

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MESTRADO PROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

Lucas Néviton Rodrigues de Abreu

**Impacto da formação em Medicina de Família e Comunidade nos
encaminhamentos para a atenção secundária no município de Belo
Horizonte**

Juiz de Fora

2022

Lucas Néviton Rodrigues de Abreu

Impacto da formação em Medicina de Família e Comunidade nos encaminhamentos para a atenção secundária no município de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família – Profsaúde, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Estela Marcia Saraiva Campos

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Abreu, Lucas Néviton Rodrigues de.

Impacto da formação em Medicina de Família e Comunidade nos encaminhamentos para a atenção secundária no município de Belo Horizonte / Lucas Néviton Rodrigues de Abreu. -- 2022.

58 p. : il.

Orientadora: Estela Marcia Saraiva Campos

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Encaminhamento e consulta. 3. Medicina de Família e Comunidade. 4. Avaliação em Saúde. I. Campos, Estela Marcia Saraiva, orient. II. Título.

Lucas Néviton Rodrigues de Abreu

Impacto da formação em Medicina de Família e Comunidade nos encaminhamentos para a atenção secundária no município de Belo Horizonte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família

Aprovada em 4 de novembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dr.ª Estela Márcia Saraiva Campos - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr.ª Helena de Oliveira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 03/11/2022.

Documento assinado eletronicamente por **Estela Marcia Saraiva Campos, Professor(a)**, em 09/11/2022, às 17:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do



[Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Helena de Oliveira, Professor(a)**, em 09/11/2022, às 20:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **CESAR AUGUSTO ORAZEM FAVORETO, Usuário Externo**, em 10/11/2022, às 16:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1024309** e o código CRC **7C62B922**.

Dedico este trabalho ao povo brasileiro, que financia a universidade pública e que permitiu que eu pudesse construir conhecimento através deste mestrado. Dedico também a todos os trabalhadores do SUS, que ajudaram a formar o profissional que sou hoje.

E dedico ainda aos quase 700 mil brasileiros que nos deixaram, vítimas da negligência e do descaso de um governo genocida e cruel.

AGRADECIMENTOS

Ao Bruno por todo o apoio, compreensão e pelos constantes lembretes enquanto eu desenvolvía este trabalho. Tudo terá valido a pena.

Aos colegas do Profsaude da UFJF pelo apoio mútuo nas dificuldades.

Aos professores pelos ensinamentos e, em especial, à minha orientadora, Prof^a. Estela, por toda a paciência, disponibilidade e por ter acreditado em um jovem entusiasmado e cheio de ideias, mas sem direção alguma.

Aos meus colegas de trabalho, minhas gestoras e todos os outros que me ajudaram de alguma forma a conciliar a vida profissional e acadêmica.

El buen médico general/de familia navega alegre y confiado por el Mar de la Incertidumbre, y cuando cree que son necesarias las dotes diagnósticas y terapéuticas de los especialistas, se dirige al puerto adecuado, para desembarcar al paciente en la Tierra de los Síntomas.
(GÉRVAS, FERNÁNDEZ, 2005)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal cenário de atuação dos médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). No Brasil, o modelo de APS adotado, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda permite que médicos sem formação específica em MFC (também chamados de generalistas), ou médicos que se especializaram em outras áreas, atuem nesse nível de atenção. No município de Belo Horizonte, Brasil, a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) convive com um elevado número de encaminhamentos da APS para a atenção secundária. Por isso, configura-se um grande desafio para a atenção primária buscar profissionais que possam evitar encaminhamentos desnecessários. O objetivo desse estudo foi analisar o impacto da formação e titulação em MFC nas proporções de encaminhamentos para a atenção secundária realizadas pelos médicos da APS do município. Foram selecionados 965 médicos que atuam ou atuaram na ESF do município, no período de 2013 a 2020, e esses profissionais foram divididos em dois grupos: médicos com formação ou titulação em MFC e médicos sem essa formação/titulação. Foi feita a análise das proporções de encaminhamentos dos profissionais desses grupos e, então, foi realizada uma avaliação do impacto da formação/titulação em MFC sobre os encaminhamentos para a atenção secundária. Concluiu-se que os médicos com formação ou titulação em MFC encaminham, para as especialidades avaliadas, pacientes em uma proporção menor do que os médicos sem a especialidade, exceto para as especialidades de oftalmologia e pneumologia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, Encaminhamento e Consulta, Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the main scenario in which physicians specializing in Family Medicine (FM) work. In Brazil, the PHC model adopted, the Family Health Strategy (FHS), still allows doctors without specific training in FM (also called generalists), or doctors who specialized in other areas, to work at this level of care. In the city of Belo Horizonte, Brazil, the health care network of the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) coexists with a high number of referrals from PHC to secondary care. Therefore, it is a great challenge for primary care to seek professionals who can avoid unnecessary referrals. The aim of this study was to analyze the impact of FM training and qualifications on the proportions of referrals to secondary care performed by PHC physicians in the selected city. A total of 965 doctors who work or worked in the FHS in the city, from 2013 to 2020, were selected and divided into two groups: doctors with training or degree in FM and doctors without this training/title. An analysis was made of the proportions of referrals by professionals in these groups and an assessment of the impact of training/title in FM on referrals to secondary care was carried out. It was concluded that physicians with training or qualifications in FM refer patients in a smaller proportion than physicians without the specialty, in the evaluated specialties, except for ophthalmology and pulmonology.

Keywords: Primary Health Care, Health Care Quality Assessment; Referral and Consultation; Family Practice

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 – Critérios de inclusão, exclusão e amostra final dos médicos que atuam ou atuaram na APS, Belo Horizonte, 2013-2020.....	27
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	31
Tabela 2 – Distribuição de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por gênero e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	31
Tabela 3 – Distribuição de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por raça/cor e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	32
Tabela 4 – Faixa etária, à época da admissão, dos médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	32
Tabela 5 – Tempo de Permanência dos médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	33
Tabela 6 – Número de consultas médicas realizadas por médicos da Estratégia de Saúde da Família, por ano e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	34
Tabela 7 – Encaminhamentos à atenção secundária realizados por médicos da Estratégia de Saúde da Família, segundo grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	34
Tabela 8 – Proporção de encaminhamentos para a atenção secundária realizados por médicos da Estratégia de Saúde da Família, por especialidade e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária à Saúde
ASTIS	Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde
BH	Belo Horizonte
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CRMMG	Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais
CS	Centro de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIEP	Diretoria Estratégica de Pessoas
eqSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
<i>GP</i>	<i>General Practitioner</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MGC	Medicina Geral e Comunitária
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PET	Programa de Educação no Trabalho
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
Pró-Residência	Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SISREDE	Sistema Gestão em Rede
SISREG	Sistema de Regulação e Marcação de Consultas

SM	Saúde Mental
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO	18
4.1 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A APS.....	18
4.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	21
4.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE	24
4.4 A RELAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE.....	25
5 METODOLOGIA	27
5.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO	27
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
5.4 CÁLCULO DA PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS.....	29
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	30
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
6 RESULTADOS	34
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS	34
6.2 CONSULTAS MÉDICAS, ENCAMINHAMENTOS PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS.....	37
7 DISCUSSÃO	41
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
9 REFERÊNCIAS	45
10 ANEXOS	48

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos níveis da atenção à saúde e recebeu diversos conceitos e atribuições desde que foi descrita pela primeira vez. Bárbara Starfield (STARFIELD, 2002) a descreve como:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

A proposta de organização dos sistemas de saúde sob a óptica da APS surgiu pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, de 1920. Tal documento do governo inglês surgiu como contraposição ao modelo flexneriano/americano de cunho curativo, que representava grande preocupação devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (GRÃ BRETANHA, 1920).

Após a conferência de Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978) houve um intenso movimento de fortalecimento da APS como estratégia de organização dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento a APS é instituída, inclusive, como estratégia para diminuir iniquidades sociais que atuam no processo de saúde (STARFIELD, 2002), e para isso é necessário que seus atributos essenciais sejam alcançados. Starfield (2002) destaca que são atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, cuidado centrado na pessoa, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidados, além dos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), anteriormente chamada de Programa de Saúde da Família, foi o modelo adotado para a organização da APS no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo implantada no país a partir de 1994, e que conta com cerca de 45.796 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2019)

No início da implantação da ESF não havia ainda no país uma formação suficiente de profissionais médicos especialistas nessa área. Com isso, optou-se por incentivar a migração de médicos de outras especialidades, especialmente as básicas (Pediatras, Ginecologistas/Obstetras, Clínicos) e médicos sem formação específica além da graduação em medicina (generalistas) para a atuação na ESF. Essa composição se mantém até os dias atuais, em que a opção pela Medicina de Família

e Comunidade (MFC), especialidade com enfoque na atuação na APS, ainda é pouco frequente entre os médicos recém-formados (NEY e RODRIGUES, 2012)

No Brasil, se trata de uma especialidade com criação tardia em relação a outras, pois teve o primeiro programa de residência em MFC reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 1981, e o reconhecimento da especialidade pela Associação Médica Brasileira (AMB) apenas em 2002 (SIMAS, GOMES, SIMÕES, *et al*, 2018). Nesse contexto, a MFC acaba sendo apenas a 14ª especialidade em número de médicos com especialidade registrada no CFM, com um total de 7.149 especialistas, equivalente a cerca de 1,7% do total de médicos no país (SCHEFFER, *et al*, 2020).

Analisando a matriz de competências da especialidade proposta pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), encontramos que a MFC possui 11 competências nucleares, essenciais a todos os médicos de família e comunidade, independente do sistema de saúde em que estejam atuando. Dentre elas, podemos citar o acesso de primeiro contato (com todos os tipos de problemas de saúde), a coordenação de cuidados, a prática centrada no paciente e no contexto, a longitudinalidade, entre diversos outros. Não por acaso, esse é o especialista de preferência para atuação na APS, especialmente em países que ordenaram seus sistemas nacionais de saúde a partir da APS, justamente por ter em sua formação a aquisição de competências que são essenciais e específicas desse nível de atenção à saúde (ALLEN, GAY, *et al.*, 2005).

No contexto brasileiro, o município de Belo Horizonte (BH), capital do Estado de Minas Gerais, possui uma população estimada de 2.521.564 pessoas (IBGE, 2020), um total de 585 equipes de saúde da família e uma cobertura pela ESF de 80,20% da população (BRASIL, 2020). Além de uma alta demanda assistencial e rotatividade de médicos na APS, o município apresenta longas filas e período de espera elevado para acesso a várias especialidades da atenção secundária à saúde. Devido a essa dificuldade de acesso à atenção secundária, somado ao propósito de identificar como acontecem os encaminhamentos ao nível secundário pelos profissionais da APS, especialmente os médicos, esse trabalho pretende estudar os diferentes perfis de médicos que atuam na APS e subsidiar a gestão municipal com dados para a contratação de médicos que referenciem menos para a atenção secundária.

2 JUSTIFICATIVA

A atenção secundária à saúde é ainda um grande gargalo no SUS, com elevado tempo de espera por consultas especializadas. Por isso é muito importante buscar profissionais para atuar na atenção primária que possam garantir uma maior resolutividade clínica, evitando encaminhamentos desnecessários, sempre que possível, e diminuindo assim as filas e tempo de espera para a atenção secundária.

A motivação para esse estudo veio da percepção empírica do pesquisador, enquanto médico de família e comunidade com atuação na APS do município de BH, de que os médicos generalistas que atuam na APS encaminham mais pacientes e geram uma sobrecarga na atenção secundária, por motivos que poderiam ser resolvidos na atenção primária. Surgiu então o questionamento se a formação em MFC gera uma resolutividade clínica maior, que diminui a proporção de encaminhamentos realizados pelos profissionais da APS.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da formação e titulação em MFC dos médicos que atuam ou atuaram na Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, tendo como critério as proporções de encaminhamentos para o nível secundário, no período de 2013 a 2020.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil dos médicos que atuam ou atuaram na ESF do município.

Identificar os grupos de médicos, por formação e titulação, e suas respectivas proporções de encaminhamentos para a atenção secundária.

Avaliar o impacto da formação e titulação em MFC nas proporções de encaminhamentos realizados pelos médicos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este trabalho se baseia nos preceitos teóricos a seguir, entendendo a avaliação em saúde como processo necessário ao sistema de saúde, fazendo uma análise da especialidade de medicina de família e comunidade enquanto um componente de estrutura, e da consulta e encaminhamento enquanto componentes do processo e resultado do trabalho na atenção primária à saúde. Será feita também uma análise da relação entre a atenção primária e a atenção secundária.

4.1 A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E A APS

A medicina de família e comunidade é uma especialidade médica cujo campo de atuação é prioritariamente a APS. McWinney (2010) nos diz que:

A medicina se transforma em resposta a muitas influências: algumas científicas e tecnológicas, outras sociais. A medicina de família e comunidade é apenas uma das muitas especializações que se desenvolveram ao longo da história da medicina.

A MFC é considerada uma ramificação da clínica geral praticada nos Estados Unidos no século XVIII e na Grã-Bretanha no século XIX. Como outras especialidades médicas, evoluiu a partir de transformações sociais e sanitárias que levaram ao aumento da expectativa de vida e à transição epidemiológica, com o controle eficiente das principais doenças infecciosas e a emergência de doenças crônicas nos países mais desenvolvidos, o que gerou demandas em saúde diferentes para essa população. Os clínicos gerais da época exerciam uma função curativa, principalmente relacionada às doenças agudas, e foram agregando o conhecimento dos boticários, cirurgiões e obstetras da época. Com a melhoria das condições sanitárias decorrentes do processo de industrialização e organização do ambiente urbano nesses locais, a atenção à saúde, que lidava principalmente com situações agudas e de risco de morte iminente, vai dando lugar a um modelo que deve ajudar as pessoas a estabelecer um novo equilíbrio na relação com o ambiente, em caso de doenças crônicas. Diante desse cenário, começa a surgir a necessidade de um profissional com entendimento do contexto e do ambiente desses doentes, dando início aos primórdios dos princípios da MFC (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010).

O século XIX na Europa e na América do Norte foi considerado com a era do clínico geral, apesar de já começarem a surgir outras especialidades (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010). A precariedade e a ausência de uniformidade na formação de médicos na América do Norte culminam com a elaboração e publicação do relatório Flexner, baseado na experiência da Fundação John Hopkins, que era um centro de referência no ensino médico à época (FLEXNER, 1910). Como resultado desse relatório, ocorrem profundas mudanças na formação médica na América do Norte e se inicia um movimento de estudo do corpo humano como um conjunto de sistemas isolados, em que, geralmente, os médicos se especializavam em uma área apenas. Estava iniciada a era das especializações, na qual o progresso tecnológico era rápido e a educação médica voltou-se, cada vez mais, para formação de especialistas em uma área específica, com habilidades técnicas e de pesquisa, mas em detrimento ao atendimento centrado na pessoa e na integralidade do cuidado. Inicia-se a distinção dos três níveis de atenção à saúde: a atenção primária, secundária e terciária. Nessa ocasião, começa a ser observada ainda a deterioração da relação médico-pessoa (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010).

Após décadas de intensas mudanças sociais pelo mundo e transformações na formação médica, surge a Conferência de Alma-Ata (1978), onde é elaborada a Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. Essa declaração estabelece os cuidados primários em saúde, que hoje ganham a denominação de Atenção Primária à Saúde, como ferramenta para o acesso à saúde e qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978). Após essa conferência, se intensificam os movimentos em diversos países para a reorganização dos sistemas de saúde, de modo a serem baseados na APS, e com isso se faz necessária a formação de profissionais para atuação nessa nova realidade, ressurgindo aí a importância dos médicos de família e comunidade.

A partir de Alma-Ata, o MFC tornou-se figura-chave na organização do atendimento à saúde. Nos EUA e no Reino Unido ele começa a assumir um papel de porteiro (*gatekeeper*), sendo responsável por realizar a referência dos pacientes aos demais níveis de atenção à saúde, quando necessário. Esse movimento vem ao encontro de uma necessidade de diminuição de custos com hospitalizações e da tendência ao aumento do atendimento ambulatorial, descentralizado, longitudinal e aliado à medicina preventiva.

No desejo de superação do antigo modelo de clínico geral e de mostrar que a MFC era algo novo e diferente, houve ainda um movimento para mudar a denominação para Prática de Família ou Medicina de Família (MCWHINNEY e FREEMAN, 2010), apesar de países como o Reino Unido e Austrália ainda se referirem a esses profissionais como GP (*general practioners*).

McWhinney (2010) traz ainda:

O termo medicina de família e comunidade tornou-se, então, o nome de um conjunto de conhecimentos em que a prática da medicina de família se baseia, um conjunto que inclui também muito mais além da família.

Dentro desse conjunto de conhecimentos da MFC, podemos citar o resgate da relação médico-pessoa, com o uso do método clínico centrado na pessoa, a abordagem integral e multiprofissional, a abordagem familiar e comunitária, além do uso racional de recursos das redes de atenção à saúde, inerentes a um médico que é especialista em APS.

No Brasil, o primeiro termo utilizado para a especialidade foi medicina geral e comunitária (MGC), e o primeiro programa de residência nessa área foi autorizado em 1981 pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Em 1986, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a MGC como especialidade médica. Somente em 2002 ganha o nome atual de medicina de família e comunidade e passa a ser reconhecida pela Associação Médica Brasileira como especialidade médica em 2003 (SIMAS, GOMES, *et al.*, 2018).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 traz consigo a universalidade do acesso à saúde enquanto direito de cidadania no Brasil (BRASIL, 1990). Mais tarde, em 1994, a criação do Programa de Saúde da Família (que depois seria convertido em Estratégia de Saúde da Família - ESF) materializa a reordenação do sistema público de saúde para um modelo baseado na APS.

Acompanhando um movimento mundial, no Brasil começa a haver uma mudança de paradigma na formação médica, que incorpora em sua filosofia a determinação social do processo de saúde-doença e o paradigma sistêmico (CESARIO, CESARIO e SANTOS, 2019). Essa mudança vai de encontro ao modelo flexneriano de formação e tem por objetivo principalmente a retomada de uma formação generalista para os médicos formados no Brasil, contrária à formação fragmentada e à subespecialização precoce dos estudantes de medicina. O primeiro grande marco dessa mudança são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para

os cursos de medicina, publicadas em 2001 (BRASIL, 2001), ainda com caráter apenas orientador, seguida pelas DCN de 2014 (BRASIL, 2014), já com caráter obrigatório para implantação nos cursos de medicina.

O Ministério da Saúde (MS) no Brasil tem atuado para o aumento da formação voltada para a APS, incluindo a formação de médicos de família e comunidade. Podemos citar iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais de Saúde (Pró-Saúde), que vai dar origem ao Programa Educação no Trabalho (PET-Saúde) em 2008, o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) em 2010 e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em 2013, instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. O PMMB previa a universalização da residência médica para os egressos da graduação em Medicina, além da obrigatoriedade da realização de um ano de residência em MFC para acesso à maioria dos programas de residência, propostas que acabaram não se concretizando (BRASIL, 2009, 2013, 2018).

O grande desafio do Brasil nesse momento é o de garantir a qualidade na formação médica, seguindo as diretrizes citadas acima, assim como um aumento do número e da ocupação das vagas em MFC (SIMAS, GOMES, *et al.*, 2018). Países como Espanha, Canadá e Reino Unido já exigem residência médica obrigatoriamente para atuação na APS (ZURRO, 2002), mas no Brasil, ainda é possível que um médico sem especialização atue na ESF.

4.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O planejamento é o ato de refletir antes de uma ação, para que se aumentem as chances de alcançar um objetivo. Um dos passos do processo de planejamento é a avaliação, entendida como “uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre diversas situações e processos [...]” (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). No setor da saúde a avaliação tem também se constituído em um momento crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). A partir desses pressupostos acima, a avaliação e o planejamento em saúde emergem como estratégias para garantir a qualidade das ações e programas no âmbito do Sistema Único de Saúde (NOVAES, 2000).

Contandriopoulos *et al* (1997, p. 34) destacam que uma avaliação tem quatro tipos de objetivos oficiais:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).

Novaes (2000) descreve três grandes tipos de avaliação: pesquisa avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. A pesquisa avaliativa tem como objetivo principal a produção de um conhecimento que servirá como fator orientador de decisões quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e recursos e demandas externas à pesquisa.

A avaliação da qualidade deve partir do pressuposto de que a qualidade do cuidado médico é um conceito difícil de ser definido. Os desfechos de recuperação, restauração da funcionalidade e sobrevida têm sido frequentemente utilizados como indicadores do cuidado médico. Apesar de tais desfechos apresentarem vantagens de utilização na avaliação da qualidade de um cuidado médico, existem limitações, pois avaliam algumas questões diferentes e, entre elas, o potencial da intervenção médica de fazer bem naquele contexto, ou em que grau a “medicina científica” está sendo utilizada (DONABEDIAN, 2005).

Donabedian nos diz ainda que a avaliação de desfechos (resultados) precisa ser utilizada com cautela, pois nem sempre é possível fazer uma inferência sobre a qualidade do cuidado médico a partir dela, devido a muitos fatores que podem influenciar nesses resultados. Por isso, o autor propõe uma alternativa que é a avaliação de processos, na qual é avaliado se tem sido aplicado o que é considerado um bom cuidado médico. Essa seria uma avaliação de meios, não de fins, mas pode ser utilizada para saber se a medicina está sendo corretamente exercida. Uma terceira via, ainda proposta pelo autor, é a de avaliação de estrutura (insumos), que seria referente à estrutura física, administrativa, equipamentos e à qualificação da equipe médica e outros trabalhadores (DONABEDIAN, 2005).

Com base no tripé de avaliação proposto por Donabedian (estrutura, processo e resultado), este estudo se propõe a avaliar um resultado (proporção de encaminhamentos da atenção primária para a atenção secundária), buscando identificar se existe uma relação entre a formação em MFC (variável de estrutura) e a

proporção de encaminhamentos médicos realizados para a atenção secundária (variável de resultado).

Os Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde, publicados em 2017 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), descrevem quais são os parâmetros esperados para uma população definida e qual a necessidade de profissionais para atender àquela população (na atenção primária e secundária), mas não traz uma proporção média esperada de encaminhamentos realizados a partir da APS para a atenção secundária, evidenciando a ausência de parâmetros oficiais do Ministério da Saúde para essa proporção.

Forest (2003) mostrou em um estudo realizado que a porcentagem de encaminhamentos para especialistas focais era de 4,7 encaminhamentos para cada cem consultas realizadas pelos GP, no Reino Unido, e de 5,1/100 pacientes atendidos pelos médicos de família nos Estados Unidos (FORREST, 2003). Em um estudo canadense, Shadd (2011) demonstrou que os médicos de família incluídos no estudo atingiram uma proporção de 455 encaminhamentos a cada mil consultas em um período de um ano (SHADD, RYAN, *et al.*, 2011).

No Brasil, pesquisa realizada em Florianópolis verificou um índice de 12,5% dos casos atendidos na APS sendo referenciados para a atenção secundária (GUSSO, 2009) e de 9% em Porto Alegre/RS (TAKEDA, 2013).

Rebolho, Neto e Pedebôs (2019) analisaram o percentual de encaminhamentos de 123 médicos da APS para a atenção secundária realizados no município de Florianópolis, Brasil, no ano de 2016, dividindo os profissionais em: Médicos de Família e Comunidade que fizeram residência médica, MFC que fizeram apenas prova de título da SBMFC e médicos sem a especialidade de MFC. Encontrou que o percentual de encaminhamentos no grupo MFC com residência médica foi de 8,06%, no grupo MFC com titulação foi de 11,04%, e que no grupo de médicos sem a especialidade foi de 10,92%. Houve diferença estatística significativa entre o grupo MFC com residência médica e o grupo de médicos sem especialidade, mas não houve diferença entre o grupo MFC com titulação e o grupo não-MFC.

Jantsch (2020) analisou os dados de encaminhamentos da APS do município do Rio de Janeiro, Brasil, realizados por médicos generalistas, MFC e pré-MFC (médicos que começaram atuando como generalistas, mas ingressaram em algum programa de residência em MFC). Ele encontrou que a o percentual de

encaminhamentos, a cada cem consultas, realizados pelos generalistas foi de 14,32%, pelos médicos do grupo pré-MFC foi de 12,05% e pelos MFC foi de 10,80%

4.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM BELO HORIZONTE

Implantada em 2002, a ESF representou importantes avanços no modelo de assistência à saúde em Belo Horizonte. Para garantir a resolutividade e integralidade do cuidado, a APS do município oferece práticas de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, por meio da assistência aos casos agudos e da demanda espontânea. A atenção primária compõe o centro da rede assistencial de Belo Horizonte e, em fevereiro de 2020, era composta por 152 Centros de Saúde (CS), 592 equipes de Saúde da Família (eqSF), 308 equipes de Saúde Bucal (eSB), 64 equipes de apoio em Saúde Bucal, 152 equipes de Saúde Mental (SM), 82 polos do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e 78 academias da cidade. (TOSTES, ALMEIDA, LAZARI *et al*, 2012; BELO HORIZONTE, 2022)

Entre os serviços oferecidos nos CS, são realizadas consultas de puericultura, pré-natal, práticas não-alopáticas (homeopatia, acupuntura, antroposofia), prática de Lian Gong em 18 terapias, assistência farmacêutica, assistência odontológica, vacinação, curativos, marcação de consultas especializadas, coleta e entrega de resultados de exames laboratoriais, realização de eletrocardiograma. As unidades contam ainda com agentes de combate a endemias, médicos de apoio nas especialidades básicas (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica), profissionais do NASF-AB (nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos). Nem todos os profissionais de apoio citados estão presentes em todas as unidades, a depender da ocupação ou não de vagas. (TOSTES, ALMEIDA, LAZARI *et al*, 2012)

Dentro da complexidade envolvida no cuidado à saúde na APS, a educação permanente em saúde é muito importante. E para isso, são necessários espaços formais de aproximação entre profissionais de serviços diferentes dentro da rede, como é o caso do Apoio Matricial. Na APS de Belo Horizonte, o apoio matricial é ofertado principalmente pelas equipes de SM e equipes do NASF-AB, que em conjunto com as eqSF elaboram um Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou agendam um atendimento individual para os pacientes, a depender da necessidade. Para agendamento com os demais profissionais de apoio, cada unidade tem autonomia

para definir um fluxo próprio, que pode ser o agendamento diretamente na recepção da unidade ou o agendamento pela eqSF de referência do usuário. (TOSTES, ALMEIDA, LAZARI *et al*, 2012)

4.4 A RELAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

No funcionamento de um sistema baseado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), a APS é compreendida como eixo estruturador de toda essa rede, e por meio de seus processos e atributos deve organizar e articular entre diferentes pontos, estruturando-se de forma integrada e atuando efetivamente como coordenadora do cuidado. A APS, pela sua característica de porta de entrada preferencial do sistema de saúde, está amplamente dispersa no território das RAS. Por outro lado, os pontos de atenção secundários e terciários, onde são realizados atendimentos especializados e que requerem maior disponibilidade de tecnologia dura, são concentrados em alguns locais da rede, objetivando economia de escala e qualidade do serviço (BELO HORIZONTE, 2012).

A atenção especializada (onde está incluída a atenção secundária) é parte importante do sistema de saúde, e garante resolutividade aos problemas e necessidades menos frequentes ou que vão além da capacidade de abordagem clínica do médico da APS. Sua missão é complementar o cuidado realizado pela equipe da APS, considerando a formação específica dos profissionais especialistas, para contribuir com o esclarecimento diagnóstico, avaliar e propor intervenções devidas a cada caso, e reconduzir o paciente à APS, com orientações e informações para a continuidade do cuidado. (BELO HORIZONTE, 2012)

A Regulação Assistencial é definida por Ferreira, Mattos, Gariglio e Marques (*in* BELO HORIZONTE, 2012) como “um conjunto de ações realizadas ou desenvolvidas em todas as etapas do processo de atendimento do usuário, da solicitação da consulta, do exame ou da internação até seu atendimento e retorno à unidade solicitante”. Os autores colocam também como objetivo da regulação assistencial esgotar todas as alternativas propedêuticas e terapêuticas em cada nível de complexidade, qualificar os encaminhamentos e estabelecer e pactuar fluxos de referência e contrarreferência em toda a rede. Com isso, faz parte da organização das

RAS o gerenciamento da relação entre a APS e a atenção especializada, por meio da Regulação Assistencial, assim como da relação com os outros pontos da rede.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal que, a partir de dados de bases secundárias de informações, analisará os encaminhamentos realizados à atenção secundária pelo universo de médicos que atua ou atuou na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 2013 a 2020.

5.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO

Estudo descritivo, longitudinal, que buscou identificar a proporção média de encaminhamentos para o nível secundário, por tipo de especialidade médica, dos profissionais médicos que atuam/atuaram na ESF, comparando o comportamento de tal variável nos grupos de médicos sem nenhuma especialização (generalistas) e os com titulação ou residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo é o município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, com um total de 2.521.564 habitantes (IBGE, 2020). Esse município aderiu à ESF em 2002 e conta com cerca de 585 equipes de saúde da família, atingindo uma cobertura de 80,20% da população pela ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Será utilizado o número total de profissionais médicos que atuam ou atuaram em equipes da ESF do referido município no período de 2013 a 2020. A definição deste período de estudo contempla o ano em que se concluiu a integração do prontuário informatizado utilizado nas unidades básicas de saúde (UBS) do município com o sistema de regulação das consultas especializadas (em que o médico já faz o encaminhamento pelo próprio prontuário eletrônico/sistema, e a solicitação é inserida automaticamente na fila de espera) até o último ano de dados consolidados antes do

início da coleta de dados para o presente estudo (os dados foram solicitados em meados de 2021).

Para a caracterização dos profissionais médicos foram identificadas as seguintes variáveis: nome, idade, gênero, raça, tempo na ESF e na UBS que atua ou atuou. Os dados foram obtidos após solicitação à Diretoria Estratégica de Pessoas (DIEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), que os forneceu após assinatura de carta de anuência e infraestrutura para a disponibilização dos dados, documento apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da SMSA (anexo 1 deste trabalho). Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo, chegou-se a um total de 965 médicos incluídos no presente estudo.

Com os dados das variáveis destacadas anteriormente, foi possível buscar as informações relativas à formação dos médicos identificados em relação a especialização/residência médica e titulação em MFC (médicos que foram aprovados na prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC). Tais informações foram solicitadas ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais (CRMMG), que forneceu uma lista de todos os médicos com especialidade de MFC registrada no estado de Minas Gerais. Com essas informações, foi realizada a identificação dos seguintes grupos: médicos sem especialização/título em MFC e médicos de família e comunidade com titulação ou residência. Os médicos com outras especialidades que atuam ou atuaram na ESF do município no período estudado, em sua totalidade (6 indivíduos), também possuíam o registro de especialista em MFC junto ao CRM, logo foram incluídos no grupo de médicos de família e comunidade com titulação ou residência. O grupo de médicos sem especialização/titulação ficou com um total de 866 médicos, e o grupo de médicos com especialidade em MFC teve um total de 99 médicos.

O próximo passo foi a solicitação do número total de consultas médicas e de encaminhamentos para a atenção secundárias realizadas por esses 965 médicos no período 2013-2020. Os dados de encaminhamentos foram extraídos do Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (SISREG), um sistema informatizado onde são incluídos todos os encaminhamentos para a atenção secundária, terciária, além de exames e procedimentos de alta complexidade realizados pelos profissionais do município. O objetivo do SISREG é gerenciar as filas de espera, permitir que reguladores do município tenham acesso aos dados dos encaminhamentos e façam a marcação, conforme disponibilidade de vagas e prioridade dos casos. Nesse

sistema constam: o nome do profissional solicitante, a unidade na qual atua, a especialidade/exame/procedimento e o motivo da solicitação, conforme informado pelo solicitante. Caso as solicitações tenham sido feitas manualmente pelo médico, por algum motivo, e inseridas no sistema pelo trabalhador administrativo da UBS, algum desses dados pode estar incompleto e, assim sendo, essa informação não foi incluída no estudo. A partir da base de dados desse sistema foram extraídos e filtrados os encaminhamentos realizados por cada profissional incluído no estudo, em cada ano. Foram extraídos também o número total de consultas médicas realizadas por cada um dos médicos, em cada ano, do Sistema Gestão em Rede (SISREDE), sistema de prontuário informatizado empregado na atenção primária do município do estudo. Através da base de dados do SISREDE foi extraída uma lista com o nome de todos os médicos que utilizaram o prontuário eletrônico e o número total de consultas médicas realizadas por esses profissionais. Foi então realizado um filtro para manter apenas os dados relativos aos médicos incluídos no estudo. Esse sistema permite extrair relatórios anuais com a produção total de cada profissional que o utilizou. Ambos os dados (de consultas médicas e de encaminhamentos) foram solicitados à Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde (ASTIS), da SMSA, que detém as bases de dados das informações em saúde do município.

Foram levantados os dados sobre os encaminhamentos para atenção secundária, com a seleção de 14 especialidades prioritárias para serem abordadas, a saber: angiologia, cardiologia, coloproctologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, reumatologia e urologia. As respectivas subespecialidades pediátricas foram incluídas nas especialidades afins acima (por exemplo, cardiologia pediátrica foi analisada em conjunto com a cardiologia adulto, entre outras). Foram escolhidas essas especialidades por serem as descritas no Caderno de Critérios e Parâmetros Assistenciais para Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Para essas especialidades foram extraídos os números de encaminhamentos de cada médico, em cada ano estudado.

5.4 CÁLCULO DA PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS

Para o cálculo da proporção de encaminhamentos em relação ao total de consultas, foi somado o total de encaminhamentos realizados por todos os

profissionais de cada um dos grupos, e dividido pela soma do total de consultas médicas realizadas pelos profissionais dos grupos. Para cada uma das especialidades elencadas, foi dividido o total de encaminhamentos para esta especialidade pelo total de consultas de cada um dos grupos. Os valores foram multiplicados por mil para facilitar a visualização, sendo apresentadas as proporções de encaminhamentos a cada mil consultas.

Foi feita a opção pelo uso dessa proporção para se trabalhar com uma variável relativa que não dependesse do número de médicos e tempo de permanência, pois foram diferentes nos dois grupos, o que poderia gerar um viés nos resultados.

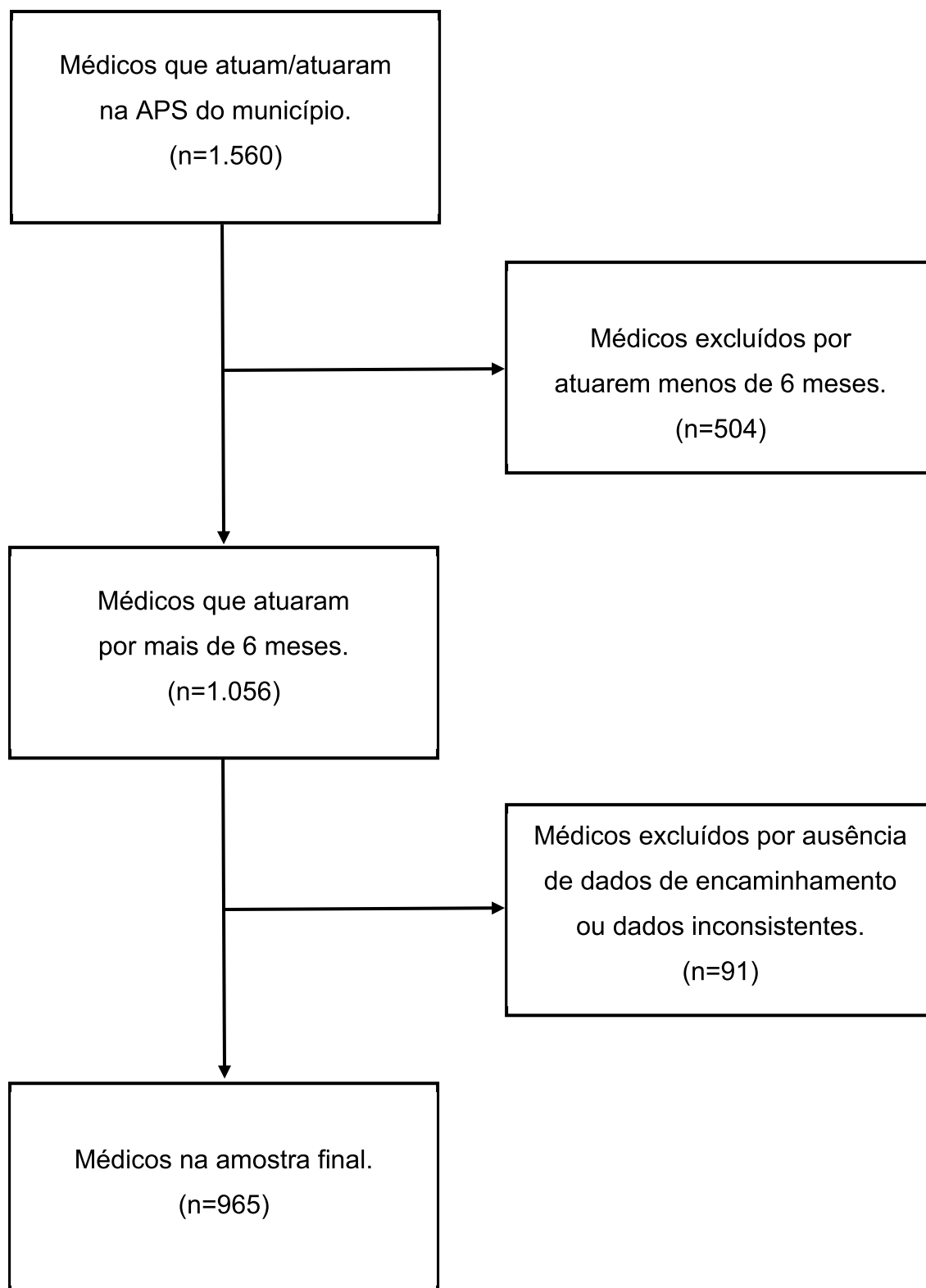
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão dos sujeitos para o estudo definiu-se: ser médico que atua ou atuou na ESF do município entre janeiro de 2013 e dezembro de 2020, por um período mínimo de seis meses. Foi escolhido o ponto de corte mínimo de seis meses pelo entendimento do pesquisador de que seria um período mínimo razoável de adaptação de um profissional médico a uma equipe de Saúde da Família.

Os critérios de exclusão foram definidos como: ser médico que atua ou atuou por menos de seis meses na ESF do município, os profissionais médicos para os quais não havia registro dos dados mencionados em pelo menos um ano do período estudado. Foram excluídos ainda os dados considerados inconsistentes, como em alguns casos específicos em que o número de encaminhamentos foi maior que o número de consultas médicas, pois se subentende que não pode haver um encaminhamento sem que haja uma consulta médica.

Segue abaixo o Fluxograma 1, com os critérios de inclusão, exclusão e a amostra final analisada no estudo.

Fluxograma 1 – Critérios de inclusão, exclusão e amostra final dos médicos que atuam ou atuaram na APS, Belo Horizonte, 2013-2020



5.6 ANÁLISE DOS DADOS

O conjunto de dados coletados foi organizado em um banco de dados único, contendo: nome do profissional, gênero, raça/cor; data de nascimento, idade à admissão, data de admissão, data de desligamento (se houver), tempo de permanência (em dias e em meses), número total de consultas e encaminhamentos realizados por cada profissional para cada especialidade, por ano. Com esses dados, foram calculadas as proporções de encaminhamentos para a atenção secundária por especialidade e por ano, no período estudado.

Na sequência, foi realizada comparação das proporções encontradas em cada um dos grupos (médicos de família e comunidade com titulação ou residência e médicos sem especialização/título em MFC), para cada uma das especialidades, e foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson para comparação entre os dois grupos, levando em consideração duas variáveis categóricas: ser MFC (sim ou não), e se houve um encaminhamento naquela consulta (sim ou não). Como entendemos que para cada consulta só pode haver uma referência de um mesmo paciente para cada especialidade uma vez, isso permite tratar as consultas dentro dessa variável categórica, e dizermos se houve encaminhamento para aquela especialidade ou não em cada consulta.

Para avaliar o impacto da formação/titulação em MFC foram utilizadas as proporções de encaminhamentos calculadas acima. Foram elaboradas planilhas e gráficos utilizando o programa Excel® 2019 e para análise estatística dos dados foi utilizado o site OpenEpi® (disponível em www.openepi.com).

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF sob parecer N° CAAE 44462821.0.0000.5147 e da SMSA sob o parecer N° CAAE 44462821.0.3001.5140, conforme Resolução N° 466/12 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerando o Art 2º a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei N° 13.709, de 14 de agosto de 2018), serão garantidos os fundamentos da proteção de dados pessoais, entre eles o respeito à privacidade, inviolabilidade da intimidade, da

honra e da imagem, além de ser respeitada a confidencialidade, não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico/financeiro. Ainda segundo o Item IV do Art. 7º da Lei citada acima, o tratamento de dados pessoais poderá ser realizado “para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais”.

Caso aconteça algum dano ao participante, medidas indenizatórias serão adequadamente providenciadas pela equipe de pesquisa.

6 RESULTADOS

Os resultados encontrados estão descritos abaixo, iniciando pela caracterização do perfil dos médicos, de acordo com os grupos em que foram divididos. Em seguida estão os dados do número de consultas médicas e encaminhamentos para a atenção secundária realizados pelos grupos, assim como, o cálculo da proporção de encaminhamentos para a atenção secundária por grupo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS

Após a filtragem, utilizando os critérios de inclusão e exclusão descritos na metodologia, restaram um total de 965 médicos no estudo, sobre os quais foram realizados os levantamentos de dados de produção de consultas médicas e encaminhamentos ao nível secundário. Desse total de médicos, 99 possuem a titulação ou residência em MFC e 866 não possuem, de acordo com a listagem fornecida pelo CRM. Esses dois grupos serão chamados neste estudo de grupo MFC e grupo Não-MFC, respectivamente.

O número de médicos em cada grupo foi detalhado por ano, e pode-se observar uma tendência de diminuição no número absoluto e proporcional do número de médicos do grupo MFC, enquanto no grupo Não-MFC observou-se uma estabilidade e posterior aumento desses números em relação ao total de médicos da APS do município com o passar dos anos, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Ano	MFC		Não-MFC		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
2013	49	19,4	204	80,6	253	100,0
2014	47	18,7	204	81,3	251	100,0
2015	53	18,5	234	81,5	287	100,0
2016	52	17,1	252	82,9	304	100,0
2017	46	14,2	278	85,8	324	100,0
2018	35	9,9	318	90,1	353	100,0
2019	34	9,5	324	90,5	358	100,0
2020	30	8,4	326	91,6	356	100,0
Total¹	-	-	-	-	-	-

(1) O número total de médicos não foi somado nesta tabela, pois muitos deles trabalharam em mais de um ano e acabariam sendo contados mais de uma vez. O Total de profissionais no grupo MFC e Não-MFC no período total está descrito no texto deste estudo.

Fonte: Dados da SMSA/PBH

Em relação ao gênero, ambos os grupos apresentaram predominância de profissionais do gênero feminino, representando 60,6% (grupo MFC) e 65,7% (grupo Não-MFC). Abaixo segue a Tabela 2, com distribuição desses médicos por gênero e grupo.

Tabela 2 – Distribuição de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por gênero e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Gênero	MFC		Não-MFC	
	N	(%)	N	(%)
Feminino	60	60,6	569	65,7
Masculino	39	39,4	297	34,3
Total	99	100,0	866	100,0

Fonte: Dados da SMSA/PBH

Quanto à raça/cor declarada pelos médicos do estudo, destaca-se o predomínio de pessoas brancas 72,7% (grupo MFC) e 68,7%% (grupo Não-MFC), seguidas por pessoas pardas, com 21% e 26%, respectivamente. Pessoas pretas e amarelas representaram os menores percentuais, conforme tabela 3 abaixo.

Tabela 3 – Distribuição de médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por raça/cor e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Raça/cor	MFC		Não-MFC	
	N	(%)	N	(%)
Branca	72	72,7	595	68,7
Parda	21	21,2	225	26,0
Preta	4	4,0	30	3,5
Amarela	1	1,0	14	1,6
Não informado	1	1,0	2	0,2
Total	99	100,0	866	100,0

Fonte: Dados da SMSA/PBH

Em relação à faixa etária, de acordo com a idade à época da admissão na SMSA/PBH, percebemos que, em ambos os grupos, a maior parte dos profissionais foi contratada entre 25 e 29 anos ou entre 30 e 34 anos. O grupo MFC tem uma mediana de 29 anos e uma média de 30,1 anos de idade à admissão, enquanto o grupo Não-MFC tem uma mediana de 27 anos e uma média de 29,2 anos à admissão. A tabela 4, a seguir, apresenta a distribuição das faixas etárias dos 2 grupos de estudo.

Tabela 4 – Faixa etária, à época da admissão, dos médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Idade à admissão	MFC		Não-MFC	
	N	(%)	N	(%)
< 24 anos	1	1,0	99	11,4
25-29 anos	53	53,5	498	57,5
30-34 anos	32	32,3	165	19,1
35-40 anos	9	9,1	57	6,6
> 40 anos	4	4,0	47	5,4
Total	99	100,0	866	100,0

Fonte: Dados da SMSA/PBH

Levando em consideração o tempo de permanência na ESF de Belo Horizonte, percebemos que em ambos os grupos a maior parte dos médicos permaneceu por mais de 60 meses (cinco anos), seguido pelo grupo que permaneceu entre 36-59 meses (três anos a quase cinco anos). Importante destacar que no grupo MFC 18,1% dos médicos ficaram menos de 36 meses, enquanto no grupo Não-MFC 37% dos profissionais permaneceu ou estava há menos de 36 meses na rede. No grupo MFC,

a mediana de permanência foi de 98 meses (um pouco acima de oito anos), e a média de 79,5 meses (próximo de sete anos). No grupo Não-MFC a mediana de permanência foi de 53 meses (um pouco mais de quatro anos) e a média de 61,9 meses (cinco anos). Para os profissionais que continuaram na rede, a data utilizada para o cálculo da permanência foi até 31/12/2020. A distribuição dos médicos por tempo de permanência está detalhada na Tabela 5.

Tabela 5 – Tempo de Permanência dos médicos que atuaram na Estratégia de Saúde da Família, por grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Tempo de permanência	MFC		Não-MFC	
	N	(%)	N	(%)
< 12 meses	4	4,0	93	10,7
12-23 meses	8	8,1	118	13,6
24-35 meses	6	6,1	110	12,7
36-59 meses	18	18,2	184	21,2
>60 meses	63	63,6	361	41,7
Total	99	100,0	866	100,0

Fonte: Dados da SMSA/PBH

6.2 CONSULTAS MÉDICAS, ENCAMINHAMENTOS PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS

A partir dos dados levantados, destaca-se que o percentual de consultas médicas realizadas por cada grupo sobre o total acompanha a tendência do percentual de médicos de cada grupo em cada ano, ou seja, o percentual de consultas realizadas pelo grupo MFC diminui ao longo dos anos, e o percentual de consultas do grupo Não-MFC aumenta. O total de consultas realizadas por cada um dos dois grupos, por ano, estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 – Número de consultas médicas realizadas por médicos da Estratégia de Saúde da Família, por ano e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Ano	MFC		Não-MFC		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
2013	129174	22,3	450746	77,7	579920	100,0
2014	144026	23,8	460858	76,2	604884	100,0
2015	154088	22,0	545507	78,0	699595	100,0
2016	136511	18,2	612716	81,8	749227	100,0
2017	128231	14,8	740871	85,2	869102	100,0
2018	115996	12,4	821100	87,6	937096	100,0
2019	112523	10,6	946286	89,4	1058809	100,0
2020	72541	8,5	785104	91,5	857645	100,0
Total	993090	15,6	5363188	84,4	6356278	100,0

Fonte: Dados da SMSA/PBH

Na sequência, foram levantados os dados do número de encaminhamentos para a atenção secundária realizados por cada médico. Esses dados foram agrupados por ano e, posteriormente, por cada uma das especialidades selecionadas. A Tabela 7 mostra o total de encaminhamentos realizados por cada grupo, a cada ano do estudo. Percebe-se que o percentual de encaminhamentos sobre o total acompanha o percentual de consultas médicas realizadas por cada grupo (já mostrados na Tabela 6).

Tabela 7 – Encaminhamentos à atenção secundária realizados por médicos da Estratégia de Saúde da Família, segundo grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Ano	MFC		Não-MFC		Total	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
2013	2228	22,8	7555	77,2	9783	100,0
2014	7029	23,5	22901	76,5	29930	100,0
2015	9274	23,4	30292	76,6	39566	100,0
2016	10304	19,6	42370	80,4	52674	100,0
2017	11923	14,7	69148	85,3	81071	100,0
2018	11238	13,1	74228	86,9	85466	100,0
2019	9036	10,6	76033	89,4	85069	100,0
2020	3006	8,0	34669	92,0	37675	100,0
Total	64038	15,2	357196	84,8	421234	100,0

Fonte: Dados da SMSA/PBH

Foi realizado o cálculo da proporção de encaminhamentos para a atenção secundária a cada 1000 consultas médicas realizadas, assim como o cálculo da significância estatística entre as proporções dos dois grupos de estudo, que estão mostrados na Tabela 8. Nota-se que das 14 especialidades avaliadas, em apenas uma (pneumologia), não houve diferença significativa entre as proporções de encaminhamentos. Na especialidade de oftalmologia, o grupo MFC encaminhou em uma proporção maior que o grupo Não-MFC, e em todas as demais, incluindo o total geral, o grupo MFC encaminhou a uma proporção menor que o grupo Não-MFC, com diferença estatisticamente significativa (*p* valor menor que 0,05). Foram calculados também os intervalos de confiança de 95%, assim como a redução relativa das proporções.

Tabela 8 – Proporção de encaminhamentos para a atenção secundária realizados por médicos da Estratégia de Saúde da Família, por especialidade e grupo de formação, Belo Horizonte, 2013-2020

Especialidade	Proporção (a cada 1000 consultas)		<i>p</i> valor	Razão das proporções (IC95%)	Redução relativa das proporções (IC95%) - (%)
	MFC	Não-MFC			
Angiologia	4,07	4,82	<0,001	0,84 (0,82;0,87)	16,00 (0,13;0,18)
Cardiologia	5,01	5,69	<0,001	0,88 (0,86;0,91)	12,00 (0,09;0,14)
Coloproctologia	2,11	2,26	0,003	0,93 (0,89;0,98)	7,00 (0,02;0,11)
Dermatologia	7,62	8,33	<0,001	0,92 (0,89;0,94)	8,00 (0,06;0,11)
Endocrinologia	1,85	2,17	<0,001	0,85 (0,81;0,90)	15,00 (0,10;0,19)
Gastroenterologia	1,79	2,09	<0,001	0,86 (0,81;0,90)	14,00 (0,10;0,19)
Nefrologia	1,58	1,86	<0,001	0,85 (0,81;0,90)	15,00 (0,10;0,20)
Neurologia	3,14	3,37	<0,001	0,93 (0,90;0,97)	7,00 (0,03;0,10)
Oftalmologia	20,45	17,67	<0,001	1,16 (1,14;1,18)	-16,00 (-0,14;-0,18)
Ortopedia	5,88	6,43	<0,001	0,92 (0,89;0,94)	8,00 (0,06;0,11)
Otorrinolaringologia	6,44	6,80	<0,001	0,95 (0,92;0,97)	5,00 (0,03;0,08)
Pneumologia	1,39	1,35	0,425	1,02 (0,97;1,08)	-2,00 (-0,08;0,03)
Reumatologia	0,75	0,91	<0,001	0,82 (0,76;0,89)	18,00 (0,11;0,24)
Urologia	2,41	2,84	<0,001	0,85 (0,81;0,89)	15,00 (0,11;0,19)
Total	64,48	66,60	<0,001	0,97 (0,96;0,98)	3,00 (0,02;0,04)

Fonte: Dados da SMSA/PBH

7 DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados, podemos observar que o perfil de médicos que atuam ou atuaram na APS do município de Belo Horizonte no período não acompanha os dados nacionais no que diz respeito à presença de mulheres atuando na medicina. Apesar de estarem gradativamente aumentando sua participação, as mulheres são apenas 46,6% do total de médicos atuantes no país (SCHEFFER, 2020), enquanto na APS do município estudado elas são mais de 60%, em ambos os grupos. Isso pode ser explicado por outro fenômeno que se observa nacionalmente, que é a do aumento de médicos mais jovens, sendo que na faixa abaixo de 29 anos as mulheres já são maioria (58,5%), e a média de idade nos grupos estudados foi em torno de 29-30 anos, bem abaixo da média de 45 anos observada no Brasil, e de 43,7 anos observada no estado de Minas Gerais (SCHEFFER, 2020).

Quando analisados os critérios raça/cor, percebemos que os médicos incluídos no estudo seguem percentuais parecidos com os encontrados no país. Em 2019, 67,1% dos concluintes em Medicina se autodeclararam brancos, 24,3% se declararam pardos, 3,4% se declararam pretos (SCHEFFER, 2020), dados muito próximos dos encontrados nos médicos de ambos os grupos do estudo, e que destoam da realidade brasileira, onde 42,7% da população se autodeclara branca, 46,8% parda e 9,4% se declara preta (IBGE, 2019).

Quanto ao perfil de formação e titulação, os dados do CFM (2020) mostram que 61,3% dos médicos em atividade no Brasil possuíam um ou mais títulos de especialista, enquanto os outros 38,7% não possuíam título em nenhuma especialidade. Na APS de Belo Horizonte, o total de médicos especialistas em MFC atuando chegou a um máximo de 19,4%, e no ano de 2020 chegou no menor nível, representando apenas 8,4% do total de profissionais, enquanto o grupo de não-MFC aumentou sua representação na APS do município. Nacionalmente, os MFC representam 1,7% do total dos médicos (SCHEFFER, 2020), mas é de se esperar que na APS tenhamos uma participação bem maior, já que esse profissional se especializou na atuação nesse nível de atenção. Isso reforça a impressão de que, apesar de ser a porta de entrada do sistema de saúde, a APS do município ainda conta com a grande maioria de profissionais sem formação específica. Além disso, o número total e absolutos de MFC em atuação tem caído, o que pode gerar um

questionamento sobre as condições de trabalho na ESF, valorização profissional ou outras insatisfações por parte desses médicos. Seria interessante estudo posterior para avaliar se está havendo diminuição da formação de MFC pelos programas de residência médica da região e/ou do estado de Minas Gerais, ou ainda se esses profissionais estão encontrando condições de trabalho mais atrativas em outros municípios ou instituições, ou ainda se eles estão migrando para outra área da medicina.

Analisando o impacto da formação/titulação em MFC nos encaminhamentos para a atenção secundária, dentro das especialidades elencadas nesse estudo, podemos perceber que existe uma diferença significativa entre o percentual de encaminhamentos dos profissionais que possuem a titulação em MFC e dos que não possuem, na maioria das especialidades estudadas (exceto para oftalmologia, em que essa proporção foi maior, e na pneumologia em que não houve diferença significativa). Isso ajuda a corroborar a hipótese de que o MFC tende a encaminhar menos os pacientes do que um médico sem a especialidade. Não foi realizada, nesse estudo, uma análise qualitativa desses encaminhamentos, para se avaliar se os encaminhamentos feitos por médicos de um ou outro grupo foram adequados, de acordo com os protocolos assistenciais da SMSA/PBH, apenas foi feita uma análise quantitativa. No entanto, é importante ressaltar que a residência, enquanto padrão-ouro de formação/especialização médica, e a prova de título, que pressupõe um domínio sobre os conhecimentos necessários à especialidade, agregam conhecimento a esse profissional médico, que se tornaria mais resolutivo clinicamente e conseguiria lidar melhor com uma série de demandas que um generalista poderia acabar encaminhando para o médico especialista. Uma observação importante a ser feita é que no caso da oftalmologia, que é uma especialidade que demanda insumos, tecnologias e materiais específicos e indisponíveis na APS, o encaminhamento é quase sempre necessário, e não encaminhar esse paciente pode também ser negligência no cuidado.

Nas especialidades de reumatologia, angiologia, urologia, endocrinologia, nefrologia, cardiologia e gastroenterologia a redução relativa das proporções é maior do que 10%, mostrando que a formação/titulação em MFC parece ter um efeito maior na redução dos encaminhamentos. Já nas especialidades de dermatologia, ortopedia, coloproctologia, neurologia e otorrinolaringologia, apesar de haver uma diferença, o impacto é menor, e a redução relativa nas proporções não chega a 10%. Os dados da

proporção de encaminhamentos para cada especialidade podem ajudar a determinar a frequência esperada com que cada médico da APS do município encaminharia para essas especialidades, e assim seria possível dimensionar de forma mais fidedigna os recursos e profissionais necessários na atenção secundária.

Um ponto importante na análise estatística para comparação das proporções de encaminhamentos é que, quando se calculou a proporção por cada especialidade, foi possível criar uma variável categórica, pois em cada consulta, pode ter havido um encaminhamento para aquela especialidade ou não. Mas surge uma limitação ao se analisar a proporção geral de encaminhamentos, pois apesar de acreditarmos que na maioria das consultas houve apenas um encaminhamento para alguma especialidade, em algumas consultas pode ter havido mais de um encaminhamento, para especialidades diferentes, o que gera uma limitação na análise dessa proporção total.

Se analisarmos a porcentagem geral de encaminhamentos por consulta encontrados neste estudo (6,5 a 6,7%), percebemos que se encontra abaixo do encontrado na literatura, que gira em torno de 8-15% (HARZHEIM 2007, GUSSO 2009, TAKEDA 2013, REBOLHO 2021). Esse fator pode ser explicado pelo fato de não terem sido incluídos neste estudo algumas especialidades que, no município estudado, são atendidas a nível da APS, como Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria e consultas com profissionais do NASF-AB. Os casos que são atendidos por esses profissionais podem, a depender do fluxo de cada unidade, ser agendados diretamente pelos pacientes, ou podem ser discutidos e agendados em reuniões de matriciamento, sem que haja um encaminhamento via sistema para elas. Além dessas, outras especialidades cirúrgicas como cirurgia geral, pediátrica, plástica, especialidades oncológicas, geriatria, entre outras, não foram incluídas, por opção do pesquisador em focar nas especialidades descritas nos Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Isso pode ser uma explicação para esse percentual de encaminhamentos da APS abaixo do encontrado na literatura.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos resultados desse estudo, é possível concluir que os médicos de família e comunidade que atuam ou atuaram na APS do município de Belo Horizonte no período de 2013-2020 encaminharam pacientes para as especialidades estudadas em uma proporção menor que os médicos sem especialidade que também atuaram na APS do município nesse período, com exceção dos encaminhamentos para as especialidades de oftalmologia e pneumologia. Isso permite supormos que, caso todos os médicos da APS deste município tivessem a formação ou titulação em MFC, a demanda por consultas na atenção secundária seria menor.

Em um momento futuro, seria importante avaliar as outras variáveis envolvidas no processo de encaminhamento dos pacientes, como a idade do profissional, tempo de atuação e características da população atendida, e tentar avaliar o impacto desses fatores nessa proporção de encaminhamentos, por meio de algum modelo de regressão estatística que se adeque a esse tipo de análise.

Além disso, são necessários outros tipos de estudo para entender melhor esses encaminhamentos para a atenção secundária. Seria importante um estudo qualitativo, avaliando se esses encaminhamentos estão de acordo com os protocolos municipais, ou se estão sendo encaminhados para a atenção secundária pacientes que deveriam estar sendo acompanhados na atenção primária.

Também derivado desse estudo, seria interessante uma avaliação da proporção de encaminhamentos dos médicos da APS para as especialidades de psiquiatria, ginecologia/obstetrícia, pediatria e para os profissionais do NASF-AB, para se avaliar se a formação em MFC resulta em menos encaminhamentos para estes também. E uma última proposta seria a avaliação da proporção de solicitação de exames por esses médicos, para que se observe se a formação em MFC traz algum impacto sobre a solicitação de exames complementares.

9 REFERÊNCIAS

ALLEN, J. et al. Definição Européia de Clínica Geral e Medicina Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). **Rev Port Clin Geral**, Lisboa, 2005. 511-6.

BELO HORIZONTE / Org. TEIXEIRA, M.G., RATES, S.M.M., FERREIRA, J.M. **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. 2v.

BELO HORIZONTE. Manual Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2022. 212p.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília, set 1990.

BRASIL. Portaria nº 1001, de 22 de outubro de 2009. **Institui o Programa Nacional de Apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas**, Diário Oficial da União, Brasília, 24 out 2009.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências**, Diário Oficial da União. Brasília, 22 out 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**, Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov 2001. 38.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014.. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências**, Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun 2014. 8-11.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pro-Saúde:**, objetivos, implementação e desenvolvimento potencial, Brasília, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal de Informação e Gestão da Atenção Básica. **e-Gestor Atenção Básica**, 2020. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 24 Janeiro 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS**, Brasília, 2018.

CAMPOS, F. C. C. D.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p p.

CESARIO, R. R.; CESARIO, M.; SANTOS, C. G. Alvorecer do Paradigma Sistêmico na Educação Médica. **Rev Bras Educ Med**, 1, 2019. 305-313.

CONTANDRIOPOULOS, A-P, et al. In: HARTZ, Z. M. D. A.; ORG. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132p.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milband Quaterly**, v. 83, n. No. 4, p. 691-729, 2005.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching**. New York. 1910.

FORREST, C. B. Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? **BMJ**, v. 326, p. 692-5, março 2003.

GÉRVAS, J., FERNÁNDEZ, M.P. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria*. 35 (2). 95-98. 2005.

GREAT BRITAIN. MINISTRY OF HEALTH. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920** (Lord Dawson of Penn).

GUSSO, G. D. F. Diagnóstico da demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária, 2ª edição (CIAP-2)., São Paulo, Tese de Doutorado na Faculdade de Medicina da USP, 2009.

HARZHEIM, E. Entrevista à Revista Brasileira de Saúde da Família nº 14, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua 2012-2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades, 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 24 Janeiro 2021.

JANTSCH, A.G. The impact of residency training in family medicine in promoting the attributes of primary care in Rio de Janeiro. 2020. 219f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. **Manual de Medicina de Família e Comunidade**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2019. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/noticia/6815>>. Acesso em: 24 janeiro 2021.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 4, 2012. 1293-1311.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, outubro 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS: [s.n.]. 1978.

REBOLHO, P.C., NETO, P.P., PEDEBÔS, L.A, *et al.* Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26 (4), 1265-1274, 2021.

SCHEFFER, M ET AL. **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p.

SHADD, J. et al. Patterns of referral in a Canadian primary care electronic health record database: retrospective cross-sectional analysis. **Informatics in Primary Care**, v. 19, p. 217-23, 2011.

SIMAS, K. B. F. et al. A residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil: Breve recorte histórico. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, [s.l.], 40, 2018. 1-13.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B., et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

TOSTES, M. L. F. ALMEIDA, V. LAZARI, M. G. T *et al.* Avanços da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. In: Org. TEIXEIRA, M.G., RATES, S.M.M., FERREIRA, J.M. **O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona, 2012. 2v.

ZURRO, A. M. Evaluación de la formación posgrada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). **Aten Primaria**, [s.l.], 2002. 46-56.

10 ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência Institucional da SMSA



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa “IMPACTO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: ANÁLISE DAS REFERÊNCIAS PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA”, sob a responsabilidade do pesquisador **Lucas Néviton Rodrigues de Abreu**, CPF 106.791.936-85, cujo objetivo é “avaliar o impacto da formação e titulação em MFC dos médicos que atuam ou atuaram na Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, tendo como critério as taxas de referências para o nível secundário, no período de 2011 a 2020” e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2021

Nathália de Faria Barbosa - BM 115.269-4
Diretora Estratégica de Pessoas - DIEP
Secretaria Municipal de Saúde / SUOGF

Nathália de Faria Barbosa
Diretora Estratégica de Pessoas
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Cláudia Fidelis Barcaro - BM 114310-6
Assessoria de Educação em Saúde
EUS-SA / SMSA-BH

Cláudia Fidelis Barcaro
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

Anexo B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: ANÁLISE DAS REFERÊNCIAS PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Pesquisador: LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44462821.0.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.677.239

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III. Contudo, requer apresentação de bases científicas que justifiquem o estudo.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Trata-se de um estudo descritivo longitudinal que a partir de dados de bases secundárias de informações analisará as referências realizadas ao nível secundário pelo universo de médicos que atua ou atuou na Estratégia de Saúde da Família do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 2011 a 2020."

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

"Objetivo primário

Avaliar o impacto da formação e titulação em MFC dos médicos que atuam ou atuaram na Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, tendo como critério as taxas de referências para o nível secundário, no período de 2011 a 2020.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.677.239

Objetivo secundário

Caracterizar o perfil de formação e titulação dos médicos que atuam ou atuaram na ESF do município.
 Identificar os grupos de médicos por formação e titulação que atuam ou atuaram na ESF e suas respectivas taxas médias de referência para a atenção secundária.
 Avaliar o impacto da formação e titulação em MFC dos médicos que atuam ou atuaram na ESF em relação às taxas médias de referências para a atenção secundária."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

"Os riscos de exposição dos participantes e dos dados oriundos das bases de dados são mínimos. Em virtude disso, serão reduzidos da seguinte forma: somente o pesquisador responsável terá acesso aos dados coletados; todos os dados coletados serão armazenados em local apropriado, inacessível ao público e por um período de 5 (cinco) anos. Após esse período, todos os dados coletados serão deletados.

Considerando o Art 2º a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), serão garantidos os fundamentos da proteção de dados pessoais, entre eles o respeito à privacidade, inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem, além de ser respeitada a confidencialidade, não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico/financeiro. Ainda segundo o Item IV do Art. 7º da Lei citada acima, o tratamento de dados pessoais poderá ser realizado "para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais".

Caso aconteça algum dano ao participante, medidas indenizatórias serão adequadamente providenciadas pela equipe de pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão. Esclarece a forma de obtenção dos dados de pesquisa, no projeto consta que a para a coleta dos dados serão utilizados os bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH) e do sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.677.239

(CNES/Datasus), caso necessário.

As referências bibliográficas apresentadas são atuais. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. A data de qualificação apresentada consta após o período de resposta do CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9,10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Lembramos ao pesquisador que, no cumprimento da Resolução 466/2012, a coleta de dados deve iniciar após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e o CEP deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está APROVADO, estando de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, segundo este relato.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.677.239

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1709360.pdf	21/04/2021 19:12:08		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_o_CEP_Apos_readequacoes_21_04_21.docx	21/04/2021 19:11:22	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo_e_confidencialidade.pdf	02/03/2021 09:54:05	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_de_dispensa_de_TCLE.pdf	02/03/2021 09:52:24	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_PBH.pdf	02/03/2021 09:49:44	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Plataforma_Brasil_assinado.pdf	02/03/2021 09:48:04	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



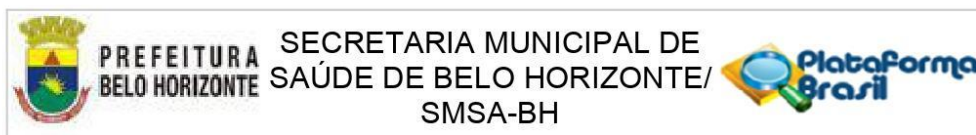
Continuação do Parecer: 4.677.239

JUIZ DE FORA, 28 de Abril de 2021

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: ANÁLISE DAS REFERÊNCIAS PARA A ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Pesquisador: LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44462821.0.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

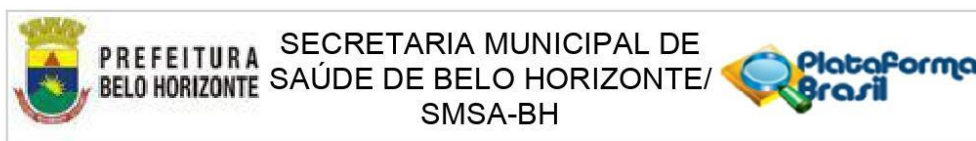
Número do Parecer: 4.760.501

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o principal cenário de atuação da Medicina de Família e Comunidade (MFC). No Brasil, o modelo de APS adotado, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda possibilita que médicos sem formação específica em MFC atuem nesse nível de atenção. No município de Belo Horizonte, Minas Gerais, a rede de atenção do SUS convive com uma grande demanda assistencial sobre a APS, além de elevado tempo de espera para acesso à atenção secundária. Tal contexto configura-se num grande desafio para a atenção primária ao buscar melhor utilização e resolutividade clínica, evitando referências desnecessárias para a atenção secundária. As hipóteses levantadas nesse estudo são de que a formação em MFC garante uma maior competência clínica, um uso mais consciente dos recursos em saúde, e que por isso esses profissionais referenciam menos os pacientes para a atenção secundária e conseguem garantir a resolutividade clínica da APS, reservando para a atenção secundária os pacientes com uma complexidade maior e que realmente necessitem de cuidados especializados. Estudo descritivo, longitudinal que buscará identificar a taxa média de referências e por tipo de especialidade médica para o nível secundário, dos profissionais médicos que atuam/atuaram na ESF, comparando o comportamento de tal variável nos grupos de médicos de outras especialidades, sem nenhuma especialização e com titulação em MFC.

O cenário do estudo é o município de Belo Horizonte. Esse município aderiu à ESF em 2002 e conta

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.760.501

atualmente com cerca de 585 equipes de saúde da família, com uma cobertura de 80,20% da população pela ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

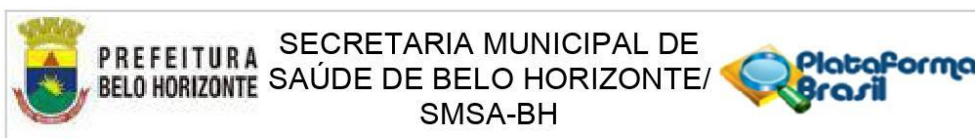
Optou-se por não trabalhar com amostragem, logo será utilizado o número total de profissionais médicos que atuam ou atuaram em equipes da ESF no período de 2011 a 2020. A definição deste período de estudo contemplará o ano em que se concluiu a implantação do prontuário informatizado em todas as unidades básicas de saúde do município até o último ano de dados consolidados.

Para a caracterização desses profissionais médicos serão identificadas as seguintes variáveis: nome, idade, gênero, raça, registro no Conselho Regional de Medicina (CRM), tempo na ESF e na UBS que atua ou atuou e a classificação da UBS no Índice de Vulnerabilidade Social (IVS – índice próprio do município). Esses dados citados acima serão solicitados via ofício à Diretoria Estratégica de Pessoas (DIEP) da SMSA, para que os forneça através de uma planilha do Excel®. A SMSA já forneceu carta de anuência e infraestrutura para a disponibilização dos dados, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Caso as informações de vinculação dos profissionais às equipes não esteja disponível, esse dado será retirado do sistema do Cadastro Nacional de Entidades de Saúde (CNES/Datasus). A informação da classificação das UBS será retirada do Decreto Nº 16.983/PBH, de 27 de setembro de 2018.

A partir do total de médicos identificados, as informações relativas à formação (especialização/residência médica) e titulação em MFC (médicos que foram aprovados na prova de título da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC) destes profissionais serão buscadas nos sites do Conselho Federal de Medicina (CFM), Comissão Nacional de Residência Médica (SISCNRM) e SBMFC. Com essas informações espera-se, a princípio, a identificação de pelo menos os seguintes grupos: médicos sem especialização/título, médicos de família e comunidade com titulação ou residência e médicos com outras especialidades que atuam ou atuaram na ESF do município no período estudado. A partir dos grupos identificados, serão calculadas as taxas de referências para a atenção secundária por especialidade (número total de referências sobre o número total de consultas médicas no período). O número total de consultas médicas e o número total de encaminhamentos realizados por cada profissional serão solicitados via ofício à Assessoria de Tecnologia da Informação em Saúde (ASTIS), da SMSA, que deverá enviar esses dados através de uma planilha do Excel®.

Para avaliar o impacto da formação/titulação em MFC serão utilizadas as taxas de referências calculadas acima. Serão elaboradas planilhas e gráficos utilizando o programa Excel® 2020 e para análise estatística dos dados será utilizado o programa SPSS Statistics® Versão 20.0.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.760.501

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da formação e titulação em MFC dos médicos que atuam ou atuaram na Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, tendo como critério as taxas de referências para o nível secundário, no período de 2011 a 2020.

Objetivos Secundários:

Caracterizar o perfil de formação e titulação dos médicos que atuam ou atuaram na ESF do município.

Identificar os grupos de médicos por formação e titulação que atuam ou atuaram na ESF e suas respectivas taxas médias de referência para a atenção secundária.

Avaliar o impacto da formação e titulação em MFC dos médicos que atuam ou atuaram na ESF em relação às taxas médias de referências para a atenção secundária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

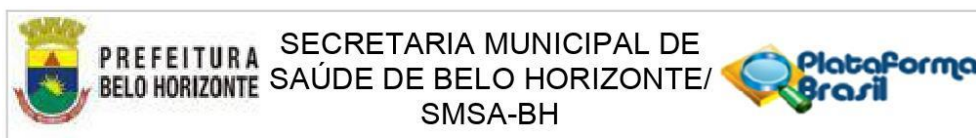
Os riscos de exposição dos participantes e dos dados oriundos das bases de dados são mínimos. Em virtude disso, serão reduzidos da seguinte forma: somente o pesquisador responsável terá acesso aos dados coletados; todos os dados coletados serão armazenados em local apropriado, inacessível ao público e por um período de 5 (cinco) anos. Após esse período, todos os dados coletados serão deletados.

Considerando o Art 2º a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018), serão garantidos os fundamentos da proteção de dados pessoais, entre eles o respeito à privacidade, inviolabilidade da intimidade, da honra e da imagem, além de ser respeitada a confidencialidade, não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico/financeiro. Ainda segundo o Item IV do Art. 7º da Lei citada acima, o tratamento de dados pessoais poderá ser realizado “para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais”.

Caso aconteça algum dano ao participante, medidas indenizatórias serão adequadamente providenciadas pela equipe de pesquisa.

Benefícios:

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.760.501

Com esse estudo espera-se subsidiar os gestores municipais dos serviços públicos de saúde para a contratação de médicos de família e comunidade e para que sejam criados mecanismos de captação e fixação desses especialistas na ESF, a partir de evidências que mostrem que esse especialista tende a gerar a otimização de recursos em saúde para o município, como a diminuição da fila de espera para a atenção secundária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante que poderá contribuir na qualificação e competência clínica, um uso mais consciente dos recursos em saúde, referenciamento mais assertivos para a atenção secundária, garantir a resolutividade clínica da APS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Diante da análise realizada, o CEP/SMSA, de acordo com suas atribuições respaldadas pela legislação vigente, manifesta-se pela aprovação deste projeto.

Salienta-se que durante o estado de emergência de saúde pública decorrente da Covid-19, devem ser adotadas medidas para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade das pessoas em situação de rua, gestores, trabalhadores, equipe de pesquisa e dos demais envolvidos no estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

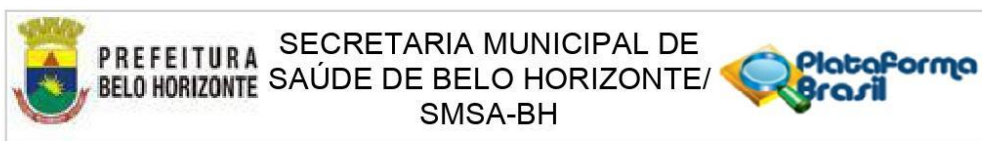
O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, de acordo com os requisitos da Resolução CNS 466/12 e 510/16, RESOLVE considerar este projeto de pesquisa como "APROVADO".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_para_o_CEP_Apos_readequaco es_21_04_21.docx	21/04/2021 19:11:22	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo_e_confidencialidade	02/03/2021	LUCAS NEVITON	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 4.760.501

Outros	.pdf	09:54:05	RODRIGUES DE ABREU	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Solicitacao_de_dispensa_de_TCLE.pdf	02/03/2021 09:52:24	LUCAS NEVITON RODRIGUES DE ABREU	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Junho de 2021

Assinado por:

SANDRA CRISTINA PAULUCCI CAVALCANTI DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 302
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br