; CARVALHO, Eduardo Freese de; *et al.* Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde em Debate**, v. 39, p. 268–282, 2015.

SCHMITZ, Carlos André Aita. **Telessaúde como suporte assistencial para a atenção primária à saúde no Brasil**. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp; SIQUEIRA-FILHO, Aristarco Gonçalves; LAND, Marcelo Gerardin Poirot. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 39–46, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **A Medicina de Família e Comunidade: O Que, Como, Quando, Onde, Por que**. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, Carolina Rogel; BOTAZZO, Carlos. Construção social da demanda em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 393–413, 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, Renato (Coord.); SAÚDE, Organização Pan-Americana. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. **NavegadorSUS - Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde**, 2011.