

Impacto da residência médica de família e comunidade nos indicadores de desempenho

Guilherme Coelho¹  Danielle Satie Kassada² 

¹Mestrando da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas/SP, Brasil.

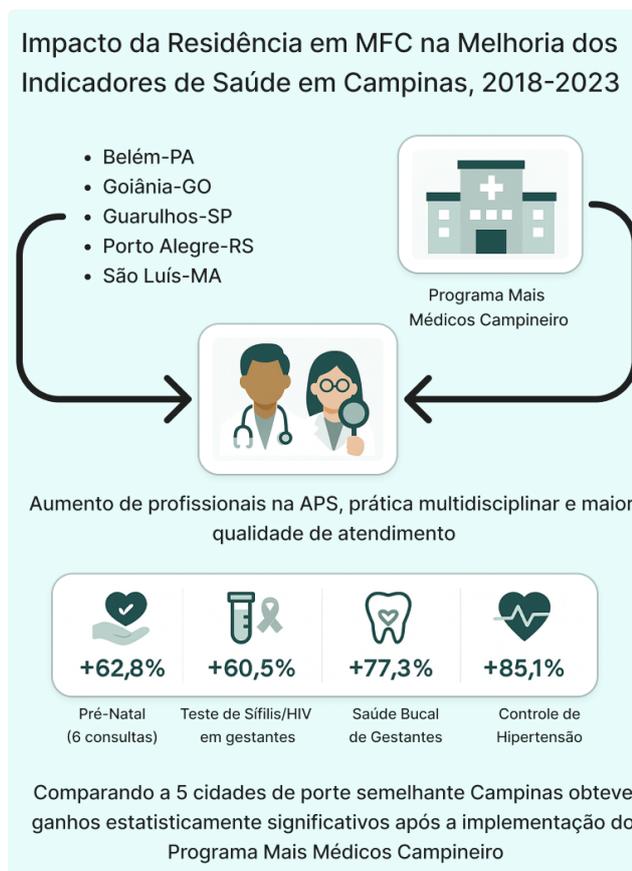
²Professora Doutora da Área de Saúde Pública e Coletiva. Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas/SP, Brasil.

E-mail: guico2lh@gmail.com

Highlights

- A Residência Médica em Família e Comunidade (MFC) melhorou indicadores de saúde em Campinas.
- O acompanhamento de hipertensos na APS aumentou em 85,1% após a intervenção.
- Pré-natal com seis ou mais consultas cresceu 62,8% após a implementação.
- A testagem de sífilis/HIV em gestantes aumentou em mais de 60%.
- Acompanhamento odontológico de gestantes teve melhora de 77,3%.
- Comparação com cinco cidades do Brasil mostrou ganhos estatisticamente significativos.
- Estratégia fortaleceu práticas interdisciplinares e qualidade do cuidado.
- Investimentos em MFC resultam em melhorias concretas na qualidade do cuidado.

Resumo Gráfico



Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da implementação do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade nos indicadores de saúde de Campinas, comparando os resultados com outras cidades brasileiras. O estudo utilizou um delineamento observacional e descritivo, analisando dados secundários obtidos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica referentes aos anos de 2018 a 2023. A análise foi realizada utilizando o *Teste t de Student* e a metodologia de Diferença em Diferenças (DiD). Os resultados mostraram melhorias significativas nos indicadores mencionados, com aumentos de 3,61% a 85,09% nos indicadores de saúde em Campinas, enquanto as demais cidades não apresentaram variações tão expressivas. Esses achados indicam um impacto positivo da residência médica na Atenção Primária à Saúde, sugerindo que a presença de médicos de família e comunidade contribuiu para a melhoria da qualidade e acesso aos serviços de saúde em Campinas. Conclui-se que a continuidade e expansão do programa são recomendadas, assim como o monitoramento constante dos indicadores de saúde para garantir a sustentabilidade dos resultados obtidos.

Palavras-chave: Atenção Primária. Indicadores. Avaliação. Residência. Desempenho.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2025,49:e17132025
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 22 janeiro 2025.
Aceito: 30 junho 2025.
Publicado: 31 julho 2025.

INTRODUÇÃO

A reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como uma prioridade central nas políticas de saúde em âmbito global, sendo reconhecida como um componente fundamental para alcançar o objetivo quádruplo: aprimorar a qualidade do cuidado, melhorar os desfechos em saúde, proporcionar melhores experiências aos profissionais de saúde e otimizar o valor do investimento aplicado¹.

A evolução histórica da Atenção Primária à Saúde (APS) reflete uma transição significativa de um modelo centrado exclusivamente no diagnóstico e tratamento de doenças para uma abordagem abrangente, voltada ao apoio à saúde e ao bem-estar da população. Essa transformação inclui a gestão eficiente de condições crônicas e a promoção da saúde populacional. O movimento de reformulação da APS, compreendido como a transição de uma abordagem limitada de “atenção primária” para o conceito mais amplo de “atenção primária à saúde”, ganhou destaque global com iniciativas pioneiras, como as implementadas no Canadá. Um marco dessa trajetória foi a criação do *Primary Health Care Transition Fund*, em 2000, que incentivou as províncias canadenses a reformar e redesenhar seus sistemas de APS. Entre os objetivos principais desta iniciativa estavam a ampliação do acesso aos cuidados, a promoção da saúde, a oferta de serviços essenciais e a consolidação de equipes interdisciplinares de saúde². Desde então, essas iniciativas têm sido replicadas e adaptadas em diversos contextos ao redor do mundo, sempre com o foco em integrar a saúde e os serviços sociais para enfrentar os determinantes sociais da saúde de maneira mais eficiente e equitativa³.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelecida em 1994, foi implementada como parte de uma estratégia mais ampla de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era transformar o modelo de atenção à saúde, que até então era centrado em hospitais e atendimento especializado, para um modelo mais abrangente e próximo das comunidades⁴. A ESF foi inicialmente implantada em municípios pequenos e médios, rapidamente demonstrando seu potencial em melhorar o acesso aos serviços de saúde básica e em promover a equidade no cuidado à saúde⁵. Contudo, um dos principais desafios enfrentados pela ESF desde sua implementação é a desigualdade na distribuição das equipes de saúde da família, especialmente nas grandes cidades e regiões metropolitanas^{6,7}. Ainda assim, a ESF tem mostrado potencialidades significativas, promovendo uma abordagem integral e contínua, humanizando o atendimento e fortalecendo o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários^{8,9}.

Em 2019, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o programa Previne Brasil, com o objetivo de fortale-

cer a APS no país, reestruturando o modelo de financiamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este programa baseia a alocação de recursos em capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas conforme as recomendações da Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019. No pagamento por desempenho são monitorados os seguintes indicadores: cobertura de consultas pré-natal - proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1^a (primeira) até a 12^a (décima segunda) semana de gestação; gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; gestantes com atendimento odontológico realizado; mulheres com idade entre 25 a 64 anos com coleta de citopatológico na APS; crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada; pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre; pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre¹⁰.

No município de Campinas, o Programa Mais Médicos Campineiro (PMMC) foi instituído em 2019 como uma estratégia para enfrentar a persistente ociosidade de vagas nos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC). O PMMC simboliza uma mudança significativa no modelo de cuidado, promovendo a substituição de especialistas focais pela inserção de Médicos de Família e Comunidade como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS). O PMMC estruturou-se com uma abordagem integrada à Atenção Primária, visando fortalecer o cuidado em saúde territorializado. Os residentes participam de jornadas semanais de 60 horas, distribuídas entre atendimento clínico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), atividades comunitárias e plantões de apoio. Cada residente é supervisionado por um preceptor experiente – geralmente um médico da família e comunidade – com reuniões mensais para discussão de casos e avaliação das competências adquiridas. A integração com equipes multiprofissionais envolve reuniões coletivas para definição de planos de cuidado e participação em grupos temáticos como o “Hipertéria” (controle de hipertensão e diabetes) e rodas comunitárias, garantindo uma formação conectada às necessidades da população local. Entre as principais iniciativas do programa, destaca-se a criação de um programa de residência médica em colaboração com instituições de ensino locais, consolidando a integração entre formação profissional e fortalecimento do sistema de saúde. Os resultados preliminares indicam um aumento significativo na ocupação das vagas de residência médica e uma melhoria na estabilidade da força de trabalho médica na APS, evidenciando o im-

pacto positivo de políticas públicas direcionadas à formação e fixação de profissionais¹⁰.

Este estudo tem como objetivo avaliar o impacto do Programa Mais Médicos Campineiro nos indicadores de saúde pagos por desempenho na APS em Campinas estabelecidos pelo Previne Brasil. A análise

busca comparar os resultados obtidos antes e após a implementação do programa, bem como em relação aos outros municípios que não adotaram iniciativas semelhantes, proporcionando uma visão abrangente sobre a eficácia do PMMC na reestruturação e fortalecimento da APS em Campinas.

METODOLOGIA

Este estudo observacional, descritivo e de abordagem quantitativa utilizou dados públicos secundários agregados, obtidos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), focando nos indicadores estabelecidos pelo programa Previne Brasil. O período de análise abrangeu os anos de 2018 e 2023. Para garantir a robustez dos resultados, a análise estatística envolveu o uso de estatísticas descritivas, como frequências relativas e medidas de tendência central, além de modelagem semi-paramétrica, com um intervalo de confiança de 95%.

Os indicadores do Previne Brasil analisados neste estudo foram selecionados por sua disponibilidade e importância na avaliação do desempenho da APS, refletindo tanto a qualidade do atendimento quanto o acesso aos serviços primários de saúde. Entre os indicadores estudados, incluem-se a cobertura de consultas de pré-natal, a realização de exames de sífilis e HIV em gestantes, o acompanhamento odontológico para gestantes, a cobertura vacinal infantil, a realização de exames citopatológicos para prevenção do câncer de colo de útero, e o acompanhamento de pacientes com hipertensão e diabetes.

Campinas, localizada no estado de São Paulo e com uma população estimada em 1,2 milhão de habitantes, foi o foco principal deste estudo. A cidade destaca-se por seu elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), bem como por seu papel como um importante polo tecnológico e industrial no Brasil. Possui uma ampla rede de Atenção Primária à Saúde (APS), composta por 68 Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de programas de saúde pública como o Programa Mais Médicos Campineiro.

RESULTADOS

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir de registros agregados de pacientes atendidos pelas UBS nas cidades de Campinas, Belém, Guarulhos, Goiânia, São Luís e Porto Alegre durante os anos de 2018 e 2023.

Conforme mostra a Tabela 1, as seis cidades apresentam populações de porte semelhante (≈

Para fins comparativos, foram incluídas no estudo as cidades de Belém, Guarulhos, Goiânia, São Luís e Porto Alegre. Essas localidades, apesar de suas especificidades regionais, apresentam características comuns relevantes: populações entre 1 e 1,5 milhão de habitantes, redes estruturadas de APS e desafios semelhantes relacionados ao acesso aos serviços de saúde. Como centros urbanos de destaque em suas respectivas regiões, compartilham dificuldades associadas à gestão eficiente da APS, à redução das desigualdades socioeconômicas e à implementação de programas de saúde pública voltados à melhoria dos indicadores de saúde. Essas cidades possuem infraestruturas urbanas desenvolvidas, mas enfrentam problemas como sobrecarga dos sistemas de saúde e a necessidade de constante adaptação às demandas de suas populações crescentes. Tais características tornam-nas adequadas para comparação e análise no contexto de estudos voltados ao fortalecimento da APS e à avaliação de políticas públicas em saúde.

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando o *Teste t de Student* para comparar as médias dos indicadores antes e após a implementação do PMMC na cidade de Campinas. Além disso, a metodologia de Diferença em Diferenças (DiD) foi empregada para comparar as mudanças nos indicadores de saúde em Campinas com aquelas observadas nas outras cidades. Esta abordagem permitiu isolar o efeito da intervenção, controlando para variáveis que poderiam influenciar os resultados. Toda a análise foi conduzida utilizando o *software Python*, com os resultados sendo considerados estatisticamente significativos para valores de $p < 0,05$.

1,0–1,5 milhão de habitantes), porém divergem em densidade demográfica, indicadores socioeconômicos e composição etária. A proporção de mulheres varia de 51,3% em Guarulhos a 54,0% em Porto Alegre; já a faixa de 20–49 anos representa entre 46,8 % (Porto Alegre) e 49,1% (Campinas) dos moradores¹¹. Os melhores indicadores de desenvolvi-

mento humano concentram-se em Campinas e Porto Alegre (IDHM = 0,805), enquanto Belém exibe o valor mais baixo (0,746)¹¹. O PIB *per capita* reforça o contraste econômico regional, oscilando de R\$22 a 216 reais em Belém a R\$60 a 541 reais em Campinas¹¹. Quanto à escolaridade, Porto Alegre (25,8%)

e Campinas (23,7%) têm a maior proporção de adultos com ensino superior completo, frente a 11,4% em São Luís¹¹. Essas diferenças de contexto justificam o ajuste por município no modelo analítico e devem ser consideradas na interpretação dos efeitos observados.

Tabela 1 - Perfil demográfico e socioeconômico dos municípios incluídos no estudo.

Município	População*	Densidade* (hab./km ²)	Mulheres* (%)	20-49 anos** (%)	IDHM**	Sup. comp. 25+** (%)	PIB*** (R\$)
Belém	1 303 403	1 230,25	52,7	47,8	0,746	12,9	22 216,33
Campinas	1 139 047	1 433,54	52,3	49,1	0,805	23,7	60 541,04
Guarulhos	1 291 771	4 053,57	51,3	48,9	0,763	15,4	33 482,57
Goiânia	1 458 672	2 143,63	52,6	48,5	0,799	19,5	44 955,98
Porto Alegre	1 332 845	2 690,50	54,0	46,8	0,805	25,8	55 603,17
São Luís	1 037 775	1 779,87	53,4	48,2	0,768	11,4	32 739,65

Fonte: *Censo 2020, IBGE. **Atlas Brasil 2010, IBGE. ***2021, IBGE.

Após a implementação da residência médica em MFC, diversos indicadores de saúde em Campinas apresentaram melhorias significativas como: Consultas Pré Natal (62,81%), Testes Rápidos para Sífilis e HIV em Gestantes (60,54%), Atendimento Odontológico para Gestantes (77,34%), e Controle de Hipertensão (85,09%). Em relação aos indicadores: Coleta de citopatológico (32,85%), Vacinação (pentavalente + poliomielite - 3,64%) e Controle da Diabetes *mellitus* (28,11%) houve acréscimo, porém sem significância.

Após a implementação do PMMC, a cobertura de consultas pré-natal em Campinas aumentou significativamente, com um incremento de 62,81% ($p = 0,0024$). Em comparação, às outras cidades analisadas não apresentaram variações tão acentuadas, com a média de cobertura permanecendo estável ou aumentando de forma menos expressiva. A análise de Diferença em Diferenças (DiD) confirmou que o aumento em Campinas foi estatisticamente significativo em relação às demais cidades, com uma diferença relativa de 33,69% ($p = 0,01364$).

A realização de exames de sífilis e HIV em gestantes também apresentou melhorias significativas em Campinas, com um aumento de 60,54% ($p = 0,0421$). As demais cidades apresentaram incrementos menores, com destaque para Porto Alegre,

que também mostrou um aumento significativo, mas em menor escala que Campinas. A análise DiD indicou que Campinas teve um desempenho superior em comparação com as outras cidades, sendo este aumento atribuído ao impacto direto do programa de residência médica implementado na cidade, com uma diferença relativa de 40,76% ($p = 0,07795$).

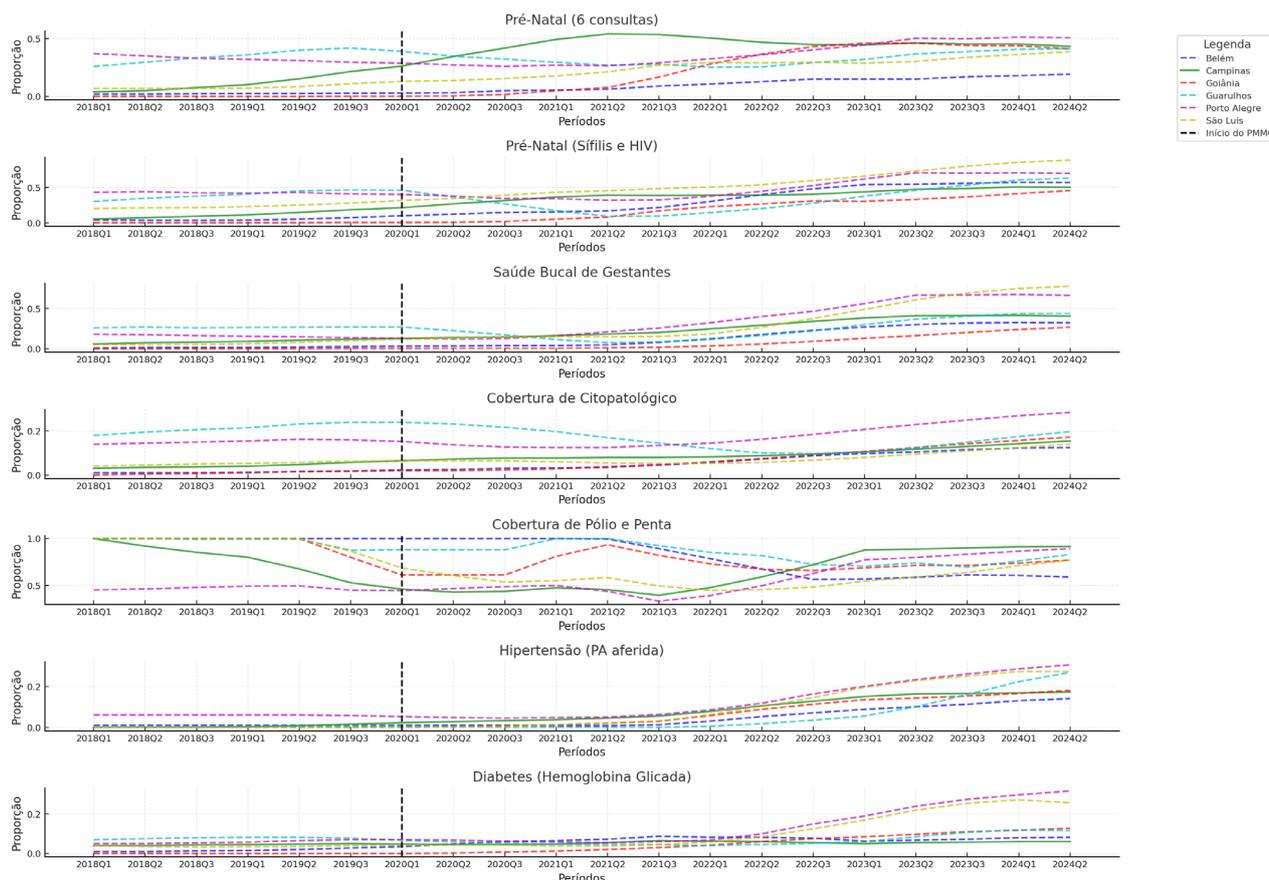
O acompanhamento odontológico para gestantes em Campinas apresentou um crescimento de 77,34% ($p = 0,0010$), com uma diferença estatisticamente significativa. Comparativamente, às outras cidades não mostraram mudanças substanciais, com Guarulhos e São Luís apresentando até mesmo uma leve redução na cobertura deste serviço. A análise DiD revelou que Campinas foi a única cidade com um incremento expressivo nesse indicador, atribuído à intensificação dos esforços em promover a saúde bucal das gestantes através do programa de residência médica, com uma diferença relativa de 53,60% ($p = 0,01068$).

Embora o aumento na cobertura vacinal infantil em Campinas tenha sido positivo, com um incremento de 3,64%, ele não foi estatisticamente significativo ($p = 0,4482$). Comparativamente, Porto Alegre e Goiânia apresentaram os maiores índices de cobertura vacinal, superando Campinas. A aná-

lise DiD não mostrou diferenças significativas entre Campinas e as demais cidades, com uma diferença relativa de -18,79% ($p = 0,73721$), sugerindo que a implementação do Programa Mais Médicos Campineiro teve menos impacto neste indicador específico.

Os exames citopatológicos e o acompanhamento de pacientes com hipertensão e diabetes em Campinas também mostraram melhorias, embora com variações menores em comparação com outros indicadores. A cobertura de exames cito-

patológicos aumentou em 32,85% ($p = 0,1850$), enquanto o acompanhamento de hipertensão cresceu em 85,09% ($p = 0,0107$) e o de diabetes em 28,11% ($p = 0,4004$). No entanto, a análise DiD indicou que essas mudanças, embora positivas, não foram significativamente diferentes das observadas nas outras cidades para os exames citopatológicos ($p = 0,29634$) e para o acompanhamento de diabetes ($p = 0,66705$). Já para hipertensão, a diferença relativa foi de 76,15%, sendo estatisticamente significativa ($p = 0,04458$).



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Figura 1 - Indicadores do Previne Brasil: evolução temporal, indicador e cidade de 2018 a 2024.

DISCUSSÃO

A implementação do PMMC demonstrou impacto positivo em diversos indicadores de saúde em Campinas, especialmente na cobertura de consultas pré-natal, na realização de exames de sífilis e HIV em gestantes, no acompanhamento odontológico para gestantes e no seguimento de pacientes portadores de Hipertensão. Esses resultados sugerem que a introdução de médicos de família e comunidade, promovida pelo PMMC, contribuiu significativamente

para a qualidade e acesso aos serviços da APS. A melhoria na atenção à saúde materna, evidenciada pelo aumento na cobertura de consultas pré-natal, reflete um fortalecimento do cuidado preventivo e contínuo, alinhado aos objetivos centrais do programa. A detecção precoce de doenças infecciosas por meio de exames de sífilis e HIV reforça a importância da intervenção do PMMC para a saúde materno-infantil. Esses achados estão em consonância com

a literatura recente, que destaca a eficácia dos programas de residência médica na APS para aprimorar os cuidados materno-infantis^{12,13,14}.

O aumento de 62,81% na cobertura de consultas pré-natal ($p = 0,0024$) é significativo e reflete o impacto direto do PMMC na reorganização do cuidado materno-infantil em Campinas. Estudos recentes indicam que a ampliação do acesso ao pré-natal é fundamental para reduzir desfechos adversos, como mortalidade materna e neonatal. Segundo dados do Previne Brasil¹⁵, a média nacional de consultas pré-natal realizadas dentro dos critérios recomendados é inferior a 50%, o que evidencia a importância de intervenções locais que priorizem a APS^{16,17,18}.

A realização de exames de sífilis e HIV em gestantes cresceu 60,54% ($p = 0,0421$) em Campinas, um dado que também se mostra superior à média nacional. A literatura aponta que a detecção precoce dessas infecções reduz complicações maternas e perinatais, além de mitigar a transmissão vertical. Em nível nacional, a cobertura desses exames ainda apresenta variabilidade significativa, com médias inferiores ao esperado em regiões com menor acesso à APS estruturada¹⁵.

O acompanhamento odontológico para gestantes em Campinas apresentou um crescimento de 77,34% ($p = 0,0010$), com uma diferença estatisticamente significativa. Comparativamente, às outras cidades não mostraram mudanças substanciais, com algumas até mesmo apresentando uma leve redução na cobertura desse serviço. A análise DiD revelou que Campinas foi a única cidade com um incremento expressivo nesse indicador. Esse resultado reflete a importância da orientação e do encaminhamento realizados pelos médicos de família e comunidade para avaliação de saúde bucal, frequentemente promovidos de forma pactuada com o setor de odontologia. Em muitas ocasiões, o atendimento às gestantes foi realizado de maneira compartilhada entre os residentes e os dentistas, o que permitiu superar barreiras, como o medo relatado pelas pacientes, e garantir a oportunidade de avaliação odontológica integral durante o pré-natal¹⁵.

Além disso, o controle de hipertensão em Campinas registrou um aumento expressivo de 85,09% ($p = 0,0107$), com diferença relativa de 76,15% em relação às outras cidades. Esse avanço reflete o impacto de uma abordagem ampliada e estruturada adotada pelos residentes em parceria com a gestão da unidade. A organização e ampliação dos atendimentos dos grupos de Hiperdia foram acompanhadas pela implementação de ações inovadoras, como consultas compartilhadas e atividades coletivas de captação de pacientes que haviam perdido o seguimento. Esses pacientes foram alcançados em iniciativas realizadas no território, como rodas de

conversa em organizações da sociedade civil (OSC), na cozinha comunitária e em grupos de tabagismo.

Outras atividades também foram implementadas, como as ações de promoção da saúde (atividades de caminhada em grupo e outros espaços de convivência comunitária), favorecendo a adesão dos pacientes ao seguimento longitudinal e ao tratamento. A criação de grupos personalizados, aliada às parcerias intersetoriais, fortaleceu a identificação de hipertensos silenciosos na comunidade, garantindo um cuidado integral e mais próximo das necessidades locais. Esses dados refletem o impacto do PMMC na gestão de condições crônicas. A presença de médicos de família e comunidade facilita o acompanhamento regular dos pacientes hipertensos, o que, por sua vez, reduz complicações cardiovasculares e melhora a qualidade de vida. Estudos realizados nos últimos cinco anos corroboram esses achados, sugerindo que a capacitação e a presença de médicos na APS contribuem significativamente para o manejo eficaz de doenças crônicas^{15,18,19}.

Apesar da qualificação proporcionada pela residência em Medicina de Família e Comunidade, sua presença isolada nas equipes de Atenção Primária não tem resultado em aumento significativo da cobertura vacinal. Estudos dos últimos anos mostram que essa melhoria depende mais de fatores estruturais e organizacionais, como disponibilidade de vacinas, funcionamento adequado da sala de vacinação, estratégias de busca ativa e enfrentamento da hesitação vacinal^{20,21}. Dessa forma, embora a residência em MFC contribua para o fortalecimento técnico e relacional da APS, a cobertura vacinal requer intervenções gerenciais e estruturais mais amplas, como gestão eficaz de estoque, campanhas de conscientização e capacitação específica para os cenários de vacinação.

Embora a residência em MFC promova competências clínicas importantes, sua presença isolada não tem sido suficiente para aprimorar a cobertura de coleta citopatológica na APS. Estudos recentes apontam que fatores como falta de tempo na agenda médica, ausência de infraestrutura adequada e equipamentos, além da transferência dessa demanda ao especialista, reduzem a oferta do exame na APS^{22,23}. Assim, embora os residentes em MFC aumentem as competências técnicas, a melhoria do acesso à prevenção citopatológica demanda intervenções estruturais, gestão organizacional e apoio institucional que não são automaticamente garantidos pela existência da residência.

No entanto, o estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, a utilização de dados secundários e agregados pode ter limitado a capacidade de análise detalhada em nível individual,

introduzindo potenciais vieses. Embora a estratégia de Diferença-em-Diferenças atenuar fatores não observáveis constantes ao longo do tempo, permanece a possibilidade de viés de seleção decorrente de variações socioeconômicas intra-município — como renda familiar, escolaridade e acesso a serviços de saúde — que não pôde ser capturada pelos registros agregados. Reconhecemos que mudanças na composição da população usuária das UBS ao longo do período avaliativo podem influenciar os indicadores, não sendo mensuráveis no presente desenho ecológico. As diferenças sociodemográficas e estruturais entre as cidades comparadas, embora parcialmente controladas pela metodologia de DiD, podem ter influenciado os achados. Além disso, a generalização dos resultados é restrita, dado que o estudo se concentrou em um contexto específico de cidades brasileiras, o que pode não refletir a realidade de outras regiões. A análise temporal, focada em 2022-2023, também pode não capturar os efeitos de longo prazo da implementação do programa.

Os achados deste estudo têm implicações importantes para a prática e política de saúde pública. A evidência de que o PMMC melhorou significativamente alguns dos principais indicadores de saúde sugere a necessidade de expansão e continuidade de programas de residência médica na APS. Estes programas são fundamentais para garantir que as unidades básicas de saúde estejam equipadas com profissionais qualificados, capazes de fornecer um atendimento integral e contínuo. Adicionalmente, áreas como a vacinação infantil e exames citopatológicos podem requerer abordagens complementares, como o fortalecimento de campanhas de saúde pública e melhorias na distribuição de insumos e tecnologias, para alcançar resultados mais expressivos.

A atuação do Médico de Família e Comunidade no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para a promoção de uma prática interprofissional efetiva. Esse profissional desempenha um papel central na interação com a equipe de Saúde da Família, promovendo a articulação entre diferentes saberes e competências para a oferta de cuidados integrados e centrados no usuário.

A prática interprofissional envolve a colaboração ativa entre médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas e outros membros da

equipe, com o objetivo de planejar, implementar e avaliar intervenções de saúde de maneira coordenada²⁴. O Médico de Família contribui com sua visão abrangente e longitudinal do cuidado, facilitando a identificação precoce de necessidades de saúde, a gestão compartilhada de condições crônicas e o encaminhamento adequado em casos de maior complexidade.

Além disso, o Médico de Família atua como um agente de integração, promovendo reuniões regulares com a equipe para discussões de casos, elaboração de planos terapêuticos singulares e educação permanente. Esse modelo de trabalho fortalece os vínculos dentro da equipe e com a comunidade, aumenta a resolutividade da APS e contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e da satisfação dos usuários. A prática interprofissional, portanto, não apenas potencializa os resultados clínicos, mas também fomenta um ambiente de aprendizado e apoio mútuo, promovendo o desenvolvimento contínuo de todos os profissionais envolvidos no cuidado.

Para futuras pesquisas, seria valioso acompanhar os efeitos de programas de residência médica em APS a longo prazo, avaliando a sustentabilidade dos impactos observados. Além disso, explorar os mecanismos específicos pelos quais a presença de médicos de família influencia diferentes indicadores de saúde, incluindo a qualidade da interação médico-paciente e a integração com outros níveis de cuidado, pode oferecer insights adicionais. Expansões desse tipo de análise para outras regiões do Brasil e contextos internacionais também seriam úteis para comparar os efeitos de programas de residência médica em diferentes configurações de saúde e sociais. Estudos qualitativos poderiam complementar os achados quantitativos, oferecendo uma compreensão mais profunda das experiências dos profissionais de saúde e dos pacientes com esses programas. Além disso, estudos utilizando microdados anonimizados dos sistemas de informação em saúde possibilitarão ajustar modelos para determinantes individuais (renda, escolaridade, raça/cor), reduzindo esse viés residual. A combinação desses achados quantitativos com entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais e usuários permitirá compreender mecanismos contextuais que explicam as variações observadas.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram o impacto positivo do PMMC na melhoria dos indicadores de saúde relacionados à APS no município de Campinas, especialmente no cuidado materno-infantil e no manejo de condições crônicas. Observou-se um aumento

significativo na cobertura de consultas pré-natal, na realização de exames de sífilis e HIV, no acompanhamento odontológico para gestantes e no controle de hipertensão arterial, indicadores que são diretamente influenciados pela atuação de médicos de família e co-

munidade integrados às equipes de APS.

A abordagem inovadora do PMMC, incluindo a implementação de programas de residência médica, não apenas contribuiu para a fixação de profissionais qualificados, mas também fortaleceu os fluxos de cuidado e a articulação intersetorial. Ações como consultas compartilhadas, prática interprofissional, formação de grupos de apoio, atividades comunitárias e parcerias com organizações locais ampliaram a adesão dos pacientes ao tratamento e reforçaram a continuidade do cuidado. Essas iniciativas também se mostraram fundamentais para superar barreiras relacionadas ao acesso e promover um modelo de cuidado mais próximo das necessidades locais.

Apesar das melhorias alcançadas, este estudo também destacou áreas onde a APS pode ser aprimorada, como a ampliação da cobertura vacinal infantil e a realização de exames citopatológicos, que ainda demandam esforços complementares e maior integração de políticas públicas. Essas áreas representam desafios que podem ser abordados por

meio do fortalecimento de campanhas educativas, distribuição mais equitativa de insumos e estratégias de engajamento populacional.

Este trabalho contribui para o entendimento do impacto das políticas públicas voltadas para a APS e reforça a relevância de programas como o PMMC para a promoção da equidade e da qualidade na saúde pública. Além disso, estudos futuros qualitativos podem oferecer uma compreensão mais profunda das experiências dos profissionais e usuários dos serviços, complementando os achados quantitativos aqui apresentados.

Em síntese, o PMMC se apresenta como um modelo eficaz para o fortalecimento da APS, contribuindo para avanços significativos na organização do cuidado em saúde, na formação de profissionais e na promoção da saúde da população. Sua expansão e continuidade podem servir de inspiração para outras regiões, consolidando a APS como o alicerce para sistemas de saúde mais justos e sustentáveis.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Coelho, G; Kassada, DS. Metodologia: Coelho, G; Kassada, DS. Validação: Coelho, G; Kassada, DS. Análise estatística: G Coelho. Análise formal: Coelho, G; Kassada, DS. Investigação: Coelho, G; Kassada, DS. Recursos: Coelho, G; Kassada, DS. Elaboração de rascunho original: Coelho, G; Kassada, DS. Redação-revisão e edição: Coelho, G; Kassada, DS. Visualização: Coelho, G; Kassada, DS. Supervisão: Coelho, G; Kassada, DS. Administração do projeto: Coelho, G; Kassada, DS.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Leslie M, Khayat-zadeh-Mahani A, Birdsell J, Forest PG, Henderson R, Gray RP, et al. An implementation history of primary health care transformation: Alberta's primary care networks and the people, time and culture of change. *BMC Fam Pract*. 5 de dezembro de 2020;21(1):258. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01330-7>
2. M Nielsen BL, C Zema TH, P Grundy. Benefits of Implementing the Primary Care Medical Home [Internet]. 2012 [citado 27 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://thepcc.org/resource/benefits-implementing-primary-care-medical-home>
3. McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2018 Jan;26(1):1-13. doi: 10.1111/hsc.12337. Epub 2016 Apr 5. PMID: 27059167.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x. PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.
5. Sousa MF de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008Mar;61(2):153-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000200002>.
6. Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). 2017. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa4_aps_anexo4.pdf. Acessado em: 20 jan. 2025.
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 21º de junho de 2018 [citado 22º de janeiro de 2025];31(2). Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7839>.
8. Fertoni HP, Pires DEP de, Biff D, Scherer MD dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2015Jun;20(6):1869-78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>.
9. Fontes Teixeira C, Pereira Solla J. Modelo de atenção a saúde: promoção, vigilância e saúde da família [Internet]. EDUFBA; 2006 [citado 27 de agosto de 2024]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/f7>
10. Dimarzio G, Pinto I de C, Guimarães AL, Rollo A de A, Gonçalves A, Zambon ZLL, et al. Desafios e implementação do Programa Mais Médicos Campineiro. *Rev. Med. (São Paulo)* [Internet]. 6º de março de 2023 [citado 22º de janeiro de 2025];102(1):e-190981. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/190981>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama dos municípios do Brasil. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/>. Acessado em: 15 jan. 2025.
12. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 25º de junho de 2011 [citado 22º de janeiro de 2025];6(18):19-20. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/>

13. Sarti TD, Dalla MDB, Machado TM, Fonseca MCF de O, Bof SMS, Filho J de AC, et al. A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 17 de abril de 2018;13(40):1-12.
14. Venancio SI, Rosa TE da C, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Effectiveness of Family Health Strategy on child's health indicators in São Paulo State. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2016Jul;16(3):271-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000300004>.
15. Costa N do R, Silva PRF da, Jatobá A. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previnde Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2022Dec;46(spe8):08-20. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>
16. do Prado TN, Brickley DB, Hills NK, Zandonade E, Moreira-Silva SF, Miranda AE. Factors Associated with Maternal-Child Transmission of HIV-1 in Southeastern Brazil: A Retrospective Study. *AIDS Behav*. 2018 Jul;22(Suppl 1):92-98. doi: 10.1007/s10461-018-2172-8. PMID: 29845389; PMCID: PMC6045966.
17. Vasconcelos CS da S, Pereira RJ, Santos AFB da S, Gratão LHA. Prevention measures for vertical HIV transmission: monitoring infected pregnant women and exposed children. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2021Jan;21(1):207-15. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100011>.
18. Herrera SDC. Residência de medicina da família e comunidade promove melhoria na atenção básica de saúde? 10 de dezembro de 2018 [citado 9 de janeiro de 2025]; Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/1056>
19. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate* [Internet]. 2018Sep;42(spe1):18-37. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
20. Ruela G de A, Santos A de F dos, Macieira C, Girardi SN, Abreu DMX de, Araújo JF, et al. Estrutura da Atenção Primária à Saúde e as coberturas vacinais nos municípios brasileiros. *Rev. saúde pública* [Internet]. 12º de maio de 2025 [citado 25º de junho de 2025];59:12. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/237587>
21. Almeida LG, Kfourri RÁ, Pasternak Taschner N, Fonseca Lima EJD, Pilati R. Assessing vaccine hesitancy among healthcare providers in Brazil: the influence of vaccine status and professional experience. *J Pediatr (Rio J)*. 2025 Mar-Apr;101(2):216-223. doi: 10.1016/j.jped.2024.09.001. Epub 2024 Oct 5. PMID: 39374902; PMCID: PMC11889690.
22. Nessler K, Ball F, Chan SKF, Chwalek M, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Barriers and attitudes towards cervical cancer screening in primary healthcare in Poland - doctors' perspective. *BMC Fam Pract*. 2021 Dec 30;22(1):260. doi: 10.1186/s12875-021-01612-8. PMID: 34969373; PMCID: PMC8717668.
23. Rezaiefar P, Archibald D, Kabir M, Humphrey-Murto S. Challenges in Providing Gynecological Procedures in Primary Care: A Survey of Canadian Academic Family Physicians. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2025 Jan 24;6(1):102-112. doi: 10.1089/whr.2024.0098. PMID: 39989871; PMCID: PMC11839541.
24. Ferro LF, da Silva EC, Zimmermann AB, Titotto Castanharo RC, Rodrigues Leite de Oliveira F. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios: DOI: 10.15343/0104-7809.20143802129138. *Mundo Saude* [Internet]. 1º de abril de 2014 [citado 22º de junho de 2025];38(2):129-38. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/379>

Como citar este artigo: Coelho, G., Kassada, D.S. (2025). Impacto da residência médica de família e comunidade nos indicadores de desempenho. *O Mundo Da Saúde*, 49. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e17132025P>. *Mundo Saúde*. 2025,49:e17132025.