



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E
COMUNIDADE SESAU/FIOCRUZ**

MARCELO PRADO MELOTI FERNANDES

**ENSINO EM SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO NO
ACESSO A PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAMPO GRANDE

2026



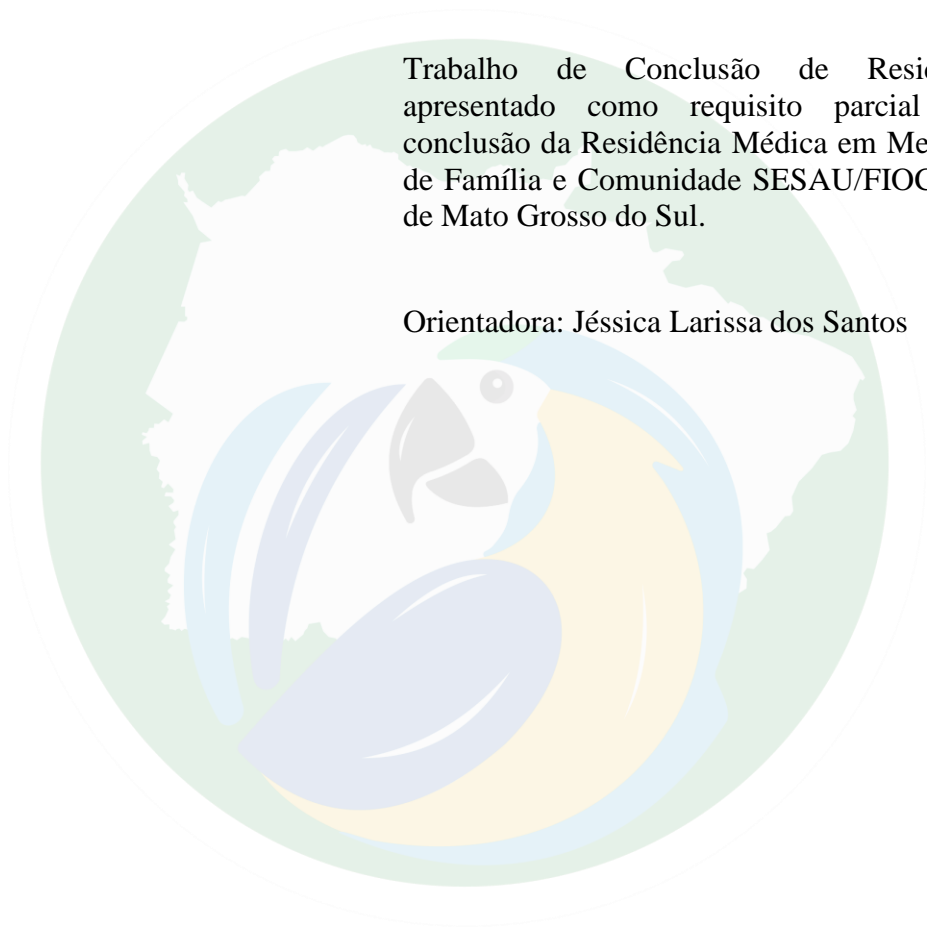
Residência em Medicina de Família e Comunidade
SESAU | Campo Grande/MS

Avenida Afonso Pena, 3547 - Centro
CEP: 79002 - 072 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3056 - 8005

ENSINO EM SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO NO ACESSO A PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado como requisito parcial para
conclusão da Residência Médica em Medicina
de Família e Comunidade SESAU/FIOCRUZ,
de Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Jéssica Larissa dos Santos



CAMPO GRANDE

2026

Ensino em serviço como estratégia de ampliação no acesso a procedimentos na Atenção Primária à Saúde

In-service training as a strategy to expand access to procedures in Primary Health Care

Formación en servicio como estrategia para ampliar el acceso a procedimientos en la Atención Primaria de la Salud

Título corrido: Formação médica e acesso na APS

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde desempenha um papel central na coordenação do cuidado e na garantia do acesso aos serviços de saúde no Brasil. A ampliação do escopo de procedimentos clínicos e cirúrgicos neste nível de atenção é reconhecida como estratégia para aumentar a resolutividade, reduzir encaminhamentos desnecessários e fortalecer o cuidado ofertado. Nesse contexto, programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade representam um fator com potencial impacto sobre a organização dos serviços e a prática assistencial aumentando a oferta de procedimentos à população. **Objetivo:** Analisar a variação na produtividade de procedimentos realizados na Atenção Primária à Saúde após a implantação de um programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em um município brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, ecológico e longitudinal, baseado em dados secundários de domínio público. Foram analisados registros mensais de procedimentos realizados por médicos, de janeiro de 2015 a dezembro de 2024, obtidos a partir de sistemas oficiais de informação em saúde. O período foi dividido em pré-implantação do programa de residência local (2015–2019) e pós-implantação (2020–2024). Foram selecionados procedimentos considerados relevantes para a resolutividade da Atenção Primária à Saúde. A análise estatística foi realizada através de teste apropriado para comparação de dois grupos independentes com distribuição não gaussiana. **Resultados:** Observou-se aumento estatisticamente significativo na produtividade médica dos procedimentos selecionados após a implantação do programa de residência no município. **Conclusões:** A implantação do programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade se relaciona com aumento expressivo na realização de procedimentos na Atenção Primária à Saúde do município. Os resultados sugerem que o ensino em serviço, aliado à supervisão qualificada, contribui para o amadurecimento do sistema de saúde local, ampliando o acesso da população a cuidados que podem ser ofertados nesse nível de atenção.

Palavras-chave: Acesso à Atenção Primária. Residência Médica. Utilização de Procedimentos e Técnicas. Estratégias de Saúde. Integralidade em Saúde.

Como citar: Fernandes MPM, Santos JL. Ensino em serviço como estratégia de ampliação no acesso a procedimentos na Atenção Primária à Saúde. Trabalho de Conclusão de Residência. Campo Grande: Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, SESAU/Fiocruz; 2026.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care plays a central role in coordinating care and ensuring access to health services in Brazil. Expanding the scope of clinical and surgical procedures at this level of care is recognized as a strategy to increase health system resolvability, reduce unnecessary referrals, and strengthen the care provided. In this context, Medical Residency programs in Family and Community Medicine represent a factor with potential impact on service organization and clinical practice, increasing the availability of procedures to the population. **Objective:** To analyze variations in the productivity of procedures performed in Primary Health Care after the implementation of a Medical Residency program in Family and Community Medicine in a Brazilian municipality. **Methods:** This is an observational, ecological, and longitudinal study based on secondary publicly available data. Monthly records of procedures performed by physicians from January 2015 to December 2024 were analyzed, obtained from official health information systems. The period was divided into pre-implementation of the local residency program (2015–2019) and post-implementation (2020–2024). Procedures considered relevant to the problem-solving capacity of Primary Health Care were selected. Statistical analysis was performed using an appropriate test for comparison of two independent groups with non-Gaussian distribution. **Results:** A statistically significant increase in medical productivity of the selected procedures was observed after the implementation of the residency program in the municipality. **Conclusions:** The implementation of the Medical Residency program in Family and Community Medicine is associated with a marked increase in the performance of procedures in Primary Health Care in the municipality. The results suggest that in-service training, combined with qualified supervision, contributes to the maturation of the local health system by expanding population access to care that can be provided at this level of care.

Keywords: Access to Primary Care. Medical Residency. Procedures and Techniques Utilization. Health Strategies. Integrality in Health.

RESUMEN

Introducción: La Atención Primaria de la Salud desempeña un papel central en la coordinación del cuidado y en la garantía del acceso a los servicios de salud en Brasil. La ampliación del alcance de los procedimientos clínicos y quirúrgicos en este nivel de atención es reconocida como una estrategia para aumentar la capacidad resolutive, reducir derivaciones innecesarias y fortalecer la atención prestada. En este contexto, los programas de Residencia Médica en Medicina de Familia y Comunidad representan un factor con potencial impacto en la organización de los servicios y en la práctica asistencial, incrementando la oferta de procedimientos a la población.

Objetivo: Analizar la variación en la productividad de los procedimientos realizados en la Atención Primaria de Salud tras la implementación de un programa de Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria en un municipio brasileño.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, ecológico y longitudinal, basado en datos secundarios de dominio público. Se analizaron registros mensuales de procedimientos realizados por médicos entre enero de 2015 y diciembre de 2024, obtenidos a partir de sistemas oficiales de información en salud. El período se dividió en pre-implementación del programa de residencia local (2015–2019) y post-implementación (2020–2024). Se seleccionaron procedimientos considerados relevantes para la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud. El análisis estadístico se realizó mediante una prueba apropiada para la comparación de dos grupos independientes con distribución no gaussiana.

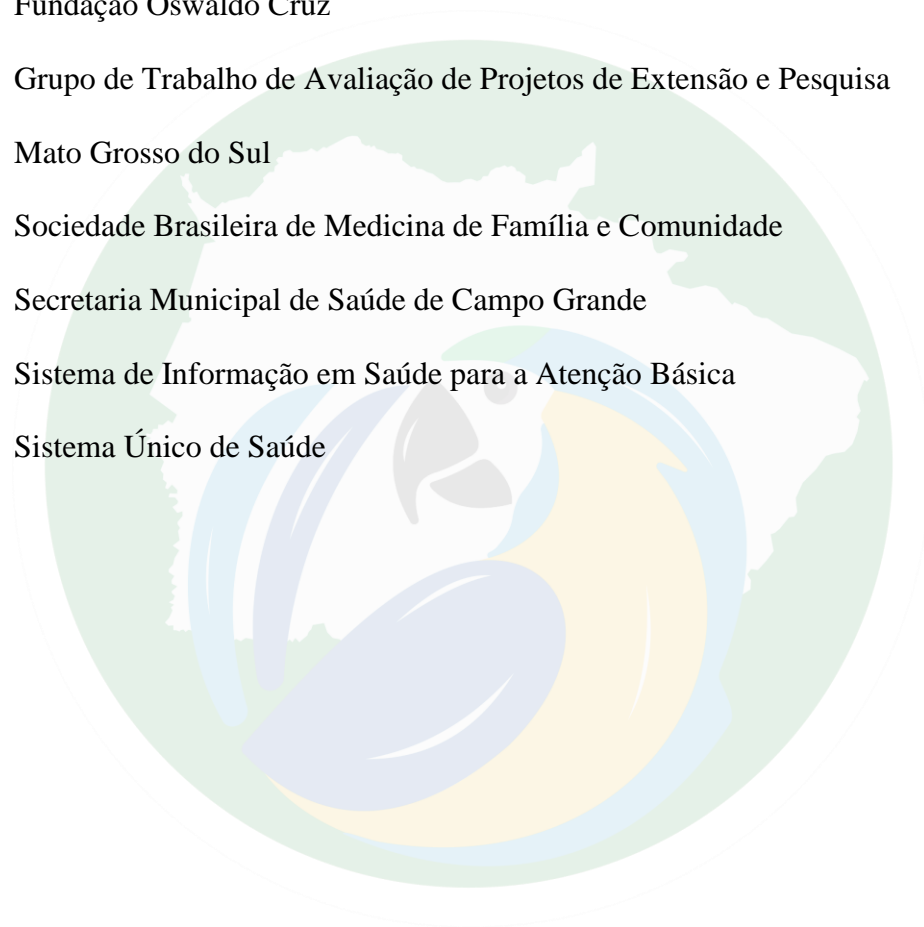
Resultados: Se observó un aumento estadísticamente significativo en la productividad médica de los procedimientos seleccionados tras la implementación del programa de residencia en el municipio.

Conclusiones: La implementación del programa de Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria se asocia con un aumento expresivo en la realización de procedimientos en la Atención Primaria de Salud del municipio. Los resultados sugieren que la formación en servicio, aliada a una supervisión calificada, contribuye al fortalecimiento del sistema de salud local, ampliando el acceso de la población a cuidados que pueden ser ofrecidos en este nivel de atención.

Palabras clave: Acceso a Atención Primaria. Residencia Médica. Utilización de Procedimientos y Técnicas. Estrategias de Salud. Integralidad en Salud.

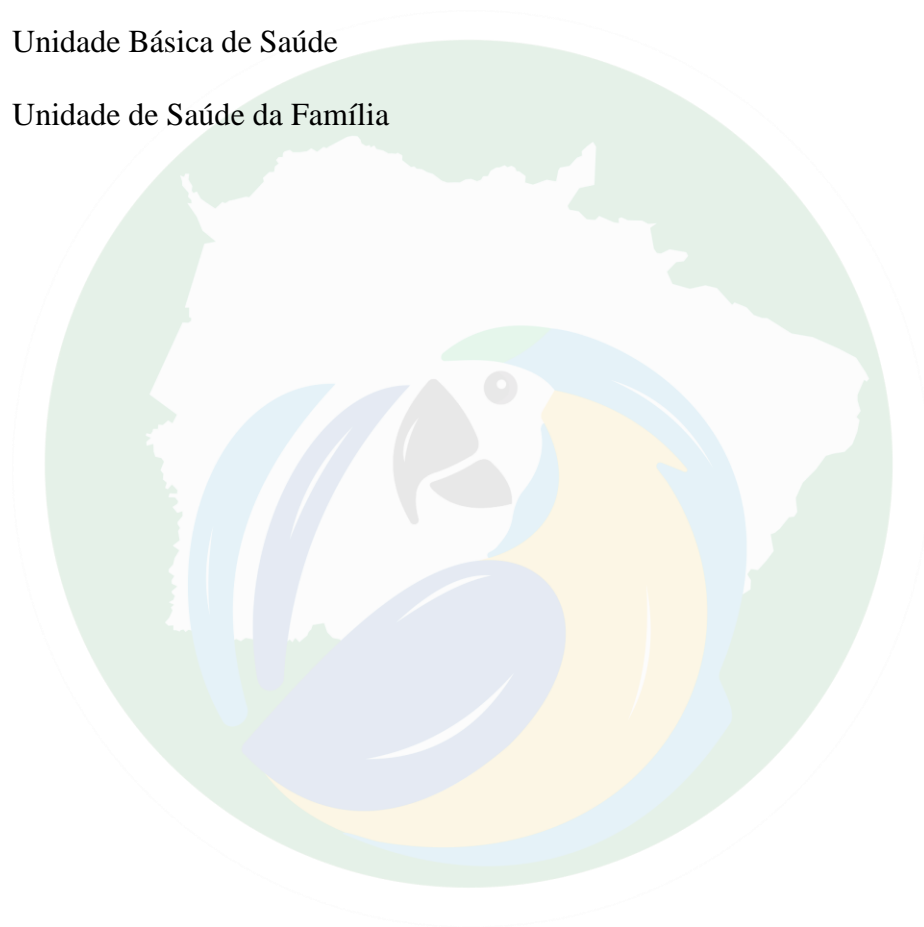
LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTAPEP	Grupo de Trabalho de Avaliação de Projetos de Extensão e Pesquisa
MS	Mato Grosso do Sul
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde



LISTA DE ABREVIATURAS

IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MFC	Médico de Família e Comunidade
PRMMFC	Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família



SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 MÉTODOS.....	10
2.1 Tipo, local, contexto e período do estudo	10
2.2 Amostra	10
2.3 Coleta de dados	11
2.4 Organização dos dados.....	12
2.5 Análise dos dados.....	12
2.6 Aspectos Éticos	13
3 RESULTADOS	13
4 DISCUSSÃO.....	17
5 CONCLUSÃO.....	19
DECLARAÇÕES.....	21
REFERÊNCIAS	22
APÊNDICES E ANEXOS	24

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se consolidado como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desempenhando um papel central na coordenação do cuidado e na garantia do acesso aos serviços de saúde.¹ Evidências demonstram que sistemas de saúde são mais eficazes, eficientes e equitativos quando possuem uma APS solidificada, especialmente quando há a presença de Médicos de Família e Comunidade (MFC) especializados nesse campo.² No contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a APS tem expandido seu escopo de atuação para além das ações tradicionais de promoção e prevenção de saúde, incorporando procedimentos clínicos e cirúrgicos de maior complexidade técnica.^{3,4}

A expansão dessas práticas reflete o fortalecimento na resolutividade e na integralidade do cuidado, conceitos fundamentais para que a APS seja mais eficaz em seu propósito.^{4,5} A inclusão de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais na prática da APS não apenas aumenta o acesso aos cuidados em saúde, como também reduz a sobrecarga nos níveis secundário e terciário de atenção, otimizando o uso dos recursos do sistema de saúde e diminuindo as longas filas de espera geradas pelo encaminhamento excessivo à atenção especializada.⁶ Essa abordagem, alinhada aos fundamentos da Medicina de Família e Comunidade, promove princípios como a longitudinalidade e o fortalecimento dos vínculos entre os pacientes e suas famílias com os profissionais de suas equipes, favorecendo melhores desfechos em saúde.^{7,8}

Do ponto de vista das competências profissionais, o Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade estabelece que o MFC deve estar apto a realizar diversos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, incluindo drenagem de abscessos, suturas, cantoplastia, inserção e remoção de dispositivo intrauterino (DIU), cauterização química de verrugas, punção e infiltração articular, anestesia local e bloqueios anestésicos, remoção de cistos e lipomas, frenectomia e tamponamento nasal, entre outros.⁹

Entretanto, a incorporação dessas competências à prática assistencial ainda ocorre de forma heterogênea entre os diferentes contextos observados no território nacional.¹⁰ Ressalta-se que essas competências, quando efetivamente desenvolvidas e aplicadas, têm o potencial de ampliar significativamente a resolutividade dentro das Unidades de Saúde da Família (USF).^{7,9}

Apesar dos benefícios reconhecidos, a implementação dessa prática encontra desafios. Entre os principais obstáculos destacam-se: a necessidade de capacitação dos profissionais; a garantia de infraestrutura adequada nas USF e Unidades Básicas de Saúde (UBS); e a organização de processos de trabalho que viabilizem a incorporação desses procedimentos à rotina assistencial.^{2,11} Ademais, dados dos estudos "Demografia Médica no Brasil" evidenciam que, embora o número de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade tenha aumentado de 4.022 (1,2% do total) em 2014 para 5.486 (1,4% do total) em 2017, a distribuição desses profissionais pelo território nacional permanece notadamente desigual.¹²

Nesse contexto, a implantação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) emerge como estratégia fundamental para a qualificação da força de trabalho na APS. Experiências internacionais demonstram avanços significativos na consolidação dos sistemas nacionais de saúde através do investimento em programas de residência médica, inclusive com regulamentação estatal sobre a disponibilidade de vagas conforme as necessidades específicas de cada país.⁸ No Brasil, a formação em serviço, baseada em competências e alinhada às necessidades de saúde da população, atua como um elemento estratégico para superar as barreiras e promover a sustentabilidade de ações de complexidade crescente dentro do SUS.⁹

No município de Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul (MS), a implantação do PRMMFC através de uma parceria firmada entre a Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2020 configura uma oportunidade de avaliar o papel da educação médica na qualificação das práticas assistenciais na APS.¹³

Embora haja recomendações claras para a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos na APS, são escassos estudos que avaliem longitudinalmente, em nível municipal, a evolução dessa prática e sua relação com programas de formação médica. Estudos desta natureza podem contribuir para o campo da educação médica e da organização dos serviços de saúde ao fornecer evidências sobre o impacto da formação especializada em Medicina de Família e Comunidade na ampliação da resolutividade da APS, justificando a realização da presente investigação.

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a produtividade médica de procedimentos diagnósticos e terapêuticos na APS de Campo Grande, MS, antes e depois da implantação de um PRMMFC.

Especificamente, buscou-se: descrever a distribuição temporal da produtividade médica de procedimentos selecionados na APS do município, ao longo de uma série histórica; comparar a produtividade desses procedimentos entre os períodos anterior e posterior à implantação do PRMMFC; e analisar mudanças no perfil de oferta de procedimentos considerados estratégicos na carteira de serviços da atenção primária, no período pós-implantação do programa.

2 MÉTODOS

2.1 Tipo, local, contexto e período do estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico de série temporal, com abordagem ecológica, conduzido no município de Campo Grande, MS. O estudo compreendeu o conjunto das unidades funcionais da APS do município, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2024, totalizando 120 meses de observação.

Campo Grande é a capital do estado de Mato Grosso do Sul, com população de 898.100 pessoas identificada no último censo, em 2022, e estimada em 962.883 pessoas no ano de 2025. A densidade populacional observada no último censo foi de 111,11 hab/km², e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) calculado foi de 0,784.¹⁴ A APS do município é composta por unidades funcionais distribuídas em sete distritos sanitários – Anhanduizinho, Bandeira, Central, Segredo, Prosa, Lagoa e Imbirussu.¹⁵

O PRMMFC em sua conformação atual foi implantado no município de Campo Grande em 2020, originado da parceria entre SESAU e FIOCRUZ. O programa tem como objetivo a formação de médicos especialistas em MFC, com ênfase na ampliação da resolutividade e da qualidade do cuidado na APS.¹³

A série temporal foi dividida em dois períodos para análise comparativa: período pré-programa (janeiro de 2015 a dezembro de 2019, totalizando 60 meses) e período pós-programa (janeiro de 2020 a dezembro de 2024, totalizando 60 meses).

2.2 Amostra

Foram incluídos na análise dados agregados de produtividade médica referentes à realização de procedimentos selecionados no conjunto das unidades de APS do município de Campo Grande.

A seleção dos procedimentos fundamentou-se em critérios de relevância para a ampliação da resolutividade na APS; relação direta com competências previstas no Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família

e Comunidade (SBMFC);⁹ disponibilidade em plataforma oficial de informações em saúde; e representatividade em diferentes níveis de complexidade técnica. Os procedimentos foram categorizados segundo a Carteira de Serviços da Atenção Primária proposta pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro,¹⁶ dada a ausência de documento equivalente no município estudado. A classificação adotada contempla três níveis de complexidade:

Ações Essenciais

1. Drenagem de abscesso
2. Retirada de cerume

Ações Estratégicas

3. Infiltração em cavidades sinoviais
4. Exérese/biópsia/punção de tumor

Ações Ampliadas

5. Acupuntura – Inserção de agulhas
6. Fundoscopia

Nessa classificação, as ações essenciais correspondem a procedimentos básicos, cuja realização é esperada em todas as unidades do respectivo nível de atenção. As ações estratégicas são procedimentos que ampliam a resolutividade ofertada nos serviços, ao passo que as ações ampliadas envolvem procedimentos de maior complexidade, característicos de equipes de saúde com maior grau de maturidade organizacional e técnica.¹⁶ Essa categorização possibilitou a análise do nível de complexidade das práticas incorporadas à rotina assistencial das equipes observadas.

Embora os dados analisados contemplem a totalidade das unidades da APS do município, a associação entre a presença do PRMMFC e as mudanças na produtividade dos procedimentos selecionados foi avaliada de forma inferencial, considerando-se a implantação do programa como um marco temporal de potencial influência sobre o perfil de práticas médicas no contexto local.

2.3 Coleta de dados

Os dados foram extraídos integralmente do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), plataforma oficial do Ministério da Saúde que consolida as informações de saúde da APS em todo o território nacional, sendo a principal base nacional de monitoramento da produção da APS, amplamente utilizada para fins de gestão, avaliação e pesquisa em saúde.¹⁷

Para a extração dos dados, foram aplicados os seguintes filtros na ferramenta de geração de relatórios do SISAB:

a) Unidade Geográfica

- Estado: Mato Grosso do Sul
- Município: Campo Grande

b) Competência: JAN/2015 a DEZ/2024

c) Linha/Coluna:

- Linha do Relatório: Procedimento
- Coluna do Relatório: Competência

d) Filtros:

- Categoria do Profissional: Médico
- Faixa Etária: Ignorar

e) Tipo de Produção:

- Tipo de Produção: Procedimento
- Procedimento (nomenclatura utilizada pelo SISAB): Acupuntura - ins. de agulhas; Drenagem de abscesso; Exérese/biopsia/punção de tum.; Fundoscopia; Infiltração em cav. Sinovial; Retirada de cerume.

2.4 Organização dos dados

Devido às características dos relatórios gerados pelo SISAB, a extração foi realizada de forma anual e posteriormente compilada em dois períodos (2015–2019 e 2020–2024), gerando agrupamentos de dados distintos em formato de planilha eletrônica. Para cada procedimento, foram coletados dados mensais de produção, totalizando 120 competências (meses) ao longo de todo o período estudado.

A organização seguiu as seguintes etapas:

1. Importação dos dados de produtividade do período estipulado
2. Consolidação e categorização temporal dos dados obtidos
 - a. Período pré-programa: 60 meses (janeiro/2015 a dezembro/2019)
 - b. Período pós-programa: 60 meses (janeiro/2020 a dezembro/2024)
3. Organização das séries temporais específicas para cada procedimento analisado

2.5 Análise dos dados

A análise adotou um delineamento ecológico de série temporal com comparação antes–depois, considerando a implantação do PRMMFC como marco temporal para a delimitação dos períodos utilizados no estudo. Considerando a

natureza não paramétrica dos dados utilizados, a análise estatística foi realizada através do teste de Mann-Whitney, apropriado para comparação de dois grupos independentes com distribuição não gaussiana.¹⁸ O teste foi aplicado individualmente para cada um dos seis procedimentos selecionados, e os resultados obtidos foram ilustrados por meio de gráficos de *boxplot* (diagrama de caixa).

Foi adotado nível de significância estatística de 5% ($\alpha = 0,05$), considerando-se estatisticamente significativas as diferenças com valor de $p < 0,05$.

2.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi conduzido seguindo os princípios éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e pela Resolução CNS nº 510/2016.^{19,20}

O projeto de pesquisa foi inicialmente submetido à apreciação da SESAU, através do Grupo de Trabalho de Avaliação de Projetos de Extensão e Pesquisa (GTAPEP), conforme resolução SESAU nº 831 de 5 de agosto de 2024, obtendo autorização formal para sua realização.²¹

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários, de domínio público, disponibilizados pelo SISAB sem qualquer identificação individual de pacientes, profissionais ou unidades de saúde específicas.

Considerando que o estudo não envolveu contato direto com participantes, não houve aplicação de questionários, entrevistas ou qualquer forma de intervenção, e utilizou apenas dados secundários agregados sem identificação individual, foi solicitada e concedida dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto na Resolução CNS nº 510/2016.²⁰

Os pesquisadores comprometeram-se a utilizar os dados exclusivamente para os fins desta pesquisa, garantindo a confidencialidade das informações, ainda que agregadas, e a divulgação dos resultados de forma ética e responsável, contribuindo para o aprimoramento das políticas públicas de saúde e da formação profissional na APS.

3 RESULTADOS

A análise dos dados demonstrou aumento estatisticamente significativo ($p \leq 0,05$) na produtividade médica de todos os procedimentos selecionados após a

implantação do PRMMFC no município. Os valores de mediana e máximos mensais observados em cada período estão dispostos na Tabela 1.

Tabela 1 – Produtividade mensal de procedimentos selecionados realizados por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande, 2015-2024

Procedimento	Pré-programa (2015-2019)		Pós-programa (2020-2024)		Valor de p
	Mediana	Máximo	Mediana	Máximo	
Drenagem de abscesso	0	4	10	22	<0,0001
Retirada de cerume	0	5	73	148	<0,0001
Infiltração em cav. Sinovial	0	0	1	45	<0,0001
Exérese/biópsia/punção de tumor	0	2	33	63	<0,0001
Acupuntura (ins. de agulhas)	0	0	12	124	<0,0001
Fundoscopia	0	0	1	105	<0,0001

**Teste de Mann-Whitney*

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Ações essenciais

No grupo dos procedimentos essenciais, observou-se aumento expressivo na produção após a implantação do programa. A drenagem de abscesso apresentou aumento de mediana nula para 10 procedimentos/mês, enquanto a retirada de cerume evidenciou o maior incremento absoluto entre os procedimentos analisados, passando de mediana nula para 73 procedimentos/mês, com valor máximo de 148 atendimentos no período pós-programa. A evolução desses procedimentos é ilustrada pelas Figuras 1 e 2.

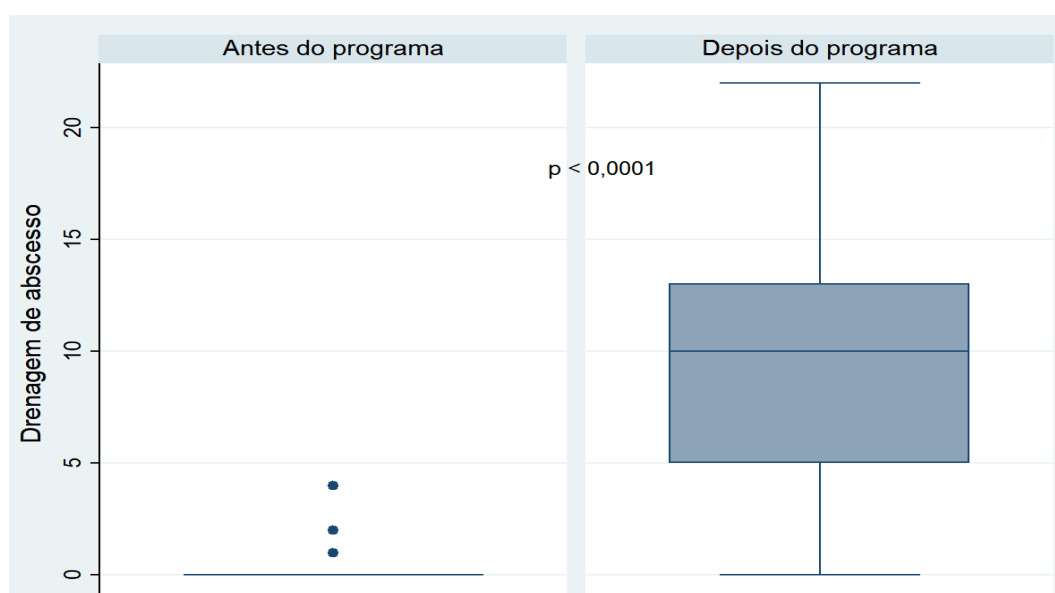


Figura 1 – Distribuição da produtividade mensal de drenagem de abscesso realizada por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande. Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

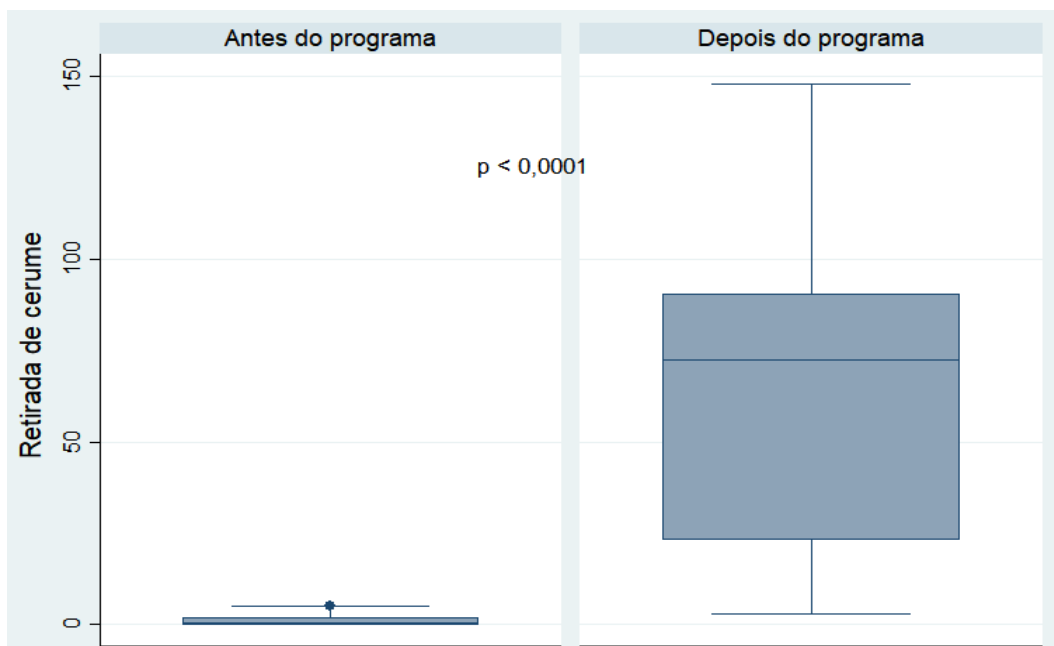


Figura 2 – Distribuição da produtividade mensal de retirada de cerume realizada por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande. Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Ações estratégicas

De forma semelhante, os procedimentos classificados na carteira estratégica, inexistentes no período pré-programa, passaram a integrar a prática assistencial após a implantação do programa. Infiltrações em cavidade sinovial e exérese/biópsia/punção de tumor apresentaram medianas de 1 e 33 procedimentos/mês, respectivamente. A distribuição desses procedimentos nos períodos da série histórica está representada nas Figuras 3 e 4.

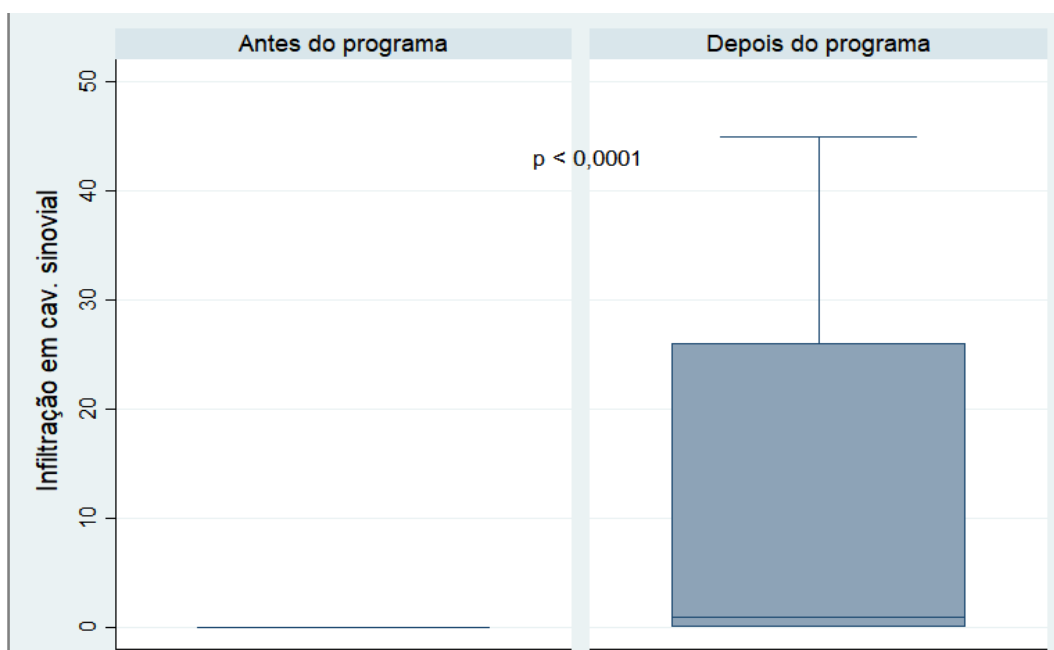


Figura 3 – Distribuição da produtividade mensal de infiltração em cavidade sinovial realizada por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande. Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

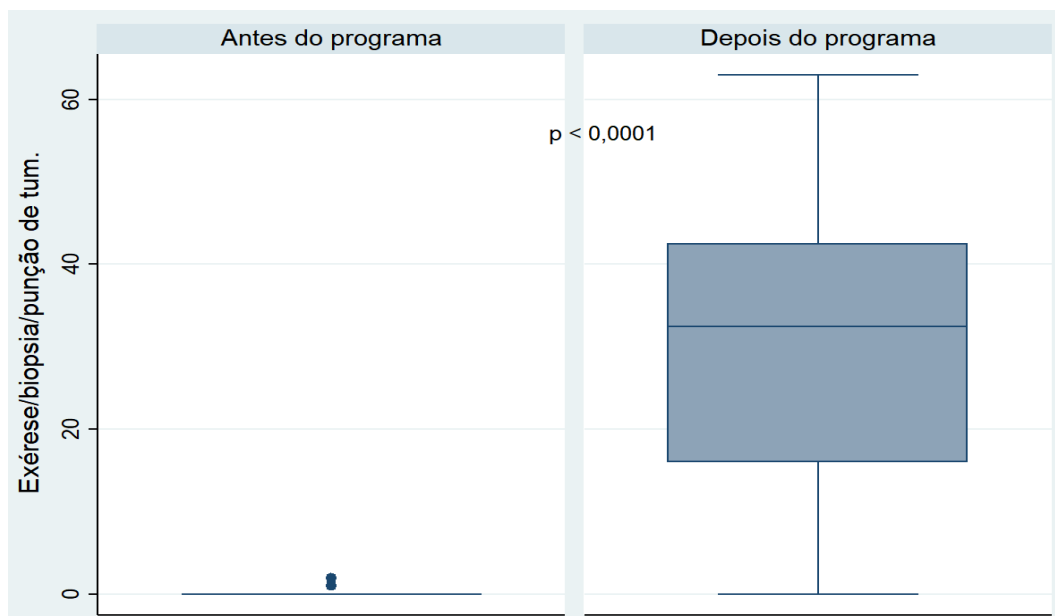


Figura 4 – Distribuição da produtividade mensal de exérese/biopsia/punção de tumor realizada por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande. Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

Ações ampliadas

Por fim, no conjunto de procedimentos da carteira ampliada, também foi observada incorporação de novas práticas à rotina dos serviços. A acupuntura com inserção de agulhas e a fundoscopia, ambas ausentes no período pré-programa, passaram a apresentar medianas de 12 e 1 procedimentos/mês, alcançando valores máximos de 124 e 105 procedimentos/mês, respectivamente. A distribuição desses procedimentos entre os períodos da série histórica é apresentada nas Figuras 5 e 6, evidenciando o padrão de crescimento identificado na análise.

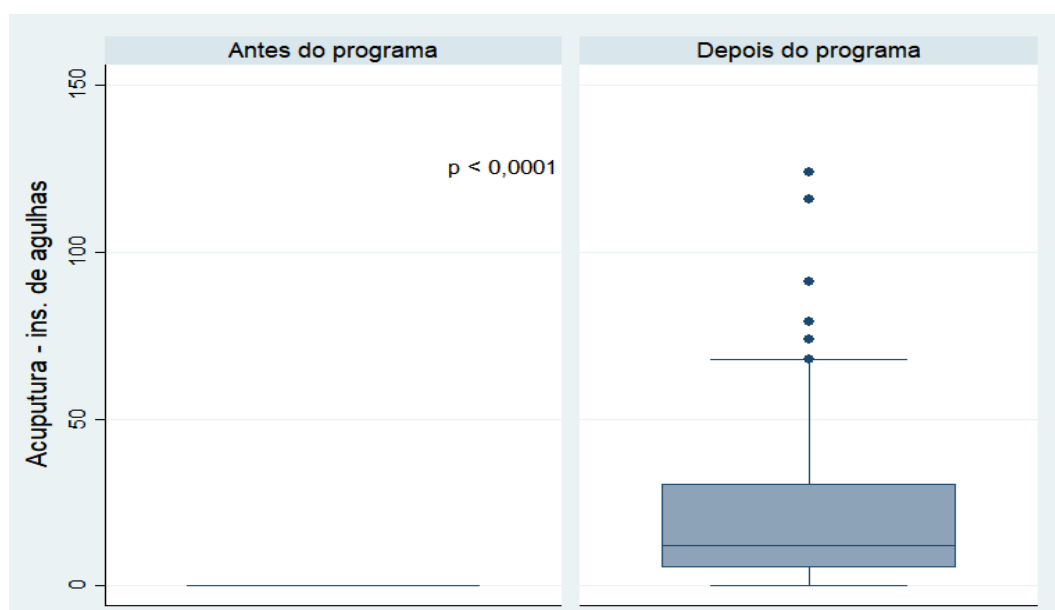


Figura 5 – Distribuição da produtividade mensal de acupuntura com inserção de agulhas realizada por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande. Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

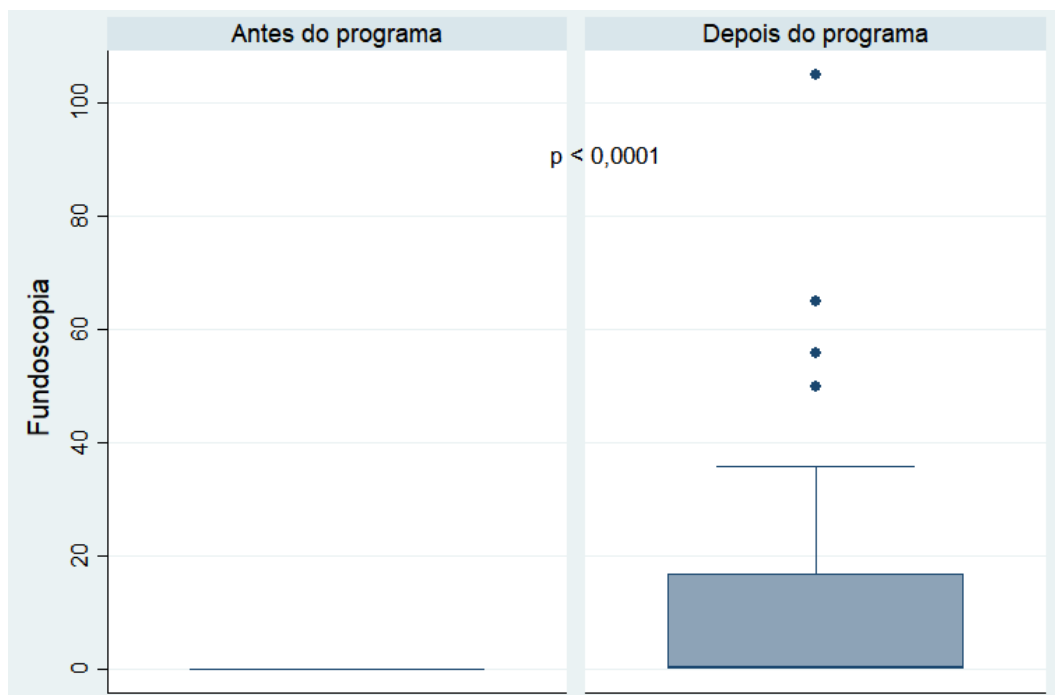


Figura 6 – Distribuição da produtividade mensal de fundoscopia realizada por médicos na APS antes e após implantação do PRMMFC em Campo Grande. Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SISAB.

4 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam um aumento estatisticamente significativo na produtividade médica dos seis procedimentos selecionados após a implantação do PRMMFC no município de Campo Grande, MS. Além da significância estatística, observou-se que procedimentos historicamente pouco realizados na APS local passaram a apresentar maior frequência e regularidade ao longo do período analisado, sugerindo um fortalecimento progressivo da capacidade resolutiva nesse nível de atenção.

Esses achados dialogam com a literatura que aponta o ensino em serviço, fundamentado no desenvolvimento de competências, como um fator relevante para a ampliação da resolutividade na APS através da atuação de especialistas e aprendizes da MFC.^{8,9,11} Os PRMMFC, ao aliar prática médica e andragogia, favorecem o desenvolvimento de competências técnicas que viabilizam a realização de procedimentos no território que tradicionalmente são encaminhados a outros níveis de atenção à saúde, reduzindo assim a sobrecarga de outras instâncias do sistema.

O aumento da produtividade em procedimentos como retirada de cerume e drenagem de abscessos, considerados essenciais na prática da APS,¹⁶ sugere não apenas maior capacitação profissional, mas também indica que essas práticas deixaram de ocorrer de forma episódica e passaram a integrar de modo mais consistente a rotina assistencial. Tal resultado pode estar relacionado a

aprimoramentos organizacionais dentro dos serviços de saúde de modo a legitimar a APS como um espaço adequado para a prestação destes serviços.

A análise por categorias de complexidade oferece uma perspectiva adicional sobre o fenômeno observado: a ampliação da produtividade em procedimentos como infiltração de cavidade sinovial e exérese/biopsia/punção de tumor — classificados como ações estratégicas — bem como acupuntura com inserção de agulhas e fundoscopia — incluídos na carteira ampliada — evidencia a incorporação de práticas anteriormente inexistentes no contexto local, sugerindo evolução progressiva da capacidade assistencial da rede municipal.

Essa diversificação do escopo de práticas na APS alinha-se ao conceito de evolução da maturidade das equipes de saúde,¹⁶ potencializado pela presença de um programa estruturado de formação médica supervisionada. Nesse sentido, a presença de um PRMMFC pode ser interpretada como um fator de mudança, ao promover ambientes de prática profissional reflexiva, sustentados por supervisão qualificada, que favorecem a incorporação progressiva de procedimentos de maior complexidade técnica no âmbito da APS.

Entre as fortalezas do estudo, destaca-se a análise longitudinal em série histórica extensa (120 meses), com dados provenientes de sistema oficial e extração descrita de forma detalhada, favorecendo reprodutibilidade. A seleção de procedimentos alinhada a competências esperadas do MFC e a estratificação por complexidade contribuem para interpretar os achados não apenas como aumento quantitativo, mas como possível ampliação da capacidade assistencial da rede municipal.

Reconhece-se como principal limitação deste estudo a impossibilidade de estabelecer uma relação causal direta entre a implantação do PRMMFC e as mudanças observadas na produtividade dos procedimentos. Isso se deve à abordagem ecológica utilizada, que não permite avaliar o impacto do comportamento individual de unidades ou profissionais específicos sobre o objeto de estudo. Do mesmo modo, não foi possível avaliar a qualidade técnica dos procedimentos realizados, a adequação das indicações clínicas ou os desfechos para os usuários, aspectos que demandariam abordagens complementares, como estudos de avaliação da qualidade assistencial, auditorias clínicas ou análises de prontuários. Além disso, a comparação pré-pós adotada não modela a tendência temporal nem avalia a autocorrelação inerente a séries mensais, o que pode superestimar a significância estatística. Em análises futuras, o uso de métodos específicos como série temporal interrompida ou regressão segmentada podem refinar a inferência.

Também é possível que fatores contextuais tenham contribuído para os resultados, incluindo transições políticas no município, alterações estruturais na rede de saúde e a implementação de protocolos assistenciais durante o período. Destaca-se ainda que parte do período pós-implantação (2020-2021) coincidiu com a pandemia de COVID-19, evento que pode ter impactado tanto a organização dos serviços quanto o registro de procedimentos na APS. Ainda assim, observa-se manutenção do aumento ao longo do período pós-implantação, o que sugere consistência do fenômeno observado.

Do ponto de vista prático, os resultados reforçam o ensino em serviço como estratégia potencial para ampliar tanto o acesso a procedimentos quanto a resolutividade na APS. Para gestores de sistemas de saúde e coordenadores de programas de formação médica, esses achados sugerem que investimentos em preceptoria qualificada, garantia de insumos e equipamentos adequados, e organização de agendas e fluxos assistenciais específicos para a realização de procedimentos são elementos essenciais para sustentar a incorporação dessas práticas com segurança e qualidade. Estudos futuros podem refinar a inferência causal por meio de análises de séries temporais interrompidas, comparações entre unidades estratificadas pela presença de residentes, além de avaliações da qualidade técnica dos procedimentos, adequação das indicações clínicas e desfechos de saúde para os usuários.

5 CONCLUSÃO

O estudo realizado demonstrou associação temporal entre a implantação do PRMMFC em Campo Grande e um aumento estatisticamente significativo na produtividade médica de procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados na APS do município. A análise da série histórica evidenciou evolução consistente na realização dos procedimentos selecionados no período pós-implantação do programa, refletindo a incorporação de novas práticas à rotina assistencial, anteriormente ausentes ou episódicas no contexto municipal.

Observou-se ampliação da oferta tanto de procedimentos classificados como essenciais quanto daqueles enquadrados como ações estratégicas e ampliadas, o que sugere um processo de amadurecimento da capacidade técnica das equipes de saúde e o aprimoramento da capacidade assistencial da ESF no município.

Os achados reforçam o ensino em serviço como uma estratégia com potencial para ampliar a resolutividade da APS e o acesso a procedimentos diagnósticos e

terapêuticos que tradicionalmente não são ofertados neste nível de atenção. Os resultados apresentados trazem implicações relevantes para gestores de sistemas de saúde e formuladores de políticas de educação médica, ao indicar que o investimento em programas estruturados de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade pode contribuir para a qualificação da APS, tornando-a mais eficaz na execução de sua proposta no SUS.

Por fim, recomenda-se que sejam realizados estudos futuros, com delineamentos que permitam estabelecer relações de causalidade e avaliar desfechos em saúde, a fim de aprofundar a compreensão sobre o impacto do ensino médico em serviço na qualificação da oferta de saúde em território nacional.

DECLARAÇÕES

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MPMF: Conceitualização; Investigação; Metodologia; Curadoria de dados; Análise formal; Escrita – esboço original; Escrita – revisão e edição. JLS: Conceitualização; Metodologia; Administração do projeto; Supervisão; Validação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 28 dez 2025]. Disponível em: https://abennacional.org.br/wp-content/uploads/2024/06/PNAB_portaria_2436-setembro_2017.pdf
2. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1–5. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1744.
3. Braga DC, Bortolini SM, Barazetti G, Viel J, Vebber SS. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados na Atenção Primária. In: *Anais do 4º Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade*; 2014; Bento Gonçalves. Florianópolis: ACM; 2014. p. 169.
4. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Procedimentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Sesquim DL, Ramos JLS, Pinasco GC, Lopes MTN, Dalla MDB, Vetis MS, et al. Acesso aos procedimentos cirúrgicos em uma unidade de saúde da família: uma iniciativa para melhorar o cuidado e o acesso a unidades básicas de saúde. *J Hum Growth Dev*. 2019;29(2):257–62. doi: 10.7322/jhgd.v29.9430.
7. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2667–9. doi: 10.1590/1413-81232015219.18862016.
9. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro: SBMFC; 2015.
10. Furtado JHDL, Queiroz CR, Andres SC. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo*. 1a ed. Ponta Grossa: Editora Amplla; 2021. doi: 10.51859/amplla.aps276.1121-0.
11. Soares RDS, Oliveira FPD, Melo Neto AJD, Barreto DDS, Carvalho ALBD, Sampaio J, et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40):1–8. doi: 10.5712/rbmfc13(40)1629.

12. Scheffer M. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: CFM, Cremesp, USP; 2018.
13. Fiocruz. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2025 [citado 28 dez 2025]. Disponível em: <https://sigafiocruz.com.br/programa/4>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Campo Grande [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado 28 dez 2025]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>
15. Câmara Municipal de Campo Grande. Lei Ordinária nº 7.094, de 1º de agosto de 2023. Denomina os Distritos Sanitários das regiões Anhanduizinho, Bandeira, Central, Segredo, Prosa, Lagoa e Imbirussu. Estado de Mato Grosso do Sul; 2023.
16. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Carteira de Serviços da Atenção Primária: Diretrizes para a Abrangência do Cuidado. 3ª ed. Rio de Janeiro: SMS-RJ; 2021.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Sistema de informação em saúde para a atenção básica – SISAB. Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde (PRODUÇÃO) 2021.
18. Mann HB, Whitney DR. On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *Ann Math Statist.* 1947;18(1):50–60. doi: 10.1214/aoms/1177730491.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
21. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SESAU nº 831, de 5 de agosto de 2024. Dispõe sobre a execução de projetos de pesquisa e extensão no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial de Campo Grande; 2024.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nós, abaixo assinados, autores do manuscrito intitulado “Ensino em serviço como estratégia de ampliação no acesso a procedimentos na Atenção Primária à Saúde”, submetido para avaliação na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, declaramos que:

NÃO existem conflitos de interesses financeiros, comerciais, profissionais, acadêmicos, pessoais ou de qualquer outra natureza que possam influenciar, de forma inadequada, os resultados, interpretações ou conclusões deste trabalho.

EXISTEM conflitos de interesses, conforme descrito a seguir:


-

-


-

Assumimos plena responsabilidade pela veracidade das informações prestadas e nos comprometemos a informar prontamente a Revista sobre qualquer fato superveniente que possa configurar novo conflito de interesses.

Campo Grande, 07 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 MARCELO PRADO MELOTI FERNANDES
Data: 07/01/2026 14:01:24-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Marcelo Prado Meloti Fernandes
Autor/Colaborador

Documento assinado digitalmente
 JESSICA LARISSA DOS SANTOS
Data: 07/01/2026 13:18:14-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Jéssica Larissa dos Santos
Autora/Colaboradora

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nós, abaixo assinados, autores do manuscrito intitulado “Ensino em serviço como estratégia de ampliação no acesso a procedimentos na Atenção Primária à Saúde”, submetido para avaliação na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, declaramos que cada autor contribuiu de forma significativa para a realização do presente trabalho, conforme descrito abaixo:

Nome do Autor	Contribuição
Marcelo Prado Meloti Fernandes	Conceitualização; Investigação; Metodologia; Curadoria de dados; Análise formal; Escrita – esboço original; Escrita – revisão e edição.
Jéssica Larissa dos Santos	Conceitualização; Metodologia; Administração do projeto; Supervisão; Validação.

Declaramos, ainda, que todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito e concordam com sua submissão para avaliação pela Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Campo Grande, 07 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
MARCELO PRADO MELOTI FERNANDES
Data: 07/01/2026 14:01:24-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Marcelo Prado Meloti Fernandes
Autor/Colaborador

Documento assinado digitalmente
JESSICA LARISSA DOS SANTOS
Data: 07/01/2026 13:18:14-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Jéssica Larissa dos Santos
Autora/Colaboradora

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE BANCO DE DADOS

Título da Pesquisa: Ensino em serviço como estratégia de ampliação no acesso a procedimentos na atenção primária à saúde

Nome do Pesquisador: Marcelo Prado Meloti Fernandes

Base de dados a ser utilizada: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

Como pesquisador supra qualificado comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS), 07 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 MARCELO PRADO MELOTI FERNANDES
Data: 07/01/2026 14:04:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Marcelo Prado Meloti Fernandes
Pesquisador Responsável


APÊNDICE D - TERMO DE JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO TCLE

Título da Pesquisa: Ensino em serviço como estratégia de ampliação no acesso a procedimentos na atenção primária à saúde

Nome do Pesquisador: Marcelo Prado Meloti Fernandes

No presente estudo não serão realizadas entrevistas, acesso a prontuários, identificação de pacientes ou qualquer outro meio direto de acesso aos usuários das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes desse estudo. **NÃO SERÃO UTILIZADOS DADOS PRIMÁRIOS**, ou seja, não haverá intervenções diretas em indivíduos nesta pesquisa. Serão utilizados dados secundários de domínio público do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, contendo o quantitativo de produtividade médica na Atenção Primária à Saúde do município de Campo Grande/MS.

Campo Grande (MS), 07 de janeiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 MARCELO PRADO MELOTI FERNANDES
Data: 07/01/2026 14:01:24-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Marcelo Prado Meloti Fernandes
Pesquisador Responsável

ANEXO A - TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

ANEXO IV À RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024 TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO N. 110/2024


A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Marcelo Prado Meloti Fernandes, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º. 386.214.488-74, portador (a) do documento de Identidade sob n.º. 50.246.417-3, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Antônio Maria Coelho, N.º 6225, Bairro: Carandá Bosque, nesta Capital, telefone n.º. (18) 98135-5000, pesquisador (a) do Curso de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Instituição Fundo Municipal de Saúde de Campo Grande/MS com o título do Projeto de Pesquisa: **“ENSINO EM SERVIÇO COMO ESTRATÉGIA DE AMPLIAÇÃO NO ACESSO A PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, orientado (a) pela Professor (a) Jéssica Larissa dos Santos inscrito (a) no CPF/MF sob n.º. 078.632.519-40, portador (a) do documento de Identidade sob n.º. 10.094.378-6, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. SQN 403 bloco H, N.º. 106, Bairro: Asa Norte, nesta cidade, telefone n.º. (61) 99156-5586, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: UDIGS-NSD Unidade de Transformação Digital - Núcleo de Saúde Digital, da Instituição Agência Brasileira de Apoio a Gestão do SUS (AgSUS).

O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU. Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).


Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

 Documento assinado digitalmente
MARCELO PRADO MELOTI FERNANDES
Data: 12/08/2025 13:31:43-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Pesquisador (a)

Campo Grande - MS, 11 de novembro de 2024

 Documento assinado digitalmente
JESSICA LARISSA DOS SANTOS
Data: 04/08/2025 18:37:55-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Orientador(a)


Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde
SESAU/MS

Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 11 de novembro de 2024



Documento assinado digitalmente
MARCELO PRADO MELOTTI FERNANDES
Data: 12/09/2025 13:28:23-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>



Documento assinado digitalmente
JESSICA LARISSA DOS SANTOS
Data: 04/09/2025 18:36:41-0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Pesquisador (a)

Orientador(a)

Cyrol
Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde
SESAU/CG

Cyrol
Cyro Leonardo de Albuquerque Mendes
Coordenador-Geral de Educação em Saúde/SESAU

ANEXO B – RECORTE DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO RIO DE JANEIRO: PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

Procedimentos clínicos e cirúrgicos na APS

GRUPO DE AÇÕES/SUBTEMAS: PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO	
AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Aferir glicemia capilar em pacientes com o uso de insulina ou em caso de emergência/urgência	Essencial
Aferir pressão arterial	Essencial
Avaliar acuidade visual — Snellen	Essencial
Coletar material para exame (escarro, urina e sangue)	Essencial
Coletar material para exame citopatológico (papanicolau)	Essencial
Ofertar consulta de enfermagem para hanseníase	Essencial
Realizar estesiometria (teste de sensibilidade)	Essencial
Realizar exame de eletrocardiografia	Essencial
Realizar exame especular	Essencial
Realizar Teste do Olhinho	Essencial
Realizar Testes Rápidos (HIV, sífilis, hepatites, gravidez, covid-19 etc.)	Essencial
Coletar <i>swab</i> para cultura	Estratégica
Realizar baciloscopia de linfa	Estratégica
Realizar biópsia/punção de tumores superficiais de pele	Estratégica
Realizar Derivado Proteico Purificado (PPD)	Estratégica
Realizar exame de ultrassonografia	Estratégica
Realizar Índice Tornozelo Braquial (ITB)	Estratégica
Realizar citologia de descarga papilar	Ampliada
Realizar fundoscopia (exame de fundo de olho)	Ampliada

Figura 7 – Procedimentos diagnósticos. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

**ANEXO C – RECORTE DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DO RIO DE JANEIRO: PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS**

GRUPO DE AÇÕES/SUBTEMAS: PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO	
AÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
Administrar medicamentos por via oral e parenteral	Essencial
Realizar anestesia locorregional	Essencial
Realizar assistência ao parto nas situações de urgência	Essencial
Realizar cateterismo uretral (demora e alívio)	Essencial
Realizar curativos em lesões complexas	Essencial
Realizar curativos em lesões simples	Essencial
Realizar drenagem de abscesso	Essencial
Realizar exérese de calo	Essencial
Realizar extração de corpo estranho na vagina	Essencial
Realizar manejo de queimaduras	Essencial
Realizar nebulização	Essencial
Realizar ordenha mamária	Essencial
Realizar remoção de cerume	Essencial
Realizar retirada de corpo estranho subcutâneo	Essencial
Realizar retirada de pontos	Essencial
Realizar sutura de lesões superficiais de pele	Essencial
Realizar tamponamento de epistaxe anterior	Essencial
Realizar terapia de reidratação oral	Essencial
Realizar tratamento de mífase furunculoide	Essencial
Aplicar Bota de Unna	Estratégica
Realizar cantoplastia	Estratégica
Realizar cauterização de coto umbilical	Estratégica
Realizar cauterização química de verrugas	Estratégica
Realizar desbridamento mecânico de lesões	Estratégica
Realizar drenagem de abscesso da glândula de Bartholin	Estratégica
Realizar drenagem de hematoma ungueal	Estratégica
Realizar drenagem paracentese	Estratégica
Realizar exérese de tumor de pele e anexos	Estratégica
Realizar infiltração de corticoide em articulações	Estratégica

Continua

Continuação

Realizar inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU)	Estratégica
Realizar lavagem de fosfoenema para fecaloma	Estratégica
Realizar lavagem gástrica	Estratégica
Realizar manejo de ostomias	Estratégica
Retirar corpo estranho de nariz e ouvido	Estratégica
Retirar corpo estranho de tecido subcutâneo	Estratégica
Ofertar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)	Ampliada
Realizar acesso intraósseo	Ampliada
Realizar anticoagulação ambulatorial	Ampliada
Realizar bloqueios anestésicos de média complexidade	Ampliada
Realizar cistocentese/punção suprapúbica	Ampliada
Realizar drenagem de parafimose	Ampliada
Realizar hipodermóclise	Ampliada
Realizar liberação miofascial	Ampliada
Realizar marsupialização de cisto de Bartholin	Ampliada
Realizar prescrição de morfina/opioides	Ampliada
Realizar retirada de anel e anzol	Ampliada
Realizar retirada de gesso	Ampliada
Realizar sessão de acupuntura com inserção de agulhas	Ampliada
Realizar tamponamento de epistaxe posterior	Ampliada

Figura 8 – Procedimentos terapêuticos. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

**ANEXO D – RECORTE DA CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE DO RIO DE JANEIRO: ESTÁGIOS DE MATURIDADE DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA**




ESTÁGIOS DE MATURIDADE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	
	ESTÁGIO III: Oferta integral da CaSAPS Ações ESSENCIAIS + ESTRATÉGICAS + AMPLIADAS
	ESTÁGIO II: Oferta parcial da CaSAPS Ações ESSENCIAIS + ESTRATÉGICAS
	ESTÁGIO I: Oferta básica da CaSAPS Ações ESSENCIAIS

Figura 9 – Estágios de maturidade das equipes de saúde da família. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021.

ANEXO E – REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: DIRETRIZES PARA AUTORES

Diretrizes para Autores

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao foco e escopo, assim como às outras [políticas editoriais](#) da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 2 de março de 2021.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela [LILACS](#), [DOAJ](#), [REDIB](#), [Open Citations Index](#), [Dimensions](#), [Scite](#), [Google Scholar \(índice h5\)](#) e [PKP Index](#), além de ser listada nos diretórios [Latindex](#), [EZB](#), [Diadorim](#), [Sherpa Romeo](#), [Periódicos CAPES](#) e [ISSN Portal](#) (ROAD, The Keepers). Na avaliação do quadriênio 2017 a 2020 (que é a mais recente), o sistema [Qualis CAPES](#) classificou a RBMFC como B2 em todas as áreas de conhecimento avaliadas.

Em 2020, a RBMFC aceitou para publicação 18% das submissões recebidas. No mesmo ano, a revista declinou 82% das submissões: 65% na entrada e 17% após a avaliação externa. Quatro quintos das submissões receberam a primeira decisão editorial em 30 dias. Os artigos foram publicados em média 263 dias após a submissão.

Figura 10 – Diretrizes para autores. Fonte: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#). Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador. [Modelo de declaração de contribuição dos autores](#).
- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#). [Modelo de declaração de conflito de interesses](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

Figura 11 – Orientações para o preparo do manuscrito. Fonte: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.
- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas (“prints”). Figuras em formato raster (“bitmap”), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: “[https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1505](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505)”) deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

Figura 12 – Orientações para o texto principal. Fonte: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, “uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)”.

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em “Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)”, ou “As características na amostra estão descritas na Tabela 1”. Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

Figura 13 – Orientações para referências e citações. Fonte: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

ANEXO F – REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: POLÍTICAS DE SEÇÃO

Políticas de Seção

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver [Dados abertos e reprodutibilidade](#)) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaio têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre [Ética em pesquisa](#) e [Dados abertos e reprodutibilidade](#).

Figura 14 – Políticas de Seção: Artigo de Pesquisa. Fonte: Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.