

Percepção de residentes egressos sobre o desenvolvimento de competências essenciais em diferentes Programas de Medicina de Família e Comunidade

Perception of graduate residents on the development of essential skills in different Family Practice Programs

Percepción de residentes egresados sobre el desarrollo de competencias esenciales en distintos Programas de Medicina Familiar y Comunitaria

Thomas Diniz Papa¹ , Lais Izabel Maia Melo Crisanto² 

¹Escola de Saúde Pública de Florianópolis – Florianópolis (SC), Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal (RN), Brasil.

Resumo

Introdução: A formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) exige um conjunto amplo de competências em diferentes áreas. Para nortear esse processo, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade elaborou um Currículo Baseado em Competências, com o objetivo de auxiliar os programas de residência em MFC (PRMFC) no Brasil. **Objetivo:** Compreender a percepção dos residentes egressos de MFC sobre o próprio desenvolvimento de competências essenciais durante a formação. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal, desenvolvido com egressos de PRMFC das cinco regiões brasileiras que finalizaram a residência há menos de 5 anos. Utilizaram-se questionários virtuais nos quais os egressos se autoavaliaram quanto à segurança para exercer competências nas áreas de problemas gerais e inespecíficos, problemas metabólicos, cardiovasculares, saúde mental e procedimentos ambulatoriais. As respostas foram dadas em escala Likert e analisadas quanto à frequência. **Resultados:** Quarenta e três egressos responderam ao questionário, sendo que 3 foram excluídos pelos critérios de exclusão. Suas idades variaram entre 25 e 41 anos, com média de 30,27 anos e desvio-padrão de 3,32 anos. As áreas em que os egressos se avaliaram com maior segurança foram a abordagem de problemas gerais e inespecíficos, e de problemas metabólicos. Em contrapartida, apresentaram segurança insatisfatória no manejo de problemas mentais e na realização de procedimentos ambulatoriais, além de níveis críticos de segurança no exercício de várias competências cardiovasculares. Ademais, uma parcela importante deles teve dificuldades devido à escassez de preceptores capacitados durante a residência. **Conclusões:** Apesar de o crescimento do número de vagas de residência em MFC nos últimos anos ser benéfico, existem competências cujo desenvolvimento está limitado em diferentes PRMFC do Brasil.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Residência médica; Medicina de Família e Comunidade; Educação baseada em competências.

Autor correspondente:

Thomas Diniz Papa
E-mail: thomasdinizpapa@hotmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE 70217323.7.0000.0118.

TCLE:

assinado pelos participantes.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 18/03/2024.

Aprovado em: 24/05/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello
Dala Bernardina Dalla.

Como citar: Papa TD, Crisanto LIMM. Percepção de residentes egressos sobre o desenvolvimento de competências essenciais em diferentes Programas de Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4179. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4179](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4179)



Abstract

Introduction: Training in Family Practice (FP) requires a broad set of skills in different areas. To guide this process, the Brazilian Society of Family Practice developed a Competency-Based Curriculum to assist FP residency programs (FPRP) in Brazil. **Objective:** To understand the perception of FP graduates about their own development of essential skills during their training. **Methods:** This is a quantitative, observational, cross-sectional study, developed with FPRP graduates from the five Brazilian regions who completed their residency less than 5 years ago. Virtual questionnaires were used in which graduates self-assessed their safety in exercising skills in the areas of general and non-specific problems, metabolic issues, and cardiovascular health, mental health, and outpatient procedures. The answers were given on a Likert scale and analyzed for frequency. **Results:** 43 graduates responded to the questionnaire, 3 of which were excluded due to exclusion criteria. Their ages ranged between 25 and 41 years, with a mean of 30.27 years and a standard deviation of 3.32 years. The areas in which the graduates felt most confident were in addressing general and nonspecific problems and metabolic issues. On the other hand, they presented unsatisfactory confidence in the management of mental health problems and in carrying out outpatient procedures, in addition to critical levels of confidence in the exercise of various cardiovascular skills. Furthermore, a significant number of them had difficulties with the lack of qualified preceptorship during their residency. **Conclusions:** Although the growth in the number of residency vacancies at the FPRP in recent years is beneficial, there are skills whose development is limited in different FPRPs in Brazil.

Keywords: Primary Health Care; Medical residency; Family Practice; Competency-based education.

Resumen

Introducción: La formación en Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) requiere un amplio conjunto de competencias en diferentes áreas. Para guiar este proceso, la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria desarrolló un Currículo Basado en Competencias, con el fin de ayudar a los programas de residencia en MFC (PRMFC) en Brasil. **Objetivo:** Comprender la percepción de los residentes egresados de MFC sobre su propio desarrollo de competencias esenciales en la formación. **Métodos:** Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, transversal, desarrollado con egresados de PRMFC de las cinco regiones brasileñas, que finalizaron la residencia hace menos de 5 años. Se utilizaron cuestionarios virtuales en los cuales los egresados se autoevaluaron respecto a la seguridad para ejercer competencias en las áreas de problemas generales e inespecíficos, problemas metabólicos, cardiovasculares, salud mental y procedimientos ambulatorios. Las respuestas se dieron en una escala Likert y se analizaron según la frecuencia. **Resultados:** 43 egresados respondieron al cuestionario, con 3 excluidos por criterios de exclusión. Sus edades variaron entre 25 y 41 años, con una media de 30,27 años y un desvío estándar de 3,32 años. Las áreas en las que los egresados se evaluaron con mayor seguridad fueron el abordaje de problemas generales e inespecíficos y de problemas metabólicos. Por otro lado, existe una seguridad insatisfactoria en el manejo de problemas mentales y en la realización de procedimientos ambulatorios, además de niveles críticos de seguridad en el ejercicio de diversas competencias cardiovasculares. Además, una parte importante de ellos tuvo dificultades debido a la escasez de preceptores capacitados durante la residencia. **Conclusiones:** A pesar de que el aumento en el número de plazas de residencia en MFC en los últimos años es algo beneficioso, existen concursos cuyo desarrollo es limitado en diferentes PRMFC de Brasil.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Residencia médica; Medicina Familiar y Comunitaria; Educación basada en competencias.

INTRODUÇÃO

A criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1994, foi um marco fundamental para a mudança no modo de se fazer saúde pública no Brasil. Em conformidade com a literatura mundial, essa mudança precisava passar pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).^{1,2} Porém, na vigência da cultura “flexneriana”, os desafios eram enormes: vazios assistenciais, infraestrutura precária dos serviços, formação ultraespecializada nas universidades, entre outros.³

Nesse contexto, era preciso discutir um novo perfil de profissional desejado, capacitado a atuar nesse cenário de atenção primária e alinhado às necessidades da população. Esse profissional deveria ter um perfil generalista, porém diferente do tradicional clínico geral, acostumado ao trabalho intra-hospitalar e focado nos problemas de saúde biomédicos.⁴ Hoje, esse profissional é conhecido como Médico de Família e Comunidade.

Nesse cenário, foram dados novos passos para atender às demandas da saúde pública nacional, especialmente no que diz respeito à APS. Exemplos disso incluem o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas, o Programa de Valorização do Profissional

da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos para o Brasil e o Programa Médicos pelo Brasil. Embora cada um tenha seu foco específico, juntos trouxeram incentivos financeiros, qualificação profissional, reestruturação da educação médica, melhorias na infraestrutura dos serviços e ampliação do acesso ao médico da APS.⁵⁻⁸

Um resultado importante de todas essas ações estruturais foi a ampliação do número de vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade. Segundo o estudo de demografia médica no Brasil de 2020, essa ampliação contribuiu significativamente para suprir a demanda por profissionais qualificados nessa área e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) no país,⁹ MFC foi a especialidade que mais expandiu o número de vagas (R1) nos últimos 10 anos, saindo de 181 ocupadas em 2010, para 1.031 em 2019, um aumento de 469,6%. De acordo com o mesmo estudo, a oferta de vagas da especialidade cresceu quase 5 vezes mais do que a taxa de crescimento global de 81,4% das outras residências.⁹

Embora o crescimento quantitativo tenha sido muito positivo para a saúde pública nacional, também levantou questões importantes. Diante da abertura repentina de vários PRMFC e da ampliação de um número significativo de vagas de programas já existentes, começou-se a questionar se o MFC estava conseguindo desenvolver adequadamente as habilidades e competências necessárias para sua prática.

Diante desse dilema, aprofundar o entendimento sobre ensino baseado em competências tornou-se fundamental. Segundo Menezes,¹⁰ a competência, para fins da formação médica, pode ser definida como uma estrutura conceitual que descreve os domínios necessários para que um médico se torne confiável e capaz na prática autônoma, aprimorando as habilidades desenvolvidas. Ela é multidimensional, composta por vários aspectos importantes, tais como: cognitivos, técnicos, afetivos, relacionais, integrativos e contextuais. Consiste na junção e coordenação de conhecimentos, atitudes e habilidades.¹⁰

Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) produziu um instrumento valiosíssimo para a educação médica brasileira: o Currículo Baseado em Competências (CBC) para MFC.¹¹ Tal documento tornou as expectativas de desenvolvimento de competências do MFC mais claras e objetivas. Desse modo, passou a servir como guia para os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, como residentes, preceptores, tutores, coordenadores, gestores, entre outros.

Para fins didáticos, o CBC dividiu tais competências em quatro grupos, que representam um “*continuum de desenvolvimento*”: pré-requisito, essenciais, desejáveis e avançadas. Para a residência, as competências essenciais são as de maior importância, pois representam aquelas que se espera que todo residente consiga alcançar ao fim do seu processo de formação como especialista em MFC.

Assim, nesse contexto de preocupação sobre a capacidade dos PRMFC em induzir o desenvolvimento de competências essenciais em seus participantes, o presente estudo tem o objetivo de compreender a percepção dos residentes egressos dessa especialidade, de diferentes regiões do Brasil, a respeito do desenvolvimento de tais competências nos seus programas. A partir da descrição das percepções, busca-se perceber as potencialidades e dificuldades dos egressos de MFC em relação a tais competências.

MÉTODOS

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), tendo sido aprovado com CAAE nº 70217323.7.0000.0118. A participação na pesquisa foi voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que teve formato virtual e foi aplicado imediatamente antes dos questionários.

População e amostra

A amostra foi selecionada por conveniência e o convite para participar do estudo foi feito virtualmente, com auxílio das redes sociais. Especificamente, foi utilizada a página do Instagram @revolucaoprimaria, coordenada pelo autor da pesquisa. O convite foi direcionado a pessoas que já interagiam com a página e que se enquadravam nos critérios de inclusão, nos meses de setembro e outubro de 2023.

Critérios de inclusão

Médicos de família e comunidade, egressos de programas de residência havia menos de cinco anos, foram selecionados como participantes da pesquisa, sem restrição de sexo ou faixa etária.

Critérios de exclusão

Médicos de família e comunidade que obtiveram o título mediante prova de título de especialista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, mas que não participaram de programas de residência, foram excluídos da amostra.

Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Informações relacionadas à caracterização sociodemográfica dos participantes foram coletadas por meio de um questionário virtual. Além disso, obtiveram-se informações sobre o programa de residência em medicina de família e comunidade (PRMFC) do participante, incluindo aspectos como preceptorial, uso do CBC, tempo de duração do programa, complementação da bolsa e número de vagas disponíveis.

A percepção dos médicos sobre o desenvolvimento de competências essenciais foi obtida em um único momento para cada participante, por meio de um questionário que aborda tópicos específicos do CBC da SBMFC. Este questionário foi enviado virtualmente para o profissional, e sua resposta foi dada utilizando a escala de Likert.¹² A percepção dos participantes sobre o desenvolvimento de competências foi simplificada em duas categorias: seguros e inseguros. Aqueles que indicaram ter segurança ou total segurança foram considerados seguros, enquanto os que demonstraram algum grau de insegurança foram classificados como inseguros. A opção “capaz” foi considerada insegura após discussão entre os autores, pois os participantes que a selecionaram não se sentiram confortáveis o suficiente para indicar “seguro”.

Os tópicos avaliados foram: abordagem a problemas gerais e inespecíficos, abordagem a problemas de saúde mental, abordagem a problemas cardiovasculares, abordagem a problemas metabólicos e realização de procedimentos ambulatoriais.

É relevante salientar que a formação de um Médico de Família e Comunidade qualificado não se limita a essas competências, englobando também outros domínios importantes como comunicação clínica, abordagem familiar e comunitária, gestão e vigilância em saúde, atenção domiciliar, cuidados paliativos, entre outros. No entanto, a escolha desses temas específicos foi necessária para a aplicação do questionário, visando garantir que o tempo médio de resposta não excedesse 20 minutos.

Além disso, os temas selecionados foram delimitados considerando sua relevância epidemiológica nacional e as áreas de atuação específicas da especialidade.¹³

Processamento e análise de dados

Inicialmente, os dados coletados por meio do questionário virtual foram transferidos para uma planilha do *software* Microsoft Office Excel 2020. Em seguida, realizou-se a codificação do banco de dados, a partir do qual os resultados foram apresentados em frequência. Nenhum dado de qualquer participante foi compartilhado de maneira individual, e documentos adicionais relacionados não foram nem serão disponibilizados.

Para a análise, estabeleceram-se pontos de corte para a classificação dos resultados em relação à segurança para o exercício de cada competência. Considerou-se satisfatório quando as respostas atingiram uma taxa de segurança de pelo menos 70% entre os egressos; insatisfatório quando essa taxa ficou entre 50% e 70%; e crítico quando foi menor que 50%.

RESULTADOS

O questionário virtual foi respondido por 43 participantes de diferentes PRMFC das cinco regiões do Brasil, sendo três excluídos de acordo com os critérios de exclusão. Da amostra final, é possível descrever algumas características do seu perfil, conforme as Tabelas 1 e 2.

No que diz respeito à percepção do desenvolvimento de competências, as áreas cujos quesitos mais alcançaram a marca satisfatória foram a abordagem a problemas gerais e inespecíficos e a abordagem aos problemas metabólicos. Em contrapartida, o maior número de quesitos críticos foi encontrado na abordagem aos problemas cardiovasculares. Quanto à realização de procedimentos ambulatoriais, foi evidenciada a maior porcentagem de quesitos insatisfatórios, mas apenas um crítico. Por último, percebeu-se certo equilíbrio entre segurança e insegurança na abordagem a problemas de saúde mental, o que também pode ser considerado como insatisfatório. As respostas estão detalhadas nas Tabelas 3 e 4.

DISCUSSÃO

Como mostrado na Tabela 2, o ano de conclusão da graduação variou entre 2010 e 2021, com a mediana em 2019 e a moda em 2020. Além disso, as idades dos egressos variaram de 25 a 41 anos, com uma média de 30,27 anos e um desvio-padrão de 3,32 anos. Essas informações confirmam o que a literatura diz a respeito da MFC, que é uma das especialidades exercidas por profissionais mais jovens, ficando atrás apenas de Medicina de emergência.¹⁴

Tabela 1. Dados relativos aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

		Sim (%)	Não (%)	Não sei (%)	
Conhece o currículo baseado em competências da SBMFC?		100	0	0	
PRMFC usava o currículo da SBMFC?		75	13	13	
O seu PRMFC ofertava complementação de bolsa?		68	33	0	
Seu preceptor havia feito residência em MFC ou possuía título pela SBMFC?		88	13	0	
O seu PRMFC existe há quantos anos?	<5 anos	Entre 5 e 10 anos	Entre 10 e 20 anos	>20 anos	
	13%	38%	35%	15%	
Proporção preceptor-residente no seu PRMFC?	1:1	1:2	1:3	<1:3	
	20%	43%	25%	13%	
Qual era a estimativa de tempo médio semanal de preceptoria presencial, em horas?	<4	Entre 4 e 8	Entre 8 e 20	Entre 20 e 40	>40
	5%	15%	5%	65%	10%
Quais são as suas motivações para escolha da MFC como especialidade?		Sim (%)	Não (%)		
Qualidade de vida		75	25		
Diversidade de atividades no trabalho		92	8		
Trabalho em equipe		50	50		
Honorários		15	85		
Curto tempo de residência		27	73		
Baixa concorrência no processo seletivo		20	80		
Complementação da bolsa		40	60		

PRMFC: Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade; SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; MFC: Medicina de Família e Comunidade.

Tabela 2. Dados sociodemográficos.

	Média (desvio-padrão)
Idade, em anos	30,27 (3,32)
Ano de conclusão da graduação	Quantitativo de egressos (%)
2010	1 (0,25)
2013	1 (0,25)
2016	3 (0,75)
2017	7 (17,5)
2018	7 (17,5)
2019	5 (12,5)
2020	11 (27,5)
2021	5 (12,5)
Região do PRMFC	Quantitativo de egressos (%)
Sudeste	14 (35)
Nordeste	11 (27,5)
Sul	9 (22,5)
Centro-Oeste	3 (7,5)
Norte	3 (7,5)

PRMFC: Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Tabela 3. Porcentagem de segurança e insegurança dos egressos para o exercício de cada competência.

Abordagem a problemas gerais e inespecíficos		
Competências e habilidades	Inseguro (%)	Seguro (%)
Realiza abordagem centrada na pessoa utilizando habilidades de comunicação e aplicando os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa.	3	97
Realiza abordagem centrada na pessoa para situações especiais (paciente agressivo, sedutor, manipulador, vulnerável, dependente, hiperdemandante, paranoide, controlador, não aderente).	43	57
Indica adequadamente exames complementares considerando a abordagem centrada na pessoa, a Medicina Baseada em Evidências e a prevenção quaternária	5	95
Conhece o preparo para a realização dos exames e cuidados após estes exames.	33	67
Conhece o rendimento dos exames que mais utiliza, assim como seus riscos e benefícios.	23	77
Estimula no paciente as competências para o autocuidado.	21	79
Maneja adequadamente os sintomas gerais e inespecíficos mais frequentes e relevantes (dor, febre, tontura, entre outros).	8	92
Avalia efeitos colaterais e interações de fármacos usados pelo paciente.	33	67
Abordagem a problemas de saúde mental		
Competências e habilidades	Inseguro (%)	Seguro (%)
Conhece ferramentas mínimas para abordagem familiar	48	52
Faz o diagnóstico diferencial das principais síndromes e distúrbios de humor, fóbico-ansiosos e demências.	25	75
Reconhece e orienta problemas de comportamento escolar em crianças e adolescentes	73	27
Maneja a terapia farmacológica e não farmacológicas para os problemas mais frequentes de saúde mental	23	77
Maneja casos não complicados de uso abusivo de drogas, incluindo fumo e álcool	55	45
Reconhece e diferencia a severidade de surtos psicomentais	43	57
Coordena o cuidado de pacientes com problemas de saúde mental	28	72
Identifica casos complexos de saúde mental e comorbidades	10	90
Reconhece o amplo impacto dos problemas de saúde mental no indivíduo, família e sistema de saúde.	8	92
Abordagem a problemas cardiovasculares		
Competências e habilidades	Inseguro (%)	Seguro (%)
Sabe manejar hipertensão arterial sistêmica sem complicações	0	100
Sabe manejar as complicações da hipertensão arterial sistêmica	13	87
Sabe manejar insuficiência cardíaca	28	72
Sabe manejar hiperlipidemia	5	95
Sabe a prevalência dos problemas cardiovasculares na população onde trabalha	43	57
Faz a abordagem preventiva e manejo adequado de fatores de risco cardiovasculares: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia, hipertensão	18	82
Sabe fazer e interpretar eletrocardiograma normal e com alterações mais comuns	60	40
Avalia efeitos colaterais e interações de fármacos usados para problemas cardiovasculares	38	62
Solicita e interpreta adequadamente exames laboratoriais solicitados para avaliar problemas cardiovasculares	8	92
Realiza adequadamente pré-operatório de paciente de baixo risco cardiovascular	45	55
Faz avaliação para liberação de atividade física	23	77
Faz avaliação de risco cardiovascular	5	95
Sabe indicações de anticoagulação	55	45
Aborda situações de emergência de problemas cardiovasculares como síndrome coronariana aguda, parada cardiorrespiratória, insuficiência arterial periférica aguda e edema agudo de pulmão	75	25
Faz o manejo de diagnóstico e sabe realizar atividades preventivas em pacientes para endocardite bacteriana	89	11
Sabe solicitar adequadamente testes invasivos na avaliação de cardiopatia isquêmica	62	38
Sabe indicações e sabe interpretar adequadamente exames cardiovasculares como Holter, MAPA, doppler, teste ergométrico	45	55
Sabe princípios da reabilitação cardiovascular	87	13

Continua...

Tabela 3. Continuação.

Abordagem a problemas metabólicos		
Conhecimentos e habilidades	Inseguro (%)	Seguro (%)
Identifica população de risco para doenças metabólicas	8	92
Maneja adequadamente Diabetes Mellitus em pacientes não insulino-dependentes	0	100
Maneja adequadamente insulino-terapia em pacientes insulino-dependentes	23	77
Maneja adequadamente hipotireoidismo	5	95
Maneja adequadamente hipertireoidismo	73	27
Prevenção e tratamento de complicações agudas das doenças metabólicas	40	60
Faz uso racional dos exames laboratoriais para doenças metabólicas, como: glicemia, hemoglobina glicada, cetonúria, proteinúria, perfil lipídico, TSH e T4 livre	5	95
Solicita ou realiza o rastreio para as complicações mais comuns do Diabetes Mellitus (retinopatia, nefropatia, neuropatia e arteriopatia)	23	77
Faz abordagem educacional e nutricional para pacientes obesos e com doenças metabólicas	25	75
Avalia corretamente indicações para cirurgia bariátrica	35	65
Realização de procedimentos ambulatoriais		
Competências e habilidades	Inseguro (%)	Seguro (%)
Realiza procedimentos cirúrgicos essenciais (drenagem de abscesso, sutura, cantoplastia)	33	67
Conhece as indicações, contra-indicações e complicações dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	33	67
Inserir e retirar DIU	43	57
Colhe e faz o preparo de exame de citologia oncológica (Papanicolau)	18	82
Faz cauterização química de verruga viral	33	67
Faz anestesia local e bloqueios anestésicos de quirodáctilos e pododáctilos	31	69
Realiza procedimentos de urgência, como sutura, curativos, compressões e imobilizações	41	59
Faz injeção intramuscular, subcutânea e intravenosa	70	30
Faz remoção de cerume, retirada de corpo estranho, frenectomia e tamponamento nasal anterior	50	50

Tabela 4. Classificação da segurança dos egressos para o exercício das competências por área de abordagem.

Área de abordagem	Satisfatório (%)	Insatisfatório (%)	Crítico (%)
Problemas gerais e inespecíficos	5/8 (62,5)	3/8 (37,5)	0/8 (0)
Problemas metabólicos	7/10 (70)	2/10 (20)	1/10 (10)
Problemas cardiovasculares	8/18 (44)	4/18 (22)	6/18 (33)
Problemas de saúde mental	5/9 (55)	2/9 (22)	2/9 (22)
Realização de procedimentos ambulatoriais	1/9 (11)	7/9 (77)	1/9 (11)

Todos os egressos afirmaram conhecer o currículo baseado em competências da SBMFC. No entanto, 13% indicaram que seus programas de residência não utilizavam esse documento como guia para o planejamento das atividades. Embora essa porcentagem seja baixa, ainda é relevante, pois o CBC da SBMFC define claramente quais competências o residente deve adquirir ao longo do processo pedagógico, tornando os marcos de aprendizagem mais claros e alcançáveis. A descrição dessas competências é recomendada pelo guia de orientações do WONCA para pós-graduações em MFC.¹⁵

Em relação à preceptoria, 13% dos participantes destacaram que seus preceptores não haviam feito residência em MFC nem possuíam título pela SBMFC. Embora essa porcentagem seja baixa, revela uma fragilidade importante. Vários estudos demonstram o papel fundamental do preceptor como guia para auxiliar o residente a desenvolver-se pessoal e profissionalmente, sendo a especialidade um dos pré-requisitos fundamentais para exercer esse papel de maneira adequada.¹⁵⁻¹⁷

Ainda sobre preceptorial, apenas 20% dos participantes responderam que dispõem de um preceptor para seu apoio exclusivo, enquanto a maioria precisa dividir a disponibilidade com outros residentes. Além disso, 25% afirmaram receber apoio presencial do seu preceptor por menos de 20 horas semanais. Esses números revelam mais uma fragilidade da preceptorial nas RMFC no Brasil, considerando que a literatura recomenda a relação máxima de um preceptor com carga horária de 40h semanais para 3 residentes em até duas equipes.¹⁸

Sobre as motivações para a escolha da especialidade, os egressos destacaram a diversidade de trabalho e a qualidade de vida como principais fatores. No entanto, esse dado contrasta com a realidade, uma vez que alguns estudos têm apontado que a saúde mental dos médicos de família e comunidade brasileiros é uma das piores entre as especialidades.^{19,20} Portanto, parece haver uma dissociação entre as expectativas e a realidade vivenciada na prática profissional.

Em relação às competências relacionadas aos problemas gerais e inespecíficos, os egressos demonstraram estar bastante familiarizados com temas como Método Clínico Centrado na Pessoa, Medicina Baseada em Evidências, Prevenção quaternária e manejo de sintomas gerais e inespecíficos. No entanto, quase metade dos participantes revelaram insegurança ao lidar com situações especiais, como pacientes agressivos, sedutores, manipuladores, entre outros. Isso destaca a necessidade de os programas de residência em MFC abordarem o manejo dessas situações com mais frequência, visto que representam uma parte importante da população atendida pela APS brasileira.

Quanto aos problemas de saúde mental, os participantes demonstraram segurança no diagnóstico e manejo dos problemas mais frequentes, além de capacidade para identificar e coordenar o cuidado de casos complexos. Esse é um achado relevante, considerando que a saúde mental é uma das principais áreas de atuação do MFC.

Por outro lado, quase metade dos participantes relataram desconhecer ferramentas mínimas para abordagem familiar. Esse é um dado preocupante, pois a abordagem familiar é um dos pilares da especialidade. Além disso, a família é reconhecida como um determinante social em saúde, exercendo grande influência sobre o processo saúde-doença do paciente. Portanto, a ausência de ferramentas mínimas para realizar a abordagem familiar pode limitar a atuação do MFC, comprometendo atributos essenciais da APS, como a integralidade.

Outro dado que chama a atenção é o nível crítico de segurança dos participantes para reconhecer e orientar problemas de comportamento escolar em crianças e adolescentes. Nos últimos anos, tem-se observado uma demanda significativa de crianças com dificuldades de aprendizagem e relacionamento.²¹ Muitas vezes, essas crianças são encaminhadas da escola para os serviços de saúde em busca de um diagnóstico biomédico que explique a disfuncionalidade. Nessas situações, os médicos de família e comunidade precisam ter um olhar ampliado para visualizar o trinômio criança-família-escola, buscando possíveis alterações biopsicossociais que justifiquem o quadro. Para isso, o uso de ferramentas de abordagem familiar é essencial, o que pode estar limitando a segurança dos egressos nessa competência.

Em relação à abordagem dos problemas cardiovasculares, encontraram-se altas taxas de segurança em alguns subtemas, como manejo da hipertensão arterial sistêmica e suas complicações, insuficiência cardíaca, hiperlipidemia, manejo de fatores de risco cardiovasculares e interpretação de exames laboratoriais. Esse é um dado muito relevante, considerando que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil atualmente.²²

Por outro lado, os participantes revelaram segurança insatisfatória ou crítica na solicitação e interpretação de exames como ECG, Holter, MAPA, Doppler, teste ergométrico e testes invasivos para

avaliação de cardiopatia isquêmica. Isso levanta questionamentos sobre se os egressos estão realmente conseguindo manejar os problemas cardiovasculares mais frequentes, uma vez que demonstram dificuldade na avaliação das indicações e na interpretação dos exames mais utilizados na Cardiologia.

Além disso, uma grande fragilidade encontrada foi a insegurança de 75% dos egressos na abordagem a situações de emergência cardiovascular. Esse resultado pode estar associado ao perfil do residente de MFC, que muitas vezes tem menos interesse pelos temas voltados à urgência e emergência em detrimento dos ambulatoriais. Outra possível explicação é o fato de que muitos serviços de APS ainda mantêm o acesso apenas por agendamento. Nos PRMFC que funcionam nessa lógica, o residente não tem contato frequente com agudizações graves, o que pode limitar o desenvolvimento de suas competências na área.

Por fim, as taxas mais críticas de segurança desse domínio foram relacionadas ao conhecimento dos princípios da reabilitação cardiovascular e ao diagnóstico e prevenção de endocardite bacteriana, alcançando números próximos a 90%. Embora sejam subtemas bastante diferentes, ambos se unem a partir da prática multiprofissional. A ocorrência de endocardite bacteriana está muito associada à realização de procedimentos odontológicos,²³ que podem ser realizados na APS, enquanto os princípios de reabilitação cardiovascular se relacionam com a prática do fisioterapeuta. Portanto, as altas taxas de insegurança entre os egressos podem denotar uma prática frágil no que se refere ao trabalho e aprendizado multiprofissional durante a residência.

Como já mencionado, a abordagem aos problemas metabólicos foi um dos domínios com melhor avaliação entre os participantes. Todos os egressos afirmaram se sentir seguros para manejar o diabetes mellitus em pacientes não insulino-dependentes. Em relação aos pacientes insulino-dependentes, a porcentagem de segurança foi menor, mas ainda satisfatória. Em relação às doenças da tireoide, quase todos se sentem seguros para manejar o hipotireoidismo, mas o oposto foi observado em relação ao hipertireoidismo, sendo esta a única taxa crítica deste domínio. No entanto, a literatura afirma que o hipertireoidismo, em muitas situações, requer o manejo especializado do endocrinologista.²⁴ Portanto, não é um dado que deva causar grande preocupação.

Por último, as competências sobre realização de procedimentos ambulatoriais (PCA) mostraram o maior número de quesitos de segurança insatisfatória entre os egressos, com apenas um ultrapassando a marca dos 70% (coleta de Papanicolau). Esse é um dado preocupante, pois está bem documentado na literatura que a realização de PCA pela APS é uma ferramenta importante para aumentar a resolutividade e fortalecer a relação médico-paciente.²⁵

Por outro lado, é importante notar que apenas um quesito atingiu níveis críticos de segurança, o qual está relacionado à aplicação de injeção intramuscular, subcutânea e intravenosa. É possível que esse dado ocorra pelo fato de ser uma competência primariamente da enfermagem, de modo que os PRMFC podem estar negligenciando-a no currículo médico. No entanto, a segurança no seu exercício pode ser uma ferramenta importante para o MFC, principalmente para aqueles que atuam em regiões mais remotas, com maior limitação de recursos humanos.

Além disso, nota-se também segurança insatisfatória quanto à inserção de dispositivo intrauterino (DIU). Essa é uma fragilidade relevante, já que o DIU é o único método contraceptivo não hormonal e reversível considerado muito efetivo de acordo com o índice de Pearl.²⁶ Portanto, o domínio dessa competência é crucial para o planejamento familiar das pacientes que não toleram ou não gostariam de usar métodos hormonais.

Em relação às limitações do estudo, é importante citar a amostra obtida por conveniência, que pode ter enviesado os resultados obtidos, uma vez que alcança um público mais restrito e homogêneo,

limitando a validade externa da pesquisa. Além disso, devido ao número reduzido da amostra, e dividido entre vários PRMFC, não foi possível comparar as percepções entre programas e regiões diferentes. E, por último, a ausência de medidas de associação tornou a discussão mais imprecisa, sem conseguir estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis.

Assim, são necessários mais estudos, com amostras maiores, que consigam analisar outras competências essenciais do CBC e discutir mais profundamente as razões pelas quais elas eventualmente não estão sendo alcançadas. Apesar disso, o estudo cumpriu seu objetivo geral, uma vez que conseguiu compreender a percepção dos residentes egressos de MFC sobre o desenvolvimento de competências essenciais em diferentes regiões do Brasil.

Diante das conclusões deste estudo, é importante declarar que a MFC, enquanto especialidade no Brasil, assume um risco relevante ao supervalorizar o crescimento numérico de especialistas. Ao fazer isso, embora movida por boas razões, pode estar comprometendo o desenvolvimento das competências essenciais dos egressos dos PRMFC. E, com isso, submete a população brasileira às consequências perigosas desse processo. Para que isso não ocorra, espera-se que PRMFC Brasil afora consigam discutir o produto deste estudo como ferramenta problematizadora para traçar melhorias necessárias na formação dos seus residentes.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

TP: Conceituação, Curadoria de Dados, Metodologia, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação.
LC: Conceituação, Curadoria de Dados, Metodologia, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

- Costa A, Pedro R, Magalhães S. Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(32):295-9. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)935](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(32)935)
- Hutt P. General Practice in the United Kingdom – A training evolution. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(30):77-82. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)881](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)881)
- Anderson MIP, Wagner HL, Campos CEA. O impacto da MFC na saúde do Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2006;2(6):82-3. [https://doi.org/10.5712/rbmfc2\(6\)42](https://doi.org/10.5712/rbmfc2(6)42)
- Ferreira DC, Almeida LA, Souza DZ de O, Zanirati JVPL. A experiência da Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina no curso de graduação em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(32):304-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)782](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(32)782)
- Brasil. Mais Médicos – Dois anos: Mais Saúde para os Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- Brasil. Lei Mais Médicos. Diário Oficial da União [Internet]. Outubro 2013. Seção 1, n. 206 [acessado em 15 mar. 2023]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-publicacaooriginal-141521-pl.html>
- Brasil. Diretrizes Nacionais da Educação - Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Novembro 2001. Seção 1, p. 38 [acessado em 15 mar. 2023]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
- Brasil. Diretrizes Nacionais da Educação - Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Junho 2014. Seção 1, p. 8-11 [acessado em 15 mar. 2023]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192
- Scheffer M, Cassenote A, Guerra A, Guilloux AGA, Brandão APD, Miotto BA, et al. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Conselho Federal de Medicina; 2020.
- Menezes RA. Metodologia de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade: qualificando o processo de aprendizagem [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre; 2001.

11. Lermen Junior N. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); 2014. p. 1-66.
12. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol* 1932;22:5-55.
13. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. 2ª ed. (CIAP-2) [Internet]. 2009 [acessado em 25 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/>
14. Scheffer M, Guilloux AGA, Miotto BA, Almeida CJ, Guerra A, Cassenote A, et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: FMUSP; 2023
15. World Organization of Family Doctors (WONCA). WONCA Standards for Postgraduate Family Medicine Education [Internet]. 2013 [acessado em 23 dez. 2023]. Disponível em: https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf
16. Botti SH de O, Rego ST de A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis* 2011;21(1):65-85. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100005>
17. Garcia AP, Cadioli LM, Lopes Júnior A, Gusso G, Valladão Júnior JBR. Preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de São Paulo: políticas e experiências. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018;13(40):1-8. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1610](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1610)
18. Barban MRJ, Lopes JA, Moreira JV, Pellizzaro, Dias Afonso M, Sarno MM, Borret RH do ES, et al. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2509. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2509](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2509)
19. Montandon FAF, Pereira RPA, Savassi LCM. Análise da produção científica sobre a síndrome de burnout em médicos da atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2022;17(44):2937. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2937](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2937)
20. Moreira H de A, Souza KN, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Ocup* 2018;43:e3. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>
21. Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
22. Silva JR, Ramalho WM. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. In: Seminário Brasil Saúde Amanhã: Horizontes para os próximos 20 anos; 2015 set 17-18; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf.
23. Barroso MG, Boamorte C, Mota WP. Endocardite bacteriana: da boca ao coração. *Rev Ciência Estud Acadêmicos Med* 2014;2:47-57.
24. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TeleCondutas: Hipertireoidismo. Telessaúde RS [Internet]. Julho 2021; 1-19 [acessado em 01 jan. 2024]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hipertireoidismo.pdf
25. Oliveira PR, Favoreto CAO. Análise da realização da cirurgia ambulatorial na perspectiva da qualificação e resolutividade do cuidado prestado pelo médico de família e comunidade na Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2019;14(41):1864. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1864](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1864)
26. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Manual de Anticoncepção. São Paulo: FEBRASGO; 2015.