

Competências essenciais em medicina de família e comunidade para a graduação médica: uma revisão de escopo

Essential competencies in family practice for undergraduate medical education: a scoping review

Competencias esenciales en medicina familiar y comunitaria para la educación médica de pregrado: una revisión de objetivo

Natália Bortoletto D'Abreu¹ , João Henrique Silva Rizzetto² , Bianca Pimenta de Matos¹ , Joana Froés Bragança¹ 

¹Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

²Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Botucatu (SP), Brasil.

Resumo

Introdução: A formação médica de qualidade é essencial para assegurar cuidados em saúde seguros, equitativos e socialmente responsáveis. A Educação Baseada em Competências orienta currículos com base nas necessidades da população e dos sistemas de saúde. A Medicina de Família e Comunidade (MFC) constitui-se como especialidade estratégica por atuar diretamente na Atenção Primária à Saúde, proporcionando um cenário de aprendizado integrado e contextualizado. **Objetivo:** Mapear e analisar as competências relacionadas à MFC necessárias para a formação médica na graduação descritas na literatura científica. **Métodos:** Revisão de escopo conduzida conforme o Joanna Briggs Institute (JBI) e *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), com busca em oito bases de dados e literatura cinzenta, abrangendo estudos publicados entre 1994 e 2025. As competências foram extraídas, categorizadas por similaridade conceitual, agrupadas em domínios e analisadas quanto à frequência de recorrência nos estudos incluídos. **Resultados:** Foram incluídos 21 artigos, predominantemente publicados na última década, provenientes de diferentes continentes. Observou-se limitada interdisciplinaridade, com pouca colaboração entre diferentes áreas ou profissões nos estudos. Os domínios de competência mais frequentemente citados envolveram comunicação clínica, cuidado centrado na pessoa, manejo de doenças crônicas e agudas, competência cultural, abordagem comunitária, trabalho interprofissional, promoção da saúde e coordenação do cuidado. Domínios como abordagem familiar, continuidade do cuidado, prática baseada em evidências e ética apresentaram frequência intermediária. Habilidades procedimentais, cuidados paliativos, saúde do trabalhador, bem-estar profissional, saúde digital e papel advocatício foram pouco citados. **Conclusões:** O estudo revela um núcleo de competências da MFC frequentemente citado na literatura para a formação médica na graduação, mas destaca lacunas em áreas emergentes e em competências historicamente valorizadas na especialidade. Os achados podem subsidiar a atualização de diretrizes curriculares e fomentar debates sobre as necessidades formativas na graduação médica.

Palavras-chave: Educação de graduação em medicina; Educação baseada em competências; Medicina de família e comunidade.

Autora correspondente:

Natália Bortoletto D'Abreu
E-mail: nataliabdreu@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 84842724.3.3001.0066

TCLE:

sim.

Procedência:

não encomendado.

Editora associada:

Melanie Noël Maia

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 19/06/2025.

Aprovado em: 02/10/2025.

Como citar: D'Abreu NB, Rizzetto JHS, Matos BP, Bragança JF. Competências essenciais em medicina de família e comunidade para a graduação médica: uma revisão de escopo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):4849. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4849](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4849)



Abstract

Introduction: High-quality medical education is essential to ensure safe, equitable, and socially responsible healthcare. Competency-Based Medical Education guides curricula according to population needs and healthcare systems demands. Family Practice (FP) stands out as a strategic specialty for acting directly within Primary Health Care, providing an integrated and contextualized learning environment. **Objective:** To map and analyze the competencies related to FP required for undergraduate medical education as described in the scientific literature. **Methods:** A scoping review was conducted in accordance with the JBI methodology and PRISMA-ScR guidelines. Searches were conducted in eight databases and gray literature, including studies published between 1994 and 2025. Competencies were extracted, categorized based on conceptual similarity, grouped into domains and analyzed according to their frequency of recurrence in the included studies. **Results:** Twenty-one articles from different continents were included, with the majority published within the last decade. Limited interdisciplinary collaboration was observed, with few experiences of collaboration between different areas or professions. The most frequently cited competency domains were clinical communication, person-centered care, management of chronic and acute diseases, cultural competence, community orientation, interprofessional work, health promotion, and care coordination. Competency domains such as family approach, continuity of care, evidence-based practice, and ethics appeared at an intermediate frequency. Procedural skills, palliative care, occupational health, professional well-being, digital health, and advocacy were rarely cited. **Conclusions:** This study identifies a core set of family medicine competencies for undergraduate medical education based on the existing literature, while also highlighting gaps in emerging areas, interdisciplinary competencies, and competencies historically valued in the specialty. These findings can inform the updating of curricular guidelines and foster debate about formative needs in undergraduate medical training.

Keywords: Education, medical, undergraduate; Competency-based education; Family practice.

Resumen

Introducción: La formación médica de calidad es esencial para garantizar una atención en salud segura, equitativa y socialmente responsable. La Educación Basada en Competencias orienta los currículos a partir de las necesidades de la población y de los sistemas de salud. La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) se constituye como una disciplina estratégica por su actuación directa en la Atención Primaria de Salud, proporcionando un escenario de aprendizaje integrado y contextualizado. **Objetivo:** Mapear y analizar las competencias relacionadas con la MFC necesarias para la formación médica de pregrado, según lo descrito en la literatura científica. **Métodos:** Revisión de objetivo realizada según las directrices del JBI y PRISMA-ScR, con búsqueda en seis bases de datos y literatura gris, abarcando estudios publicados entre 1994 y 2025. Las competencias fueron extraídas, categorizadas por similitud conceptual, agrupadas en dominios y analizadas según la frecuencia de recurrencia en los estudios incluidos. **Resultados:** Se incluyeron 21 artículos, predominantemente publicados en la última década y provenientes de diferentes continentes. Se observó una limitada interdisciplinariedad, con poca colaboración entre diferentes áreas o profesiones en los estudios. Los dominios de competencias más frecuentemente citados incluyeron la comunicación clínica, la atención centrada en la persona, el manejo de enfermedades crónicas y agudas, la competencia cultural, el enfoque comunitario, el trabajo interprofesional, la promoción de la salud y la coordinación del cuidado. Dominios como el enfoque familiar, la continuidad del cuidado, la práctica basada en evidencias y la ética presentaron una frecuencia intermedia. Habilidades procedimentales, cuidados paliativos, salud laboral, bienestar profesional, salud digital y abogacía en salud fueron poco citados. **Conclusiones:** Este estudio identifica un conjunto central de competencias en medicina familiar para la formación de pregrado en medicina, basado en la literatura existente, pero también pone de manifiesto lagunas tanto en áreas emergentes como en competencias históricamente valoradas en la especialidad. Los hallazgos pueden contribuir a la actualización de directrices curriculares y a fomentar debates sobre las necesidades formativas en la educación médica de pregrado.

Palabras clave: Educación de pregrado en medicina; Educación basada en competencias; Medicina familiar y comunitaria.

INTRODUÇÃO

A qualidade da formação médica é fundamental para que os sistemas de saúde ofereçam cuidados seguros, equitativos e socialmente responsáveis.¹ Capacitar médicos para atender às demandas populacionais requer mais do que a transmissão de conhecimentos técnicos; exige uma formação sensível aos determinantes sociais da saúde, orientada à integralidade do cuidado e à articulação intersetorial.^{2,3} Nessa perspectiva, a Educação Baseada em Competências (EBC) consolidou-se como modelo pedagógico na formação de profissionais de saúde, deslocando o eixo para o estudante, valorizando seu processo de desenvolvimento^{4,5} em oposição ao modelo tradicional, centrado no acúmulo de conteúdo teórico e no cumprimento de carga horária. As competências, nesse modelo, consistem na mobilização integrada de conhecimentos, habilidades e atitudes para resolver problemas concretos da prática clínica.⁴ Dessa forma, a EBC não somente fortalece o domínio técnico-científico dos futuros médicos, mas também promove o

desenvolvimento do pensamento crítico, da colaboração interprofissional e do compromisso ético e social com os resultados em saúde.³

Para implementar efetivamente um currículo baseado em competências, é essencial definir objetivos claros, articulados com perfis de egresso que sejam coerentes com as necessidades dos sistemas de saúde. Essa tarefa implica identificar as competências fundamentais que orientarão toda a estrutura curricular, desde a escolha dos métodos de ensino mais apropriados até os mecanismos de avaliação capazes de mensurar o desenvolvimento dessas competências.^{1,6,7}

Desde a *Declaração de Edimburgo* (1988), consolidou-se o entendimento de que a formação médica deve estar vinculada diretamente à comunidade.⁸ O documento adverte que o aprendizado não pode restringir-se ao hospital universitário: é necessário articular o ensino aos serviços locais de saúde para tornar o currículo pertinente às demandas da prática e da população assistida.⁸ Esse entendimento foi posteriormente reforçado por organismos internacionais, como a World Federation for Medical Education, a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, que reconhecem a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da educação médica.⁹⁻¹¹ No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 convergem com essa orientação ao situar a APS no centro da formação e ao atribuir ao egresso uma responsabilidade social ampliada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), elencando competências voltadas à integralidade do cuidado, ao trabalho interdisciplinar e à saúde coletiva.¹²

Nesse cenário, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) emerge como disciplina estratégica para a graduação médica. Caracterizada pela longitudinalidade, integralidade e abordagem centrada na pessoa, família e comunidade, a MFC atua diretamente nos serviços de APS. Ao posicionar o paciente, a família e a comunidade no centro do processo formativo, a MFC promove uma integração direta entre a aprendizagem acadêmica e as necessidades da comunidade.¹³⁻¹⁵ Estudos demonstram que a exposição precoce à APS durante a formação médica melhora significativamente a aquisição de competências clínicas gerais, influencia positivamente a escolha por carreiras generalistas e reforça o comprometimento dos futuros médicos com as políticas públicas de saúde e com a promoção do bem-estar comunitário.¹⁶⁻¹⁸

Apesar do reconhecimento crescente da importância da MFC na formação, persistem lacunas. A limitação de diretrizes nacionais específicas sobre as competências da MFC na graduação médica brasileira dificulta a consolidação de currículos coerentes com as necessidades do SUS e da APS.⁹ Ademais, a adaptação de diretrizes internacionais apresenta limitações, uma vez que, em muitos países, a formação médica se completa na residência.^{3,11,19}

Tendo em vista a relevância crescente do tema e a diversidade de abordagens adotadas em diferentes contextos formativos, a revisão de escopo configura-se como estratégia metodológica pertinente para mapear o conhecimento produzido, identificar tendências e apontar áreas que carecem de maior aprofundamento. Os resultados deste trabalho visam subsidiar a construção de currículos intencionais, socialmente comprometidos e alinhados à APS na conjuntura brasileira.

MÉTODOS

Esta revisão foi conduzida conforme as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR), assegurando rigor metodológico e alinhamento às melhores práticas.^{20,21}

O processo seguiu as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da pergunta de pesquisa, busca inicial, definição da estratégia de busca, elaboração do protocolo de revisão, busca nas bases de dados, seleção de estudos, extração de dados, análise e apresentação dos resultados. O protocolo para esta revisão foi elaborado com base nas orientações para revisões de escopo do JBI e PRISMA-ScR e registrado no Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/UF9SX>).^{21,22}

A pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão foram estabelecidos com base na estrutura proposta pelo JBI, considerando-se três dimensões principais: população, conceito e contexto (PCC).²⁰ A população estabelecida foram graduandos em Medicina, o conceito foi currículo baseado em competências e o contexto foi MFC. Foram considerados estudos em inglês, português e espanhol, publicados nas últimas três décadas (1994 a 2025). Não houve restrição quanto ao tipo de estudo.

A estratégia de busca foi elaborada em três etapas. Inicialmente, foi realizada uma busca preliminar, não controlada, nas bases de dados United States National Library of Medicine (PubMed) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para identificar artigos e palavras-chave relevantes sobre o tema. Com os descritores relacionados à estratégia PCC e as palavras-chave mapeadas nesses estudos, foi desenvolvida uma estratégia de busca completa, revisada por dois revisores para garantir precisão e abrangência.

Foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde e *Medical Subject Headings*: Educação Baseada em Competências/*Competency-Based Education*; Competência Clínica/*Clinical Competence*; Educação de Graduação em Medicina/*Education, Undergraduate Medical*; Estudantes de Medicina/*Students Medical*; Estágio Clínico/*Clinical Clerkship*; Currículo/*Curriculum*, Medicina de Família e Comunidade/*Family Practice*.

Utilizou-se uma combinação de termos e seus sinônimos a fim de aumentar a sensibilidade da busca e encontrar mais estudos relevantes. Posteriormente, essa estratégia foi adaptada para as bases de dados: PubMed, BVS, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, OVID/ Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Education Resources Information Center (Eric) e Web of Science.

A estratégia detalhada para a base de dados PubMed, incluindo operadores booleanos e campos de busca para todas as bases, está apresentada no Quadro 1.

Adicionalmente às buscas realizadas nas bases bibliográficas indexadas, investigou-se a literatura cinzenta por meio de duas estratégias complementares: exame manual das listas de referências dos estudos incluídos e pesquisa no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no Proquest Theses and Dissertations Global. Para estas bases, aplicou-se a mesma combinação de descritores e palavras-chave utilizada nas bases indexadas, adaptada ao respectivo mecanismo de busca.

A busca foi realizada entre agosto de 2024 e abril de 2025. Todas as citações recuperadas foram coletadas e carregadas no aplicativo Rayyan®, com remoção de duplicatas. Dois revisores independentes realizaram a triagem inicial com base nos critérios de inclusão e exclusão e a extração de dados utilizando um formulário específico. Foram extraídas informações sobre autores, ano de publicação, país de realização do estudo, população, conceito, contexto, métodos empregados e principais achados relevantes para a revisão. As discordâncias foram resolvidas por um terceiro revisor. Os artigos selecionados foram analisados na íntegra para confirmação da elegibilidade.

Por último, realizou-se uma análise de frequência dos domínios de competências descritos em cada estudo. Para isto, as competências foram inicialmente extraídas de forma independente do texto integral de cada artigo incluído, considerando-se tanto descrições explícitas quanto competências implícitas relacionadas

Quadro 1. Estratégia de Busca.

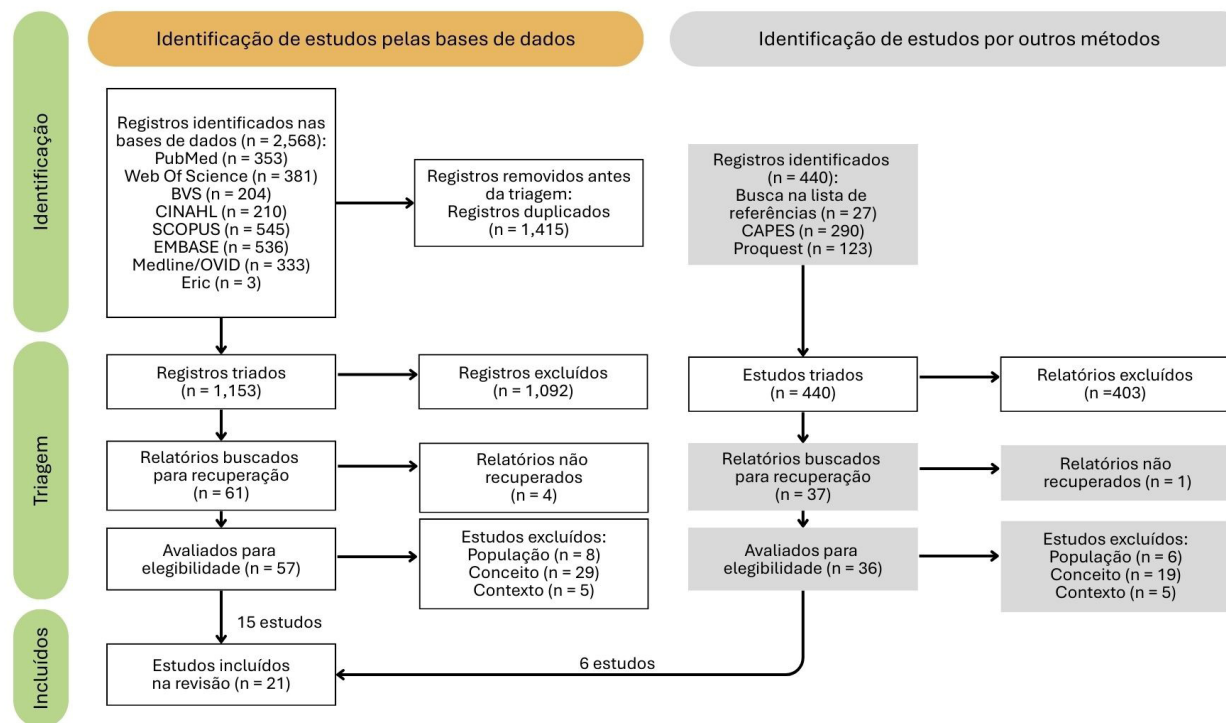
Fonte	Estratégia
PUBMED	((Family Practice[MeSH Terms]) OR ("Family Practice"[Title/Abstract] OR "Family Practices"[Title/Abstract] OR "Family Medicine"[Title/Abstract] OR "medicina de familia"[Title/Abstract] OR "medicina familiar"[Title/Abstract] OR "general practice"[Title/Abstract] OR "general medicine"[Title/Abstract] OR "general medical practice"[Title/Abstract])) AND ((Education, Medical, Undergraduate[MeSH Terms]) OR (Students, Medical[MeSH Terms]) OR (Clinical Clerkship[MeSH Terms]) OR ("Education, Medical, Undergraduate"[Title/Abstract] OR "Undergraduate Medical Education"[Title/Abstract] OR "Students, Medical"[Title/Abstract] OR "Medical Student"[Title/Abstract] OR "Medical Students"[Title/Abstract] OR "med student"[Title/Abstract] OR "medical school student"[Title/Abstract] OR "clinical clerkship"[Title/Abstract] OR "clinical apprenticeship"[Title/Abstract] OR "clinical apprenticeships"[Title/Abstract] OR "clinical clerkships"[Title/Abstract] OR "clinical teaching"[Title/Abstract] OR "clinical education"[Title/Abstract] OR "undergraduates"[Title/Abstract] OR "bachelor students"[Title/Abstract] OR "baccalaureate students"[Title/Abstract] OR "ensino médico"[Title/Abstract] OR "ensino clínico"[Title/Abstract] OR "educación médica de pregrado"[Title/Abstract])) AND ((Competency-Based Education[MeSH Terms]) OR (Professional Competence[MeSH Terms]) OR (Clinical Competence[MeSH Terms]) OR ("Competency-Based Education"[Title/Abstract] OR "Competency Based Education"[Title/Abstract] OR "competency based educational program"[Title/Abstract] OR "competency based learning"[Title/Abstract] OR "competency based program"[Title/Abstract] OR "competency based teaching"[Title/Abstract] OR "competency based training"[Title/Abstract] OR "Professional Competence"[Title/Abstract] OR "Generalization of Expertise"[Title/Abstract] OR "Technical Expertise"[Title/Abstract] OR "competency based medical training"[Title/Abstract] OR "competency based medical education"[Title/Abstract] OR "Core Competencies"[Title/Abstract] OR "Competency Framework"[Title/Abstract] OR "Skill-Based Education"[Title/Abstract] OR "Outcome-Based Education"[Title/Abstract] OR "Clinical Competence"[Title/Abstract] OR "Clinical Competency"[Title/Abstract] OR "Clinical Competencies"[Title/Abstract] OR "Clinical Skill"[Title/Abstract] OR "Clinical Skills"[Title/Abstract] OR "competência clínica"[Title/Abstract] OR "competência profissional"[Title/Abstract] OR "educação baseada em competências"[Title/Abstract] OR "competencia clínica"[Title/Abstract] OR "competencia profesional"[Title/Abstract] OR "educación basada en competencias"[Title/Abstract] OR "technical competence"[Title/Abstract])) AND ((Curriculum[MeSH Terms]) OR ("Curriculum"[Title/Abstract] OR "Curricula"[Title/Abstract] OR "Short-Term Courses"[Title/Abstract] OR "Short-Term Course"[Title/Abstract] OR "Short Term Courses"[Title/Abstract] OR "integrated curriculum"[Title/Abstract] OR "curriculum development"[Title/Abstract] OR "plan de estudios"[Title/Abstract] OR "malla curricular"[Title/Abstract] OR "core curriculum"[Title/Abstract] OR "course design"[Title/Abstract] OR "program of study"[Title/Abstract]))

nos resultados, discussões ou recomendações. Posteriormente, todas as competências identificadas foram organizadas em categorias temáticas, com base na análise de similaridades conceituais e da comparação com referenciais internacionais. Esse processo permitiu agrupar competências sob domínios amplos, garantindo maior comparabilidade entre os estudos e facilitando a análise da frequência e da distribuição desses conteúdos ao longo dos artigos revisados.

RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados resultou em 2.568 artigos, e 440 artigos foram identificados na literatura cinzenta. O fluxograma PRISMA a seguir detalha o processo de seleção (Figura 1). Ao fim, foram incluídos 21 estudos na revisão.

Analisando os critérios para exclusão em todas as fases da revisão, 65.8% relacionaram-se ao conceito. As principais temáticas abordadas nesses estudos excluídos foram estratégias educacionais para a implementação de currículos baseados em competências, envolvendo comparação entre diferentes etapas formativas e cenários de ensino, utilização de metodologias ativas e aplicação de



Fonte: adaptado de Haddaway et al.²³

Figura 1. Fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

tecnologias educacionais, incluindo inteligência artificial. Além disso, diversas publicações investigaram o perfil discente, a escolha de especialidade ou as estratégias de avaliação, mas sem descrever nem mensurar competências específicas. Dos estudos excluídos, 20,5% enfocavam exclusivamente populações de residência médica, pós-graduação ou a atuação de especialistas, não atendendo ao critério populacional estabelecido. Por fim, 13,7% foram excluídos por não se concentrarem especificamente no contexto da MFC.

A análise dos 21 artigos incluídos revelou distribuição geográfica variada, com predominância de estudos realizados na América do Norte (sete artigos, ou 33,3%), seguidos pela Ásia (três artigos, ou 14,29%), Europa (três artigos, ou 14,29%), América Latina (três artigos, ou 14,29%), Oriente Médio (dois artigos, ou 9,52%) e Oceania (um artigo, ou 4,76%). Além disso, dois artigos (9,52%) foram intercontinentais (Ibero-América e Europa com Oriente Médio). As publicações selecionadas abrangeram o período de 1994 a 2024, sendo 61,9% publicadas nos últimos dez anos (2014 a 2024).

As metodologias mais utilizadas nos artigos revisados foram o relato de experiência (baseado em revisões de diretrizes associadas à construção de propostas curriculares por grupos de especialistas) e a técnica Delphi para estabelecer consensos entre especialistas. Essas duas metodologias foram utilizadas em seis estudos cada (28,6% do total de estudos analisados). Entrevistas e grupos focais também foram utilizados em quatro artigos (19%) para investigar as percepções e experiências de estudantes, professores e profissionais. Além disso, três artigos (14,3%) adotaram o formato de revisão narrativa ou integrativa da literatura e dois foram artigos de opinião (9,5%).

O Quadro 2 apresenta os artigos incluídos na revisão, indicando o país, a metodologia utilizada e os principais achados de cada estudo.

Quadro 2. Artigos incluídos segundo país, metodologia utilizada e principais achados.

Autores e ano do estudo	País	Metodologia	Principais Resultados
Anderson et al., 2007	Brasil	Revisão de diretrizes e análise qualitativa com grupos focais	Proposta de integração curricular da MFC de forma transversal e longitudinal nos currículos, define os principais conteúdos e os desafios enfrentados. ¹³
Demarzo et al., 2012	Brasil	Desenvolvimento curricular por especialistas e consulta pública	Diretriz com objetivos de aprendizagem, metodologia e principais atores, enfatizando a inserção longitudinal da APS no ensino. ¹⁸
Kronemann et al., 2024	Alemanha	Análise qualitativa de entrevistas com especialistas	Identificação de competências essenciais, principalmente <i>soft skills</i> , enfatiza o treinamento prático como método de ensino. ²⁴
Fujikawa et al., 2024	Japão	Análise documental qualitativa por especialistas	Identificação das competências e objetivos de aprendizado relacionadas ao generalismo, enfatizando a visão multissistêmica e o contexto psicossocial. ²⁵
Hashim, 2022	Emirados Árabes Unidos	Revisão integrativa de literatura	Síntese das práticas educacionais em MFC em estágios na graduação e na pós-graduação. ²⁶
Schneider et al., 2019	Estados Unidos	Relato de experiência de especialistas e análise qualitativa com discentes	Identificação de competências e atividades educacionais com implementação curricular. ²⁷
Blythe et al., 2018	Reino Unido	Artigo de opinião	Discussão de diretriz curricular, enfatiza o cuidado centrado na pessoa e na população e o desenvolvimento de habilidades de consulta e diagnósticas. ²⁸
Shewade et al., 2017	Índia	Técnica Delphi	Instrumento Delphi validado para avaliar competências, incluindo 7 domínios e 74 itens. ²⁹
Ben et al., 2017	Brasil	Revisão de literatura e relato de especialistas	Identificação de 18 competências para estágio em MFC organizadas em 4 eixos (geral, abordagem individual, familiar e comunitária), com os principais métodos de ensino e avaliação. ³⁰
Morley et al., 2017	Estados Unidos	Mapeamento de conceito de grupo	Consenso sobre 116 competências agrupadas em 12 <i>clusters</i> e três metacategorias (clínica, comunidade e cultura; compreensão do sistema de saúde; ciência de dados e saúde da população). ³¹
Coppolillo et al., 2016	Ibero-América	Análise qualitativa e grupo focal com especialistas	Análise sobre potencialidades da incorporação da MFC na graduação, desafio curricular e formação docente. ³²
Gouveia et al., 2016	Austrália	Técnica Delphi	Identificação de 26 competências centrais e 158 secundárias, agrupadas em 6 domínios (cognitivo, técnico, afetivo, relacional, integrativo e contextual) para medicina rural. ³³
Raghav et al., 2016	Índia	Técnica Delphi	Consenso sobre competências para disciplina de MFC, divididas em clínica, MFC, profissionalismo, epidemiologia e ensino. ³⁴
Fazio et al., 2016	Estados Unidos	Relato de experiência de especialistas	Identificação de elementos curriculares e objetivos de aprendizagem. Modelo de currículo em APS dividido em 3 domínios: gestão do cuidado; abordagem ao cuidado agudo, crônico e da população; compreensão do papel da APS no sistema de saúde. ³⁵
Mudiyanse, 2014	Sri Lanka	Artigo de opinião	Proposta curricular para implantação da MFC, discute a insuficiência no ensino de competências como comunicação, colaboração, profissionalismo e gestão. ³⁶
Kaprielian et al., 2013	Estados Unidos	Relato de experiência de especialistas	Identificação e implementação curricular em saúde populacional na graduação e residência. Organizou as competências em 4 domínios e 3 níveis de desempenho, alinhado à taxonomia de Bloom. ³⁷

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Autores e ano do estudo	País	Metodologia	Principais Resultados
Sylvester et al., 2011	Canadá e EUA	Técnica Delphi	Definição de habilidades procedimentais para o treinamento de MFC na graduação. ³⁸
Tandeter et al., 2011	Países da Europa e Israel	Técnica Delphi	Consenso sobre competências e tópicos de aprendizagem para estágio de MFC. ³⁹
O'Brien-Gonzales et al., 2007	Estados Unidos	Relato de experiência de especialistas	Currículo com competências e recursos para estágio de MFC. ⁴⁰
Milman et al., 1997	Israel	Técnica Delphi	Objetivos educacionais para estágio em MFC, com destaque para problemas comuns na APS, o modelo biopsicossocial e a relação médico-paciente. ⁴¹
Noble et al., 1994	Canadá e EUA	Revisão de literatura e análise curricular	Proposta curricular compartilhada pela MFC, pediatria e clínica médica, enfatizando um currículo centrado no paciente e na comunidade. ⁴²

A análise das frequências permitiu identificar os principais domínios de competências descritos nos estudos incluídos. O Quadro 3 sintetiza esses resultados, apresentando para cada domínio de competência a frequência de ocorrência e os estudos em que foi citado.

Quadro 3. Domínios de competências identificados nos estudos revisados, com frequência e referências dos artigos incluídos.

Domínios de Competência	Artigos que citam (n, %)	Estudos (Autor, ano)
Comunicação clínica	21 (100)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Blythe, 2018; Shewade, 2017; Ben, 2017; Morley, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Mudiyanse, 2014; Kaprielian, 2013; Demarzo, 2012; Sylvester, 2011; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007; Milman, 1997; Noble, 1994
Cuidado centrado na pessoa	19 (90)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Blythe, 2018; Ben, 2017; Morley, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Mudiyanse, 2014; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007; Milman, 1997; Noble, 1994; Kaprielian, 2013
Manejo de doenças crônicas	19 (90)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Blythe, 2018; Shewade, 2017; Ben, 2017; Morley, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Mudiyanse, 2014; Kaprielian, 2013; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007; Milman, 1997
Manejo de doenças agudas	17 (81)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Blythe, 2018; Shewade, 2017; Ben, 2017; Morley, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Mudiyanse, 2014; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007
Competência cultural	17 (81)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Blythe, 2018; Shewade, 2017; Ben, 2017; Morley, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Mudiyanse, 2014; Kaprielian, 2013; Demarzo, 2012; Anderson, 2007; Noble, 1994
Abordagem comunitária	17 (81)	Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Shewade, 2017; Morley, 2017; Ben, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Kaprielian, 2013; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007; Milman, 1997; Noble, 1994
Trabalho interprofissional	17 (81)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Morley, 2017; Mudiyanse, 2014; Kaprielian, 2013; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; Anderson, 2007; O'Brien-Gonzales, 2007; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Milman, 1997; Noble, 1994

Continua...

Quadro 3. Continuação.

Domínios de Competência	Artigos que citam (n, %)	Estudos (Autor, ano)
Promoção da saúde e prevenção	16 (76)	Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Blythe, 2018; Shewade, 2017; Morley, 2017; Ben, 2017; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Mudiyanse, 2014; Kaprielian, 2013; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007
Coordenação do cuidado	16 (76)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Morley, 2017; Ben, 2017; Mudiyanse, 2014; Shewade, 2017; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; Anderson, 2007; O'Brien-Gonzales, 2007; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Gouveia, 2016; Milman, 1997
Profissionalismo	14 (67)	Hashim, 2022; Mudiyanse, 2014; Raghav, 2016; Anderson, 2007; Gouveia, 2016; Ben, 2017; Morley, 2017; Fazio, 2016; Coppolillo, 2016; Kaprielian, 2013; O'Brien-Gonzales, 2007; Demarzo, 2012; Tandeter, 2011; Milman, 1997
Abordagem familiar	12 (57)	Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Ben, 2017; Tandeter, 2011; Demarzo, 2012; Anderson, 2007; Noble, 1994; Coppolillo, 2016; Gouveia, 2016; Kaprielian, 2013; Fazio, 2016
Sistemas de saúde e gestão	12 (57)	Kronemann, 2024; Fujikawa, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Shewade, 2017; Morley, 2017; Raghav, 2016; Fazio, 2016; Kaprielian, 2013; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007; Blythe, 2018
Ética	12 (57)	Morley, 2017; Hashim, 2022; Anderson, 2007; O'Brien-Gonzales, 2007; Gouveia, 2016; Raghav, 2016; Kaprielian, 2013; Mudiyanse, 2014; Demarzo, 2012; Fazio, 2016; Coppolillo, 2016; Tandeter, 2011
Longitudinalidade	11 (52)	Kronemann, 2024; Hashim, 2022; Schneider, 2019; Fazio, 2016; Tandeter, 2011; O'Brien-Gonzales, 2007; Anderson, 2007; Milman, 1997; Noble, 1994; Ben, 2017; Morley, 2017
Prática baseada em evidências	11 (52)	Hashim, 2022; Kaprielian, 2013; Morley, 2017; Demarzo, 2012; Fazio, 2016; Coppolillo, 2016; O'Brien-Gonzales, 2007; Gouveia, 2016; Schneider, 2019; Fujikawa, 2024; Noble, 1994
Aprendizagem contínua	8 (38)	Hashim, 2022; Ben, 2017; Kronemann, 2024; Mudiyanse, 2014; Anderson, 2007; Milman, 1997; Gouveia, 2016; Noble, 1994
Papel Advocático (Advocacy)	7 (33)	Morley, 2017; Shewade, 2017; Raghav, 2016; Gouveia, 2016; Kaprielian, 2013; O'Brien-Gonzales, 2007; Muhammad-Jawad, 2022
Procedimentos	6 (29)	Sylvester, 2011; Hashim, 2022; Milman, 1997; Schneider, 2019; Gouveia, 2016; Fazio, 2016
Saúde digital	5 (24)	Schneider, 2019; O'Brien-Gonzales, 2007; Fazio, 2016; Shewade, 2017; Gouveia, 2016
Cuidados paliativos	5 (24)	Muhammad-Jawad, 2022; Fujikawa, 2024; Noble, 1994; O'Brien-Gonzales, 2007; Schneider, 2019
Segurança do paciente	4 (19)	Schneider, 2019; Fazio, 2016; Shewade, 2017; O'Brien-Gonzales, 2007
Bem-estar físico e mental do profissional	4 (19)	Hashim, 2022; Gouveia, 2016; Kronemann, 2024; Noble, 1994
Saúde do Trabalhador	3 (14)	Morley, 2017; Coppolillo, 2016; Kaprielian, 2013

Outro aspecto avaliado refere-se aos cenários de ensino recomendados para o desenvolvimento das competências em MFC. Entre os 21 estudos analisados, 19 destacaram a APS como ambiente formativo predominante, incluindo tanto clínicas de cuidados primários quanto atividades realizadas nos territórios e em domicílios. O contexto hospitalar apareceu em oito estudos, especialmente para treinamento em procedimentos e manejo de urgências. Foi destacada a relevância dos estágios em áreas rurais ou remotas por nove estudos, justificada pela escassez de profissionais e pela diversidade epidemiológica dessas regiões. Por fim, oito publicações ressaltaram o papel das salas de aula e dos seminários para a discussão de casos, a fundamentação teórica e a integração entre teoria e prática.

DISCUSSÃO

A revisão de escopo é o método adequado para explorar temas amplos, mapear a literatura disponível e identificar lacunas de conhecimento.⁴³ Aplicando essa metodologia, este estudo mapeou as competências em MFC descritas na literatura científica para a formação médica de graduação.

Durante a condução da revisão, a análise dos critérios de exclusão revelou algumas tendências: há predomínio de publicações voltadas às estratégias de implementação da EBC, metodologias ativas e aplicação de tecnologias, como inteligência artificial e simulação clínica. Além disso, 20,5% dos estudos excluídos abordavam exclusivamente populações de pós-graduação, reflexo da tradição formativa de muitos países, sobretudo do Norte Global, onde a MFC é estruturada predominantemente em programas de especialização.^{19,45-49}

Esses achados sugerem que, embora haja um volume crescente de publicações sobre formação médica e competências, a produção de estudos que sistematizam e mensuram as competências essenciais da MFC para a graduação em Medicina representa apenas uma pequena parcela do total, permanecendo escassa diante do conjunto de pesquisas existentes.

A análise dos 21 estudos incluídos neste trabalho evidencia a concentração de publicações na última década (2014–2024), refletindo um movimento global de padronização curricular e validação das competências essenciais nos últimos anos.^{1,4} Esse processo visa assegurar que os egressos estejam preparados para atuar nos sistemas de saúde contemporâneos, alinhando habilidades clínicas, sociais e organizacionais às demandas populacionais.²

Além disso, a análise da diversidade geográfica dos estudos demonstra que, embora existam competências amplamente reconhecidas internacionalmente, é necessário adaptá-las a contextos regionais específicos, considerando particularidades epidemiológicas, sociais e culturais.^{6,7} Nota-se a predominância de artigos provenientes da América do Norte e da Europa, que juntos correspondem a 47,6% dos estudos incluídos, enquanto somente 14,3% foram realizados na América Latina. Essa distribuição reforça uma limitação importante: a aplicabilidade desses referenciais ao contexto latino-americano permanece restrita. Tal assimetria geográfica sugere que parte das competências identificadas possa refletir prioridades, práticas e sistemas de saúde diferentes daqueles existentes no Brasil, tornando imprescindível uma contextualização crítica e a validação nacional dessas referências antes de sua incorporação nos currículos do país.^{6,7}

Além dos aspectos geográficos, observa-se que, embora a interdisciplinaridade seja abordada em diversos artigos, poucos documentam efetivamente a colaboração concreta com outras especialidades e profissões. Apenas um estudo, datado de 1994, traz de forma prática a interação entre Pediatria, Clínica Médica e MFC, evidenciando o quanto essa dimensão permanece incipiente.⁴² Ademais, a maioria dos trabalhos concentra-se em etapas pontuais do currículo, como estágios de curta duração, sendo escassos os estudos que analisam de forma longitudinal e integrada o desenvolvimento de competências ao longo da formação médica.

Todos os estudos analisados reconhecem a importância da inclusão de competências da MFC na graduação médica, independentemente da especialidade futura dos estudantes, reforçando sua relevância transversal na formação do médico generalista.⁹ Os domínios de competências mais citados, como comunicação clínica (definida em 100% dos artigos) e cuidado centrado na pessoa (90%), configuram o núcleo central da MFC e foram considerados pelos estudos como essenciais aos graduandos em Medicina.¹⁵ A comunicação clínica envolve a escuta ativa, linguagem clara e decisão compartilhada. Sua

predominância em todos os estudos revela sua natureza transversal e indispensável para a qualidade do cuidado. Esse achado reforça a necessidade de as escolas médicas desenvolverem competências interpessoais, além das competências técnico-científicas.^{1,4,44}

Também se destacam entre os domínios de maior recorrência nos estudos analisados: competência cultural, manejo de doenças crônicas, manejo de condições agudas, promoção da saúde e prevenção, abordagem comunitária e trabalho interprofissional. Esses achados estão alinhados às diretrizes de entidades internacionais em saúde, que defendem uma formação médica comprometida com a equidade, sensível à diversidade cultural, orientada ao enfrentamento de condições prevalentes e fundamentada na atuação colaborativa em equipes interprofissionais.^{9,11}

Apesar da relevância histórica de competências para a MFC, como as relacionadas à abordagem familiar, à continuidade e à longitudinalidade do cuidado, elas foram identificadas em aproximadamente metade dos estudos revisados.¹⁵ Tal resultado pode refletir o fato de que, embora sejam reconhecidas como centrais para a especialidade, essas competências podem ter sido consideradas menos prioritárias para a formação geral do médico, ficando mais explicitadas em programas de residência.

Alguns domínios de competências apresentaram uma frequência baixa nos estudos incluídos nesta revisão, como habilidades procedimentais básicas, cuidados paliativos, saúde do trabalhador, bem-estar físico e mental do profissional, saúde digital e o papel advocatício (*advocacy*). Este último diz respeito ao compromisso do médico em representar e promover os interesses de seus pacientes, assegurando que suas necessidades sejam reconhecidas e suas vozes consideradas dentro e fora do sistema de saúde. Essa atuação abrange desde o apoio na interpretação de informações clínicas e no acesso às opções de cuidado até a participação em iniciativas coletivas e políticas públicas voltadas à saúde.⁵⁰ De modo geral, a ênfase limitada atribuída a esses domínios pode estar relacionada ao fato de não serem exclusivos da MFC, uma vez que representam atributos transversais compartilhados com outras especialidades médicas. Essa natureza mais abrangente pode contribuir para serem menos destacados em referenciais específicos voltados ao ensino da MFC na graduação.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado à ética, ao profissionalismo e à prática clínica baseada em evidências: embora amplamente valorizados no exercício da Medicina, apresentaram frequência moderada nos estudos revisados, possivelmente por serem considerados transversais a toda formação médica. No caso específico da saúde digital, a frequência reduzida pode refletir a introdução e expansão mais recente dessa temática no campo da saúde.⁵¹ Essas observações sugerem que a seleção e valorização das competências sejam processos dinâmicos, influenciados por transformações nas políticas de saúde, pelas necessidades populacionais e pela evolução tecnológica.⁹

A recorrência limitada das competências relacionadas ao papel político-social do médico (papel advocatício) e às práticas baseadas em sistemas (sistemas de saúde e gestão) reforça a necessidade de ampliar o debate sobre sua relevância e as formas de integração nos currículos médicos.

A análise comparativa entre estudos nacionais e internacionais evidencia especificidades da produção brasileira. Os estudos brasileiros — Ben et al.,³⁰ Demarzo et al.¹⁸ e Anderson et al.¹³ — destacam a necessidade de alinhar a formação médica à Estratégia Saúde da Família e às DCN, com ênfase em atributos característicos da APS, como a coordenação do cuidado, a integralidade e a abordagem comunitária. Em contrapartida, observa-se menor ênfase na sistematização de competências emergentes, como saúde digital, segurança do paciente e papel advocatício. Essa lacuna aponta para a necessidade de atualização contínua das diretrizes nacionais, bem como da construção de uma matriz de competências que dialogue com os desafios contemporâneos e com a evolução dos sistemas de saúde.

Outro ponto necessário na interpretação dos resultados desta revisão é o contexto da MFC nas escolas médicas. Ainda que a especialidade seja reconhecida como essencial na graduação, persistem desafios de implementação, como a falta de apoio institucional, a limitação de estágios e a escassez de corpo docente especializado.^{52,53} No Brasil, soma-se um desafio estrutural: a inserção ainda frágil da MFC nas universidades,^{54,55} frequentemente como disciplina vinculada a outros departamentos⁵⁵ e com corpo docente reduzido, limitando a capacidade de decisão curricular, a oferta de estágios longitudinais e a expansão de cenários de prática na APS.⁵⁶ Esse contexto pode ter condicionado parte das lacunas e da heterogeneidade observadas nesta revisão. Ao mesmo tempo, a convergência dos estudos ao afirmarem que as competências de MFC são nucleares para todos os graduandos reforça a necessidade de fortalecer a especialidade nas escolas médicas. Em consonância com recomendações da OMS, o avanço supõe a implantação de departamentos de MFC e de centros de ensino integrados à rede de serviços (integração ensino-serviço-comunidade), com apoio governamental e institucional contínuo para consolidar corpo docente e preceptoria.^{11,57}

Embora a APS seja reconhecida como cenário prioritário para o ensino das competências de MFC durante a graduação em Medicina, os estudos analisados demonstram que uma formação integral requer uma diversidade de ambientes complementares. Nesse sentido, experiências em hospitais, serviços ambulatoriais especializados e unidades de urgência e emergência mostram-se essenciais para que os estudantes desenvolvam competências específicas, tais como o manejo de condições agudas, o domínio de procedimentos básicos e a compreensão dos fluxos assistenciais dentro da rede integrada de saúde. Paralelamente, atividades em salas de aula e ambientes simulados permanecem importantes para a fundamentação teórica, discussão de dilemas éticos, desenvolvimento do raciocínio clínico e promoção da integração interdisciplinar, reforçando a necessidade constante de articulação entre teoria e prática.

Esta revisão apresenta limitações que devem ser reconhecidas. A busca restringiu-se a publicações em português, inglês e espanhol, o que pode ter resultado na exclusão de estudos relevantes publicados em outros idiomas, reduzindo a abrangência global do mapeamento. Além disso, a maioria dos estudos incluídos baseou-se em metodologias centradas na opinião de especialistas, como relatos de experiência e estudos Delphi. Embora a metodologia Delphi seja adequada para identificar consensos, esses métodos podem introduzir vieses subjetivos e limitações quanto à representatividade. Outro ponto a considerar é que a frequência dos domínios de competências identificados se refere unicamente à sua presença ou ausência nos estudos revisados, sem avaliação do seu impacto na formação médica nem de sua efetividade nos currículos implementados.

Cabe ainda destacar que a categorização das competências por domínios foi realizada com base na interpretação dos autores, embasada em uma leitura crítica e sistemática dos estudos incluídos. Embora fundamentada em critérios conceituais previamente definidos e discutida ao longo do processo de análise, essa classificação envolve certo grau de subjetividade, o que pode influenciar a distribuição das competências identificadas e limitar comparações diretas entre os estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo permitiu mapear as competências prioritárias da MFC para a formação médica na graduação, identificando tanto domínios recorrentes nos estudos analisados quanto lacunas em áreas emergentes e em aspectos historicamente centrais da especialidade. Os achados reforçam a necessidade de pesquisas que aprofundem a definição, integração e operacionalização dessas competências nos

currículos de graduação em Medicina. Apesar do crescente aumento da produção acadêmica sobre EBC, observa-se uma carência significativa quanto à delimitação conceitual, à mensuração e à validação das competências específicas de MFC para a formação generalista, especialmente no cenário brasileiro.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

NBD: Conceitualização, Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. BPM: Curadoria de Dados, Análise Formal. JHSR: Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição. JFB: Conceitualização, Análise Formal, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

- Schumacher DJ, Kinnear B, Carraccio C, Holmboe E, Busari JO, van der Vleuten C, et al. Competency-based medical education: The spark to ignite healthcare's escape fire. *Med Teach*. 2024;46(1):140-6. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2232097>
- World Health Assembly 69. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [acessado em 9 jun. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/252698>
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Frank JR, Snell LS, Ten Cate O, Holmboe ES, Carraccio C, Swing SR, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach*. 2010;32(8):638-45. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190>
- Harden RM. The future of health professions education. *Med Teach*. 2024;46(4):436-7. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2320521>
- Hays RB. Purposeful design in health professions' curriculum development. *Med Teach*. 2024;46(12):1532-8. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2359974>
- Harden RM, Lilley P, Yıldız S. The curriculum: The heart and soul of a medical school. *Med Teach*. 2024;46(12):1524-8. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2416307>
- Executive Board 83. World Conference on Medical Education, Edinburgh, 8-12 August 1988. The Edinburgh Declaration [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1988 [acessado em 9 jun. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/163121>
- Pan American Health Organization. Interprofessional health teams for integrated care [Internet]. Pan American Health Organization; 2025 [acessado em 9 jun. 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/interprofessional-health-teams-integrated-care>
- World Federation for Medical Education. BME Standards [Internet]. World Federation for Medical Education; 2017 [acessado em 9 jun. 2025]. Disponível em: <https://wfme.org/standards/bme/>
- World Health Organization. Transforming and scaling up health professionals' education and training [Internet]. World Health Organization [acessado em 4 jun. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/transforming-and-scaling-up-health-professionals'-education-and-training>
- Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 Jun 23 [acessado em 2 mar. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view
- Anderson MIP, Demarzo MMP, Rodrigues RD. A medicina de família e comunidade, a atenção primária à saúde e o ensino de graduação: recomendações e potencialidades. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;3(11):157-72. [https://doi.org/10.5712/rbmf3\(11\)334](https://doi.org/10.5712/rbmf3(11)334)
- Turkeshi E, Michels NR, Hendrickx K, Remmen R. Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(8):e008265. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008265>
- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice/family medicine [Internet]. Bruxelas: WONCA Europe; 2023 [acessado em 3 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>

16. Park S, Khan NF, Hampshire M, Knox R, Malpass A, Thomas J, et al. A BEME systematic review of UK undergraduate medical education in the general practice setting: BEME Guide No. 32. *Med Teach*. 2015;37(7):611-30. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1032918>
17. Haq C, De Maeseneer J, Markuns J, Montenegro H, Qidwai W, Švab I. Education and professional development. In: World Organization of Family Doctors (Ed.). *The contribution of family medicine to improving health systems: a guidebook from the World Organization of Family Doctors*. Oxon: Radcliffe Pub; 2013. p. 81-98.
18. Demarzo MMP, Almeida RCC, Marins JJJ, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1 Supl. 2):143-8. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300003>
19. Ten Cate O, Carraccio C. Envisioning a true continuum of competency-based medical education, training, and practice. *Acad Med*. 2019;94(9):1283-8. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002687>
20. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis* [Internet]. JBI; 2024 [acessado em 22 jan. 2025]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
22. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Khalil H, Larsen P, Marnie C, et al. Best practice guidance and reporting items for the development of scoping review protocols. *JBIM Evid Synth*. 2022;20(4):953-68. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00242>
23. Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, McGuinness LA. PRISMA 2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and open synthesis. *Campbell Syst Rev*. 2022;18(2):e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>
24. Kronemann B, Joson-Teichert E, Michiels-Corsten M, Boesner S, Groth J. Missing topics for a newly established general practice curriculum for medical students in Hesse: a qualitative study. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):148. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02405-5>
25. Fujikawa H, Ando T, Endo A, Kaneko M, Shikino K, Nagamine Y, et al. Competencies related to generalism for Japanese medical undergraduates: essential skills for comprehensive care. *Med Teach*. 2024;46(Supl. 1):S21-30. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2385133>
26. Hashim MJ. Teaching family medicine and general practice. *Korean J Fam Med*. 2022;43(2):93-100. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0223>
27. Schneider B, Biagioli FE, Palmer R, O'Neill P, Robinson SC, Cantone RE. Design and implementation of a competency-based family medicine clerkship curriculum. *Fam Med*. 2019;51(3):234-40. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.539833>
28. Blythe A. Teaching general practice: a rallying flag for undergraduate education. *Br J Gen Pract*. 2018;68(677):560-1. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X699881>
29. Shewade HD, Jeyashree K, Kalaiselvi S, Palanivel C, Panigrahi KC. Competency-based tool for evaluation of community-based training in undergraduate medical education in India: a Delphi approach. *Adv Med Educ Pract*. 2017;8:277-86. <https://doi.org/10.2147/amep.s123840>
30. Ben AJ, Lopes JMC, Daudt CVG, Pinto MEB, de Oliveira MMC. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-16. [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1354](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1354)
31. Morley CP, Rosas SR, Mishori R, Jordan W, Jarris YS, Competencies Work Group FMH, et al. Essential public health competencies for medical students: establishing a consensus in family medicine. *Teach Learn Med*. 2017;29(3):255-67. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1268964>
32. Coppelillo F, Jure H, Ciuffolini MB, Yuruhán D. Fortalecimento do processo de ensino-aprendizagem da Medicina de Família e Comunitária em Ibero-américa. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl. 2):46-54. [https://doi.org/10.5712/rbmf11\(0\)1385](https://doi.org/10.5712/rbmf11(0)1385)
33. Gouveia EA, Braga TD, Heráclio SA, Pessoa BHS. Validating competencies for an undergraduate training program in rural medicine using the Delphi technique. *Rural Remote Health* [Internet]. 2016 [acessado em 22 jan. 2025];16(4):3851. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/3851>
34. Raghav PR, Kumar D, Bhardwaj P. Experience of Delphi technique in the process of establishing consensus on core competencies. *Int J Appl Basic Med Res*. 2016;6(3):186-90. <https://doi.org/10.4103/2229-516X.186960>
35. Fazio SB, Demasi M, Farren E, Frankl S, Gottlieb B, Hoy J, et al. Blueprint for an undergraduate primary care curriculum. *Acad Med*. 2016;91(11):S14-S15. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001374>
36. Mudiyanse RM. Need to teach family medicine concepts even before establishing such practice in a country. *Asia Pac Fam Med*. 2014;13(1):1. <https://doi.org/10.1186/1447-056X-13-1>
37. Kaprielian VS, Silberberg M, McDonald MA, Koo D, Hull SK, Murphy G, et al. Teaching population health: a competency map approach to education. *Acad Med*. 2013;88(5):626-37. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31828acf27>
38. Sylvester S, Magin P, Sweeney K, Morgan S, Henderson K. Procedural skills in general practice vocational training: what should be taught? *Aust Fam Physician*. 2011;40(1-2):50-4.
39. Tandeter H, Carelli F, Timonen M, Javashvili G, Basak O, Wilm S, et al. A 'minimal core curriculum' for Family Medicine in undergraduate medical education: a European Delphi survey among EURACT representatives. *Eur J Gen Pract*. 2011;17(4):217-20. <https://doi.org/10.3109/13814788.2011.585635>

40. O'Brien-Gonzales A, Chessman AW, Sheets KJ. Family medicine clerkship curriculum: competencies and resources. *Fam Med.* 2007;39(1):43-6.
41. Milman U, Alperin M, van Raalte R, Reis S. Determining teaching objectives for the family medicine clerkship in medical school: a national Delphi survey. In: Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, van der Steeg AFW, editors. *Advances in medical education.* Dordrecht: Springer Netherlands; 1997. p. 37-9. https://doi.org/10.1007/978-94-011-4886-3_9
42. Noble J, Bithoney W, Macdonald P, Thane M, Dickinson J, Guyatt G, et al. The core content of a generalist curriculum for general internal medicine, family practice, and pediatrics. *J Gen Intern Med.* 1994;9(1):S31-42. <https://doi.org/10.1007/BF02598116>
43. Munn Z, Pollock D, Khalil H, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, et al. What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evid Synth.* 2022;20(4):950-2. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00483>
44. Gruppen LD, Mangrulkar RS, Kolars JC. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Hum Resour Health.* 2012;10(1):43. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-43>
45. The Royal New Zealand College of General Practitioners. Specialise as a general practitioner [Internet]. The Royal New Zealand College of General Practitioners; 2025 [acessado em 21 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.rnzcgp.org.nz/study-with-us/study-general-practice/>
46. Royal College of General Practitioners. GPs as specialists [Internet]. Royal College of General Practitioners [acessado em 21 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.rcgp.org.uk/representing-you/policy-areas/gp-specialists>
47. Phillips WR, Dai M, Frey JJ, Peterson LE. General practitioners in US medical practice compared with family physicians. *Ann Fam Med.* 2020;18(2):127-30. <https://doi.org/10.1370/afm.2503>
48. Medical Council of Canada. Licentiate of the Medical Council of Canada [Internet]. Medical Council of Canada; 2023 [acessado em 21 mar. 2025]. Disponível em: <https://mcc.ca/credentials-and-services/pathways-to-licensure/lmcc/>
49. Scheffer M, Almeida CJ, Cassenote AJF, Dias IWH, Moreira JPL, Sousa J, et al. Demografia médica no Brasil 2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [acessado em 3 mar. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf
50. Earnest MA, Wong SL, Federico SG. Perspective: Physician advocacy: what is it and how do we do it? *Acad Med.* 2010;85(1):63-7. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c40d40>
51. Jimenez G, Spinazze P, Matchar D, Koh CH, van der Kleij RMJJ, Chavannes NH, et al. Digital health competencies for primary healthcare professionals: a scoping review. *Int J Med Inform.* 2020;143:104260. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2020.104260>
52. Cottrell E, Alberti H, Rosenthal J, Pope L, Thompson T. Revealing the reality of undergraduate GP teaching in UK medical curricula: a cross-sectional questionnaire study. *Br J Gen Pract.* 2020;70(698):e644-50. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712325>
53. Barber JRG, Park SE, Jensen K, Marshall H, McDonald P, McKinley RK, et al. Facilitators and barriers to teaching undergraduate medical students in general practice. *Med Educ.* 2019;53(8):778-87. <https://doi.org/10.1111/medu.13882>
54. Wenceslau LD, Sarti TD, Trindade TG. Reflexões e propostas para a estruturação de programas de Mestrado em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Ciêns Saúde Colet.* 2020;25(4):1281-92. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.29802019>
55. Fontenelle LF, Rossi SV, Oliveira MHM, Brandão DJ, Sarti TD. Postgraduate education among family and community physicians in Brazil: the Trajetórias MFC project. *Fam Med Community Health.* 2020;8(3):e000321. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000321>
56. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RG. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):189-207. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S113>
57. World Health Organization, World Organization of Family Doctors (WONCA). Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. Report of a WHO-WONCA Conference; 1994; London, Ontario, Canada. Geneva: World Health Organization; 1995 [acessado em 11 set. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/62364>