

Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Medicina
Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade

Trabalho de Conclusão de Curso

**ANÁLISE DA TAXA DE ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE OURO PRETO: EXISTE IMPACTO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE?**

Maria Teresa de Andrade Sol

Ouro Preto, MG
2022

Maria Teresa de Andrade Sol

**ANÁLISE DA TAXA DE ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DE OURO PRETO: EXISTE IMPACTO DA FORMAÇÃO EM MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE?**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito para obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Prof. Me. Álisson Oliveira dos Santos

Ouro Preto, MG

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

S684a Sol, Maria Teresa de Andrade.

Análise da taxa de encaminhamentos da atenção primária no Município de Ouro Preto [manuscrito]: Existe impacto da formação em medicina de família e comunidade?. / Maria Teresa de Andrade Sol. - 2022.

30 f.: il.: gráf., tab..

Orientador: Prof. Me. Álisson Oliveira dos Santos.

Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina.

1. Atenção primária à saúde. 2. Medicina de família e comunidade. 3. Encaminhamento e consulta. I. Santos, Álisson Oliveira dos. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Teresa de Andrade Sol

Análise da taxa de encaminhamentos da Atenção Primária no município de Ouro Preto: existe impacto da formação em Medicina de Família e Comunidade?

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 31 de março de 2022.

Membros da banca

Mestre - Álisson Oliveira dos Santos - Orientador (Faculdade de Minas - FAMINAS)
Mestre - Luiza Polliana Godoy Paiva Gouveia (Secretaria Municipal de Saúde de Ouro Preto - SMSOP)
Especialista - Hygor Kleber Cabral Silva (Universidade Federal de São João Del Rei - UFSJ)

Álisson Oliveira dos Santos, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 18/04/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 04/05/2022, às 09:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0311209** e o código CRC **50804AE3**.

À todos que fizeram parte dessa caminhada e contribuíram para minha formação. Agradecimento especial à minha família e ao Prof. Dr. Camilo Adalton Mariano da Silva pelo suporte neste trabalho.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui como atributos nucleares o primeiro contato, a integralidade, e a longitudinalidade, além da coordenação do cuidado. Por ser responsável por garantir o acesso ao sistema de saúde, a função de filtro (*gatekeeper*) é importante, garantindo acesso à atenção especializada quando necessário. Quando se faz necessário o encaminhamento a outros níveis de atenção, a referência e a contrarreferência são ferramentas essenciais para garantir a coordenação e a integralidade do cuidado. Por meio de estudo quantitativo transversal, o objetivo deste trabalho é analisar o percentual de encaminhamentos da APS do município de Ouro Preto às especialidades da atenção secundária e avaliar se existe impacto da formação em Medicina de Família e Comunidade neste percentual. Foram avaliadas as taxas de encaminhamentos de Equipes de Saúde da Família (eSF) e comparadas entre grupos, de acordo com a formação do médico responsável pela equipe quanto à presença ou ausência de título em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou residência médica em MFC. Não foi encontrada diferença significativa entre as taxas de encaminhamento entre os grupos, porém foi observada redução do percentual de encaminhamentos do ano de 2019 para o ano de 2020 quando comparados o grupo de eSF com médico que possuía residência médica em MFC e o grupo de eSF com médico com titulação em MFC ou sem titulação ou residência médica.

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

ABSTRACT

First contact, comprehensiveness, continuity of care, and coordination are four cardinal attributes of primary care. As it is responsible for guaranteeing access to the health system, the gatekeeper role is important, ensuring access to specialized care when needed. When referral to other levels of care is necessary, referral and counter-referral are essential tools to ensure coordination and integrality of care. Through a cross-sectional quantitative study, this research aims to analyze the percentage of referrals from primary care in the city of Ouro Preto to secondary care specialties, and to assess whether there is an impact of training in Family and Community Medicine on this percentage. The rates of referrals from Family Health Teams were evaluated and compared between groups, according to the training of the physician responsible for the team regarding the presence or absence of a title in Family and Community Medicine (FCM) or medical residency in FCM. No significant difference was found in referral rates between groups, but a reduction in the percentage of referrals from 2019 to 2020 was observed when comparing the group with doctors who had a medical residency in FCM and the group with doctors with a degree in FCM or without a degree or medical residency.

Key words: Family and community medicine, Primary health care, Referral and visit.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos médicos quanto à formação em MFC	16
Tabela 2 - Distribuição dos eventos, em 2019 e 2020	17
Tabela 3 - Média do percentual de encaminhamentos relacionada à formação	18
Tabela 4 - Análise do percentual de encaminhamentos do ano de 2019 utilizando teste de Kruskal-Wallis	18
Tabela 5 - Análise do percentual de encaminhamentos do ano de 2020 utilizando teste de Kruskal-Wallis	18
Tabela 6 - Análise das diferenças de percentual de encaminhamentos entre os anos de 2019 e 2020, nos grupos 1, 2 e 3, utilizando teste de Kruskal-Wallis	19
Tabela 7 - Análise das diferenças de percentual de encaminhamentos entre os anos de 2019 e 2020, nos grupos 0 e 1, utilizando teste de Kruskal-Wallis	20
Tabela 8 - Especialidades com maior percentual de encaminhamentos no ano de 2019	20
Tabela 9 - Especialidades com maior percentual de encaminhamentos no ano de 2020	21
Tabela 10 - Percentual de encaminhamentos a cada especialidade no ano de 2019	21
Tabela 11 - Percentual de encaminhamentos a cada especialidade no ano de 2020	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

MFC - Medicina de Família e Comunidade

UAPS - Unidade de Atenção Primária

RQE - Registro do Quadro de Especialistas

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

eSF - Equipe de Saúde da Família

UFOP - Universidade Federal de Ouro Preto

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

PMOP - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

CRM - Conselho Regional de Medicina

TEMFC - Título de Especialista em MFC

SisCNRM - Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica

ANOVA - Análise de Variância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. MATERIAL E MÉTODOS	14
3. RESULTADOS	16
4. DISCUSSÃO	23
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
6. REFERÊNCIAS	28

INTRODUÇÃO

Dentre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, encontra-se a organização em Redes de Atenção à Saúde, descentralizadas, regionalizadas e integradas, com o objetivo de garantir o acesso à saúde. Tais redes são definidas pela Portaria 4.279 de 30/12/2010 como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A organização do sistema em rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo o centro de comunicação situado na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS representa a porta de entrada e o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, além de ter como potencialidade a resolutividade sobre os problemas mais comuns de saúde e a coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção. Nesse sentido, os princípios e fundamentos da especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) vão ao encontro dos da APS, sendo então caracterizada como a “especialidade médica de excelência da APS, sendo estratégica para o pleno desenvolvimento da mesma e com potencial estruturante para os sistemas nacionais de saúde” (ANDERSON et al., 2007, p. 158). É objetivo da MFC atender cerca de 85% das demandas de saúde no âmbito da APS com alta qualidade e resolutividade, referenciando para outros especialistas, quando necessário, mantendo a coordenação do cuidado e sem perda do vínculo (ANDERSON et al., 2007).

Ainda sobre essa especialidade, tem-se que a titulação como especialista em MFC no Brasil pode se dar através da conclusão de programa de residência médica, com duração de 2 anos ou da realização de Concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Para realização do concurso para TEMFC é pré-requisito possuir quatro anos completos de prática profissional em APS, trabalhando como Médico(a) de Família e Comunidade ou possuir residência médica em MFC. Atualmente, considera-se a

modalidade Residência Médica como o padrão-ouro para a formação do médico de família e comunidade (BERGER et al., 2017).

Diversos estudos mostram que sistemas de saúde com forte orientação para a APS trazem melhores resultados para a população e melhor custo efetividade. Em estudo de Starfield (1991), 10 países desenvolvidos foram comparados no que diz respeito às características da atenção primária, indicadores de saúde e satisfação dos usuários do sistema, encontrando correlação entre melhores indicadores de saúde e países com APS bem estruturada. Em um estudo de Macinko et al., 2003, foram avaliados indicadores de saúde e características da APS dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico entre 1979 e 1998, observando-se que uma APS forte somada a características como territorialização, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, foram associadas a melhores indicadores de saúde da população. Foi observado também em estudo de Starfield, Shi e Macinko, (2005), que a APS quando comparada com a atenção subespecializada é associada à maior equidade no acesso à saúde, além de promover cuidados de saúde de menor custo. Essas evidências são consistentes com a noção de que ter o médico da atenção primária como primeiro contato no sistema de saúde está associado com um cuidado mais apropriado e com melhor custo-efetividade. Além disso, pode-se ressaltar também a possibilidade de eventos adversos relacionados ao contato direto com o especialista, como a realização de exames que podem levar ao sobrediagnóstico¹ e à cascata iatrogênica², visto que a formação do especialista focal é, na maioria das vezes, voltada para pacientes com problemas em estágio mais diferenciado, levando a uma tendência a superestimar a probabilidade de doenças, podendo gerar o sobrediagnóstico e sobretratamento.

É importante ressaltar que a APS como porta de entrada não deve se tornar uma barreira para o acesso ao especialista, mas sim como um gerenciador de recursos capaz de proporcionar acesso oportuno. Para Freeman, 2018, “A decisão de encaminhar a pessoa para outro especialista é complexa e não bem compreendida. Ela deve ser vista como

1 O sobrediagnóstico ocorre quando doenças são corretamente diagnosticadas através de exames complementares, porém tais doenças não produziram sintomas ou seriam identificadas clinicamente (CARTER et al.,2017)

2 “A chamada “cascata iatrogênica” pode ter início no uso sucessivo e crescente de medicamentos para tratar problemas de saúde originados de outros medicamentos” (CORRER et al., 2007), representa intercorrências da iatrogenia que surgem de forma sequenciada.

uma intervenção e estudada como qualquer outra intervenção, em particular em relação aos desfechos”.

Considerando o princípio de primeiro contato e a Unidade de Atenção Primária (UAPS) como porta de entrada no sistema de saúde (MENDES, 2011) e que nesse cenário os problemas se apresentam muitas vezes de forma indiferenciada, em um estágio mais inicial que na atenção especializada, Starfield et al. (2002) pontua como um dos desafios da atenção primária decidir quando encaminhar a um subespecialista, sendo um dos determinantes dessa decisão a frequência de problemas na população, não o interesse dos subespecialistas na atenção de enfermidades específicas. Nessa perspectiva, importantes características do médico que atua no contexto da APS são: conhecer e conduzir os problemas mais prevalentes na população atendida, lidar bem com incertezas e “tolerar a ambiguidade porque muitos problemas nunca alcançam o estágio de diagnóstico” (STARFIELD et al., 2002). Nesse sentido, a formação em MFC traz subsídios para que sejam desenvolvidas estas habilidades. Diante destas diferenças surge a importância da função de filtro ou “gatekeeper” do médico da APS, que pode garantir melhor acesso à atenção secundária, maior eficiência e menores custos (MOORE, 1992; HALM et al., 1997; TAYLOR, 1989) além de promover a prevenção quaternária³. O desenvolvimento científico e tecnológico crescente impulsiona uma medicina cada vez mais especializada e intervencionista, requerendo ainda mais o fortalecimento da formação em MFC.

Os médicos de família e comunidade são colaboradores importantes para a eficiência da oferta de cuidados. Eles oferecem cuidados abrangentes e continuados próximos ao domicílio da pessoa, instituem a medicina preventiva e garantem que o encaminhamento das pessoas para os níveis mais caros de cuidados secundários e terciários seja adequado. (FREEMAN, 2018, p. 738)

A longitudinalidade é o segundo componente fundamental da APS que se relaciona com o presente trabalho e pode ser definida como:

³ O termo prevenção quaternária foi utilizado pela primeira vez em uma conferência da organização mundial de médicos de família (WONCA), em 1995. Posteriormente foi publicada sua definição no dicionário WONCA da seguinte forma: “ação feita para identificar paciente em risco de sobremedicalização, para protegê-lo de uma intervenção médica invasiva e sugerir procedimentos científica e eticamente aceitáveis.” (BENTZEN et al., 2003)

Relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não-médicos. Por intermédio desta relação, os profissionais passam a conhecer os pacientes e os pacientes passam a conhecer seus profissionais com o passar do tempo. (STARFIELD et al., 2002, p. 248)

Durante a residência em MFC a longitudinalidade e os outros princípios são discutidos e colocados em prática, sendo encorajado o desenvolvimento do vínculo com o paciente e oportunizando o acompanhamento ao longo de um período de tempo, o que pode contribuir para a definição de quais casos realmente precisam ser encaminhados e quais podem ser resolvidos na APS. Diversos benefícios da longitudinalidade são demonstrados, como a maior satisfação dos pacientes, melhor reconhecimento de problemas/necessidades, diagnósticos mais precisos, menos hospitalizações e custos mais baixos (STARFIELD et al., 2002). Estes benefícios advêm do conhecimento específico sobre as pessoas obtido ao longo do tempo, por meio dos relacionamentos de longa data. É possível que o desenvolvimento de um vínculo com o paciente e possibilidade de acompanhamento ao longo do tempo possa ser útil para a definição de quais casos podem ser resolvidos na APS e quais realmente precisam do atendimento do especialista focal, influenciando assim nas taxas de encaminhamentos.

Sobre a formação em MFC no Brasil, segundo dados de Scheffer et al. (2020), em 2020 estavam registrados no Conselho Federal de Medicina 7.149 médicos e médicas de família e comunidade, dentre os mais de 500 mil médicos registrados. Este número corresponde a 1,7% de todos os profissionais médicos com especialidade registrada no Registro do Quadro de Especialistas (RQE), e apresenta crescimento comparado aos anos anteriores, porém em número ainda muito escasso para suprir as necessidades do país. De acordo com dados da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), cerca de 40.000 médicos atuam na atenção primária sem titulação.

Nos anos de 2019 e 2020 a APS da cidade de Ouro Preto, no estado de Minas Gerais, contava com 22 médicos e médicas distribuídos entre 21 Equipes de Saúde da Família (eSF). Além dos atendimentos realizados pelos médicos da eSF, também existem atendimentos realizados por médicos de apoio do município. Algumas das eSF recebem

residentes de MFC e acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), que também contribuem para o quantitativo de atendimentos médicos nas unidades. Além dessa contribuição direta nos atendimentos por parte de médicos residentes em MFC e acadêmicos, a presença da residência médica da UFOP tem contribuído para a ampliação de Médicos(as) de Família e Comunidade atuantes no município. A quantidade de médicos(as) com formação em MFC atuantes no município saltou de 8 em 2019 para 12 em 2021, reflexo do maior número de egressos da residência médica.

Diante do exposto, observa-se a alta resolutividade da APS e a MFC como sendo a especialidade médica de excelência para atuação nesse cenário, somada ao fato de Ouro Preto ser um dos locais de formação na área. Portanto, avaliar o impacto e a relação entre a formação em MFC e a resolutividade dos profissionais na cidade torna-se factível.

Nesse sentido, este estudo possui como objetivo geral analisar o impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos à atenção secundária a partir da APS no município de Ouro Preto. Como objetivos específicos: 1) Quantificar o percentual de atendimentos médicos na APS que resultam em encaminhamentos médicos à atenção secundária, comparando grupos com e sem formação em MFC; 2) Avaliar quais especialidades médicas recebem maior número de encaminhamentos da APS; 3) Debater conhecimentos próprios à especialidade de MFC que podem contribuir para a maior qualificação para atuação em APS e resolutividade.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi analisado o percentual de encaminhamentos médicos de 19 eSF do município de Ouro Preto - MG, no qual a pesquisadora atua como médica residente (Residência de Medicina da Família e Comunidade – Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto).

Foi obtido o número total de atendimentos médicos por eSF registrados em prontuário eletrônico, através do e-SUS. O quantitativo de encaminhamentos por eSF foi obtido a partir de relatório consolidado fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Ouro Preto (PMOP) e foram considerados apenas os encaminhamentos médicos da APS para especialidades médicas da atenção secundária. O registro das eSF do município e dos médicos pertencentes a cada equipe também foi obtido através de documento fornecido pela SMS. Foram analisados dados dos anos de 2019 e 2020. Essa escolha ocorreu devido à disponibilidade de dados referentes ao período no sistema informatizado.

Duas eSF foram excluídas do estudo por não ter sido possível obter o quantitativo de encaminhamentos e/ou número de atendimentos médicos da equipe, pela ausência desses dados no sistema informatizado. Não foi possível a obtenção do quantitativo de encaminhamentos por médico, apenas por equipe. Quando a solicitação de encaminhamento é realizada a informação de qual foi o médico solicitante muitas vezes não está registrada no sistema informatizado utilizado para gestão dos encaminhamentos, por não ser de preenchimento obrigatório.

Os dados que dizem respeito à formação dos médicos das eSF foram obtidos a partir de 3 fontes: 1) Registro da especialidade MFC no Registro do Quadro de Especialistas (RQE) do Conselho Regional de Medicina (CRM), pela busca por médicos no site do CRM; 2) Busca por titulados em MFC através da realização de prova de Título de Especialista em MFC (TEMFC) no site da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); 3) Busca por Certificado de conclusão de Residência Médica em MFC no

Sistema da Comissão Nacional de Residência Médica (SisCNRM) de consulta de Certificados.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, foi realizado estudo transversal, somente com variáveis quantitativas. Para comparação e análise dos resultados relativos aos anos de 2019 e 2020 de cada eSF, foram apresentados a distribuição numérica e percentual dos encaminhamentos para consultas médicas e os dados tabulados utilizando o software Microsoft Excel®. A taxa de encaminhamentos foi obtida através da divisão entre o total de atendimentos médicos realizados pela eSF no ano e o total de encaminhamentos médicos solicitados pela eSF no mesmo ano. Cada eSF foi apresentada com sua distribuição de encaminhamentos segundo a titulação do médico da equipe, sendo: grupo 1 - sem titulação em MFC, grupo 2 – com título de especialista em MFC e, grupo 3 – com residência médica em MFC.

Para análise dos dados foi utilizado o software Stata®. Para verificação da existência da diferença nos percentuais de encaminhamentos entre os anos, foi utilizado o teste t, para comparação de médias, no qual a hipótese nula (H_0) define que esses percentuais são iguais entre os grupos de eSF. Finalmente, para verificar se a formação médica está relacionada com o aumento ou diminuição da proporção de encaminhamentos, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis (ou Análise de Variância por Postos), o qual é indicado para testar a hipótese de que 3 ou mais populações (no caso em questão, os grupos 1, 2 e 3), apresentam a mesma proporção ou não. Este teste é utilizado para comparar três ou mais grupos independentes quanto a uma única variável, não exigindo as suposições de normalidade da variável (KRUSKAL e WALLIS, 1952), diferentemente do que ocorre com a Análise de Variância de Um Critério (ou ANOVA de Fisher), teste paramétrico. Para essas análises considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$ em todos os testes.

RESULTADOS

Foram analisadas 153.168 consultas médicas e 38.300 encaminhamentos médicos realizados por 19 das 21 eSF do município nos anos de 2019 e 2020. A Tabela 1 mostra as características dos médicos atuantes nas eSF nos anos de 2019 e 2020 de acordo com a formação médica. Foi observado que no ano de 2019, 57,89% dos médicos no município não possuíam nem residência nem titulação em MFC, 31,58% possuíam titulação em MFC e 10,52% residência em MFC. Já no ano de 2020 52,61% dos médicos no município não possuíam nem residência nem titulação em MFC, 21,05% possuíam titulação em MFC e 26,31% residência em MFC.

Tabela 1 - Características dos médicos quanto à formação em MFC

Ano	Total	Não MFC	Residência Médica em MFC	Titulação em MFC
2019	n = 19	11 (57,89%)	2 (10,52%)	6 (31,58%)
2020	n = 19	10 (52,61%)	4 (21,05%)	5 (26,31%)

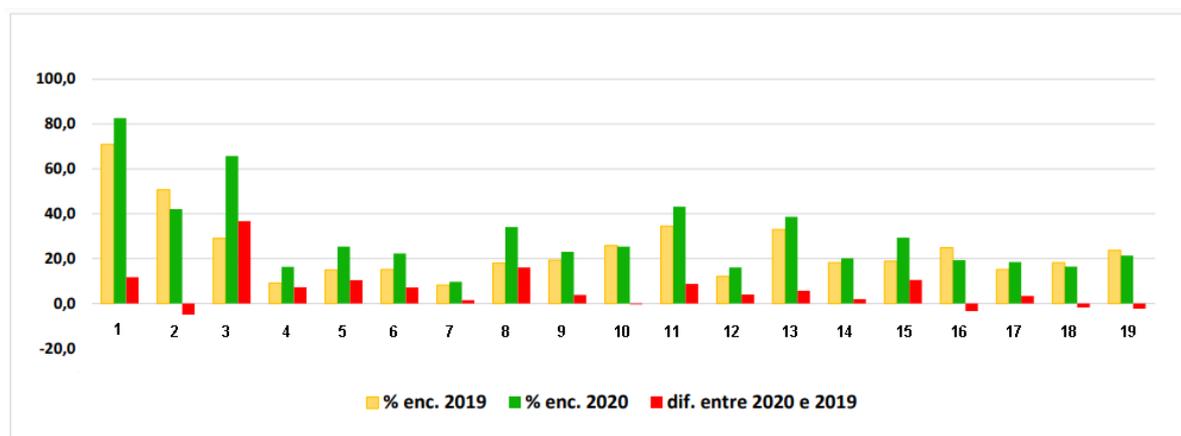
Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019 e 2020

A Tabela 2 e o Gráfico 1 apresentam os resultados dos percentuais de encaminhamentos de acordo com os grupos e ano, além da diferença entre os percentuais de encaminhamentos entre os anos de 2019 e 2020. O número absoluto de atendimentos médicos no ano de 2019 foi maior que no ano de 2020. Apesar da redução no número de atendimentos em 2020, foi observado aumento no percentual de encaminhamentos. A média do percentual de encaminhamentos de 2019 foi 24,17% e no ano de 2020 29,94%. Na comparação entre estas porcentagens, através de suas médias, independentemente da titulação, verificou-se diferença significativa, sendo a média do percentual de encaminhamentos no ano de 2020 maior que no ano de 2019, com uma diferença de 5,77 ($p=0,0183$).

Tabela 2 - Distribuição dos eventos, em 2019 e 2020

eSF num	Grupo 2019	Número consultas 2019	Número encaminhamentos 2019	Percentual encaminhamentos 2019	Grupo 2020	Número consultas 2020	Número encaminhamentos 2020	Percentual encaminhamento 2020	Diferença do % encaminhamento 2020 e 2019
1	1	4149	2942	70,9	1	3086	2549	82,6	11,7
2	1	3643	1845	50,6	1	3797	1595	42	-8,6
3	1	4792	1394	29,1	1	2327	1529	65,7	36,6
4	1	6752	611	9	1	4761	775	16,3	7,3
5	1	5768	862	14,9	1	3687	935	25,4	10,5
6	1	2840	429	15,1	1	1758	391	22,2	7,1
7	1	3177	259	8,2	1	3286	315	9,6	1,4
8	1	2630	474	18	1	1181	402	34	16
9	1	3698	712	19,3	1	3963	912	23	3,7
10	1	4773	1231	25,8	1	4604	1167	25,3	-0,5
11	2	2724	939	34,5	2	854	369	43,2	8,7
12	2	4462	537	12	2	4843	775	16	4
13	2	4823	1590	33	2	4279	1653	38,6	5,6
14	2	4842	880	18,2	2	4097	825	20,1	1,9
15	2	2957	557	18,8	2	1997	586	29,3	10,5
16	1	4977	1238	24,9	3	5240	1009	19,3	-5,6
17	3	6436	971	15,1	3	6242	1150	18,4	3,3
18	2	4544	827	18,2	3	5678	934	16,4	-1,8
19	3	4586	1085	23,7	3	4915	1047	21,3	-2,4

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019 e 2020

Gráfico 1 - Percentual de encaminhamentos e diferença do percentual de encaminhamentos entre 2020 e 2019, segundo eSF's

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019 e 2020

Na Tabela 3 temos a média do percentual de encaminhamentos relacionado à formação em MFC. Na comparação entre os percentuais de encaminhamentos dos grupos (grupo 1 - sem titulação em MFC, grupo 2 – com título de especialista em MFC e, grupo 3 – com residência médica em MFC), não foi encontrada diferença estatisticamente significativa,

tanto no ano de 2019 quanto no ano de 2020. As Tabelas 4 e 5 evidenciam estas análises.

Tabela 3 - Média do percentual de encaminhamentos relacionada à formação

Grupos	Média do percentual de encaminhamentos em 2019	Média do percentual de encaminhamentos em 2020
Grupo1 (Não MFC)	25,98%	34,61%
Grupo 2 (Titulação)	22,45%	29,94%
Grupo 3 (Residência)	19,4%	18,85%

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019 e 2020

Tabela 4 - Análise do percentual de encaminhamentos do ano de 2019 utilizando teste de Kruskal-Wallis

Grupos 2019	N	RankSum	RankMean
Grupo1 (Não MFC)	11	110	10
Grupo 2 (Titulação)	6	63	10,5
Grupo 3 (Residência)	2	17	8,5

Qui-quadrado = 0,189 com 2 graus de liberdade
p = 0,90961

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019

Tabela 5 - Análise do percentual de encaminhamentos do ano de 2020 utilizando teste de Kruskal-Wallis

Grupos 2020	N	RankSum	RankMean
Grupo1 (Não MFC)	10	113	11,3
Grupo 2 (Titulação)	5	54	10,8
Grupo 3 (Residência)	4	23	5,75

Qui-quadrado = 2,916 com 2 graus de liberdade
p = 0,23266

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2020

A partir dos resultados apresentados, verifica-se diferença significativa apenas entre a média do percentual de encaminhamentos de 2019 e 2020. Tendo em vista que o ano de 2020 apresentou, para a maioria das eSF, um aumento no percentual de encaminhamentos, verificou-se, então, através do teste de Kruskal-Wallis, se a formação médica estaria ou não relacionada com o referido aumento. Não foi encontrada significância estatística entre as diferenças de percentual de encaminhamentos entre os anos 2019 e 2020 entre os grupos. A Tabela 6 apresenta o resultado desta análise.

Tabela 6 - Análise das diferenças de percentual de encaminhamentos entre os anos de 2019 e 2020, nos grupos 1, 2 e 3, utilizando teste de Kruskal-Wallis

Grupos 2020	N	RankSum
Grupo 1 (Não MFC)	10	115
Grupo 2 (Titulação)	5	58
Grupo 3 (Residência)	4	17

Qui-quadrado = 5,291 com 2 graus de liberdade
p = 0,0710

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019 e 2020

Após os resultados iniciais foi elaborada nova análise unindo os grupos 1 (eSF sem médico com formação em MFC) e 2 (eSF com médico com titulação em MFC) e mantendo como grupo independente o grupo 3 (eSF com médico que possui residência em MFC). Foi obtido então o seguinte resultado: as eSF que em 2020 possuíam médico com formação em MFC através da residência médica apresentaram uma maior proporção na diminuição de encaminhamentos entre os anos analisados, evidenciado na Tabela 7. Tal diminuição não foi encontrada quando comparados os grupos isoladamente ou quando analisados o grupo 1 combinado com o grupo 3 ou o grupo 2 combinado com o grupo 3.

Tabela 7 - Análise das diferenças de percentual de encaminhamentos entre os anos de 2019 e 2020, nos grupos 0 e 1, utilizando teste de Kruskal-Wallis

Novo grupo 2020	N	RankSum
Grupo 0 (Não MFC + Titulação)	15	173
Grupo 1 (Residência)	4	17

Qui-quadrado = 5,290 com 1 grau de liberdade
p = 0,0214

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019 e 2020

Já as Tabelas 8 e 9 apresentam as especialidades com maior percentual de encaminhamentos de acordo com a formação médica nos anos de 2019 e 2020, respectivamente. As especialidades com maior percentual de encaminhamentos em cada um dos grupos são semelhantes, sendo a oftalmologia a especialidade com maior percentual de encaminhamentos para todos os grupos, em ambos os anos analisados. A cardiologia foi a segunda especialidade com maior percentual de encaminhamentos em 2019 para todos os grupos. Já em 2020 a segunda especialidade com maior percentual de encaminhamentos foi a ortopedia, para todos os grupos. As Tabelas 10 e 11 apresentam o percentual detalhado de encaminhamentos para todas as especialidades disponíveis no município.

Tabela 8 - Especialidades com maior percentual de encaminhamentos no ano de 2019

Especialidade	Percentual de encaminhamentos no ano de 2019			
	Total	Grupo 1 (Não MFC)	Grupo 2 (Titulação)	Grupo 3 (Residência)
Oftalmologia	24,35%	22,68%	24,47%	28,07%
Cardiologia	10,63%	10,86%	10,92%	10%
Ginecologia	9,76%	10,18%	8,48%	9,28%
Ortopedia	9,36%	9,49%	9,99%	8,83%
Urologia	8,33%	8,79%	7,41%	7,63%
Dermatologia	7,68%	7,86%	8,23%	7,05%

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019

Tabela 9 - Especialidades com maior percentual de encaminhamentos no ano de 2020

Percentual de encaminhamentos no ano de 2020				
Especialidade	Total	Grupo 1 (Não MFC)	Grupo 2 (Titulação)	Grupo 3 (Residência)
Oftalmologia	26,48%	25,21%	25,89%	30,25%
Ortopedia	11,94%	12,63%	10,53%	11,60%
Urologia	8,58%	8,88%	7,63%	8,75%
Cardiologia	8,23%	8,45%	6,55%	9,34%
Ginecologia	6,97%	6,59%	5,43%	9,41%

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2020

Tabela 10 - Percentual de encaminhamentos a cada especialidade no ano de 2019

Percentual de encaminhamentos no ano de 2019				
Especialidade	Total	Grupo 1 (Não MFC)	Grupo 2 (Titulação)	Grupo 3 (Residência)
Oftalmologia	24,35%	22,68%	24,47%	28,07%
Cardiologia	10,63%	10,86%	10,92%	10%
Ginecologia	9,76%	10,18%	8,48%	9,28%
Ortopedia	9,36%	9,49%	9,99%	8,83%
Urologia	8,33%	8,79%	7,41%	7,63%
Dermatologia	7,68%	7,86%	8,23%	7,05%
Cirurgia Geral	6,28%	6,10%	7,99%	6,04%
Otorrinolaringologia	4,29%	3,97%	5,07%	4,71%
Neurologia	3,93%	4,23%	2,87%	3,64%
Pneumologia	3,35%	3,56%	1,90%	3,41%
Reumatologia	2,90%	2,83%	3,56%	2,79%
Gastroenterologia/Proctologia	2,86%	3,15%	2,54%	2,35%
Hematologia	2,20%	2,09%	2,49%	2,35%
Cirurgia Ambulatorial Ginecológica	1,70%	1,58%	2,00%	1,86%
Angiologia	1,30%	1,42%	1,46%	0,98%
Cirurgia Ambulatorial Dermatologia	0,78%	0,81%	0,73%	0,73%
Endocrinologia	0,20%	0,22%	0,10%	0,21%
Cirurgia Ambulatorial Urologia	0,10%	0,13%	0	0,04%
Psiquiatria	0,01%	0	0	0,02%
Acupuntura	0	0	0	0
Anestesiologia	0	0	0	0

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2019

Tabela 11 - Percentual de encaminhamentos a cada especialidade no ano de 2020

Especialidade	Percentual de encaminhamentos no ano de 2020			
	Total	Grupo 1 (Não MFC)	Grupo 2 (Titulação)	Grupo 3 (Residência)
Oftalmologia	26,48%	25,21%	25,89%	30,25%
Ortopedia	11,94%	12,63%	10,53%	11,60%
Urologia	8,58%	8,88%	7,63%	8,75%
Cardiologia	8,23%	8,45%	6,55%	9,34%
Ginecologia	6,97%	6,59%	5,43%	9,41%
Neurologia	4,87%	5,31%	3,53%	5,09%
Dermatologia	4,87%	4,88%	4,15%	5,54%
Otorrinolaringologia	4,85%	5,03%	3,50%	5,73%
Pneumologia	4,56%	4,19%	4,25%	5,80%
Cirurgia Geral	3,70%	3,51%	4,06%	3,83%
Angiologia	3,22%	3,36%	3,36%	2,73%
Reumatologia	2,61%	2,56%	3,12%	2,23%
Acupuntura	2,61%	2,11%	3,57%	2,92%
Hematologia	2,24%	2,01%	2,29%	2,78%
Gastroenterologia/Proctologia	2,15%	2,24%	1,45%	2,61%
Endocrinologia	1,67%	1,81%	1,47%	1,52%
Cirurgia Ambulatorial Ginecológica	1,07%	1,09%	0,77%	1,31%
Cirurgia Ambulatorial Dermatologia	0,55%	0,55%	0,53%	0,57%
Cirurgia Ambulatorial Urologia	0,32%	0,21%	0,48%	0,45%
Psiquiatria	0,11%	0,05%	0,34%	0,05%
Anestesiologia	0	0	0	0

Fonte: elaborada pela autora com base em dados da PMOP, 2020

DISCUSSÃO

A APS deve ser orientada por quatro componentes fundamentais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (STARFIELD et al., 2002). Estes princípios dialogam com o presente trabalho e com a necessidade de se discutir os benefícios da formação em MFC para atuação na APS, especificamente no que se refere à sua resolutividade. O conceito de resolutividade da APS pode ser entendido como a “resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde” (COSTA et al., 2014). Essa resposta inclui, para além da cura de doenças, o alívio do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde, a capacidade de atender à demanda e também o encaminhamento oportuno dos casos que requerem atendimentos mais especializados dentro do sistema de saúde (TURRINI et al., 2008).

O presente estudo buscou investigar se a formação em MFC, em especial através da residência médica, teria associação com um menor percentual de encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada. Não foi encontrada associação estatística significativa quando comparados os percentuais de encaminhamentos entre os grupos em ambos os anos. Importante destacar o contexto dos dados do ano de 2020 com a pandemia da COVID-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e suas implicações no serviço de saúde. No ano de 2020 foram iniciadas medidas de restrição à circulação de pessoas e aconselhamento para que os usuários buscassem os serviços de saúde apenas quando extremamente necessário. O incentivo ao distanciamento social e à busca dos serviços de saúde apenas em casos de extrema necessidade provavelmente gerou uma mudança no padrão de procura das unidades de saúde e, conseqüentemente, no padrão de encaminhamentos. É possível que aqueles que procuraram as unidades de saúde possuíam problemas mais graves que necessitariam de encaminhamentos ou condições crônicas agravadas pela falta de acompanhamento regular durante o período de distanciamento social e menor acesso às UAPS. Entretanto, foi observada redução no percentual de encaminhamentos no grupo das UAPS com médico(a) com residência em MFC quando comparados os anos de 2019 e 2020, diferença não observada nos demais grupos.

Algumas teorias podem ser propostas para elucidar essa diferença: como levantado por Rebolho et al. (2021), durante a residência em MFC o residente aprende e coloca em prática os princípios da MFC e atributos da APS, como o primeiro contato e a longitudinalidade, já discutidos anteriormente neste trabalho. Dessa forma, possibilita-se o desenvolvimento de competências fundamentais para um médico que atua na APS ser resolutivo, como a valorização do acesso e do vínculo, que garantem que os pacientes possam ter acesso fácil e em tempo oportuno ao seu médico e ao especialista, quando necessário, e serem acompanhados por um longo período, o que “tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade” (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Outra hipótese que pode explicar essa redução no percentual de encaminhamentos seria o treinamento em MFC realizado durante a residência, no qual durante o período de formação de dois anos o residente atua sob supervisão de um médico de família e comunidade mais experiente, propiciando que o mesmo adquira “capacidade para lidar com a maior parte dos problemas de saúde apresentados pela população, aumentando seu poder de resolução” (REBOLHO et al., 2021).

O percentual de encaminhamentos total encontrado neste estudo foi de 24,17% no ano de 2019 e de 29,94% no ano de 2020. Este resultado é concordante com o percentual descrito na literatura, que varia de 5 a 30% (FRANKS et al., 1999; SHEA ET AL., 1999; FRANKS et al., 2000; O'DONNELL, 2000; SHADD et al., 2011; BARNETT et al., 2012; RINGBERG ET AL., 2013; LIDDY et al., 2014; GWYNNE ET AL., 2017; REBOLHO et al., 2021). Não há evidência do número ideal de encaminhamentos a partir da APS, porém considerando o propósito de que a APS responda adequadamente a 85 a 95% das demandas de saúde de seus usuários, espera-se uma alta resolutividade nesse nível de atenção, sendo estes percentuais importantes parâmetros de qualidade da atenção e indicadores de gastos para o sistema. De acordo com Fleming (apud REBOLHO et al., 2021, p. 1267), em estudo de 1993, o percentual de encaminhamentos de mais de 1.500 médicos de 15 países da Europa ocidental variou entre 2,6 e 8,2%.

Com relação ao percentual de encaminhamentos a cada especialidade, em ambos os anos analisados e em todos os grupos a especialidade com maior percentual de encaminhamentos foi a oftalmologia, semelhante ao descrito por Rebolho et al. (2021). Muitas das queixas oftalmológicas exigem a avaliação especializada para exames complementares, o que justifica esse maior percentual de encaminhamento. A proporção de encaminhamentos às demais especialidades também foi semelhante, porém não foi analisada se existiria diferença significativa entre os percentuais por grupo.

Algumas limitações do presente estudo são: 1. Não foi obtido o número de encaminhamentos por médico, mas sim por equipe, devido à ausência deste dado específico no sistema informatizado. Dessa forma, os dados tornam-se menos fidedignos por poderem sofrer impacto do número de encaminhamentos realizados por médicos de apoio, residentes em MFC e acadêmicos de Medicina preceptorados por professores da Universidade, além da troca do médico responsável pela equipe antes do término do ano. 2. A não avaliação de outros possíveis confundidores para além da formação em MFC, como tempo de formado do médico, tempo na mesma equipe, características da população assistida como idade, sexo, renda e número de comorbidades. 3. Não foi avaliada a qualidade dos encaminhamentos, se os mesmos foram inadequados ou evitáveis ou não. 4. Não foi analisado se há diferença significativa no percentual de encaminhamentos a cada especialidade entre os grupos, o que poderia sinalizar uma maior ou menor resolutividade das queixas relacionadas à cada especialidade de acordo com a formação médica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou informações importantes para o planejamento em saúde do município e para a reflexão sobre a importância de fortalecer a APS e investir na formação em MFC dos médicos que nela atuam. Mediante o exposto, acredita-se que a resolutividade da APS pode ser fomentada através da capacitação dos profissionais que nela atuam para o manejo das principais demandas de saúde da população, o que é feito através da residência médica mas também por meio da educação continuada. Outra ferramenta que pode ser transformadora em reduzir o percentual de encaminhamentos, aumentar resolutividade e contribuir para capacitação dos profissionais da APS seria o uso de ferramentas de teleconsultoria, que permitem a referência e contrarreferência sem a necessidade de encaminhamento inicial do paciente a outro nível de atenção. A teleconsultoria é um recurso que promove a educação continuada e pode ser responsável pela redução de encaminhamentos evitáveis.

Outro importante ponto é a necessidade de um sistema de referência e contrarreferência coeso e intercomunicável, no qual exista a troca de informações entre o médico que encaminhou o paciente e o especialista que o recebe. Dessa maneira, torna-se possível melhor coordenação do cuidado, atributo essencial da APS que envolve a comunicação entre os profissionais e a integração da rede. Para Freeman, 2018: “sem o atendimento continuado e a responsabilidade do médico de família e comunidade, o atendimento por especialidades, não coordenado e fragmentado, pode ser tanto supérfluo quanto prejudicial”.

Por fim, a criação de fluxos ambulatoriais para encaminhamentos é outra maneira que pode contribuir para a redução de encaminhamentos desnecessários, pois determina as situações em que a referência ao subespecialista é necessária, além de determinar também as situações em que este encaminhamento deve ser feito de forma urgente, promovendo assim acesso oportuno do paciente ao especialista. Nessa perspectiva, a presença de um sistema de regulação ambulatorial também pode ser útil, no sentido de garantir acesso às consultas, aos exames especializados e aos Serviços Auxiliares de

Diagnóstico e Terapia, além de monitorar a qualidade dos encaminhamentos da atenção primária.

Tendo em mente as experiências da pesquisadora durante os dois anos de residência médica em MFC e atuação na APS de Ouro Preto, os dados e as discussões gerados neste trabalho buscaram chamar atenção para a formação em MFC através da residência médica, valorizando o trabalho de preceptoria e de formação continuada para maior resolutividade do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEN, Justin et al. **Definição europeia de clínica geral e medicina familiar**. Portugal: Wonca–Europa, 2002.

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

BENTZEN, Niels et al. **WONCA dictionary of general practice/family practice**. Copenhagen: Maanedskift, 2003.

BARNETT, Michael L.; SONG, Zirui; LANDON, Bruce E. **Trends in physician referrals in the United States, 1999-2009**. Archives of internal medicine, v. 172, n. 2, p. 163-170, 2012.

BERGER, Carla Baumvol et al. **A formação na modalidade Residência Médica: contribuições para a qualificação e provimento médico no Brasil**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.

BRASIL. **Lei no. 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo; 1990 Set. 20.

CARTER, Stacy M.; BARRATT, Alexandra. **What is overdiagnosis and why should we take it seriously in cancer screening?**. 2017.

CORRER, Cassyano Januário et al. **Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, v. 43, n. 1, p. 55-62, 2007.

COSTA, Juliana Pessoa et al. **Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços**. Saúde em debate, v. 38, p. 733-743, 2014.

ELLSBURY, Kathleen E.; MONTANO, Daniel E.; MANDERS, Donna. **Primary care physician attitudes about gatekeeping**. J Fam Pract, v. 25, n. 6, p. 616-619, 1987.

FLEMING, Douglas Munro. **The European study referrals from primary to secondary care**. 1993.

FRANKS, Peter et al. **Why do physicians vary so widely in their referral rates?**. Journal of general internal medicine, v. 15, n. 3, p. 163-168, 2000.

FRANKS, Peter et al. **Variations in primary care physician referral rates**. Health services research, v. 34, n. 1 Pt 2, p. 323, 1999.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Ciência, cuidado e saúde, v. 7, n. 1, p. 065-072, 2008.

FREEMAN, Thomas R. **Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney**. Artmed Editora, 2018.

GWYNNE, Mark et al. **What's the right referral rate?** Specialty referral patterns and curricula across 13 collaborative primary care residencies. Fam Med, v. 49, n. 2, p. 91-96, 2017.

HALM, Ethan A.; CAUSINO, Nancyanne; BLUMENTHAL, David. **Is Gatekeeping Better Than Traditional Care?: A Survey of Physicians' Attitudes**. Jama, v. 278, n. 20, p. 1677-1681, 1997.

KRUSKAL, William H.; WALLIS, W. Allen. **Use of ranks in one-criterion variance analysis**. Journal of the American Statistical Association, v. 47, n. 260, p. 583-621, 1952.

LIDDY, Clare et al. **What is the impact of primary care model type on specialist referral rates?** A cross-sectional study. BMC family practice, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2014.

MACINKO J, et al. **The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998**. Health Services Research, 38:819-853, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOORE, Gordon T. **The case of the disappearing generalist: does it need to be solved?**. The Milbank quarterly, p. 361-379, 1992.

O'DONNELL, Catherine A. **Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature?**. Family practice, v. 17, n. 6, p. 462-471, 2000.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. SPE, p. 158-164, 2013.]

REBOLHO, Ricardo Collar et al. **Médicos de família encaminham menos?** Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 1265-1274, 2021.

RINGBERG, Unni et al. **High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine**, a study of 4350 consultations. BMC health services research, v. 13, n. 1, p. 1-10, 2013.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 3579-3586, 2010.

SHADD, Joshua et al. **Patterns of referral in a Canadian primary care electronic health record database**: retrospective cross-sectional analysis. *Journal of Innovation in Health Informatics*, v. 19, n. 4, p. 217-223, 2011.

SHEA, Dennis et al. **Medicare physician referral patterns**. *Health services research*, v. 34, n. 1 Pt 2, p. 331, 1999.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. **Contribution of primary care to health systems and health**. *The milbank quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2002.

STARFIELD, Barbara. **Primary care and health**: a cross-national comparison. *Jama*, v. 266, n. 16, p. 2268-2271, 1991.

SCHEFFER, M. et al., **Demografia Médica no Brasil 2020**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020. 312 p. ISBN: 978-65-00-12370-8.

TAYLOR, Thomas R. **Pity the poor gatekeeper**: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *BMJ: British Medical Journal*, v. 299, n. 6711, p. 1323, 1989.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRÃO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar**: percepção do usuário. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 663-674, 2008.