

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**A ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO
BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E DE
AVALIAÇÃO DA TITULAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Medicina: Ciências Médicas, como parte dos
pré-requisitos para obtenção do Título de Doutor.

JOÃO WERNER FALK

Orientadora: Dra. Mary Clarisse Bozzetti
Co-orientador: Dr. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello

TESE DE DOUTORADO

Dezembro de 2005

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

**A ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO
BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E DE
AVALIAÇÃO DA TITULAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Medicina: Ciências Médicas, como parte dos
pré-requisitos para obtenção do Título de Doutor.

JOÃO WERNER FALK

Orientadora: Dra. Mary Clarisse Bozzetti
Co-orientador: Dr. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello

Porto Alegre

Dezembro de 2005

F191e **Falk, João Werner**

A especialidade medicina de família e comunidade no Brasil : aspectos conceituais, históricos e de avaliação da titulação dos profissionais / João Werner Falk ; orient. Mary Clarisse Bozzetti ; co-orient. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello. – 2005.

194 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2005.

1. Medicina de família : História 2. Medicina de família : Recursos humanos 3. Brasil 4. Médicos de família I. Bozzetti, Mary Clarisse II. Busnello, Ellis Alindo D'Arrigo III. Título.

NLM: W 89

[...] Se ao que busco saber nenhum de vós
responde,
Por que me repetis: "vem por aqui"?
Prefiro escorregar nos becos lamacentos,
Redemoinhar aos ventos,
Como farrapos, arrastar os pés sangrentos,
A ir por aí...

[...] Ah, que ninguém me dê piedosas
intenções!
Ninguém me peça definições!
Ninguém me diga: "vem por aqui"!
A minha vida é um vendaval que se soltou.
É uma onda que se alevantou.
É um átomo a mais que se animou...
Não sei por onde vou,
Não sei para onde vou,
--- Sei que não vou por aí.

Trechos de
Cântico Negro
(José Régio, 1925)

DEDICATÓRIA

À esposa Maria Lúcia, pelo afeto, companheirismo e fonte inesgotável de estímulo para minha vida.

Às filhas Lana e Isadora, pela vivacidade, criatividade, perseverança e alegria, que inspiram minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos familiares, pelo estímulo e compreensão das tantas horas de ausência.

À Professora Mary Clarisse Bozzetti, minha tão competente orientadora, cujo apoio constante foi decisivo para a conclusão deste estudo.

Ao Professor Ellis D'Arrigo Busnello, pelos muitos anos de incentivo e exemplo de perseverança na concretização de sonhos aparentemente impossíveis.

À Professora Sandra Costa Fuchs, por ter oportunizado a escolha desta temática de pesquisa e pelo estímulo para a conclusão da mesma.

À Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), pelos 24 anos de desafios constantes e aprendizagens gratificantes.

Aos colegas de seis Diretorias da SBMFC com os quais compartilhei muitas lutas e recebi apoio e reconhecimento.

À atual Diretoria da SBMFC, em especial Maria Inez Padula Anderson, Eno Dias de Castro Filho, Irmã Monique Bourget e Hamilton Lima Wagner, pela autorização para uso dos dados dos Concursos para Título de Especialista e pelo incentivo para a realização deste trabalho.

A todos os colegas do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS, especialmente Odalci Pustai, Francisco Arsego de Oliveira, Mário Tavares, Ronaldo Bordin, Roger dos Santos Rosa e Sérgio Bassanesi, pelo compartilhamento de ideais e anos de agradável convivência.

Ao colega de Departamento Bruce Duncan, por sempre ter acreditado na Medicina de Família e Comunidade, e por, entre 2000 e 2001, ter me apoiado a participar da luta pela reativação da SBMFC e a que eu aceitasse o convite de colegas para assumir novamente a presidência da mesma.

Aos colegas da Unidade Básica de Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo encorajamento e alegria no trabalho.

A Airton Stein, pelo companheirismo em muitos trabalhos e lutas, dentro e fora da SBMGC (hoje SBMFC) e por ter aceitado fazer parte da banca de avaliação desta tese.

A Erno Harzheim, que em breve será colega de Departamento na UFRGS, pelas parcerias de trabalho no relativamente pouco tempo em que passamos a conviver e por ter aceitado fazer parte da banca de avaliação desta tese.

À Silvana, secretária da Diretoria de Titulação da SBMFC, pelo inestimável auxílio na busca e digitação de dados para esta pesquisa.

Agradeço também a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta tese.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	10
1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1. A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	13
2.1.1. <i>Algumas definições clássicas de Medicina de Família e Comunidade no mundo</i>	<i>15</i>
2.1.2. <i>A Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina</i>	<i>17</i>
2.1.3. <i>A Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade</i>	<i>18</i>
2.2. COMPETÊNCIAS NUCLEARES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	19
2.2.1. <i>Competências relacionadas com a disciplina</i>	<i>20</i>
2.2.2. <i>Competências relacionadas com a prática da especialidade</i>	<i>21</i>
2.2.3. <i>Competências relacionadas com aspectos básicos</i>	<i>21</i>
2.3. A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	22
2.4. A FORMAÇÃO E A EDUCAÇÃO CONTINUADA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	32
2.5. HISTÓRICO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E DE SUA ENTIDADE NACIONAL NO BRASIL	35
3. OBJETIVOS	47
3.1. GERAL.....	47
3.2. ESPECÍFICOS	47
4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA.....	48
5. ARTICLE 1 – PHYSICIAN’S PERFORMANCE IN PRIMARY CARE IN BRAZIL THROUGH THE FIRST TWO NATIONAL EXAMINATIONS FOR SPECIALISTS IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE	58
ABSTRACT.....	58
KEYWORDS	59
INTRODUCTION.....	60
METHODS.....	62
<i>Study Design.....</i>	<i>64</i>
<i>Study variables</i>	<i>64</i>

<i>Data sources</i>	65
<i>Data collection and quality control</i>	65
<i>Method of analysis</i>	66
<i>Ethical Considerations</i>	66
RESULTS.....	67
DISCUSSION.....	69
REFERENCES	74
6. ARTICLE 2 – COMPARISON BETWEEN THE PRIMARY CARE PHYSICIAN’S PERFORMANCE IN THE FIRST THREE NATIONAL EXAMINATIONS FOR THE SPECIALIST’S TITLE IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE	84
ABSTRACT.....	84
KEYWORDS	85
INTRODUCTION.....	86
METHODS.....	88
<i>Study Design</i>	89
<i>Study variables</i>	89
<i>Data sources</i>	90
<i>Data collection and quality control</i>	90
<i>Method of analysis</i>	91
<i>Ethical Considerations</i>	92
RESULTS.....	92
DISCUSSION.....	96
REFERENCES	103
7. ARTIGO 1, EM PORTUGUÊS – DESEMPENHO DE MÉDICOS QUE ATUAM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL NOS DOIS PRIMEIROS CONCURSOS PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	116
RESUMO	117
PALAVRAS-CHAVE	117
INTRODUÇÃO.....	118
MÉTODOS.....	120

<i>Delineamento</i>	122
<i>Variáveis do estudo</i>	122
<i>Fontes de informação</i>	123
<i>Coleta de dados e controle de qualidade</i>	123
<i>Análise dos dados</i>	124
<i>Aspectos éticos</i>	125
RESULTADOS.....	125
DISCUSSÃO.....	127
REFERÊNCIAS	132
8. ARTIGO 2, EM PORTUGÊS – COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DE MÉDICOS QUE ATUAM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL NOS TRÊS PRIMEIROS CONCURSOS PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	142
RESUMO	143
PALAVRAS-CHAVE	143
INTRODUÇÃO.....	144
MÉTODOS	146
<i>Delineamento</i>	147
<i>Variáveis do estudo</i>	147
<i>Fontes de informação</i>	148
<i>Coleta de dados e controle de qualidade</i>	149
<i>Análise dos dados</i>	149
<i>Aspectos éticos</i>	150
RESULTADOS.....	151
DISCUSSÃO.....	154
REFERÊNCIAS	161
ANEXOS.....	173

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	DESCRIÇÃO
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AMB	Associação Médica Brasileira
APS	Atenção Primária em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica (do Ministério da Educação)
MFC	(a) Medicina de Família e Comunidade / (o) Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SBMGC	Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (antigo nome da SBMFC)
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TEMFC	Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade
WONCA	Organização Mundial dos Médicos de Família (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

A ESPECIALIDADE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL: ASPECTOS CONCEITUAIS, HISTÓRICOS E DE AVALIAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

1. INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica em franco desenvolvimento qualitativo e quantitativo no Brasil e no mundo, sendo cada vez mais reconhecida sua importância para o sistema de saúde de qualquer país e a qualidade da atenção à saúde de seus habitantes.^{1,2,3,4,5,6}

Não chega a ser uma especialidade médica nova no Brasil,^{7,8,9,10} pois seus primeiros programas de formação, através de Residência Médica, iniciaram em 1976, mas só se expandiu muito, e passou a ser mais conhecida, após a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde, em 1984.¹¹

A denominação desta especialidade é bastante variada no mundo. Por exemplo, nos países de língua espanhola costuma ser usado o nome “Medicina Familiar e Comunitária” (o mesmo que no Canadá); em Portugal é “Medicina Geral e Familiar” (também ainda muito conhecida como “Clínica Geral”, seu antigo nome); na Inglaterra “Prática Geral”, a histórica “General Practice”, que deu origem ao nome de seu praticante, “GP”, conhecido em todo o mundo; nos Estados Unidos da América, “Medicina de Família” e em Cuba “Medicina Geral Integral”. No Brasil o nome oficial, entre 1981 até 2001, era “Medicina Geral Comunitária”, passando a adotar desde então o atual nome de “Medicina de Família e Comunidade”.¹²

O enorme crescimento da área de Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, principalmente em decorrência do Programa de Saúde da Família (que já conta com mais de vinte mil médicos), ampliou muito a necessidade de formação, qualificação, atualização, valorização, avaliação e certificação dos profissionais médicos que atuam nesta área. E estes desafios tem sido alvo da maior parte do trabalho da Sociedade

Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que representa os médicos que atuam nesta perspectiva na APS.¹³

A presente tese busca recuperar aspectos conceituais da Medicina de Família e Comunidade, seu histórico no Brasil, assim como avaliar a qualidade dos médicos que atuam nesta área e que já se submeteram à única avaliação nacional objetiva de qualificação profissional que já está implantada no Brasil para esta especialidade: os Concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). Na presente tese analisaremos os três primeiros Concursos para TEMFC, esperando que isso possa servir para ajudar a orientar as necessidades de formação e atualização dos médicos que atuam em APS no Brasil.

Os aspectos conceituais serão baseados, principalmente, em livros e documentos clássicos mundiais da especialidade, como a “Definição Européia de Medicina Geral e Familiar” que foi publicado pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), e tem sido considerado como o principal documento conceitual desta especialidade no mundo,¹ assim como em outros autores mundialmente respeitados, como R.E. Rakel, do Baylor College of Medicine (Houston, Texas, USA),³ o canadense Yan McWhinney (University of Western Ontario, London, Ontario, Canada University of North Carolina, Chapel Hill, USA),^{4,5} Barbara Starfield (Johns Hopkins University, USA),⁶ e outros.

Contudo, procurar-se-á, o mais possível, utilizar também a ainda escassa literatura nacional a respeito destes temas, e fazer as necessárias adaptações para a realidade e as especificidades desta especialidade e da área de saúde no Brasil, onde, por exemplo, é possível verificar que é dada ênfase maior a questões sociais, comunitárias e coletivas, bem como ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A Medicina de Família e Comunidade

No Brasil, mesmo não chegando a ser uma especialidade nova, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) ainda não é muito conhecida pela população e nem mesmo por boa parte dos médicos e demais profissionais de saúde.⁹ Muitos não a conhecem e outros têm conceituações baseadas no “senso comum” ou cercadas por preconceitos, ambigüidades e incorreções.¹³ Por isso, na presente tese, se torna necessária uma breve revisão da literatura, que aborde aspectos conceituais desta especialidade, o que provavelmente não seria necessário se estivéssemos tratando de especialidades bem conhecidas, como a cardiologia ou a pediatria.

Conforme a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA - World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), a Medicina de Família e Comunidade (conhecida em outros países com diferentes nomes, tais como Medicina Geral e Familiar, Medicina Familiar e Comunitária, Medicina Geral Integral, ou mesmo somente Medicina de Família) é “uma disciplina acadêmica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica. É uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários.”¹

A MFC é tanto uma Disciplina quanto uma Especialidade. É uma disciplina, com seus fundamentos acadêmicos, que auxiliam na formação de todos os médicos, durante a graduação, orientam a formação do especialista – cuja melhor estratégia é a Residência Médica em MFC – e balizam a educação continuada dos já especialistas e alicerçam as pesquisas na área.¹ Mas é também uma especialidade, cujo especialista

– o Médico de Família e Comunidade – atua na APS, junto a pessoas, estejam doentes ou não, suas famílias e comunidade.⁹

Não é uma especialidade no sentido mais tradicional, entendida como um “recorte” do conhecimento e prática profissional, por faixa etária (como a Pediatria e a Geriatria), gênero (como a Ginecologia e a Obstetrícia), natureza do problema (como a Psiquiatria e a Medicina do Trabalho) grupo de doenças, sistema ou órgão do corpo humano (como a grande maioria das especialidades).⁹ Todas estas podemos denominar de “especialidades focais”, geralmente centradas na doença e tendo base hospitalocêntrica.¹³ Já a MFC é uma “especialidade integral”, cujo especialista:

atende a pessoas, independente de sexo, de idade e de tipo de problema que apresentem. Não se restringe aos indivíduos, mas extrapola sua atuação às famílias e à comunidade com quem trabalha. Atua igualmente nos aspectos físicos (ou somáticos), psicológicos e sociais. Além das práticas curativas e reabilitadoras, dá grande ênfase à prevenção de doenças e à promoção da saúde.⁹

Portanto, a MFC não é uma especialidade por ser um “recorte” do conhecimento médico, seja ele por sexo, idade, natureza do problema ou parte do corpo humano, como são as especialidades “focais”, baseadas no “Modelo Flexneriano”.¹⁴ É uma especialidade definida enquanto um grau de qualificação profissional pós-graduado⁹ – alcançado preferencialmente por Residência Médica – e por ter um corpo de conhecimentos próprio e um cenário de atuação ligado à estratégia da Atenção Primária em Saúde, com sua inserção correspondente como nível básico e estruturador de um sistema de saúde. Está muito mais sintonizada, em relação a documentos clássicos, com o Relatório Dawson,¹⁵ de 1920, e a Conferência de Alma Ata, de 1978,¹⁶ do que com o Relatório Flexner,¹⁴ de 1910.

2.1.1. Algumas definições clássicas de Medicina de Família e Comunidade no mundo

Abaixo estão citadas algumas definições clássicas da Medicina de Família e Comunidade, lembrando que o nome da especialidade varia bastante entre os diversos países do mundo, e os conceitos são traduções livres dos nomes originais para o português, realizadas em Portugal.¹

Definição do Grupo de Leeuwenhorst (1974):

O Clínico Geral / Médico de Família é um licenciado médico que presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, a famílias e a uma determinada população, independentemente da idade, sexo ou afecção. É a síntese destas funções que tem um carácter único. O Clínico Geral atende os seus pacientes no consultório, no domicílio e, por vezes, numa clínica ou hospital. O seu objetivo consiste em fazer diagnósticos precoces. Incluirá e integrará fatores físicos, psicológicos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, o que se expressará na forma como cuida dos seus pacientes. Tomará uma decisão inicial sobre cada problema que lhe seja apresentado enquanto médico. Assumirá a gestão contínua dos problemas dos seus doentes com afecções crônicas, recorrentes ou terminais. O contacto prolongado com o paciente implica que poderá utilizar repetidas oportunidades para colher informação ao ritmo apropriado para cada paciente, construindo uma relação de confiança que poderá ser usada profissionalmente. Atuará em colaboração com outros colegas médicos e não-médicos. Saberá como e quando intervir através do tratamento, da prevenção e da educação, para promover a saúde dos seus pacientes e respectivas famílias. Reconhecerá que também tem uma responsabilidade profissional para com a comunidade.¹⁷

Definição WONCA (1991):

O Clínico Geral / Médico de Família é o médico principalmente responsável pela prestação de cuidados abrangentes a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, bem como por providenciar a prestação de serviços de outros profissionais de saúde, sempre que necessário. O Clínico Geral / Médico de Família funciona como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico. O Clínico Geral / Médico de Família cuida do indivíduo no contexto da sua família e cuida da família no contexto comunitário, independentemente da raça, religião, cultura ou classe social. É clinicamente

competente para prestar a maior parte dos seus cuidados levando em consideração o pano de fundo cultural, sócio-econômico e psicológico. Além disso, assume uma responsabilidade pessoal pela prestação de cuidados abrangentes e continuados aos seus pacientes. O Clínico Geral / Médico de Família desempenha o seu papel profissional, quer prestando cuidados diretos, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde dos pacientes e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida.¹

Definição de Olesen (2000):

O Médico de Família é um especialista formado para trabalhar na linha da frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema(s) de saúde que os pacientes possam apresentar. O Médico de Família cuida de indivíduos no seio da sua sociedade, independentemente do tipo de doença ou de outras características pessoais ou sociais, organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício dos pacientes. O Médico de Família* interage com indivíduos autônomos nos campos da prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e cuidados paliativos, usando e integrando as ciências da Biomedicina, da Psicologia e Sociologia Médicas.¹⁸

Definições de Termos em Língua Inglesa

Evitando problemas de interpretação ou compreensão, nas traduções do inglês para o português, definiram-se os seguintes termos, neste quadro produzido em Portugal:¹

Quadro 1. Traduções de termos do inglês para o português

General practitioner / Family doctor	Sinónimos usados para descrever os médicos que fizeram formação pós-graduada em Clínica Geral, pelo menos até ao nível definido na alínea 4 da Diretiva Européia sobre os Médicos.
Primary care physician	Médico de qualquer disciplina que trabalha num contexto de cuidados de saúde primários ou atenção primária em saúde.
Secondary care physician	Médico que fez um período de formação pós-graduada numa Disciplina baseada num sistema de órgãos ou patologias e que trabalha predominantemente nessa, num contexto predominantemente hospitalar.
Specialist	Médico de qualquer Disciplina que fez um período de formação pós-graduada.
Primary care	Contexto no seio de um sistema de saúde, geralmente na comunidade do próprio paciente, em que ocorre o primeiro contato com um profissional de saúde (traumatismos <i>major</i> excluídos).

2.1.2. A Medicina de Família e Comunidade enquanto disciplina

Conforme o documento “Definição Européia de Medicina Geral e Familiar”,¹ as características da Medicina de Família e Comunidade são tais que esta especialidade:

- a) é normalmente o primeiro ponto de contato médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus usuários e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) utiliza de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, através do trabalho com outros profissionais no contexto dos cuidados primários de saúde, bem como através da gestão da interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;
- c) desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a sua comunidade;
- d) possui um processo singular de condução da consulta, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efetiva;
- e) é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente em consonância com as necessidades do paciente;
- f) possui um processo específico de tomada de decisões determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- g) gere simultaneamente problemas agudos e crônicos de pacientes individuais;
- h) gere afecções que se apresentam de forma indiferenciada num estágio precoce da sua história natural, podendo necessitar de uma intervenção urgente;
- i) promove a saúde e o bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efetivas;
- j) tem uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- k) lida com problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Já para McWhinney,⁴ há quatro competências próprias desta especialidade:

- 1) solução de problemas que se apresentem indiferenciados;
- 2) competências preventivas;

- 3) competências terapêuticas (de problemas freqüentes de saúde);
- 4) competência de gestão de recursos.

2.1.3. A Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade

Segundo a WONCA:

Os médicos de família são especialistas com formação nos princípios da Disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto das respectivas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Quando negociam os planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo aos conhecimentos e à confiança gerados pelos contatos médico-paciente repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos. Conseguem-no quer diretamente, quer através dos serviços de outros profissionais, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade servida, auxiliando os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços. Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação segura e efetiva de cuidados de saúde aos pacientes.¹⁹

Parte do que a definição acima inclui não são aspectos exclusivos do MFC: alguns podem ser também pertinentes a outras especialidades médicas, à profissão médica como um todo, ou mesmo a outras profissões da área de saúde. Mas a MFC é a única que consegue implementar todas estas características, simultaneamente.^{1,9}

O papel do MFC tem sido descrito, de várias formas, por diferentes autores e instituições. Três listagens muito conhecidas de princípios e ou de características desta especialidade foram relacionadas entre si, neste quadro de Allen:¹

Quadro 2. Comparação de características da Medicina de Família e Comunidade

OMS 1998 ²⁰	WONCA 1991 ²¹	"Princípios" descritos por Gay ²²
Generalista	Cuidados abrangentes	3. Leque de atividades determinado pelos pedidos e necessidades do paciente 4. Problemas complexos e não pré-selecionados
Continuada	Orientação para o paciente	1. Abordagem centrada no paciente 8. Gestão contínua
Abrangente	Cuidados abrangentes	3. Leque de atividades determinado pelos pedidos e necessidades do paciente 4. Problemas complexos e não pré-selecionados
Coordenada	Coordenação com outros serviços	9. Cuidados coordenados
Colaborativa	Coordenação com outros serviços	9. Cuidados coordenados
Orientada para a família	Enfoque familiar	2. Orientação para a família e contexto comunitário
Orientada para a comunidade	Compromisso com a comunidade	2. Orientação para a família e contexto comunitário

Os outros princípios, não listados no quadro acima, são três da WONCA²¹ – relação médico-paciente, advocacia pelo paciente e gestão de acessibilidade e de recursos – e quatro de Gay²² – 5. Baixa incidência de doenças graves; 6. Doenças em estado precoce; 7. Gestão simultânea de múltiplas queixas e patologias; e 10. Eficiência.²²

Já desde 1974, Busnello afirmava que esta especialidade buscava a atenção integral, continuada, personalizada e participativa. Integral – abrangendo saúde física, psicológica e social, aspectos preventivos, curativos e reabilitadores. Continuada – por toda a vida das pessoas. Personalizada – conhecimento mútuo e confiança entre médico e seus pacientes. Participativa – pacientes, famílias e comunidade participam ativamente da promoção, proteção e recuperação da saúde.^{7,8}

2.2. Competências nucleares da Medicina de Família e Comunidade

As competências nucleares do Médico de Família são as essenciais à Disciplina, independentemente do sistema de saúde em que se apliquem.¹⁹ Segundo a

WONCA, estas competências podem ser divididas em três categorias: as relacionadas com a Disciplina, as relacionadas com a prática da especialidade, e as relacionadas com alguns aspectos básicos de fundo.¹

2.2.1. Competências relacionadas com a disciplina

As onze características que definem a Disciplina possuem interface com onze aptidões que deverão ser dominadas por todos os especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Agrupam-se em seis competências nucleares:

1) Gestão de cuidados primários

- capacidade para gerir o contacto de primeira instância com os pacientes;
- coordenação dos cuidados prestados por outros profissionais de cuidados primários e outros especialistas, levando a uma prestação de cuidados efetiva e apropriada, assumindo uma posição de advocacia do paciente, sempre que necessário.

2) Cuidados centrados na pessoa

- capacidade de adotar uma abordagem centrada na pessoa ao lidar com os pacientes e seus problemas;
- desenvolvimento e aplicação da técnica de consulta de Medicina de Família e Comunidade por forma a gerar uma relação médico-paciente efetiva;
- prestação de cuidados longitudinais continuados conforme as necessidades do paciente.

3) Aptidões específicas de resolução de problemas

- utilização do processo específico de tomada de decisões em função da prevalência e da incidência da doença na comunidade;
- abordagem de patologias que se podem apresentar de forma precoce e indiferenciada, com intervenção urgente se necessário.

4) Abordagem abrangente

- abordagem simultânea, tanto dos problemas agudos como dos problemas crônicos de saúde do indivíduo;

- promoção da saúde e do bem-estar através da aplicação adequada de estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença.

5) Orientação comunitária

- conjugação das necessidades de saúde dos pacientes individuais com as necessidades de saúde da comunidade em que se inserem, em equilíbrio com os recursos disponíveis.

6) Modelação holística

- capacidade de usar um modelo biopsicossocial, levando em conta as dimensões cultural e existencial.¹

2.2.2. Competências relacionadas com a prática da especialidade

O MFC, para exercer adequadamente a sua especialidade, precisará ser competente em três importantes áreas:

- a) tarefas clínicas;
- b) comunicação com os pacientes; e
- c) gestão da prática clínica.¹

2.2.3. Competências relacionadas com aspectos básicos

Os três aspectos abaixo se relacionam ao fato da MFC ser uma disciplina científica centrada na pessoa:

- a) aspectos do contexto – recorrendo ao contexto da pessoa, da sua família, comunidade e cultura;
- b) aspectos de atitude – baseados nas capacidades, valores e ética profissionais do médico;
- c) aspectos científicos – adotando uma abordagem clínica crítica e baseada na investigação científica, mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria de qualidade contínuas.¹

É essa complexa inter-relação entre as competências nucleares, junto às áreas de implementação e com os aspectos básicos de fundo, que deve balizar a atuação do

MFC, assim como orientar as prioridades de ensino, formação, investigação e melhoria contínua de qualidade da especialidade.¹

Ao contrário do que possa parecer, pela especialidade atuar quase que exclusivamente fora de hospitais e com problemas de saúde prevalentes e muitas vezes com baixo nível de gravidade (ao menos em termos de risco imediato de vida), é extremamente complexo o trabalho de um MFC. Afinal, ele precisa orientar seu trabalho pelo marco teórico abrangente e exigente acima citado, bem como dominar um grande espectro de conhecimentos, habilidades e atitudes para enfrentar a complexidade da realidade bio-psico-social com que, cotidianamente, lida na realidade do trabalho com seus pacientes, famílias e comunidade. E precisa estar capacitado para isto.

Para Scliar, é preciso impor uma resposta à visão distorcida do estereótipo de que APS e trabalho ambulatorial seriam “medicina para pobre, portanto inferior – como são todas as coisas dos pobres”:

[...] trata-se de preparar adequadamente a equipe de saúde para que ela possa desempenhar sua missão com competência e com satisfação. Trata-se de mostrar que “simples” não quer dizer “inferior”; a simplicidade no atendimento só pode resultar de um profundo e real conhecimento, aquele conhecimento que permite distinguir entre o necessário e o supérfluo, entre o autêntico e o ilusório. Medicina ambulatorial é ciência e arte [...]²³

2.3. A Atenção Primária em Saúde

O trabalho do MFC costuma se dar, quase que exclusivamente, no âmbito do que se denomina de Atenção Primária em Saúde (APS), onde tem por objetivos proporcionar cuidados integrais, personalizados, participativos, continuados e contextualizados à saúde.^{7,8,9,13}

Segundo a Dra. Barbara Starfield (a mais importante pesquisadora da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária em Saúde no mundo, na atualidade), professora emérita da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Saúde Pública da Johns Hopkins University:

Todo sistema de serviços de saúde tem duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação a seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.⁶

Esta segunda meta tem sido muito enfatizada no Brasil, sob a designação de “equidade”. Em nosso país, como em praticamente todo o mundo, os recursos são limitados para a aplicação nos serviços de saúde. Considerando que a atenção secundária (ambulatorial, com especialistas focais) e terciária (hospitalar) são muito mais caras do que a atenção primária (para os governos e para as pessoas), se boa parte dos escassos recursos for destinado às mesmas, ou o acesso, ou a qualidade (ou, em geral, ambos) se tornam insuficientes para a maioria da população – principalmente para os mais pobres, justamente os que, em média, mais necessitam de atenção à saúde.

Isso fica muito claro quando utilizamos o raciocínio do chamado dilema de Oregon: “Acesso, Qualidade e Custo: escolha dois.”²³ Ou seja, se for priorizada a grande abrangência ou a universalização do acesso com qualidade na atenção, o custo se torna altíssimo e geralmente inviável. Se o acesso for universal, sem contar com um bom aporte financeiro (como é o caso do Brasil), a qualidade será insuficiente. E se a opção for boa qualidade, com custo acessível, não será possível abranger a todos, impossibilitando a universalização.

Ainda segundo Starfield:

A especialização, orientada para o tratamento da doença, não pode maximizar a saúde porque prevenir doença e promover uma função otimizada exige uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista na doença. A atenção médica efetiva não se limita ao tratamento da doença em si; deve levar em consideração o contexto no qual doença ocorre e onde vive o paciente. Mais ainda, raramente as doenças ocorrem isoladas, especialmente quando experienciadas ao longo do tempo. Assim, especialistas em doenças podem oferecer a atenção mais adequada para doenças específicas dentro de sua área de competência específica, mas é necessário um generalista para integrar a atenção para diversos problemas saúde que os indivíduos experimentam ao longo do tempo.⁶

Um sistema de saúde, planejado com racionalidade e bom senso, precisa ser como o que conta nas leis que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS)^{24,25,26} no Brasil, mas que, infelizmente, está ainda longe de se traduzir em realidade concreta, na maioria de seus aspectos, para a maioria da população brasileira. Entre outras coisas, precisa ser, o mais possível, de qualidade, universal, gratuito, acessível, hierarquizado, regionalizado, descentralizado, sob o controle da população e com equidade. Para que isso seja viável, é essencial que este Sistema tenha uma forte e qualificada base na APS, o que otimiza recursos, amplia o acesso, a equidade, amplia a resolutividade.

O Lord Dawson of Penn, já em 1920, na Inglaterra, propunha um sistema de saúde em três níveis, hierarquizado e descentralizado, com grande ênfase no nível primário.¹⁵

Além disso, uma APS forte favorece que o Sistema de Saúde amplie seus papéis preventivos, de promoção da saúde, do bem estar e da qualidade de vida, sem descuidar da atenção aos pacientes também.

A APS pode ser conceituada tanto como o nível hierárquico básico de um sistema de saúde, quanto como uma estratégia de atenção à saúde. Na prática, essas

duas concepções se associam e se integram, quando a equipe de saúde está imbuída desta filosofia, tem qualificação e inclui médicos com formação adequada para atuar neste nível do sistema, com esta estratégia – como deve ser o MFC.

Segundo Starfield:

A atenção primária diferencia-se da secundária (em nível de consultoria) e da terciária (em nível de referência) por diversas características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos bem definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas ou asilos. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção, continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e inclui a necessidade de serviços preventivos.

Comparando com a medicina especializada, a atenção primária utiliza menos intensivamente tanto o capital como o trabalho e é menos hierárquica na sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e mais capacitada para responder às necessidades sociais de saúde em mudança.⁶

Nos níveis secundário e terciário de um Sistema, os médicos já recebem pacientes triados por outros médicos, já com diagnóstico pelo menos parcial ou preliminar, e sua atuação é basicamente de intervenção na doença. Já na atenção primária, muitas vezes o médico recebe o paciente sem nenhuma triagem ou atendimento prévio ao problema que motivou o contato do paciente com o serviço de saúde. A dificuldade é maior para o médico, pois as queixas muitas vezes são vagas e inespecíficas, dificultando diagnóstico e manejo.^{6,27}

No entanto, no nível primário há a facilidade de conhecer melhor seus pacientes, com suas características e história clínica pregressa, além de conhecimento sobre a família do mesmo, sua condição de moradia e de vida, entre outros, bem como a prevalência de problemas naquela comunidade. Isso tudo ajuda muito na elucidação dos problemas e na escolha adequada das condutas a tomar.

Outra facilidade, apontada por McWhinney,^{27,28} é a de que a boa interação do médico com seu paciente tem o seu próprio efeito terapêutico. Isso é também reforçado pela grande ênfase na humanização da atenção que embasa a MFC.

Para Fry, “o médico de família deve proteger seus pacientes dos especialistas inadequados e os especialistas dos pacientes inadequados.”²⁹

No Brasil é fácil observar uma situação que ocorre na maior parte do mundo: os especialistas bem formados em MFC trabalham muito, e geralmente com boa qualidade, na assistência e, alguns também, no ensino de médicos residentes e alunos. Mas são raros, e geralmente com baixa intensidade, os que se dedicam à pesquisa, a relatarem o que fazem, a avaliarem sua prática ou a qualidade e efetividade do serviço de saúde onde trabalham. Isso faz com que sejam raras as publicações na área, no Brasil e em boa parte do mundo. Essa é uma das razões pelas quais os Médicos de Família e Comunidade costuma se sentir pouco valorizados e até marginalizados frente aos pares médicos de outras especialidades, quanto no meio acadêmico. Muitos autores enfatizam a necessidade de aproximar mais os MFC das Universidades, e estimulá-los a realizar pesquisas, principalmente com metodologias quantitativas, tão bem valorizadas no meio acadêmico. Sem dúvida, isso é fundamental para o desenvolvimento da APS e da MFC e para ampliar o respeito e reconhecimento desta especialidade.

Mas, contradizendo essa idéia, McWhinney defende que

a prática generalista é marginalizada pelo fato de diferir de maneira fundamentalmente distinta da prática hegemônica da academia, e que nossa contribuição se faz, exatamente, por tais diferenças. Com muita segurança, eu penso que, a atuação dentro da academia tende mais a se tornar parecida com a nossa que o oposto.²⁸

Segundo Barbara Starfield

médicos de atenção primária, ao contrario de especialistas, lidam com uma gama maior de problemas, tanto em pacientes

individuais como na população por eles atendida. Já que estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão numa posição melhor para apreciar os impactos sociais e ambientais sobre a doença.⁶

Para a mesma autora,^{30,31} as principais características da Atenção Primária em Saúde (APS) são:

- a) primeiro contato (acesso e porta de entrada);
- b) longitudinalidade (continuidade, responsabilidade pela população);
- c) abrangência da atenção (integralidade);
- d) coordenação da atenção (referência e contra-referência).

O primeiro contato refere-se ao que se costuma chamar de “porta de entrada” do sistema de saúde. É o ponto de referência da população quando necessita de cuidados de saúde. A estratégia de APS, assim, favorece um acesso mais acolhedor e abrangente ao sistema de saúde, e facilita que a equipe de saúde conheça as pessoas da população sob sua responsabilidade, bem como que essas pessoas percebam este local como o “seu” serviço de saúde.

Por isso, é fundamental que as unidades de saúde facilitem o acesso e acolham bem as pessoas. Esse acesso é também influenciado por fatores como a localização geográfica da unidade, facilidade de chegar na mesma – sempre que possível tão próxima que se possa chegar caminhando, ou, na pior das hipóteses, com um transporte facilmente disponível – horário de funcionamento adequado às necessidades da população, boa organização das agendas de atendimento, assim como a preocupação em abranger também as pessoas que não costumam procurar espontaneamente o serviço, pois a responsabilidade da equipe deve ser para toda a população adscrita, e não somente para quem chega na unidade.

Essa questão da responsabilidade pela população como um todo, também se relaciona com a segunda característica acima citada: a longitudinalidade. Ela também busca garantir o vínculo entre equipe de saúde e população, mas de forma continuada e estável. Tal princípio tem sido negativamente afetado no Brasil pelo fato da enorme rotatividade de profissionais de saúde – principalmente os médicos – nas Unidades do PSF e em outras. Há muitas causas disso, mas podem ser salientadas a predominância de vínculos empregatícios precários e suscetíveis a demissões (por razões políticas locais ou sem motivo justo), salários insuficientes para a jornada de trabalho, geralmente de turno integral e em lugares de difícil provimento, pouca vocação ou desmotivação de muitos profissionais que encaram a APS como emprego temporário, enquanto aguardam oportunidade para trabalharem na sua especialidade ou área de vocação, demissão por fuga das dificuldades cotidianas de trabalho que o profissional não consegue enfrentar, por não ter tido formação adequada em APS e em MFC, entre outras.

A abrangência da atenção tem ampla relação com o princípio “chave” da MFC: a integralidade. Esse aspecto já foi amplamente abordado no presente trabalho.

A quarta característica é a da “coordenação”. Significa existir um bom sistema de referência e contra-referência, conforme a necessidade de cada caso em que as condições estruturais e/ou profissionais da unidade de saúde não permitam a resolução do problema dentro dela mesma. Este princípio se relaciona também com os do acesso e da continuidade do cuidado.

Todos os princípios acima são favorecidos quando os profissionais que atuam na unidade de APS estejam adequadamente qualificados para exercerem seu papel. No caso dos médicos, esse é um importante problema, pois poucos são especialistas em MFC ou estão minimamente capacitados para trabalharem em APS. Na pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa de Saúde da Família no Brasil”,³⁹

apenas 14,91% dos médicos tinha realizado Residência em MFC, e somente 39,53% haviam realizado algum tipo de curso de especialização (muitas vezes em áreas não relacionadas à APS).

Mas no Brasil temos uma vantagem sobre a maioria dos demais países: há um estímulo e uma prática maiores de trabalho multiprofissional e interdisciplinar, o que amplia as possibilidades de melhor desenvolver essas quatro características da APS descritas por Starfield. Verdade é que as equipes não costumam ser tão abrangentes, como o são nos discursos e propostas. Quase sempre, na APS, as equipes se limitam a médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem de nível técnico ou auxiliar.

No PSF é também obrigatória a participação também do Agente Comunitário de Saúde, elemento fundamental na implementação da filosofia de trabalho de “Saúde da Família” proposta pelo PSF, e um tipo de trabalhador de saúde com características bastante peculiares, possivelmente sem experiência com perfil equivalente fora do Brasil.

Recentemente o PSF vem ampliando a inclusão também de Dentistas, mas outras categorias profissionais ainda têm baixo percentual de participação na APS no Brasil, apesar dos discursos apontarem para uma maior abrangência de profissões na mesma. Mas, mesmo com essa composição de equipe ainda geralmente limitada, a APS no Brasil já tem se caracterizado como uma das boas experiências de trabalho interdisciplinar no mundo. Essa parece ser uma das razões pelas quais a prática brasileira na APS tenha mais ênfase em questões sociais, comunitárias, coletivas, de vigilância e de promoção da saúde, o que é uma grande virtude. Mas não deve ser motivo, como às vezes acontece, para que se menospreze também o papel assistencial e do cuidado, nem a importância da clínica – de qualidade e com visão ampliada – que é fundamental no trabalho do médico em APS.

Há características de quem trabalha em APS (especialmente os médicos que optam em ser MFC) que não costumam constar nos conceitos formais, mas acredito que dariam “significância estatística” se fosse viável serem matematicamente comparadas com profissionais de outras especialidades ou categorias. Parece-me que quem escolhe trabalhar em APS costuma ter mais preocupação com humanização da atenção à saúde das pessoas, ser mais sonhador, lutar com mais garra e perseverança por ideais, ter alta capacidade criativa e inovadora, além de ser “contra-hegemônico” em vários aspectos na área de saúde. Representar esta última foi um dos motivos da escolha da epígrafe desta tese: trechos do “Cântico Negro”, escrito em 1925 por José Régio, poeta e professor do Liceu da cidade de Portalegre, em Portugal. O outro motivo é homenagear um “mestre” do qual sou “discípulo”, por saber que este poema é um dos seus prediletos: o Professor Ellis Busnello.

O quadro da página seguinte representa uma contribuição brasileira a respeito das características da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

Quadro 3. Medicina Geral Comunitária / Medicina de Família e Comunidade: perfil do profissional¹

Campo de Atuação	Espaços de Trabalho	Competências		Saberes
		Núcleo da Medicina	Campo da Saúde Coletiva	
Comunidade e/ou População <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adscrita ▪ Referenciada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidades Básicas de Saúde/Ambulatórios; ▪ Domicílios; ▪ Instituições Comunitárias; ▪ Hospitais; ▪ Ensino e Pesquisa em Medicina Geral Comunitária 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção Primária à Saúde 2. Atenção integral à saúde; 3. Atividades de promoção, prevenção, educação em saúde, terapêutica, reabilitação para diferentes faixas etárias, no nível individual, familiar e coletivo 4. Atuar nas patologias mais prevalentes com máximo grau de resolutividade e excelência clínica nas diferentes faixas etárias; 5. Produzir novas tecnologias na assistência e atenção individual e comunitária; 6. Seleção e avaliação crítica da literatura médica pertinente 7. Criação de protocolos de atendimento; de investigação clínica baseados nos fundamentos da Medicina Integral 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção comunitária com base epidemiológica; 2. Gerenciamento e planejamento de ações de saúde em nível local; 3. Atividades de pesquisa aplicada ao serviço; 4. Atuar em promoção/proteção vigilância a saúde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Integral (biopsicossocial); 2. Clínica de Adulto; Geriatria; 3. Pediatria; Adolescentes; 4. Gineco/Obstetrícia; 5. Saúde mental/Psicologia; 6. Pequena cirurgia; 7. Educação em saúde; 8. Tecnologia educacional; 9. Epidemiologia; 10. Política de Saúde 11. Administração e planejamento 12. Ciências sociais; 13. Filosofia; 14. Medicina do trabalho; 15. Sistema de informação

¹ Este quadro representa o que foi definido pelos representantes das Residências em Medicina Geral Comunitária, no Encontro de Campinas - SP, promovido pela Comissão Nacional de Residência Médica, em novembro de 1999.

2.4. A formação e a educação continuada do Médico de Família e Comunidade

Uma questão essencial é a de formação e qualificação do MFC. Não se trata de formar um médico melhor que os outros, mas um médico diferente. E isso passa desde mudanças na graduação dos médicos, quanto na formação e educação permanente do especialista.^{34,35}

Vários países no mundo têm experimentado as vantagens oriundas da valorização da APS e do apoio à formação do MFC, cujo nome da especialidade varia em cada um. Na Inglaterra são 51% dos médicos do país, no Canadá, 55%, em Cuba, cerca de 65% e na Holanda já chega a 33%.¹³ Em todos esses países, mesmo contanto com muita presença da MFC nos cursos de graduação em medicina, a única forma de alguém se tornar um MFC é através de Residência Médica – quase sempre com a duração de três anos.⁹

No Brasil perduram resquícios de uma velha dúvida. Seria possível a formação do MFC se esgotar no curso de graduação em medicina, dispensando a necessidade de uma Residência na área? Essa dúvida já foi amplamente superada por muitas evidências nacionais e internacionais: é impossível conseguir-se a formação adequada e minimamente suficiente do MFC na graduação. Como todo especialista, sua formação precisa ser completada e qualificada após a graduação.^{9,34,36}

Isso não retira a importância desta especialidade ser ensinada em disciplinas da graduação, como outras especialidades o são, e que muitas de suas características e princípios conceituais e práticos devem ser estimulados em todos os médicos e, portanto, fazerem parte dos currículos das escolas médicas e serem ministrados por docentes especialistas em MFC.^{9,34,36,37,38,39}

No Brasil, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) há décadas defende uma formação médica generalista e embasada na realidade na graduação. Não por acaso a fundação da SBMFC - que ocorreu em 5 de dezembro de 1981, em Petrópolis, Estado do Rio de Janeiro - foi agendada durante um Congresso da ABEM, no mês anterior, em Recife, por médicos que participaram do mesmo.¹³

Além desse apoio da ABEM, as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação (MEC) e vários outros documentos e tendências nacionais e internacionais^{34,36} conspiram a favor do crescimento da importância da MFC ser parte fundamental, e até mesmo com grande poder estruturante, na graduação em medicina.

Em artigo recentemente publicado pela Presidente e dois diretores da SBMFC, políticas deste tipo fortalecem

[...] atividades docente-assistenciais pautadas em um conceito ampliado de saúde e visam a formação de um profissional com visão humanista, técnica e eticamente comprometido com o cuidado integral à saúde do indivíduo, da família e comunidade. Certos fundamentos, técnicas e práticas da MFC constituem elementos importantes na formação médica geral, envolvendo o aluno (e futuro médico) em uma perspectiva ampliada do cuidado de saúde, independente da especialidade que irá exercer.¹³

Mas a importância da MFC na graduação de maneira nenhuma implica em abrir-se mão da necessidade da formação pós-graduada do MFC, através da Residência Médica.

No entanto, Portugal e outros países já enfrentaram um período de transição que o Brasil atravessa agora, só que com a dificuldade e o desafio de contar com uma população de habitantes e de médicos muito maior que a de Portugal: a inviabilidade, em curto ou até médio prazo, de formar seus especialistas em MFC apenas através da Residência Médica, mundialmente reconhecida como o “padrão ouro” de formação para esta e a maioria das outras especialidades médicas.

No Brasil, só em relação ao Programa de Saúde da Família (PSF), a defasagem do número de profissionais com qualificação adequada já é de cerca de 20.000 médicos. E como este Programa vem crescendo quantitativamente em número exponencial, aumenta a cada momento a diferença entre a demanda por MFC nos serviços e o número dos que se formam nos programas de residência na área aumenta a cada ano. Essa defasagem fica maior ainda se considerarmos que o PSF não é o único mercado de trabalho em busca de médicos com este perfil.

Assim sendo, da mesma forma com que já ocorreu em Portugal e em outros países, enquanto incrementa seus Programas de Residência, por muitos anos o Brasil terá que conviver com outras estratégias para capacitar seus MFC, paralelas e sabidamente inferiores em impacto pedagógico e prático às Residências, mas necessárias para esta fase de transição. Essas estratégias envolvem cursos de especialização, treinamentos em serviços com supervisão periódica, educação à distância e outros. Isso viabiliza oportunidades para vários milhares de médicos se qualificarem destas formas, para então se tornarem especialistas por Concursos (de prova escrita e currículo) para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), assunto que é tratado nos artigos científicos que fazem parte da presente tese.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), além de organizar – agora semestralmente – esses Concursos para Título de Especialista (sob a coordenação do autor da presente tese), vem trabalhando intensamente no estímulo à criação de novos Programas de Residência Médica em MFC, vistorias e auxílio técnico à qualificação destes Programas, além de estar implantando fortes estratégias de educação continuada, de ensino à distância, estudando a possibilidade de atuar junto com o Ministério da Saúde e outros órgãos em um grande programa de telemedicina e educação à distancia, entre várias outras ações.

A SBMFC é a entidade nacional que congrega os médicos que atuam em unidades e outros serviços de APS, incluindo os do PSF, além de professores, preceptores, pesquisadores e outros profissionais que atuam ou estão interessados nesta área.

2.5. Histórico da Medicina de Família e Comunidade e de sua Entidade Nacional no Brasil

Este trecho está bastante baseado em texto do mesmo autor desta tese, publicado como o primeiro artigo do número de estréia da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.¹⁰

Para muitos, a Medicina de Família e Comunidade (MFC) parece ser uma especialidade muito recente no Brasil, e em muitos momentos, nos últimos 15 anos, se ouviu alguma pessoa ou órgão afirmar que estaria “inventando a roda”, criando essa especialidade no Brasil, embora com diferentes nomes, formas e bases conceituais. Para se considerarem como pioneiras, negavam o que já existisse e perdiam de aproveitar o aprendizado com os acertos e erros já acumulados.

No entanto, nas décadas de 60 e 70 já ocorriam experiências no Brasil que se aproximavam do que hoje conhecemos como Atenção Primária em Saúde (APS) e até mesmo como MFC, mas essas experiências eram isoladas, incipientes e com pouca clareza conceitual.

A primeira manifestação escrita e bem estruturada que se tem notícia, que não deixa dúvidas tratar-se do que hoje denominamos de APS e MFC, foi o documento “Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária”, cuja primeira versão foi concluída em outubro de 1974 e a segunda e definitiva em abril de 2005.⁷ Tal projeto foi elaborado por profissionais que trabalhavam no então denominado Centro Médico Social São José do Murialdo, da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, unidade

de saúde localizada na periferia de Porto Alegre: Ellis D'Arrigo Busnello, Isaac Lewin, Sérgio Pacheco Ruschel e Patrícia Bradley, com a assessoria de Jorge Carbajal.⁷

Sem dúvida, este projeto era altamente inovador e contra-hegemônico para a época, e foi natural o fato de ter sido pouco valorizado ou até mesmo ironizado. Mas foi uma semente que veio a gerar muitos frutos, com o passar dos anos. Ainda em 1975, Carlos Grossman, junto com seus colegas médicos também do Murialdo, Busnello, Lewin e Ruschel, concluíam o projeto de um Programa de Residência em Saúde Comunitária,⁴⁰ que viria a ser implantado em janeiro do ano seguinte.

Esse projeto inicia dizendo que esse Programa de Residência visava

Completar a formação de um médico, em termos de conhecimentos, atitudes e habilidades, necessários para que o mesmo:

1. utilize métodos clínicos, epidemiológicos, administrativos e sociais;
2. proporcione cuidados personalizados, contínuos e integrais à saúde física, mental e social de uma população numérica e geograficamente definida, por meio de medidas de prevenção primária, secundária e terciária dirigidas a pessoas, famílias e comunidade;
3. atenda diretamente à maior parte (90%) da demanda de serviços de saúde da população, com a colaboração de uma equipe primária de saúde;
4. promova o atendimento do restante da demanda (10%) através do encaminhamento a outros níveis do Sistema de Saúde ou a outros setores, mantendo a responsabilidade pela execução e avaliação dos serviços prestados;
5. promova e colabore com a comunidade na identificação de problemas de saúde, estabelecimento de prioridades, programação de atividades e avaliação dos resultados.⁴⁰

É surpreendente perceber que tudo isso, e muito mais, tenha sido escrito anos antes da Declaração de Alma Ata (1978),¹⁶ da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986)⁴¹ e cerca de 20 anos antes da criação do Programa de Saúde da Família (1994)¹¹ no Brasil. Foi realmente algo inovador.

Em 1976 iniciaram os três primeiros Programas de Residência Médica (PRM) nesta área no país:^{9,10}

a) Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre - RS) – que, na época, se denominava Centro Médico Social São José do Murialdo - que continua ativo até hoje, ininterruptamente, tendo mais de 330 médicos especialistas lá formados por residência completa, incluindo o autor da presente tese;

b) Projeto Vitória (na cidade de Vitória de Santo Antão, próximo a Recife - PE), extinto em 1986;

c) Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio de Janeiro - RJ) – que continua ativo e com muitos egressos, onde uma residente de sua primeira turma hoje é preceptora do mesmo e Presidente da SBMFC.

Nesta “fase experimental” a especialidade e sua residência médica ainda tinham nomes variados e nenhum respaldo normativo ou legal. Existiam poucos programas de residência e o mercado de trabalho nesta área quase inexistia para os egressos, exceto poucas vagas nos próprios serviços que mantinham os PRM, fazendo com que a maioria dos egressos das residências mudassem para diferentes outras especialidades, com certo predomínio para uma área afim: a saúde pública.

Em 1978 houve o maior marco desta área no mundo até hoje – a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma Ata / URSS¹⁶ - que reforça o que esses e outros programas no Brasil e em outros países já vinham fazendo e busca expandir para o mundo a estratégia da Atenção Primária em Saúde.

Daí em diante, foram surgindo no Brasil muitas experiências em APS, localizadas e não articuladas entre si, incluindo vários PRM na área: Petrópolis - RJ, Vitória - ES, Natal - RN, Grupo Hospitalar Conceição - Porto Alegre - RS, Cotia - SP, Teresina - PI, São Luiz - MA, Pelotas - RS, Sete Lagoas - MG, Joinville - SC, entre

outros. Nem todos sobreviveram aos boicotes do INAMPS, por volta de 1986, e a outra gama de dificuldades.¹⁰

Em 1979 foi criada a primeira Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária, no Centro de Saúde Escola Murialdo (RS). Segue existindo e tem muitos egressos, entre enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e outros.⁴¹ Houve períodos em que só foi mantida a Residência Médica, com breves interrupções da Residência Multiprofissional, que sempre voltou e, a partir de 1999 passou a se denominar de “Residência Integrada em Saúde” e é regulamentada por Portaria e Lei Estaduais no Rio Grande do Sul.^{42,43}

Em junho de 1981, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), publica sua Resolução 07/81, que formaliza os PRM em Medicina Geral Comunitária (MGC), oficializando esta área como uma especialidade no Brasil, e estabelecendo este nome para a especialidade e suas Residências.⁴⁴

Em novembro do mesmo ano, um grupo de coordenadores de PRMs e fundadores da especialidade no Brasil (psiquiatras, sanitaristas, clínicos, infectologistas, etc.), durante Congresso Nacional da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), fundam a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), com sede na cidade onde ocorreu este Congresso: Petrópolis - RJ.⁴⁵ Seu primeiro Presidente foi Ellis Busnello.

Mas essa entidade permaneceu praticamente inativa até 1985, quando, no “I Encontro de Residentes e Ex-Residentes de Medicina Geral Comunitária”, em Petrópolis – RJ (primeiro evento nacional da área)⁴⁶ decidiu-se, com o aval do então ainda Presidente da SBMGC, que os médicos formados em residências na área deveriam reativar esta Sociedade e se candidatarem a assumir sua Diretoria.

Em março de 1986, em evento promovido pelo Departamento de Saúde Comunitária da AMRIGS, em Porto Alegre (presidido pelo autor desta tese), são organizadas estratégias para se reativar a SBMGC e para ser fundada a Sociedade Gaúcha desta especialidade.⁴⁷

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília,⁴⁸ é reativada a SBMGC,⁴⁹ sendo depois eleita nova Diretoria, composta só de médicos gerais comunitários e presidida pelo autor da presente tese e tendo como Vice-Presidente Airton Stein, passando a sede para Porto Alegre - RS.⁵⁰

No mesmo ano é fundada a Sociedade Gaúcha de Medicina Geral Comunitária, que passa a ajudar a SBMFC em suas tarefas e eventos, e outras "Sociedades Estaduais" são organizadas, mas não registradas.

Em setembro de 1986 a SBMGC promove o "1º Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária" na cidade de Sete Lagoas – MG, onde há intenso e polêmico debate sobre os aspectos conceituais e sobre o nome da especialidade.⁵¹ Fica clara também a necessidade de reconhecimento da MGC pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) e de incremento qualitativo e quantitativo dos Programas de Residência Médica.

Neste 1º Congresso participaram palestrantes propositalmente convidados por representarem diversos matizes conceituais e ideológicos, incluindo os a favor e os contrários a essa especialidade, o que ajudou a gerar calorosos debates sobre temas como o perfil esperado para este profissional e sua formação, a necessidade de existência do mesmo, dificuldades e possibilidades de mercado de trabalho na área, a necessidade de implantação de políticas públicas para em APS no Brasil, entre outros vários assuntos. Interessante hoje perceber que muitos destes palestrantes, que eram pessoas ainda pouco conhecidas da maioria dos presentes, mais tarde se tornaram figuras importantes na área de saúde e até na área política no Brasil.⁵¹

No ano de 1987 é criada a Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária, com um só número publicado,⁵² sendo desativada meses depois, na gestão seguinte da Diretoria, com seu segundo número quase pronto. Esta Revista incluiu artigos de autores como Mary Bozzetti, Airton Stein, Ronaldo Bordin, César Victora, entre outros.

Em outubro de 1986 o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica e a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária como sua representante, através da Resolução CFM nº 1.232/86.^{53,54} Apesar disso, a especialidade MGC continuava pouco conhecida, isolada em poucos PRMs no país e quase sem mercado de trabalho.

Dando seqüência às atividades científicas e de debates intensos, a SBMGC promove o 2º e o 3º Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária (Florianópolis – SC, em 1997, e Ouro Preto – MG, em 1998).^{55,56}

Nesta fase, intensificam-se as críticas à MGC, tanto da “corporação médica” e da “direita” (considerando-a como “medicina de comunista”, estatizante) quanto da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), dos sanitaristas e da “esquerda” (entendendo a MGC como a “Medicina de Família americana disfarçada” da época - modelo “saúde pobre para gente pobre” e “tampão social”).

Com essa mesma visão, em 1997 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja presidência da época era ligada à ABRASCO, corta todas as bolsas de Residência Médica para Medicina Geral Comunitária no Brasil, repentinamente. A maioria dos Programas é extinto, outros mudam de nome para Medicina Preventiva e Social para não fecharem, mas poucos sobrevivem.¹⁰

Em 1988 a diretoria da SBMGC sai de Porto Alegre e vai para Belo Horizonte – MG, mas fica com dificuldades operacionais e acaba novamente desativando essa Sociedade logo depois.

No mesmo ano, é promulgada a Constituição de 1988, conhecida como "Constituição Cidadã",²⁵ estabelecendo a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Em 1990 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), pelas Leis 8.080 e 8.142,^{2,27} gerando condições para implantar diretrizes como descentralização, municipalização, distritalização, participação popular e apoio ao desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (APS).

Neste ano também ocorre a segunda reativação da SBMGC, por iniciativa da Sociedade Gaúcha de MGC, voltando para Porto Alegre a Diretoria nacional.

Em 1991, a SBMFC promove o 4º Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária / 1º Congresso Brasileiro Multiprofissional em Saúde Comunitária, em Porto Alegre – RS, tendo sucesso em número de participantes e no nível dos debates.⁵⁷

No ano seguinte ocorre o 1º Seminário da "Action in International Medicine" (AIM) na América Latina, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, em Porto Alegre.

Em 1994, o Ministério da Saúde – gestão Henrique Santillo, Governo Itamar Franco – cria o Programa de Saúde da Família (PSF), que só veio a crescer de fato vários anos depois. O então Presidente da SBMGC, Airton Stein, é o primeiro a assinar o documento técnico que estabelece o que é o PSF.¹¹

Ainda em 1994, provavelmente em consequência da falta de motivação e de mercado de trabalho para a MGC no Brasil, a SBMFC é novamente desativada, por não haver pessoas dispostas a assumirem sua próxima Diretoria.

Por volta de 1995 até 2000, a partir do PSF e de outras iniciativas, as áreas voltadas à Atenção Básica em Saúde se expandem muito. Numa velocidade bem maior que a capacidade de formação de pessoal. O mercado de trabalho para a MGC começa a crescer, mas eram poucos os médicos especialistas na área, e a qualidade da formação quase sempre deixava a desejar. Buscando minimizar esses problemas, o Ministério da Saúde e outros órgãos criam especializações, cursos de curta duração, Pólos de Capacitação, entre outros, nem sempre com a qualidade desejada. São incrementados estímulos a mudanças no ensino de graduação nas áreas de saúde.

Com o apoio importante de colegas e associações profissionais de Portugal, em outubro de 2000 ocorre o “1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária” no Rio de Janeiro - RJ. Na assembléia final foi aprovada a proposta de reaglutinação da categoria, através da reativação da SBMGC.⁵⁸ Também ficou decidido que deveria ser intensificado o debate, já iniciado, sobre a conveniência da mudança de nome da especialidade.

Em março de 2001, pela terceira vez na sua história, a SBMFC é reativada, e, como das outras duas, sua nova diretoria é eleita tendo como Presidente o autor desta tese e sendo sua sede estabelecida em Porto Alegre.⁵⁹ Mas pela primeira vez uma diretoria desta Sociedade inclui membros de mais de um estado: no caso, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Paraná.

Em agosto do mesmo ano, após longos debates⁶⁰ em eventos e também através de Grupo de Discussão pela Internet, seguido de votação em dois turnos pela Internet, decide-se mudar o nome desta Especialidade Médica para “Medicina de Família e Comunidade”. A Sociedade Brasileira da área, bem como suas Sociedades Estaduais filiadas, também mudam para esse nome e atualizam estatutos. E a então já denominada Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

consegue estabelecer oficialmente este novo nome na CNRM e no CFM, no ano seguinte.^{61,62}

Ainda em 2001, o Ministério da Saúde implanta o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – PITS, que propõe Especialização Multiprofissional em Saúde da Família, através de treinamento em serviço e ensino à distância, coordenado pelos Núcleos / Pólos de Capacitação do PACS / PSF. A SBMFC e outras instâncias fazem críticas a este Programa, especialmente ao anúncio de concessão de títulos de especialista em um ano e, muitas vezes, sem uma formação adequada e suficiente aos profissionais. Além disso, esse anúncio de título de especialista era “propaganda enganosa”, pois o Ministério da Saúde não tinha nem tem poder legal para conceder títulos de especialidades médicas.

Em novembro de 2001 a SBMFC promove o “5º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade”, em Curitiba – PR, sendo também um evento multiprofissional em Saúde da Família e tendo grande participação.⁶³

Durante 2002 a SBMFC se filia:

- a) à Confederação Ibero-Americana de Medicina Familiar (CIMF);
- b) à Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA);
- c) à Associação Médica Brasileira (AMB) – mas que só foi homologada pelo Conselho Científico da AMB em novembro de 2003.⁶⁴

Do ano 2000 para cá, o PSF mais que triplica sua dimensão, passando de 22.000 equipes no país, intensifica-se o descompasso entre a enorme ampliação do mercado de trabalho e a pequena escala de formação e capacitação de profissionais em APS – além do que, muitas vezes com deficiências de qualidade e carência de acreditação ou de reconhecimento formal de vários desses programas de desenvolvimento de pessoal para a área.⁶⁵

Esse período é marcado também pela expansão e consolidação (acreditamos que agora definitiva) da SBMFC, que cresceu muito em número de sócios em todo o país (já conta com mais de 2.000 associados), passou a ter contatos freqüentes e a conquistar influência saudável e ativa junto a órgãos ou entidades como o CFM, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a AMB, a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a WONCA, a CIMF e ao Ministério da Saúde – neste, principalmente na gestão do Governo Federal que iniciou em 2003.

Em 2003 a SBMFC chegou à sua 9ª Sociedade Estadual filiada, e em dezembro de 2005 chega à sua 13ª - na ordem de filiação: RS, PR, SC, RJ, SP, MG, CE, AM, GO, AL, MS, BA e PE.

Em novembro de 2003 a SBMFC conquistou sua filiação definitiva à AMB, que havia sido novamente solicitada em abril de 2001. A decisão final foi do Conselho Científico da AMB, vencendo por vinte e dois votos a zero outra entidade que havia também se candidatado à filiação meses antes, e provocado mais um adiamento da homologação da filiação da SBMFC. Na realidade, as primeiras tentativas de filiação à AMB foram feitas em 1986 e 1987, mas houve resistência político-ideológica desta Associação para esta filiação, na época, sendo necessária a espera de 17 anos para consegui-la.⁶⁴

No mês seguinte, em dezembro de 2003, a AMB aprovou os dois Editais de Concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), elaborados pela SBMFC, autorizando-a a publicá-los.^{66,67}

O Concurso do Edital 1 para o TEMFC foi voltado para titular um percentual muito pequeno de médicos, que comprovassem ser os mais capacitados na especialidade, para que destes fossem escolhidas as bancas de avaliação para o Concurso do Edital 2, que foi o primeiro a passar a incluir a análise de currículo e uma

prova escrita para 271 candidatos, que ocorreu no dia 3 de abril de 2003, no Rio de Janeiro, logo antes da abertura do “6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, e Congresso Mercosul da CIMF”, na mesma cidade. Este Congresso foi um enorme sucesso, com cerca de 1.700 participantes muito ativos e programação de alto nível. Ajudou a consolidar ainda mais a SBMFC e a especialidade no Brasil.⁶⁸

Já o Concurso para TEMFC do Edital 3 teve sua prova escrita aplicada para 228 candidatos, no dia 29 de maio de 2005, em Belo Horizonte – MG, um dia após o encerramento do 7º Congresso Brasileiro de MFC”, ocorrido na mesma cidade e com cerca de 1.500 participantes, atingindo também alto grau de sucesso.⁶⁹

No dia 27 de novembro de 2005 a SBMFC ousou ao realizar uma prova policêntrica para Título de Especialista, tendo sido aplicada em 10 capitais estaduais simultaneamente, e envolvendo quase 400 candidatos, e o Concurso está, neste momento, na fase de análise de currículos. Os artigos que fazem parte da presente tese avaliam os três primeiros Concursos, já concluídos.

Em 2005, a SBMFC filiou-se à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e passou a ter uma dedicação ainda maior aos vários aspectos relacionados à educação médica, em especial à participação da Medicina de Família e Comunidade nos cursos de graduação em medicina. Ampliou também os debates sobre a criação de Programas de Pós-Graduação “stricto sensu” em Atenção Primária em Saúde e/ou em MFC, o desenvolvimento de pesquisas nestas áreas e o estímulo a publicações na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, na Revista APS ou outras.

Principalmente nos últimos anos, também a pesquisa em APS e MFC no Brasil vem se desenvolvendo mais do que em qualquer outra época. Isso ampliou a importância das duas revistas citadas acima, qualificou e melhorou ainda mais o nível científico de congressos e outros eventos na área, além de ajudar na defesa da importância desta especialidade junto a diferentes instâncias. Como exemplos de

importantes pesquisas recentes, podemos citar uma dissertação de mestrado sobre “onde estão e o que fazem os egressos da Residência em MFC do Murialdo”⁷⁰ e uma tese de doutorado utilizando instrumento de avaliação da Atenção Primária em Saúde, adaptado ao Brasil.⁷¹

A história da MFC e da SBMFC continua e é promissora. Durante o discurso de abertura do 5º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, em 2001, no ano em que a SBMFC havia sido reativada e no momento em que a mesma contava com pouco mais de 200 associados, o Presidente da SBMFC e autor desta tese ousava afirmar que “em menos de 10 anos, essa agora pequena Sociedade se tornará uma das maiores – e talvez a maior e a melhor – Sociedade de Especialidade Médica do Brasil. A SBMFC, no dia 12 deste mês de dezembro de 2005, já contava com 2071 associados. Só o tempo dirá se esta previsão se concretizará ...

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Avaliar o desempenho dos médicos que se submeteram a um dos três concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) até hoje realizados no Brasil, assim como recuperar aspectos conceituais e históricos da Medicina de Família e Comunidade no Brasil.

3.2. Específicos

1. Avaliar o desempenho dos profissionais nos dois primeiros concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) no Brasil.
2. Dar seqüência à avaliação de qualidade dos profissionais, através da análise dos resultados do terceiro concurso para TEMFC e sua comparação com o segundo.
3. Identificar associação entre programas de formação (graduação, residência e especialização), capacitação e educação continuada, governamentais ou não, realizados pelos candidatos, com seus resultados dos concursos para TEMFC.
4. Revisar os aspectos conceituais e históricos da Medicina de Família e Comunidade, no Brasil.
5. A partir dos objetivos acima, propor estratégias para uma atuação mais efetiva dos programas de formação (graduação, residência e especialização), capacitação, educação continuada, titulação e recertificação no Brasil.

4. REFERÊNCIAS DA REVISÃO DA LITERATURA

1. ALLEN, J. et al. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Tradução de: Rui Pombal. Barcelona, WONCA, 2002. Disponível em: <www.sbmfc.org.br> Acesso em 09/12/2005
2. DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria I; GIUGLIANI, Elsa RJ. Prefácio. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre, Artmed, 2004.
3. RAKEL, R. E. Textbook of family practice. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. – Part I – Principles of Family Practice.
4. McWHINNEY, Ian R. Medicina de Família. Barcelona: Doyma Libros, 1995.
5. McWHINNEY, Ian R. A Textbook of Family Medicine, 2ed. Oxford. Oxford University Press, 1997. 448p.
6. STARFIELD, B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
7. BUSNELLO, Ellis A.D. et al. O Projeto do Sistema de Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, out. 1974. (mimeo)
8. BUSNELLO, Ellis A.D. A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária. Porto Alegre, 1976. (Tese destinada à habilitação a Livre-Docência em Psiquiatria junto ao Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS).

9. FALK, João W. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da medicina geral comunitária. In: Leite, D. (org). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. Universidade/UFRGS, 1999.
10. FALK, João W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde em casa. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Ata de alteração de nome para Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Aprovação dos Novos Estatutos. Porto Alegre - RS, março de 2001.
13. ANDERSON, Maria IP; GUSSO, Gustavo; CASTRO FILHO, Eno D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Rev. APS, v.8, n.1, p.61-67, jan./jun.2005.
14. FLEXNER, Abraham. Flexner Report: Medical Education in The United States and Canada. New York City, 1910.
15. PENN, Dawson de. Dawson Report on The Future Provision of Medical and Allied Services. London, 1920.
16. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & UNICEF. Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde). Alma-Ata, URSS, 1976.

17. The General Practitioner In Europe: a statement by the Working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands, 1974.
18. OLESEN F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition. *BMJ* 2000, 320, p.354-357.
19. WONCA. Improving health systems, the contribution of family medicine – a guide book. Singapura: Bestprint Printing, 2002.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe. WHO Europe, Copenhagen, 1998.
21. WONCA. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991.
22. GAY BERNARD. What are the basic principles to define general practice? Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice / Family Medicine, Strasbourg, 1995.
23. SCLIAR, Moacyr. Apresentação. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. *Medicina Ambulatorial*. Porto Alegre, Artmed, 2004.
24. STROSBERG, Martin A et al. Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond. *Brookings Dialogues in Public Policy*. 1992.
25. BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988

26. BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial, Brasília, 20 de setembro de 1990.
27. BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial, Brasília, 31 de setembro de 1990.
28. McWHINNEY, Ian R. Primary care core values: core values in a changing world. *BMJ*, 1998, 317 (7147), p.1807-1809.
29. McWHINNEY, Ian R. The importance of being different. *British Journal of General Practice*, 1996. p.433-436.
30. FRY, J. Facts of primary care in USA and UK: problems in comparisons. *J R Soc Med*, 1994, v.87, n.11,p.668-674.
31. STARFIELD, Barbara. Is primary care essential? [Primary Care Tomorrow]. *The Lancet*, v.344, out.1994, p.1129-1133.
32. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
33. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000.
34. CARTA DE FORTALEZA. Seminário Internacional Sobre Saúde da Família: formação, certificação e educação permanente do médico de família. Fortaleza, abril de 2001.
35. TAVARES, Mário. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. *Medicina Ambulatorial*. 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.88

36. RODRIGUES, Ricardo D; Campos, Carlos EA; ANDERSON, Maria IP. Formação e Qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil Hoje: Considerações, Princípios e Estratégias. SBMFC, maio de 2005.
37. BUSNELLO, Ellis A.D. & LEWIN, Isaac. O Tipo de Médico que as Escolas de Medicina Devem Graduar. Rev. CASL. Porto Alegre, Centro Acadêmico Sarmiento Leite da Faculdade de Medicina da UFRGS, n.34, p.11-27, 1973.
38. DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO (sobre educação médica). Edimburgo, 12 de agosto de 1988.
39. POZATTI, Mauro L. Paradigmas Médicos e Práticas Médicas: Análise de suas Influências em um Estágio de Medicina Comunitária da UFRGS. Porto Alegre, 1990. (Dissertação de Mestrado apresentada ao PPG em Educação da UFRGS).
40. GROSSMAN, Carlos et al. Programa de Residência em Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo. Porto Alegre, RS: SSMA/RS, abr. 1975.
41. RIO GRANDE DO SUL - Secretaria da Saúde - Unidade Sanitária Murialdo e Escola de Saúde Pública. Projeto: Residência em Medicina Geral Comunitária / Curso de Especialização em Saúde Comunitária ao Nível de Residência. Porto Alegre, agosto de 1991.
42. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Portaria 1699: cria a Residência Integrada em Saúde – RIS. Porto Alegre, 1999.
43. RIO GRANDE DO SUL. Lei Estadual 11789/2002. Cria o programa de bolsas para a Residência Integrada em Saúde. Porto Alegre, 2002.

44. BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - SESu - CNRM. Resolução CNRM nº 07/81: Inclui o Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária entre as Especialidades Médicas credenciáveis pela CNRM. Brasília, Diário Oficial da União de 17 de junho de 1981, página 11.436.
45. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA - SBMGC. Ata de Fundação da SBMGC. Petrópolis-RJ, 1981.
46. FACULDADE DE MEDICINA DE PETRÓPOLIS. Relatório Final do I Encontro Nacional de Médicos Residentes e Ex-Residentes de Medicina Geral Comunitária. Petrópolis - RJ, novembro de 1985.
47. DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DA AMRIGS. Relatório Final do I Encontro Sul-Brasileiro de Médicos Gerais Comunitários. Porto Alegre, 7 e 8 de março de 1986.
48. BRASIL. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde, mar.1986.
49. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Ata de Reativação da SBMGC. Brasília, 19 de março de 1986.
50. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Ata nº 02/86: Elege a Diretoria da SBMGC recém reativada. Porto Alegre, 16 de abril de 1986.
51. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Relatório Final do I Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária. Sete Lagoas-MG. In: Boletim Informativo nº 2, ano I, p. 4-5. Porto Alegre, outubro de 1986.
52. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Revista Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Porto Alegre, v.1, n. 1, julho 1987.

53. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo Consulta CFM 29/86. Brasília, 11/07/1986. Disponível em: <www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfm/29_1986.htm>
54. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União de 23 de outubro de 1986, página 15.949.
55. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Relatório Final do II Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária. Florianópolis - SC, 7 a 11 de setembro de 1987.
56. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Relatório Final do III Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária. Ouro Preto - MG, agosto de 1988.
57. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Relatório Final do IV Congresso Brasileiro de Medicina Geral Comunitária e I Congresso Brasileiro Multiprofissional de Saúde Comunitária. Porto Alegre - RS, 9 a 13 de setembro de 1991.
58. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL e ASSOCIAÇÃO SAÚDE EM PORTUGUÊS. 1º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária. 24 a 27 de outubro de 2000. Rio de Janeiro – RJ – Brasil.
59. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA. Ata de reativação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária. Porto Alegre - RS, março de 2001.

60. BONET, Octavio AR. Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Tese (doutorado), 363. UFRJ/PPGAS, Rio de Janeiro, 2003.
61. BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - SESu - CNRM. Resolução CNRM nº 05/2002: Atualiza as especialidades credenciáveis pela CNRM e as exigências para cada uma, incluindo a Medicina de Família e Comunidade, já com esse novo nome. Brasília, dezembro de 2002. Republicado, com correções no Diário Oficial da União de 23 de dezembro de 2003.
62. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Brasília, 7 de maio de 2003.
63. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Relatório Final do V Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Curitiba - PR, 9 a 13 de novembro de 2001.
64. GOULART, Flávio AA. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Tese (Doutorado), 387. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.
65. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Decisão do Conselho Científico. Filia a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a responsabiliza por representar a especialidade Medicina de Família e Comunidade junto à AMB. São Paulo, 25 de novembro de 2003.

66. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Aprova os Editais para Concursos para Títulos de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. São Paulo, 30 de dezembro de 2003.
67. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Editais SBMFC TEMFC nos 1, 2 e 3. Porto Alegre, 2003 e 2004. Disponível em: <www.sbmfc.org.br> – Prova de Títulos – Concursos Anteriores. Acesso em 06/12/2005.
68. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Relatório Final do VI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 6º Congresso de Medicina Familiar, Região Conesul CIMF/WONCA. Rio de Janeiro - RJ, 3 a 6 de abril de 2004.
69. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Relatório Final do VII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Belo Horizonte – MG, 25 a 29 de maio de 2005.
70. FARIAS, Elson R. Onde estão e o que fazem os egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Murialdo? Dissertação (mestrado) apresentada ao PPG em Saúde Coletiva da ULBRA, 70f. Canoas, 2003.
71. HARZHEIM, Erno, STARFIELD, Barbara, RAJMIL, Luis et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cad. Saúde Pública, ago. 2006, vol.22, no.8, p.1649-1659.

ARTICLE 1

5. ARTICLE 1 – PHYSICIAN’S PERFORMANCE IN PRIMARY CARE IN BRAZIL THROUGH THE FIRST TWO NATIONAL EXAMINATIONS FOR SPECIALISTS IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

João Werner Falk¹
Mary Clarisse Bozzetti²
Ellis D’Arrigo Busnello²

Abstract

In Brazil, as in other parts of the world, increases the relevance of the medical specialty Family and Community Medicine. It is not a new specialty in Brazil, since its first medical residency programs and health services in primary care started in the 70’s. However, only after the development of the Family Health Program, sponsored by the Ministry of Health, in 1994, the specialty started to expand and to become noticeable. This specialty was recognized by the National Committee of Medical Residency in 1981, by the Federal Council of Medicine in 1986 and, by the Brazilian Medical Association in 2003. The later recognition allowed the development of National Examinations (written exam and curriculum vitae evaluation) to seek for a specialist title in Family and Community Medicine. The present manuscript analyses the two first national examinations, relating the educational and professional experiences of physicians that work in Primary Care in Brazil to the results of their performances in the national examinations for specialist’s title. The results have shown the relevance of the Medical Residence in Family and Community Medicine, as the gold standard to shape this specialist. On the contrary, multiprofessional specialization courses in family health seem to be less effective, and the same was observed for those who participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, sponsored by the Ministry of Health. The National Examination’s performance was worst among older physicians

¹ Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

² Postgraduate Program in Medical Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

and with longer time elapsed since graduation, emphasizing the necessity of programs in continuing medical education.

Keywords

Family and Community Medicine, Family Medicine, Community Medicine, Primary Care, Health Human Resources, Brazil

Introduction

Family and Community Medicine is the medical specialty with faster growing in Brazil. This fact occurred specially after the development of the Family Health Program by the Ministry of Health in 1984,¹ where a specialist in this field is the most appropriate health professional to work in the health units of this Program.

In fact, Family and Community Medicine is not a new specialty in Brazil. Since the 70's there have been new experiences regarding health practicing and teaching that were precursors of the development of the specialty in Primary Care, such as the Health Centre of Murialdo, in the city of Porto Alegre, southern Brazil,² where also started, in 1976, a Residency Program in the field.³ At the same time, two other similar Residency Programs were developed in the States of Rio de Janeiro and Pernambuco.

These Residency Programs and others developed later were recognized by the National Committee of Medical Residency in 1981, by the Federal Council of Medicine in 1986, and by the Brazilian Medical Association and the Specialties Mix Committee in 2002.^{4,5}

Several public and private organizations, including the Ministry of Health and the Pan-American Health Organization, have recognized the relevance of this medical specialty to the Brazilian Health System and to the quality of health care for the population, as it occurs in several countries in the world.^{6,7,8,9,10,11,12,13}

Employment in Family and Community Medicine, especially in the Health Units of the Family Health Program, has grown considerably in the last ten years. However, the number of adequate specialists to work in these Health Units is clearly scarce in both, quality and quantity.

Up to the year 2003, the exclusive way of a physician to become a specialist in Family and Community Medicine was through a Residency Program of General and

Community Medicine (name used up to 2001) or Family and Community Medicine (present name). However, from 22,000 physicians presently working in the Family Health Program, less than 10% concluded a Residency Program in the specialty. Therefore, the Ministry of Health, some universities and other organizations developed specialization courses and other compact forms of capacitating in Family Health and some other similar fields. Such strategies, however, have been, in general, not sufficient in both, time and quality. Also, professionals that concluded those courses are not recognized as specialists by the Federal Council of Medicine, by the National Committee of Medical Residency, by the Brazilian Medical Association and all other professional organizations in medicine.^{14,15}

The Federal Council of Medicine only registers two types of documents that officially qualify a medical specialist in one of the 53 recognized medical specialties in Brazil: the Medical Residency certified by the National Committee of Medical Residency and the title of specialist. The later is obtained through a national examination including a written exam in the field and a curriculum vitae evaluation, performed by the Brazilian Society in the medical specialty whom must be affiliated to the Brazilian Medical Association.^{14,15} Family and Community Medicine is one of the 53 recognized specialties and the Brazilian Society of Family and Community Medicine is affiliated to the Brazilian Medical Association since 2003.^{16,17,18}

Therefore, by the end of 2003 the Brazilian Medical Association approved the first two national examinations to obtain a specialist title in Family and Community Medicine.¹⁹

The present article has the aim of relate the educational and professional experiences of physicians that work in Primary Care in Brazil through the results of the only national objective evaluation of professional qualification in the field, the two first national examinations for specialist in Family and Community Medicine occurred in 2004²⁰.

Methods

The First National Examination

In the present article there will be analyzed the results of the first national examinations for specialist in Family and Community Medicine in Brazil, occurred in 2004.

The Brazilian Medical Association authorized the Brazilian Society of Family and Community Medicine to perform an extraordinary first national examination, in only one edition, due to the fact that there were no professionals, born in Brazil, with a specialist title in the field who could elaborate the written exam, the curriculum vitae and other activities to evaluate the physicians applying for the national examination.

To evaluate the candidates, a special Evaluation Committee of the Brazilian Society of Family and Community Medicine was formed. Two Canadian physicians that work in the city of Sao Paulo, in Brazil, who are considered of notorious professional quality in the field, who concluded the Medical Residency Program in Family and received the title of specialists in Family and Community Medicine in Canada, few years earlier. One of them had also participated in a committee to evaluate candidates for specialists in this field, in Canada.

The first examination was performed between February and March 2004. This examination involved only curriculum vitae analysis. Those with highly differentiated curriculum were approved. The criteria for approval were very strict. Besides having graduated in medicine and being register in the Regional Council of Medicine for, at least, two years, the candidate had to fulfill all the following criteria:

- a) To have concluded the Residency Program in Family Medicine and Community or in General and Community Medicine, recognized by the National Committee of Medical Residency.

b) To have a teaching activity and/or to have been acting as a physician in Primary Care for seven or more years, including the period of Residency.

c) To have at least one of the following criteria:

- Being a Residency Preceptor, Coordinator or Supervisor of a residency program in Family and Community Medicine or in General and Community Medicine, recognized by the National Committee of Medical Residency for at least two years (at present or in the past).

- Exercising management functions in Primary Care for at least one year (at present or in the past).

The Second National Examination

From a sample of physicians approved in the first national examination, a new Evaluation Committee was elaborated to analyze the written exam and the curriculum vitae for the second national examination which occurred in April 3rd 2004, in the city of Rio de Janeiro, just before the opening of the 6th Brazilian Congress of Family and Community Medicine.

The content of the written exam is based on the literature attached in the documents for the Second national Examination, available at the site of the Brazilian Society of Family and Community Medicine. The content involved the whole range of knowledge expected for a specialist in Family and Community Medicine, including questions in the broad spectrum of Primary Care (Family Health, Community Health, Epidemiology, Family and Community approaches, Health Education, Health Planning and Management, among others). It also comprehended central aspects of Family and Community Medicine, essentially clinic, including prevention, diagnosis and treatment of the most prevalent affections in Primary Care in Brazil, with several questions involving case reports.

It is important to mention that for the Second National Examination, the curriculum evaluation was a classificatory criterion (used to calculate the weighted final mean and to ordinate that candidates classification) and the only eliminatory criterion was a result in the written exam less than 6.0 (six).

Study Design

This is a cross-sectional study.

Study variables

Regarding the first national examination, the variables analyzed were: age, gender, time elapsed since graduation in Medicine, Institution where the Residency Program was performed, number of years of practicing in Primary Care, number of years as a Residency Preceptor in Family and Community Medicine and/or teacher and/or manager in Primary Care, and the distribution of the approved candidates by the States of Brazil.

In the second national examination, the following outcome variables were included in the study: candidates performance in the written exam (continuous variable); approval or not in the second national examination (dichotomous variable).

Among the independent variables are: age, gender, time elapsed since graduation in Medicine, Residency Program in Family and Community Medicine or in other specialty, specialization course in Family and Community Medicine, in Family Health or in other field, Institution of the Residency Program, time of Primary Care practicing (in the Health Units of the Family Health Program or similar activities);

- a) participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, sponsored by the Ministry of Health (Yes or No);
- b) Brazilian State or country where the candidate was working at the time of the exam application;

- c) performance of the candidate given by the curriculum vitae analysis;
- d) performance of the candidate given by the weighted final mean.

Data sources

First and Second National Examination Databases and other documents from the Directory and the Committee for Specialist Title of the Brazilian Society of Family and Community Medicine, authorized for use in this research protocol by the Society Directory.

All the used information is available at the site of the Brazilian Society of Family and Community Medicine (www.sbmfc.org.br).

Data collection and quality control

The database was elaborated from the Brazilian Society of Family and Community Medicine database corresponding to the first and second national examinations, stored in Excel®. The spreadsheets were then completed with additional information collected from the curriculum vitae and the results of the written exam.

A random sample of 15% of all curriculum vitae was evaluated and scored by an independent expert evaluator. The correlation (Spearman) between the curriculum punctuation given by the official judges with the punctuation given by the independent evaluator was excellent and statistically significant ($r=0,943$; $p < 0,001$).

All the information included in the database was double checked by two independent collaborators which were acquainted with the software and the instruments.

This database was converted into a Statistical Package for Social Research (SPSS) database and analyzed in the SPSS, version 12.0.

Method of analysis

A descriptive analysis was performed to characterize the sample profile. Results were presented in graphics and tables.

To compare continuous variables a Student t test was used when the distribution was normal or a non parametric test (Mann Whitney) when the distribution was not Gaussian. The categorical variables were compared through the Pearson chi-squared test or Fisher exact test, if indicated. Correlation analysis were performed for continuous variables (Pearson or Spearman).

All compared variables with a $p < 0.25$ and/or relevant to the study were included in a multivariate model of unconditional logistic regression, with the aim of identify the independent effect of each variable in the outcome (approved/not approved). A multivariate linear model was also performed using the result of the written exam as the outcome variable. The multiple Linear model was performed considering that a continuous outcome would contribute for a better understanding of the possible observed associations. And, the variable “result of the written exam” was used instead of the “weighted final mean” because the later includes the curriculum punctuation, which was used exclusively as a classificatory criterion.

A correlation analysis was used to relate the performance of the written exam with results of the curriculum vitae analysis among the approved candidates.

All results with a $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Ethical Considerations

This research was approved by the Directory of Brazilian Society of Family and Community Medicine (which authorized the use of the database), by the Research Committee of the Faculty of Medicine of the Federal University of Rio Grande do Sul, and by the Ethical Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul. Confidentiality regarding all information was assured.

Results

In the First National Examination, 87 candidates were approved and received the title of specialists in Family and Community Medicine. The characteristics of the approved candidates are described in table 1.

The approved candidates were mostly females (55.3%), with a mean age of 42.5 years (± 5.7) and a mean time elapsed since graduation of 16.5 years (± 5.3). The majority (92.9%) did their Residency Program in Family and Community Medicine in one of the two recognized Residency Programs of the State of Rio Grande do Sul, southern Brazil: The Murialdo Teaching Health Centre (49.4%) and The Community Health Service of Conceicao's Hospital Group (43.5%). The majority of the approved candidates were from the State of Rio Grande do Sul (87.3%). Other findings are described in Table 1.

On Table 2, characteristics of the 271 candidates whom participated in the written exam of the Second National Examination, applied in the city of Rio de Janeiro, in April 3rd 2004 are described. The majority were females (57.6%), with mean age of 39.1 years (± 8.5), mean time elapsed since graduation in Medicine of 13.7 years (± 8.4). Approximately 20% of the studied sample had Residency in Family and Community Medicine, and 21% in other medical specialization.

The observed mean in the written exam was 6.4 (± 0.9), with range between 3.1 and 9.2 (Table 2). Regarding the curriculum vitae, the average punctuation among the approved in the written exam, was 72.6 (± 45.6), and the weighted final average was 5.7 (± 0.7). (Table 2)

Figure 1 describes the frequency of candidates according the Brazilian State. The States of Minas Gerais and Sao Paulo presented the higher percent of approved candidates.

A significant statistical difference was observed between approved (190) and not approved (81) for the variables age ($p < 0.001$), time elapsed since graduation ($p = 0.03$), residency in Family and Community Medicine ($p < 0.001$), participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside ($p = 0.003$) and in the result of the written exam ($p < 0.001$). The approved candidates were younger, with less time elapsed since graduation, with a higher percent that completed a Residence Program in the field, and, obviously, with better results in the written exam. The candidates who participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, from the Ministry of Health, were most predominant among the candidates that were not approved, and this difference was statistically significant. (Table 3)

A significant association with the outcome was observed for the variables age (Odds Ratio – OR : 1.20; 95% Confidence Interval – CI: 1.10 – 1.31), time elapsed since graduation (OR: 0.87; 95% CI: 0.80 – 0.94) and Residency in Family and Community Medicine (OR: 10.29; 95% CI: 2.32 – 45.75). The variable Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside lost its significance in the multivariate model. (Table 4)

In the multiple linear regression model the variables age and time elapsed since graduation presented a negative association with the result of the written exam. The variables Residency in Family and Community Medicine and Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, treated as dummy variables, have shown a significant association with the outcome. (Table 5) These findings indicate that the younger candidates and those who did the Residency in Family and Community Medicine had better grades in the written exam, as well as those with less past time elapsed since graduation in Medicine. Alternatively, the candidates who participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside had lower grades. (Table 5)

A Pearson correlation test shown a negative and significant correlation between the written exam and the variables time elapsed since graduation of -0.192 ($p = 0.001$),

and age ($r = -0,376$; $p < 0.001$). Among the approved candidates ($n = 190$), not significant correlation was observed between the written exam and the curriculum vitae punctuation ($r = 0.039$; $p = 0.59$)

Discussion

The present study evaluates the performance of physicians working in Primary Care, as Family and Community Medicine physicians, through the first two National Examinations for specialist title in Family and Community Medicine occurred in Brazil. It is believed that the results of the two examinations may be indicators of the qualification of these professionals.

From the First National Examination it was expected that less than 0.5% of all physicians that work in Primary Care in Brazil would get the specialist title in Family and Community Medicine, which would probably be the most qualified professionals in the field. This estimate was confirmed since from the 87 candidates whom got the specialist title in this examination, which correspond to 0.3% of the approximately 22,000 physicians working in the Family Health Program and in other Primary Care Services in Brazil.

Physicians from the State of Rio Grande do Sul, southern Brazil, predominate among the approved candidates (89.4%). This may be explained by the fact that the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, has the two major Residency programs in Family and Community Medicine: The Murialdo Teaching Health Centre and the Community Health Service of the Conceicao's Hospital Group. These two programs formed 92.9% of the approved candidates. Besides, a large number of the approved candidates are, for several years, physicians and residency preceptors in these health services.

The large number of approved physicians in the first National Examination from the State of Rio Grande do Sul explains, partially, the low number of physicians from

this State applying for the subsequent Examinations. Nonetheless, this State continues to be the one with the larger number of approved candidates up to December, 2005.

The means of age, time elapsed since graduation and, time of practicing in Primary Care from those approved in the First National Examination were higher from those observed in the Second National Examination. This fact has probably occurred because a physician had to have at least 7 years of experience in Primary Care to be able to compete for the first examination in comparison with 2 or 3 years needed for the second examination.

Time as Family and Community Medicine preceptor and in management activities were longer than what was expected for the physicians' general population that works in Primary Care. One explanation could be that the candidates for the first examination were more qualified and more assembled with the criteria for approval.

In the Second National Examination, there were 271 candidates and, 190 (70.1%) were approved because their written exam results were equal or greater than 6.0. The evaluation of the curriculum vitae was exceptionally used in this examination for the weighted final mean calculation and consequent rating of the 190 approved candidates.

The majority of women, observed in both examinations, even though not statistically significant, differs from the majority of males observed in the health profession (67.3% reported by study called "Profile of Physicians in Brazil" in 1996, and in the study "Physicians and Nurses of the Family Health Program" in 2000).^{22,23} However, even though there are no recent published studies in Brazil, it seems that the female population among physicians is growing, especially in Family and Community Medicine and Primary Care (including the Family Health Program). The age and time elapsed since graduation are in agreement with those observed in the present study.

The percents of 19.6% of candidates with Medical Residency in Family and Community Medicine, 4% with specialty in Family and Community Medicine and 46% with specialty in Family Medicine are higher than the 14.9% with this residency and, 39.5% with any other specialization reported by the survey among physicians working in the Family Health Program. This, perhaps, may be explained by the greater interest for improving their qualification among physicians willing to get the specialist title, in comparison to the ones working in the Family Health Program Units, where it's not rare to find professionals with no vocational or professional qualification in the field, using this as a temporary job with no continuity perspectives.

The averages observed in the written exam and in the curriculum punctuation were quite low. Such observation indicates the need for professional improvement, which was reported by 96.3% of working physicians from the survey in the Family Health Program. This probably caused the predominance of low weighted mean final and relatively low approbation index in the Second National Examination.

All analysis that compared approved with non approved candidates showed that the performance was better among younger, with less time elapsed since graduation and, especially, with Residency in Family and Community Medicine. These results might be explained by a more recent memory contents learned during the graduate course and by the seeking for professional improvement for the older physicians. These finding suggests that the Residency is the gold standard to shape the specialist in Family and Community Medicine.

Those who participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, sponsored by the Ministry of Health were predominant among the non approved candidates. This result suggests that such program was not sufficient either for capacitating or permanent education. The intention of the Ministry of Health of giving specialist certificates to those who completed the program is questioned, since the Ministry has no legal competence of giving titles in medical specialties.

Specialization courses in Family and Community Medicine are still rare in Brazil. The low number (total: 11; approved: 8; non approved: 3) observed in this study was not statistically significant. However, the specialization courses in Family Health and in other fields were predominant among the non approved candidates. The known difference between specialization courses in Family and Community Medicine and in Family Health (this highly stimulated by the Ministry of Health) is that the later is multiprofessional and gives the same content to all participants not considering the differences among professions. This approach may be sufficient for areas such as community health, but is not enough to the medical specialist education. The specialization course in Family and Community Medicine, nevertheless, includes all the usual content essential for specializations in Family Health and, also a large clinical content and others, specific for capacitating physicians who intent to work in Primary Care.

Interesting the fact that a weak correlation was observed between the curriculum punctuation and the results of the written exam, suggesting that having a better curriculum does not guarantee more knowledge in Family and Community Medicine.

The results of the study highlight the relevance of the Residency in Family and Community Residency as the gold standard to shape the medical specialist in Primary Care. Nevertheless, other residency programs did not contribute to improve the performance of the candidates.

Considering the specialization courses, it was clear the advantage of those specific in Family and Community Medicine in comparison to the multiprofessional ones (Family Health) and others, to the form physicians in Primary Care.

The fact that the worst performance was among the older physicians and those with longer time elapsed since graduation emphasizes the need to stimulate and to

make available means for continuous medical education in Primary Care, specially in Family and Community medicine.

Therefore, The Ministry of Health, State and Municipal Health Secretaries, Universities, the Brazilian Society of Family and Community Medicine and, other organizations should be stimulated to promote Family and Community Medicine Residency Programs, Specialization courses in Family and Community Medicine, especially for those working in Primary Care without having a medical residency. Programs for continuing education are essential, including long-distance courses, since several professionals work in the countryside.

It is expected that the results and conclusions of this article will contribute for orientation and planning of educational needs of physicians that work in Primary Health Care in Brazil.

References

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde em casa. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.
2. BUSNELLO, Ellis A.D. et al. O Projeto do Sistema de Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, out. 1974. (mimeo)
3. GROSSMAN, Carlos et al. Programa de Residência em Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo. Porto Alegre, RS: SSMA/RS, abr. 1975.
4. FALK, João W. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da medicina geral comunitária. In: Leite, D. (org). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. Universidade/UFRGS, 1999.
5. FALK, João W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.
6. McWHINNEY, Yan. A Textbook of Family Medicine, 2a ed., Oxford. Oxford University Press, 1997. 448p.
7. STARFIELD, Barabara. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
8. RAKEL, R. E. Textbook of family practice. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. – Part I – Principles of Family Practice.
9. WONCA. A Definição Européia de Medicina Familiar. Versão para o português da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa, 2002
10. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

11. DUNCAN, Bruce B. et al. Prefácio. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
12. TAKEDA, Silvia. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.76
13. TAVARES, Mário. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.88
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Convênio Celebrado com a Associação Médica Brasileira para Regulamentar a Concessão e Registro de Títulos de Especialista. Brasília, 10 de março de 1989.
15. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Brasília, 7 de maio de 2003.
16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo Consulta CFM 29/86. Brasília, 11 de junho de 1986. Disponível em www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfm/29_1986.htm
17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União de 23 de outubro de 1986, página 15.949.
18. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Decisão do Conselho Científico. Filia a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a responsabiliza por representar a especialidade Medicina de Família e Comunidade junto à AMB. São Paulo, 25 de novembro de 2003.

19. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Aprova os Editais para Concursos para Títulos de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. São Paulo, 30 de dezembro de 2003.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Editais SBMFC TEMFC nº 1 e nº 2. Porto Alegre, dez. 3003. Disponível em: <www.sbmfc.org.br> – Prova de Títulos – Concursos Anteriores. Acesso em 06/12/2005.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Internacional de Atenção Primária em Saúde em Grandes Centros Urbanos. Belo Horizonte, dez. 2005.
22. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CFM; BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996.
23. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000.

Table 1. Characteristics of the candidates approved in the First National Examination for the Specialist's Title in Family & Community Medicine, in 2004

Variable	N (%)	Minimum	Maximum	Mean \pm SD
Age (years)	85 (100)	32	55	42,5 \pm 5,7
Gender				
Male	38 (44,7)			
Female	47 (55,3)			
Time elapsed since graduation (years)	85 (100)	7	28	16,5 \pm 5,3
Time of practicing in Primary Care (years) *	85 (100)	2	21,7	12,3 \pm 4,8
Time of teaching in Primary Care (years) **	85 (100)	< 1	25	1,9 \pm 4,4
Time as Preceptor in Residency in Family & Community Medicine (years)	85 (100)	< 1	22	5,8 \pm 5,3
Time in management activity in Primary Care (years)	85 (100)	< 1	11,9	2,7 \pm 2,7
Present State of approved candidates				
RS	76 (89,4)			
MG	2 (2,4)			
SC	2 (2,4)			
DF	1 (1,2)			
ES	1 (1,2)			
PR	1 (1,2)			
RJ	1 (1,2)			
SP	1 (1,2)			
Institution where Residency was done ***				
Health Care Center (Murialdo - RS)	42 (49,4)			
Hospital (GH Conceição - RS)	37 (43,5)			
University (UFJF - MG)	2 (2,4)			
University (UERJ - RJ)	1 (1,2)			
University (PUC - PR)	1 (1,2)			
University (CSSM - SP)	1 (1,2)			
University (HMSJ - SC)	1 (1,2)			

* Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty).

** Excludes the time as a residency Preceptor in Family & Community Medicine.

*** Murialdo = Centro de Saúde Escola Murialdo; GH Conceição = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; UFJF = Universidade Federal de Juiz de Fora; UERJ = Universidade Estadual do Rio de Janeiro; PUC = Pontifícia Universidade Católica do PR; CSSM = Casa de Saúde Santa Marcelina; HMSJ = Hospital Municipal São José - Joinville.

Table 2. Characteristics of the candidates of the Second National Examination of Specialist Title in Family & Community Medicine, in 2004

Variable	N (%)	Minimum	Maximum	Mean
Age (years)	271 (100)	26	76	39,1 ± 8,5
Gender				
Male	115 (42,4)			
Female	156 (57,6)			
Time elapsed since graduation (years)	271 (100)	2	37	13,7 ± 8,4
Residency in MFC *	53 (19,6)			
Residency in other specialty	56 (20,7)			
Specialty in MFC	11 (4,1)			
Specialty in Family Health	125 (46,1)			
Specialty in other field	75 (27,7)			
PHLBC **	24 (8,9)			
Written exam result	271 (100)	3,1	9,2	6,4 ± 0,9

* Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty).

** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Figure 1. Distribution of the candidates of the Second National Examination for the Specialist Title in Family and Community Medicine, by Brazilian State, according to the result

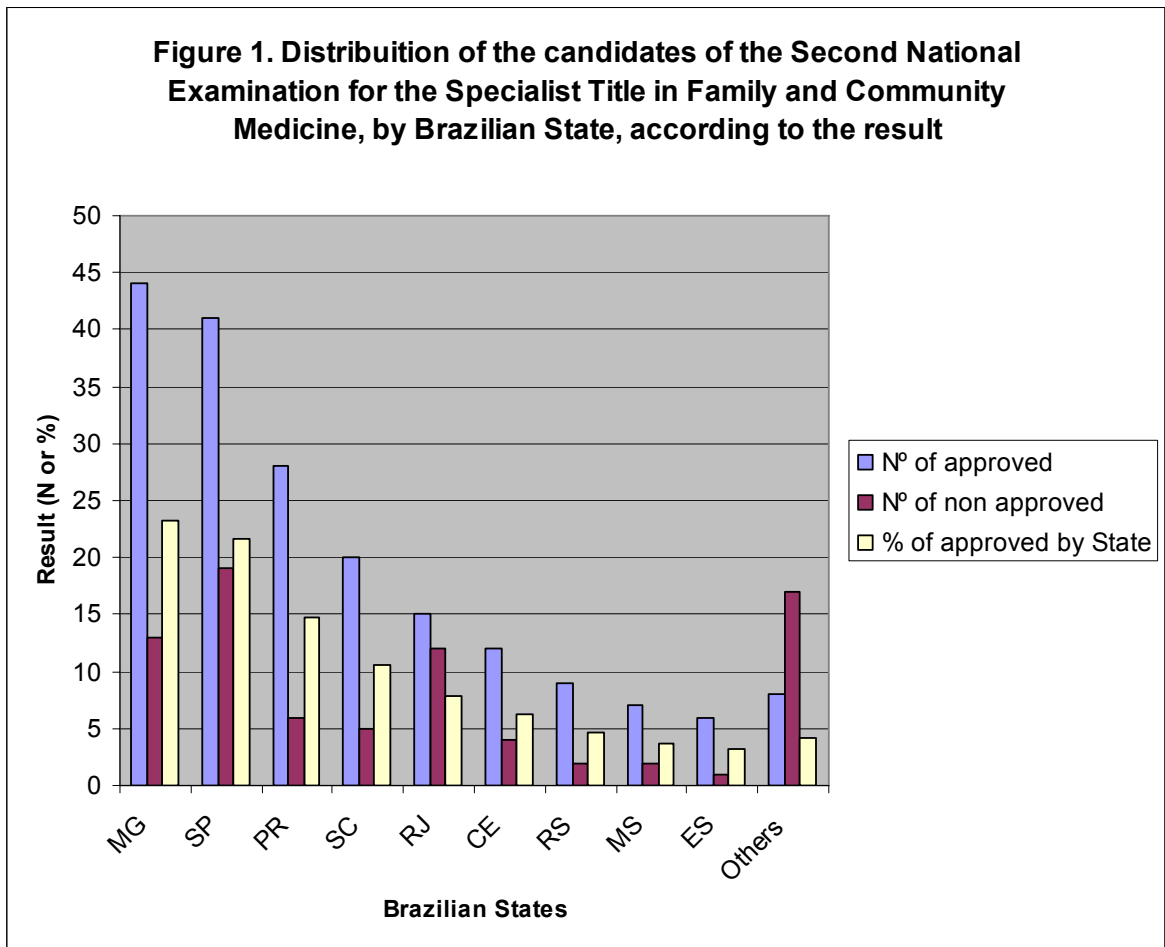


Table 3. Comparison between approved and non approved in the Second National Examination, 2004

Variável	Approved (n=190/271)		No approved (n=81/271)		p value *
	N (%)	Mean ± SD	N (%)	Mean ± SD	
Age	190 (70,1)	37,6 ± 7,9	81 (29,9)	42,7 ± 8,7	< 0,001
Gender					
Male	79 (41,6)		36 (44,4)		0,76
Female	111 (58,4)		45 (55,6)		
Time elapsed since graduation (years)	190 (70,1)	13 (8,5)	81 (29,9)	15,4 ± 8,1	0,03
Residency in MFC **					
Yes	51 (26,8)		2 (2,5)		< 0,001
No	139 (73,2)		79 (97,5)		
Residency in other specialty					
Yes	40 (21,1)		16 (19,8)		0,94
No	150 (78,9)		65 (80,2)		
Specialty in MFC					
Yes	8 (4,2)		3 (3,7)		1,00
No	182 (95,8)		78 (96,3)		
Specialty in Family Health					
Yes	85 (44,7)		40 (49,4)		0,57
No	105 (55,3)		41 (50,6)		
Specialty in other field					
Yes	49 (25,8)		26 (32,1)		0,36
No	141 (74,2)		55 (67,9)		
PHLBC***					
Yes	10 (5,3)		14 (17,3)		0,003
No	180 (94,7)		67 (82,7)		
Written exam result	190 (70,1)	6,8 (0,6)	81 (29,9)	5,3 ± 0,5	< 0,001

* p-values for: Student t test - continuous variables; Yates chi-squared test (or Fisher exact) - for categorical variables. There were considered statistically significant values of $p < 0.05$.

** Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty) and, in only 7 cases, Residency in Family Health (SF)

*** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Table 4. Multiple Logistic Regression, using the result of the Second National Examination as the outcome (approved/non approved), 2004

Variável	Odds Ratio *	95% Confidence Interval
Age (as a continuous variable, in years)	1,20	1,10 - 1,31
Age (as a categoric variable, in years)		
Even 35 years (ref.)	1,00	
> 35 a 45 years	2,39	0,92 - 6,21
> 45 years	5,62	1,49 - 21,21
Gender		
Female (ref.)	1,00	
Male	1,26	0,71 - 2,24
Time elapsed since graduation (as a continuous variable, in years)	0,87	0,80 - 0,94
Time elapsed since graduation (as a categoric variable, in years)		
Even 10 years (ref.)	1,00	
> 10 a 20 years	0,68	0,27 - 1,72
> 20 years	0,29	0,08 - 1,2
Residency in MFC (ref. Yes) **	11,10	2,50 - 49,35
PHLBC (ref. Yes) ***	0,40	0,16 - 0,99

* Adjusted for age, gender, time elapsed since graduation, Residence in Family & Community Medicine, specialty in Family & Community Medicina and/or in Family Health and PHLBC.

** Includes 2 or 3 years of Residency in Family&Community Medicine or in General&Community Medicine (oldest name of the specialty).

*** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Table 5. Multiple linear regression, using the written exam result of the Second National Examination as the outcome, 2004

Variável	β^*	Standard Error	p value **
Age	- 0,54	0,11	< 0,001
Gender (ref. female)	- 0,05	0,98	0,38
Time elapsed since graduation (ref. cat. 3) ***	- 0,38	1,10	< 0,001
Residency in Family & Community Medicine (ref. Yes) ****	- 0,26	1,34	< 0,001
PHLBC (ref. Yes) *****	0,14	1,80	0,01

* Adjusted for age, gender, time elapsed since graduation, Residence in Family & Community Medicine, specialty in Family & Community Medicine and/or in Family Health and PHLBC.

** There were considered statistically significant values of $p < 0.05$.

*** Time elapsed since graduation: 1 (< 20 years); 2 (20 to 30 years); 3 (> 30 years).

**** Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty).

***** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

ARTICLE 2

6. ARTICLE 2 – COMPARISON BETWEEN THE PRIMARY CARE PHYSICIAN'S PERFORMANCE IN THE FIRST THREE NATIONAL EXAMINATIONS FOR THE SPECIALIST'S TITLE IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE

João Werner Falk¹
Mary Clarisse Bozzetti²
Ellis D'Arrigo Busnello²

Abstract

Physician's qualification in Primary Care is an international issue and, the specialist's evaluation is most relevant. In the whole world, grows the importance of this medical specialty, which in Brazil is called Family and Community Medicine, as an essential element of Primary Care. The first medical residency programs and health services in primary care started in the 70's. However, only after the development of the Family Health Program, in 1994, sponsored by the Ministry of Health, the specialty started to expand and to become noticeable. The Family and Community Medicine specialty was recognized by the National Committee of Medical Residency in 1981, by the Federal Council of Medicine in 1986 and, by the Brazilian Medical Association in 2003. The later recognition allowed the development of National Examinations (written exam and curriculum vitae evaluation) to seek a specialist title in Family and Community Medicine. The present article analyses the three first national examinations, relating the educational and professional experiences of physicians that work in Primary Care in Brazil to the results of their performances in these examinations for specialist's title. The results have shown the relevance of the Medical Residence in Family and Community Medicine to shaping this specialist and, the low effectiveness of multiprofessional specialization courses in Family Health. The second and third examination's performances were worst among older physicians and with

¹ Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

² Postgraduate Program in Medical Sciences, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil.

longer time elapsed since graduation, emphasizing the necessity of programs in continuing medical education.

Keywords

Family and Community Medicine, Family Medicine, Community Medicine, Primary Care, Health Human Resources, Brazil

Introduction

Family and Community Medicine is not a new specialty in Brazil. Since the 70's there have been new experiences regarding health practicing and teaching that were precursors of this specialty and of the development of Primary Care in Brazil. Among these, is the Health Center of Murialdo, in the city of Porto Alegre¹, southern Brazil, in 1974, where also started, in 1976, a Residency Program in the field². At the same year, two other similar Residency Programs were developed in the States of Rio de Janeiro (center east of Brazil) and Pernambuco (north east of Brazil).

These Residency Programs and others developed later were recognized by the National Committee of Medical Residency in 1981, by the Federal Council of Medicine in 1986, and by the Brazilian Medical Association and the Specialties Mix Committee in 2002.^{3,4}

Family and Community Medicine is the medical specialty with faster growing in Brazil, especially after the development of the Family Health Program by the Ministry of Health in 1984.⁵ The specialist in this field is the most appropriate health professional to work in the health units of this Program.

Several public and private organizations, including the Ministry of Health and the Pan-American Health Organization, have recognized the relevance of this medical specialty to the Brazilian Health System and to the quality of health care for the population, as it occurs in several other countries in the world.^{6,7,8,9,10,11,12,13}

Employment in Family and Community Medicine, especially in the Family Health Program Health Units, has increased considerably in the last ten years. However, the number of adequate specialists to work in these Health Units is clearly scarce in both, quality and quantity.

Up to the year 2003, the only way of a physician to become a specialist in Family and Community Medicine was through a Residency Program of General and

Community Medicine (name of the specialty used up to 2001) or Family and Community Medicine (present name). However, from 22,000 physicians presently working in the Family Health Program, less than 10% concluded a Residency Program in the specialty. Therefore, the Ministry of Health, some universities and other organizations developed specialization courses and other compact forms of capacitating in Family Health and some other similar fields. Such strategies, however, have been, in general, not sufficient in both, time and quality. In addition, professionals that concluded those courses were not recognized as specialists by the Federal Council of Medicine, by the National Committee of Medical Residency, by the Brazilian Medical Association and all other professional organizations in medicine.^{14,15}

The Federal Council of Medicine only registers two types of documents that officially qualify a medical specialist in one of the 53 recognized medical specialties in Brazil: the Medical Residency certified by National Committee of Medical Residency and the title of specialist. The later is obtained through a national examination including a written exam in the field and a curriculum vitae evaluation, performed by the Brazilian Society in the medical specialty whom must be affiliated to the Brazilian Medical Association.^{14,15} Family and Community Medicine is one of the 53 recognized specialties and the Brazilian Society of Family and Community Medicine is affiliated to the Brazilian Medical Association since 2003.^{16,17,18}

Therefore, by the end of 2003 the Brazilian Medical Association approved the first two national examinations to obtain a specialist title in Family and Community Medicine.¹⁹

The present article has the aim of relate the educational and professional experiences of physicians that work in Primary Care in Brazil to the results of the first three National Examinations for Specialist's in Family and Community Medicine occurred in 2004 and 2005.²⁰

Methods

In the present article there will be analyzed the results of the first three National Examinations for the specialist's title in Family and Community Medicine in Brazil, with major emphasis in the second and third exams.

The First National Examination

The first examination was performed between February and March 2004. This examination involved only curriculum vitae analysis. Those with highly differentiated curriculum were approved. The criteria for approval were very strict considering the reality faced by this specialty in Brazil.²⁰

The Brazilian Medical Association authorized the Brazilian Society of Family and Community Medicine to perform an extraordinary first national examination, in only one edition, due to the fact that there were no professionals, born in Brazil, with a specialist title in the field who could elaborate the written exam, the curriculum vitae (CV) and other activities to evaluate the physicians applying for the national examination.

The Second and Third National Examinations

From a sample of physicians approved in the first national examination, an Evaluation Committee was elaborated to analyze the written exam and the curriculum vitae for the second national examination which occurred in April 3rd 2004, in the city of Rio de Janeiro, just before the opening of the 6th Brazilian Congress of Family and Community Medicine.

Some specialist's from the first and second examination constituted the Evaluation Committee to analyze the written exam and the curriculum vitae for the third National Examination occurred in May 29th 2005, in the city of Belo Horizonte. The examination took place one day after the conclusion of 7th Brazilian Congress of Family and Community Medicine.

The content of the written exam is based on the literature attached in the documents for the Second and Third National Examination, available at the site of the Brazilian Society of Family and Community Medicine. The content involved the whole range of knowledge expected for a specialist in Family and Community Medicine, including questions in the broad spectrum of Primary Care (Family Health, Community Health, Epidemiology, Family and Community approaches, Health Education, Health Planning and Management, among others). It also comprehended central aspects of Family and Community Medicine, essentially clinic, including prevention, diagnosis and treatment of the most prevalent affections in Primary Care in Brazil, with several questions involving case reports.

Study Design

This is a cross-sectional study.

Study variables

Regarding the First National Examination, the variables analyzed were: age, gender, time elapsed since graduation in Medicine, Institution where the Residency Program was performed, number of years of practicing in Primary Care, number of years as a Residency Preceptor in Family and Community Medicine and/or teacher and/or manager in Primary Care, and the distribution of the approved candidates by the States of Brazil.

The results of the present study were largely based on the data from the Third National Examination and its comparison with the results from the Second National Examination. In both, the outcome variables included the candidates performance in the written exam (continuous variable) and the approval or not in the second national examination (dichotomous variable) .

The independent variables were age, gender, time elapsed since graduation in Medicine, Residency Program in Family and Community Medicine and/or in other specialty, specialization course in Family and Community Medicine, in Family Health or in other field, Institution where the Residency Program was developed, time of Primary Care practicing, participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, sponsored by the Ministry of Health and, the Brazilian State or country where the candidate was working at the time of the exam application.

Data sources

National Examination's Databases and other documents from the Directory and the Committee for Specialist Title of the Brazilian Society of Family and Community Medicine, authorized for use in this research protocol by the Society Directory.

All the used information is available at the site of the Brazilian Society of Family and Community Medicine (www.sbmfc.org.br).²⁰

Data collection and quality control

The database was elaborated from the Brazilian Society of Family and Community Medicine database corresponding to the first and second national examinations, stored in Excel[®]. The spreadsheets were then completed with additional information collected from the curriculum vitae and the results of the written exam.

A random sample of 15% of all curriculum vitae was evaluated and scored by an independent expert evaluator. The correlation (Spearman) between the curriculum punctuation given by the official judges with the punctuation given by the independent evaluator was excellent and statistically significant ($r=0,962$; $p < 0,001$).

All the information included in the database was double checked by two independent collaborators which were acquainted with the software and the instruments.

This database was converted into a Statistical Package for Social Research (SPSS) database and analyzed in the SPSS, version 12.0.

Method of analysis

A descriptive analysis was performed to characterize the sample profile.

To compare continuous variables a Student t test was used when the distribution was normal or a non parametric test (Mann Whitney) when the distribution was not Gaussian. The categorical variables were compared using the Chi-Squared test or Fisher Exact test, if indicated. Correlation analysis were performed for continuous variables (Pearson or Spearman).

The variables from the Second and Third National Examinations were compared considering two distinct samples. The first analysis was performed among the candidates approved in the national examinations and, the second included all candidates approved in the written exam. This strategy was used considering the fact that, exceptionally for the Second National Examination, to all candidates approved in the written exam were given the specialist's title. As for the Third National Examination, only the applicants with the weighted final average equal or greater to 7.0 (weight 7 and 3, respectively for the written exam and curriculum) were approved and received the title.

All compared variables with a $p < 0.25$ and/or relevant to the study were included in a multivariate model of Unconditional Logistic Regression, with the aim of identify the independent effect of each variable in the outcome (approved/not approved). A multivariate Linear model was also performed using the result of the written exam as the outcome variable. The multiple Linear model was performed considering that a continuous outcome would contribute for a better understanding of the possible observed associations.

A correlation analysis was also done to relate the performance of the written exam with results of the curriculum vitae analysis among the approved candidates for the Second and Third Examinations.

All results with a $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Ethical Considerations

This research was approved by the Directory of Brazilian Society of Family and Community Medicine (which authorized the use of the database), by the Research Committee of the Faculty of Medicine of the Federal University of Rio Grande do Sul, and by the Ethical Committee of the Federal University of Rio Grande do Sul. Confidentiality regarding all information was assured.

Results

A total of 586 candidates applied for the First, Second and Third National Examinations. From them, 345 physicians got the specialist's title in Family and Community Medicine. In the First Examination, 87 candidates were approved and received the specialist title (two candidates from the State of Sao Paulo were approved by recognizing their residency program and specialist title earned in Canada). In the Second and Third Examinations, 70.1% and 29.8% were approved, respectively. (Table 1)

In the First National Examination, there was a large predominance of approved candidates from the State of Rio Grande do Sul (89.4%). The characteristics of the 85 Brazilian candidates approved in the first examination are described in table 2.

The approved candidates were mostly females (55.3%), with a mean age of 42.5 years (± 5.7) and a mean time elapsed since graduation of 16.5 years (± 5.3). The majority (92.9%) did their Residency Program in Family and Community Medicine in one of the two recognized Residency Programs of the State of Rio Grande do Sul,

southern Brazil: The Murialdo Teaching Health Centre (49.4%) and The Community Health Service of Conceicao's Hospital Group (43.5%). (Table 1). Most of the approved candidates were residents of the State of Rio Grande do Sul.

In the Third National Examination, 228 candidates participated in the written exam, applied in the city of Belo Horizonte, in May 29th 2005, and 68 were approved (29.8% of the participants). The characteristics of the candidates are described in Table 3.

The majority were females (53.9%), with mean age of 36.5 years (± 8.4). The mean time elapsed since graduation in Medicine was 10.0 years (± 7.9). A total of 19.7% of the studied sample had Residency in Family and Community Medicine, and 15.8% in other specialization. Only 3.5% had a specialization course in Family and Community Medicine; 32.0% and 40.4% did a specialization course in Family Health and Other field, respectively. About 6.6% participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, sponsored by the Ministry of Health. (Table 3)

The observed mean in the written exam was 6.1 (± 0.9), with range between 3.5 and 8.5. Regarding the curriculum vitae, the average punctuation was 56.1 (± 34.7) and, the weighted final average was 6.5 (± 0.7).

Figure 1 describes the frequency of candidates (approved or not) according to the Brazilian State. The States of Minas Gerais and Sao Paulo, both in the center east of Brazil, presented the higher percent of candidates approved for the specialist's title. It's important to mention that the State of Rio Grande do Sul, southern Brazil, was the only State where the number of approved surpassed the number of non approved candidates.

A significant statistical difference was observed between approved and non approved candidates for the variables age ($p < 0.001$), Residency in Family and Community Medicine ($p < 0.001$), the result of the written exam ($p < 0.001$) and in the curriculum punctuation ($p < 0.001$). The approved candidates were younger, had a

higher percent of individuals that completed a recognized Residence Program in the field, better results in the written exam and in the curriculum punctuation. (Table 4)

Women were more prevalent in both, approved candidates and non approved, however this difference was not statistically significant ($p=1.00$). Regarding the Residency program in other specialty, there was a small and not significant ($p=0.76$) predominance among approved candidates. The same result was observed for the specialization course in Family and Community Medicine ($p=0.24$), specialization courses in family Health ($p=0.59$), and for other fields ($p=0.75$), however the difference was not statistically significant. In addition, candidates who participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, were more prevalent among the non approved candidates ($p=0.54$) and, the average time elapsed since graduation was lower among approved candidates ($p=0.54$). However, none of these differences were significant. (Table 4)

Table 5 describes the comparisons between studied variables in approved candidates in the Second and Third Examinations. Age ($p=0.02$) and time elapsed since graduation ($p=0.001$) were significantly lower among the approved candidates of the Third Examination. Also, the percent of approved with a specialization title in other field was significantly higher ($p=0.01$). The result of the written exam was, on average, higher for the candidates approved in the Third Examination ($p<0.001$). The other studied variables did not showed a significant difference between the approved physicians in the two examinations. (Table 5)

Table 6 compares the candidates of the Second and Third Examinations who were approved in the written exam (result ≥ 6.0). This comparison seems to be more adequate than the one in table 5, since the criteria to obtain the specialist's title in the Second Examination was exceptionally different , as it was explained the methods section.

In the results presented in table 6, a statistical significant difference between the Second and Third Examination, is seen for the variables age ($p < 0.001$), time elapsed since graduation ($p < 0.001$), specialization course in Family Medicine ($p = 0.03$) and on the average punctuation of the curriculum ($p = 0.008$). The other studied variables did not show significant difference between the candidates approved in the written exam of the Second and Third Examinations. The mean of the written exam for both Examinations was the same ($p = 0.39$). (Table 6)

The written exam for the whole group of candidates (approved or non approved), was, on average, 6.4 (± 0.9) for the Second Examination and, 6.1 (± 0.9) for the Third. This difference was statistically significant ($p < 0.001$)

All variables with a p-value < 0.25 in the uni/bivariate analysis and/or relevant to the conceptual mark of the study were included in the multivariate logistic regression model. Table 7 describes the results for multiple logistic model for the total number of candidates in the Second and Third Examination. In the Second Examination the variables that remained associated to the outcome were the variables age (Odds Ratio – OR : 1.20; 95% Confidence Interval – CI: 1.10 – 1.31), time elapsed since graduation (OR: 0.87; 95% CI: 0.80 – 0.94) and, Residency in Family and Community Medicine (OR: 10.29; 95% CI: 2.32 – 45.75). The variables gender and participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside lost its significance in the multivariate model. In the logistic model for the Third Examination, the variables associated to the outcome were age (OR : 1.20; 95% CI: 1.04 – 1.37), time elapsed since graduation (OR: 0.83; 95% CI: 0.72 – 0.96) and, Residency in Family and Community Medicine (OR: 3.96; 95% CI: 1.91 – 8.22). The variables gender and specialization course in Family and Community Medicine did not reach statistical significance after the multivariate model analysis. (Table 7)

A multiple linear regression model considering the result of the written exam as the outcome was performed for the Second and Third Examinations, isolated and

together. In the Second Examination, the variables age, time elapsed since graduation, Residency in Family and Community Medicine and Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside have shown a significant association with the outcome. In the analysis including the Third Examination, only the variables age and Residency in Family and Community Medicine present a significant association with the outcome.

The direction of the association for each variable was the same in all models. These suggests that the younger candidates, those who did the Residency in Family and Community Medicine, and those with less time had passed since graduation in Medicine. had better results in the written exam. (Table 8)

A weak and not significant correlation (Spearman) was found between the result of the written exam and the curriculum punctuation among the approved candidate in both, Second ($r= 0.04$; $p=0.59$), and Third ($r= 0,07$; $p=0.28$) Examinations.

Discussion

The present study evaluates the performance of physicians working in Primary Care, as Family and Community Medicine physicians, through the first three National Examinations for specialist title in Family and Community Medicine occurred in Brazil. It is believed that the results of the two examinations may be indicators of the qualification of these professionals.

From the First National Examination it was expected that less than 0.5% of all physicians that work in Primary Care in Brazil would get the specialist title in Family and Community Medicine, which would probably be the most qualified professionals in the field. This estimate was confirmed since from the 87 candidates got the specialist title in this examination, which correspond to 0.3% of the approximately 22,000 physicians working in the Family Health Program and in other Primary Care Services in Brazil.

The majority of the approved physicians (89.4%) were from the State of Rio Grande do Sul, southern Brazil. This may be related to the fact that the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, has the two major Residency programs in Family and Community Medicine: The Murialdo Teaching Health Centre and the Community Health Service of the Conceicao's Hospital Group. These two programs formed 92.9% of the candidates approved in the First National Examination. Besides, a large number of the approved candidates have been, for several years, physicians and residency preceptors in these health services.

The large number of approved physicians in the first National Examination from the State of Rio Grande do Sul explains, partially, the low number of physicians from this State applying for the subsequent Examinations. Nonetheless, this State continues to be the one with the larger number of approved candidates up to the present date (December, 2005). It was also the State with the higher percentage of approved candidates in the Third National Examination and, in both, the Second and Third Examination together. In addition, Rio Grande do Sul is the only State where the number of approved candidates surpassed the number of non-approved in the Third Examination. This fact may be due, mainly, to the permanent and continuous investment of the State, since 1976, in Residency Programs in the field.

The means of age and, time elapsed since graduation, among the approved candidates in the First Examination were higher than averages observed in the Second and Third Examinations. This fact has probably occurred because a physician had to have at least 7 years of experience in Primary Care to be able to compete for the First Examination in comparison with 2 or 3 years needed for the Second and Third Examinations.

Time as Family and Community Medicine preceptor and in management activities were longer than what was expected for the physicians' general population that works in Primary Care. This may be the consequence of the fact that the

candidates for the First Examination were more qualified and more assembled with the criteria for approval.

In The Third National Examination, as in the two previous examinations, there was more women, though not a significant difference. This differs from the majority of males observed in the health profession (67.3% reported by study called "Profile of Physicians in Brazil" in 1996, and 55.9% in the study "Physicians and Nurses of the Family Health Program" in 2000).^{21,22} However, even though there are no recent published studies in Brazil, it seems that the female population among physicians is growing, especially in Family and Community Medicine and Primary Care (including the Family Health Program). The age and time elapsed since graduation are in agreement with those observed in the present study.

The percents of 19.7% of candidates with Medical Residency in Family and Community Medicine, 3.5% with specialty in Family and Community Medicine and 32% with specialty in Family Medicine are higher than the 14.9% with this residency and, 39.5% with any other specialization reported by the survey among physicians working in the Family Health Program.²² This, perhaps, may be explained by the greater interest for improving their qualification among physicians whiling to get the specialist title, in comparison to the ones working in the Family Health Program Units, where it's not rare to find professionals with no vocational or professional qualification in the field, using this as a temporary job with no continuity perspectives²³.

The averages observed in the written exam and in the curriculum punctuation were quite low. Such observation indicates the need for professional improvement, which was reported by 96.5% of working physicians from the survey in the Family Health Program. This probably caused the predominance of low weighted mean final and relatively low approbation index in the Third National Examination.

All analysis that compared approved with non approved candidates, The performance in the Third Examination was better among younger and, specially with

Residency in Family and Community Medicine. Those with less time elapsed since graduation were also the majority among the approved candidates. The predominance of younger physicians may be explained by a more recent memory contents learned during the graduate course and by the seeking for professional improvement. The findings suggest that the Residency is the gold standard to shape the specialist in Family and Community Medicine.

The approved candidates had better results in the written exam as well as in the curriculum punctuation, showing the relevance of the two components for the physician to conquer the specialist's title.

Interestingly, no significant correlation was observed between the curriculum punctuation and the results of the written exam, neither among the approved candidates in the Second Examination nor in the Third one. Such results suggest that having a better curriculum does not guarantee more knowledge in Family and Community Medicine, even considering the curriculum punctuation gives higher weight to the items related to Family and Community Medicine in comparison to others.

Those who participated in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside, sponsored by the Ministry of Health, were predominant among the non approved candidates, though not statistically significant in the Third Examination as it was in the First and Second ones. The result of the Third examination may be related to the lower number of participants in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside that applied for the specialist's title examination.

In all other studied variables – gender, residency in other field (not Family and Community Medicine) and, specialization courses, there was no statistical difference between approved and non approved candidates.

In the third examination, the percent of approved candidates, among those who did a specialization course in Family and Community Medicine, was more than twice the number of physicians who had such specialization course among the non approved

candidates. The non significant difference may be explained by the lower number of individuals with this specialization in this study, probably a consequence of specialization courses in Family and Community Medicine being still scarce in Brazil. However, the differences between approved and non approved were lower regarding specialization courses in Family Health and in other fields. The known difference between specialization courses in Family and Community Medicine and in Family Health (this highly stimulated by the Ministry of Health) is that the later is multiprofessional and gives the same content to all participants not considering the differences among professions. This approach may be sufficient for areas such as community health, but is not enough to the medical specialist education. The specialization course in Family and Community Medicine, nevertheless, includes all the usual content essential for specializations in Family Health and, also a large clinical content and others, specific for capacitating physicians who intent to work in Primary Care.

The comparison between the results of the Second and Third Examinations (tables 5 and 6) shows that the mean age and the mean of time elapsed since graduation are significantly lower in the Third Examination. This may be explained by the fact various participants reached only one of the pre-requisites for the application (Residency in Family and Community Medicine concluded or three years of practice in Primary Care) for the Third Examination, since they could not apply for the other two because they had less time of practice in the field and, consequently, they were younger.

The fact that the results of the written exam were, on average, significantly higher in the Third Examination observed in table 5, may be explained because this analysis was done among the approved candidates and, as it was mentioned before, exceptionally for the Second National Examination, all candidates approved in the written exam were given the specialist's title. As for the Third Examination, only the

applicants with the weighted final average equal or greater to 7.0 were approved and received the title. Such comparison doesn't show statistical difference when all approved in the written exam in both examinations are analyzed (table 6).

When the results of the written exam for the total candidates in the Second and Third Examination, it may be noticed that the average is lower in the latest. This may seem awkward, since the written exam had the same content, number of questions, format, evaluation committee, and all other criteria in both examinations. Further, mathematical and scientific criteria used to evaluating both exams²⁴ did not show different degrees of difficulties or discrimination in the question's performance in the two examinations. One possible explanation is that the physician's population that applied for the Second Examination was more prepared or had higher level of knowledge in the field as those who applied for the Third one. This is also the impression of the members of the Titles Committee of the Brazilian Society of Family and Community Medicine and, includes two other factors that may help to explain this observation. The first is related to the fact that the Second Examination included a group of physicians that were waiting, for years, the opportunity for seeking the specialist's title through a national examination and, the most prepared got the title in the Second Examination and did not apply for the Third one. Also, those who didn't get the specialist's title in the Second Examination, theoretically the less qualified ones, apply again in the Third Examination. The other factor may be that for the Third Examination is that among the indicated literature for the examination, there was a new and very recent edition of main reference book in the field in Brazil, which may have resulted in a higher level of knowledge update from the candidates.

The multivariate analysis, either logistic or linear, have shown that the three variable independently associate to the outcome are age, time elapsed since graduation and Residency in Family and Community Medicine. Those findings seem logical and were largely commented in this discussion section. Younger age, less time

elapsed since graduation and having a Residency in Family and Community Medicine observed as associated to approval could be explained by several reasons: more recent memory contents learned during the graduate course, more interest in seeking for professional improvement, the important advantage of those who did Residency in Family and Community Medicine, more involvement with Primary Care Services that are teaching centers for medical students and residents, among others.

The relevance of the Residency in Family and Community Medicine as the gold standard to shape the medical specialist in Primary Care is clearly observed in this study. Nevertheless, it was also shown that other residency programs did not contribute to improve the performance of the candidates.

The worst performance was among the older physicians and those with longer time elapsed since graduation. Such observations emphasize the need to stimulate and to make available means for continuous medical education in Primary Care, especially in Family and Community Medicine.

Therefore, the relevance of the present results should be carefully discussed with the authorities responsible for planning the Health System in Brazil, since Primary Care is an important segment of this system and, thus, the professional quality of those working in the field become extremely important.

The results and conclusions of the present article may contribute for the development of strategies for the continuing education and improvement of physicians in Primary Health Care in Brazil.

References

1. BUSNELLO, Ellis A.D. et al. O Projeto do Sistema de Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, out. 1974. (mimeo)
2. GROSSMAN, Carlos et al. Programa de Residência em Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo. Porto Alegre, RS: SSMA/RS, abr. 1975.
3. FALK, João W. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da medicina geral comunitária. In: Leite, D. (org). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. Universidade/UFRGS, 1999.
4. FALK, João W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde em casa. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.
6. McWHINNEY, Yan. A Textbook of Family Medicine, 2ed. Oxford. Oxford University Press, 1997. 448p.
7. STARFIELD, Barabara. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
8. RAKEL, R. E. Textbook of family practice. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. – Part I – Principles of Family Practice.

9. WONCA. A Definição Europeia de Medicina Familiar. Versão para o português da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa, 2002
10. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
11. DUNCAN, Bruce B. et al. Prefácio. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
12. TAKEDA, Sílvia. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.76
13. TAVARES, Mário. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.88
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Convênio Celebrado com a Associação Médica Brasileira para Regulamentar a Concessão e Registro de Títulos de Especialista. Brasília, 10 de março de 1989.
15. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Brasília, 7 de maio de 2003.
16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo Cons. CFM 29/86. Brasília, 11 de junho de 1986. Disponível em: www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfm/29_1986.htm

17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União de 23 de outubro de 1986, página 15.949.
18. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Decisão do Conselho Científico. Filia a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a responsabiliza por representar a especialidade Medicina de Família e Comunidade junto à AMB. São Paulo, 25 de novembro de 2003.
19. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Aprova os Editais para Concursos para Títulos de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. São Paulo, 30 de dezembro de 2003.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Editais SBMFC TEMFC nºs 1, 2 e 3. Porto Alegre, 2003 e 2004. Disponível em: <www.sbmfc.org.br> – Prova de Títulos – Concursos Anteriores. Acesso em 06/12/2005.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Seminário Internacional de Atenção Primária em Saúde em Grandes Centros Urbanos. Belo Horizonte, dez. 2005.
22. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CFM; BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996.
23. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000.
24. VIANNA, Heraldo M. Testes em Educação. 4ed. São Paulo: IBRASA, 1982.

Table 1. Approved in the Specialist's Title Examinations for Family and Community Medicine up to December 2005 (Examinations 1, 2 and 3), by Brazilian State

State	1st Examination approved	2nd Examination			3rd Examination			Total of approved	% of approved by State
		Candidates	Approved	% approved	Candidates	Approved	% approved		
RS	76	11	9	81.8	17	12	70.6	97	28.12%
MG	2	57	44	77.2	44	18	40.9	64	18.55%
SP	3	60	41	68.3	52	13	25.0	57	16.52%
SC	2	25	21	84.0	25	9	36.0	32	9.28%
PR	1	34	27	79.4	14	2	14.3	30	8.70%
RJ	1	27	15	55.6	13	3	23.1	19	5.51%
CE		16	12	75.0	11	4	36.4	16	4.64%
ES	1	7	6	85.7	10	2	20.0	9	2.61%
MS		9	7	77.8	4		0.0	7	2.03%
DF	1	3	2	66.7	1		0.0	3	0.87%
AM		6	1	16.7	11	2	18.2	3	0.87%
AL		1	1	100.0	5	1	20.0	2	0.58%
MT		3	1	33.3	4	1	25.0	2	0.58%
AC				0.0	2	1	50.0	1	0.29%
GO		2	1	50.0	3		0.0	1	0.29%
RO		1	1	100.0			0.0	1	0.29%
RR		1	1	100.0			0.0	1	0.29%
MA		6		0.0	1		0.0		0.00%
SE				0.0	3		0.0		0.00%
TO		1		0.0	2		0.0		0.00%
BA				0.0	2		0.0		0.00%
PA		1		0.0	1		0.0		0.00%
RN				0.0	2		0.0		0.00%
PI				0.0	1		0.0		0.00%
Brazil	87	271	190	70.1	228	68	29.8	345	100%

States = States of Brazil (26 states plus the Brazilian Capital)

There were reported only the States of Brazil who had candidates.

Table 2. Characteristics of the candidates approved in the First National Examination for the Specialist's Title in Family & Community Medicine, in 2004

Variable	N (%)	Minimum	Maximum	Mean \pm SD
Age (years)	85 (100)	32	55	42,5 \pm 5,7
Gender				
Male	38 (44,7)			
Female	47 (55,3)			
Time elapsed since graduation (years)	85 (100)	7	28	16,5 \pm 5,3
Time of practicing in Primary Care (years) *	85 (100)	2	21,7	12,3 \pm 4,8
Time of teaching in Primary Care (years) **	85 (100)	< 1	25	1,9 \pm 4,4
Time as Preceptor in Residency in Family & Community Medicine (years)	85 (100)	< 1	22	5,8 \pm 5,3
Time in management activity in Primary Care (years)	85 (100)	< 1	11,9	2,7 \pm 2,7
Present State of approved candidates				
RS	76 (89,4)			
MG	2 (2,4)			
SC	2 (2,4)			
DF	1 (1,2)			
ES	1 (1,2)			
PR	1 (1,2)			
RJ	1 (1,2)			
SP	1 (1,2)			
Institution where Residency was done ***				
Health Care Center (Murialdo - RS)	42 (49,4)			
Hospital (GH Conceição - RS)	37 (43,5)			
University (UFJF - MG)	2 (2,4)			
University (UERJ - RJ)	1 (1,2)			
University (PUC - PR)	1 (1,2)			
University (CSSM - SP)	1 (1,2)			
University (HMSJ - SC)	1 (1,2)			

* Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty).

** Excludes the time as a residency Preceptor in Family & Community Medicine.

*** Murialdo = Centro de Saúde Escola Murialdo; GH Conceição = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; UFJF = Universidade Federal de Juiz de Fora; UERJ = Universidade Estadual do Rio de Janeiro; PUC = Pontifícia Universidade Católica do PR; CSSM = Casa de Saúde Santa Marcelina; HMSJ = Hospital Municipal São José - Joinville.

Table 3. Characteristic of the candidates of the Third National Examination, 2005

Variable	N (%)	Minimum	Maximum	Mean \pm SD
Age (years)	228 (100)	26	67	36,5 \pm 8,4
Gender				
Male	105 (46,1)			
Female	123 (53,9)			
Time elapsed since graduation (years)	228 (100)	2	42	10 \pm 7,9
Residency in Family & Community Medicine *	45 (19,7)			
Residency in other specialty	36 (15,8)			
Specialization Course in Family & Community Medicine	8 (3,5)			
Specialization Course in Family Health	73 (32,0)			
Specialization Course in other field	92 (40,4)			
PHLBC **	15 (6,6)			
Written exam result	228 (100)	3,5	8,5	6,1 \pm 0,9
Curriculum punctuation	228 (100)	18	233,5	56,1 \pm 34,7
Weighted final mean	228 (100)	4,5	8,5	6,5 \pm 0,7

* Includes Residency in General & Community Medicine (oldest name of the specialty) and only 2 cases of Residency in Family and Community Medicine

** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Figure 1 - Distribution of the Third National Examination for the Specialist Title in Family and Community Medicine, by Brazilian State, according to the result

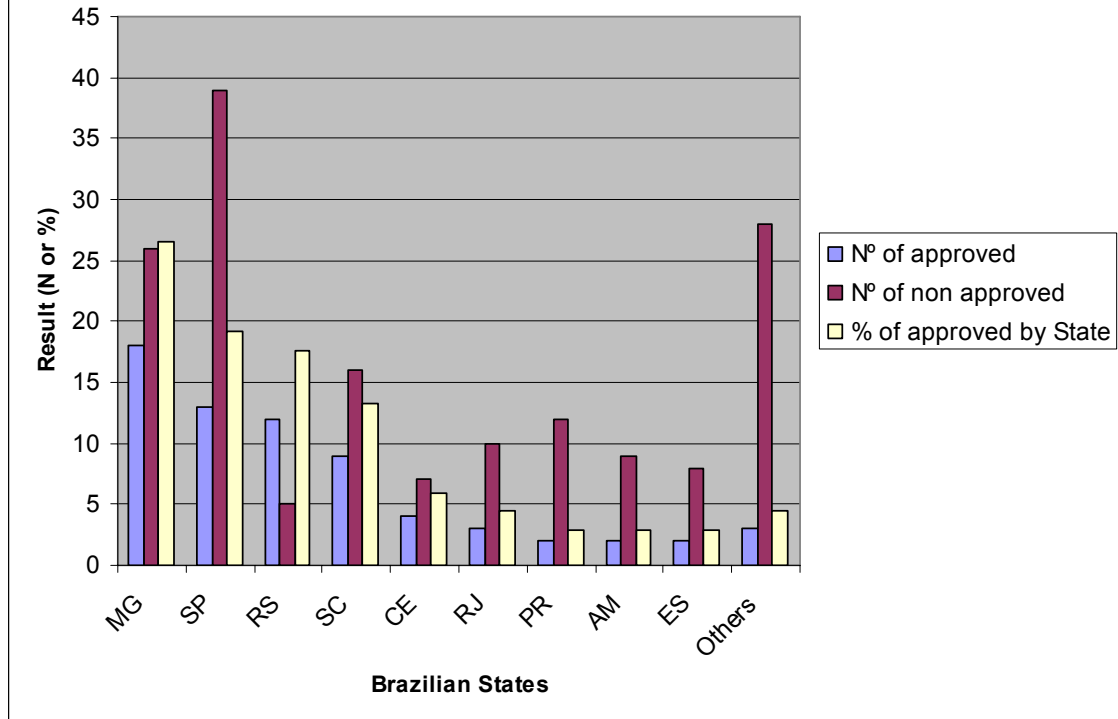


Table 4. Comparison between approved and non approved in the Third National Examination, 2005

Variable	Approved (n=68/228)		Non approved (n=160/228)		p value *
	N (%)	Mean \pm SD	N (%)	Mean \pm SD	
Age	68 (29,8)	35,1 \pm 7,5	160 (70,2)	37,1 \pm 8,7	< 0,001
Gender					
Male	31 (45,6)		74 (46,3)		1,0
Female	37 (54,4)		86 (53,8)		
Time elapsed since graduation	68 (29,8)	9,3 \pm 7,3	160 (70,2)	10,3 \pm 8,1	0,54
Residency in Family & Community Medicine **					
Yes	24 (35,3)		21 (13,1)		< 0,001
No	44 (64,7)		139 (86,9)		
Residency in other specialty					
Yes	12 (17,6)		24 (15,0)		0,76
No	56 (82,4)		136 (85,0)		
Specialization Course in Family & Community Medicine					
Yes	4 (5,9)		4 (2,5)		0,24
No	64 (94,1)		156 (97,5)		
Specialization Course in Family Health					
Yes	24 (35,3)		49 (30,6)		0,59
No	44 (64,7)		111 (69,4)		
Specialization Course in other field					
Yes	29 (42,6)		63 (39,4)		0,75
No	39 (57,4)		97 (60,6)		
PHLBC ***					
Yes	3 (4,4)		12 (7,5)		0,56
No	65 (95,6)		148 (92,5)		
Written exam result	68 (29,8)	7,2 (0,6)	160 (70,2)	5,7 \pm 0,6	< 0,001
Curriculum punctuation ****	68 (29,8)	72,1 (41,8)	160 (70,2)	49,3 \pm 28,7	< 0,001
Weighted final mean ****	68 (29,8)	7,4 (0,4)	160 (70,2)	6,2 \pm 0,5	< 0,001

* p-values for: Student t test - continuous variables; Yates chi-squared test (or Fisher exact) - for categorical variables. There were considered statistically significant values of $p < 0.05$.

** Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty).

*** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

**** There were punctuated only curriculums and the weighted final mean of the candidates approved in the written exam (result 6.0 or more). All 190 received the specialist title, because the curriculum was used only for ranging in this second examination.

Table 5. Comparison between approved candidates in the 2nd (in 2004) and 3rd (in 2005) Examinations

Variable	Approved in Examination 2 * (n=190/271)		Approved in Examination 3 * (n=68/228)		p value **
	N (%)	Mean ± SD	N (%)	Mean ± SD	
Age	190 (70,1)	37,6 ± 7,9	68 (29,8)	35,1 ± 7,5	0,02
Gender					
Male	79 (41,6)		31 (45,6)		0,7
Female	111 (58,4)		37 (54,4)		
Time elapsed since graduation	190 (70,1)	13 ± 8,5	68 (29,8)	9,3 ± 7,3	0,001
Residency in Family & Community Medicine ***					
Yes	51 (26,8)		24 (35,3)		0,2
No	139 (73,2)		44 (64,7)		
Residency in other specialty					
Yes	40 (21,1)		12 (17,6)		0,7
No	150 (78,9)		56 (82,4)		
Specialization Course in Family & Community Medicine					
Yes	8 (4,2)		4 (5,9)		0,5
No	182 (95,8)		64 (94,1)		
Specialization Course in Family Health					
Yes	85 (44,7)		24 (35,3)		0,2
No	105 (55,3)		44 (64,7)		
Specialization Course in other field					
Yes	49 (25,8)		29 (42,6)		0,01
No	141 (74,2)		39 (57,4)		
PHLBC ****					
Yes	10 (5,3)		3 (4,4)		1,00
No	180 (94,7)		65 (95,6)		
Written exam result	190 (70,1)	6,8 (0,6) *	68 (29,8)	7,2 ± 0,6 *	< 0,001

* The approval criteria were different for the 2nd Examination (curriculum was only for ranging purposes) which caused "n" e percents higher among the approved in this Examination, besides the lower cut point in the written exam to obtain the title.

** Values of p for: Mann-Whitney test - for continuous variables; Yates chi-squared test (or Fisher exact) - for categorical variables. All p-values < 0.05 were considered statistically significant.

*** Includes Residency in General & Community Medicine (oldest name of the specialty) and only 2 cases of Residency in Family and Community Medicine

**** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Table 6. Comparison between the approved in the written exam in Examinations n° 2 (in 2004) and 3 (in 2005)

Variable	Approved in the written exam of Examination 2		Approved in the written exam of Examination 3		Valor p [*]
	N (%)	Mean ± SD	N (%)	Mean ± SD	
Age	190 (70,1)	37,6 ± 7,9	126 (55,3)	34,4 ± 7,4	< 0,001
Gender					
Male	79 (41,6)		61 (48,4)		0,3
Female	111 (58,4)		65 (51,6)		
Time elapsed since graduation	190 (70,1)	13 ± 8,5	126 (55,3)	8,3 ± 6,7	< 0,001
Residency in Family & Community Medicine **					
Yes	51 (26,8)		40 (31,7)		0,41
No	139 (73,2)		86 (68,3)		
Residency in other specialty					
Yes	40 (21,1)		20 (15,9)		0,32
No	150 (78,9)		106 (84,1)		
Specialization Course in Family & Community Medicine					
Yes	8 (4,2)		6 (4,8)		1,00
No	182 (95,8)		120 (95,2)		
Specialization Course in Family Health					
Yes	85 (44,7)		40 (31,7)		0,03
No	105 (55,3)		86 (68,3)		
Specialization Course in other field					
Yes	49 (25,8)		43 (34,1)		0,14
No	141 (74,2)		83 (65,9)		
PHLBC ***					
Yes	10 (5,3)		5 (4,0)		0,79
No	180 (94,7)		121 (96,0)		
Written exam result	190 (70,1)	6,8 ± 0,6	126 (55,3)	6,8 ± 0,6	0,39
Curriculum punctuation	190 (70,1)	72,6 ± 47,6	126 (55,3)	60 ± 36,1	0,008

* Values of p for: Mann-Whitney test - for continuous variables; Yates chi-squared test (or Fisher exact) - for categorical variables. All p-values < 0.05 were considered statistically significant.

** Includes Residency in General & Community Medicine (oldest name of the specialty) and only 2 cases of Residency in Family and Community Medicine

*** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Table 7. Multiple Logistic Regression, using the result of the Specialist's Title Examinations (approved and non approved) as the outcome - Examination 2 (2004) and 3 (2005)

Variable	Examination 2		Examination 3	
	Odds Ratio	95% Confidence Interval	Odds Ratio	95% Confidence Interval
Age (as a continuous variable, in years)	1,20	1,10 - 1,31	1,20	1,04 - 1,37
Age (as a categoric variable, in years)				
Even 35 years (ref.)	1,00		1,00	
> 35 a 45 years	2,39	0,92 - 6,21	1,96	0,64 - 5,95
> 45 years	5,62	1,49 - 21,21	3,28	0,48 - 22,11
Gender				
Female (ref.)	1,00		1,00	
Male	1,26	0,71 - 2,24	1,02	0,55 - 1,86
Time elapsed since graduation (as a continuous variable, in years)	0,87	0,80 - 0,94	0,83	0,72 - 0,96
Time elapsed since graduation (as a categoric variable, in years)				
Even 10 years (ref.)	1,00		1,00	
> 10 a 20 years	0,68	0,27 - 1,72	0,54	0,16 - 1,84
> 20 years	0,29	0,08 - 1,2	0,39	0,05 - 2,85
Residency in MFC (ref. Yes) *	11,10	2,50 - 49,35	3,96	1,91 - 8,22
PHLBC (ref. Yes) **	0,40	0,16 - 0,99		
Specialization Course in Family & Community Medicine			2,54	0,60 - 10,76

* Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty) and, in only 2 cases, Residency in Family Health (SF)

** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

Table 8. Multiple Linear Regression, using the result of the written exam as the outcome in the Specialist's Title Examinations n° 2 (in 2004) and n° 3 (in 2005)

Variable	Examination 2		Examination 3	
	β *	ρ value **	β *	ρ value **
Age	- 0,54	< 0,001	- 0,39	< 0,002
Gender (ref. female)	- 0,05	0,38	- 0,09	0,10
Time elapsed since graduation (ref. cat. 3) ***	- 0,38	< 0,001	- 0,10	0,57
Residency in Family & Community Medicine (ref. Yes) ****	- 0,26	< 0,001	- 0,29	< 0,001
PHLBC (ref. Yes) *****	0,14	0,01		
Specialization Course in Family & Community Medicine (ref. Yes)			- 0,09	0,14

* Adjusted for age, gender, time elapsed since graduation, Residence in Family & Community Medicine, specialty in Family & Community Medicine and/or in Family Health and PHLBC.

** There were considered statistically significant values of $p < 0.05$.

*** Time elapsed since graduation: 1 (< 20 years); 2 (20 to 30 years); 3 (> 30 years).

**** Includes 2 or 3 years of Residency in Family & Community Medicine or in General & Community Medicine (oldest name of the specialty).

***** Participation in the Program of Health Labor in Brazilian Countryside (PHLBC), sponsored by the Ministry of Health.

ARTIGO 1, EM PORTUGUÊS

7. ARTIGO 1, EM PORTUGUÊS – DESEMPENHO DE MÉDICOS QUE ATUAM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL NOS DOIS PRIMEIROS CONCURSOS PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Autores

1. João Werner Falk – Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestre em Clínica Médica, Diretor de Titulação e Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
2. Mary Clarisse Bozzetti – Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médica especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestre em epidemiologia, doutora em Clínica Médica.
3. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello – Professor Titular do Departamento de Psiquiatria e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médico especialista em Psiquiatria, mestre em Saúde Pública, livre-docente em Psiquiatria.

Endereço para correspondência

João Werner Falk

Rua São Manoel, 120 – Bairro Santana - CEP 90.620-110

Porto Alegre – RS – Brasil. Fones (51) 3330-4939 e (51) 3316-5694

E-mail joaofalk@terra.com.br e jfalk@famed.ufrgs.br

Resumo

No Brasil, assim como no mundo todo, cresce a importância da especialidade médica que, em nosso país, se denomina Medicina de Família e Comunidade (MFC). Não chega a ser uma especialidade nova no Brasil, pois seus primeiros programas de residência médica e de atuação em serviços de saúde remontam à década de 70, mas somente após a implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, passou a se expandir e a ter maior visibilidade. A MFC foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 (ainda com seu antigo nome) e pela Associação Médica Brasileira somente em 2003. Esse último reconhecimento permitiu que se passasse a realizar concursos (de prova e currículo) para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). O presente artigo avalia os dois primeiros concursos para TEMFC, relacionando as características de formação e de experiência profissional dos candidatos (médicos que atuam na área de Atenção Primária em Saúde) com seus desempenhos nesses concursos. Os resultados mostram a grande importância da Residência Médica em MFC, o “padrão ouro” de formação desse especialista, a pouca efetividade de cursos de especialização multiprofissionais em Saúde da Família, assim como da formação prometida pelo Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Mostram também piora do desempenho no concurso de médicos com mais idade e mais tempo desde a graduação, evidenciando a necessidade de programas de educação médica continuada, incluindo estratégias de ensino à distância.

Palavras-chave

Medicina de Família e Comunidade, Medicina de Família, Medicina Comunitária, Atenção Primária em Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Brasil.

Introdução

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que mais cresce no Brasil, principalmente após a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1984,¹ no qual o especialista em MFC tem demonstrado ser o médico mais adequado e capacitado para trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde deste Programa.

A MFC não é uma especialidade médica nova no Brasil. Desde a década de 70, existiram experiências inovadoras de prática e de ensino precursoras desta especialidade e do desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde no país. Entre estas, destaca-se o Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre,² onde também foi planejado um Programa de Residência Médica nesta área em 1975,³ tendo o mesmo iniciado em 1976, no mesmo ano em que outros dois programas semelhantes também foram implantados, no Rio de Janeiro e em Pernambuco.

As residências já existentes nesta área, bem como a especialidade, foram reconhecidas e normalizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, e a especialidade foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 (nestas duas instituições com seu antigo nome “Medicina Geral Comunitária”) e pela Associação Médica Brasileira e Comissão Mista de Especialidades, em 2002 (já com o atual nome de “Medicina de Família e Comunidade”).^{4,5}

Várias organizações públicas e privadas, inclusive o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, têm reconhecido a importância desta especialidade médica para o sistema de saúde brasileiro e para a qualidade da atenção à saúde de seus habitantes, fato que já ocorre em vários outros países do mundo.^{6,7,8,9,10,11,12,13}

O mercado de trabalho para esta especialidade, principalmente em Unidades Básicas de Saúde do PSF, tem crescido enormemente nos últimos dez anos, mas a

formação de especialistas adequados para atuarem nestas Unidades está nitidamente defasada em qualidade e em quantidade.

Até 2003, a única maneira de um médico se tornar especialista em Medicina de Família e Comunidade era realizar um Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária ou em Medicina de Família e Comunidade, o nome atual. Contudo, entre os mais de 22.000 médicos que atualmente trabalham no PSF, menos de dez por cento concluíram residência nesta especialidade. Tentando minimizar este problema, o Ministério da Saúde, algumas Universidades e outros organismos passaram a desenvolver cursos de especialização e outras formas mais compactas de capacitação em saúde da família ou áreas afins, estratégias geralmente insuficientes em carga horária e em qualidade. Contudo, os egressos destes cursos não são reconhecidos como médicos especialistas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Associação Médica Brasileira (AMB) e demais entidades médicas.^{14,15}

O CFM registra apenas dois tipos de documentos que conferem a qualificação oficial de “médico especialista” em cada uma das 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil: o de Residência Médica credenciada pela CNMR e o de Título de Especialista, conquistado através de concurso de provas e currículo realizado por Sociedade Brasileira de Especialidade Médica filiada à AMB, e cujo Edital do concurso seja aprovado por esta Associação.^{14,15} A Medicina de Família e Comunidade é uma destas 53 especialidades reconhecidas e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) conseguiu sua filiação à AMB em 2003.^{16,17,18}

Assim, somente no final de 2003 a SBMFC conseguiu que a AMB aprovasse seus dois primeiros editais para realização de concursos para obtenção de títulos de especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC).¹⁹

O presente artigo tem como objetivo caracterizar a formação e experiência profissional dos médicos que atuam na área de Atenção Primária em Saúde (APS) no

Brasil, através dos resultados obtidos na única forma de avaliação nacional objetiva de qualificação profissional já implantada neste país para esta especialidade: os concursos para título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), dos quais este artigo abordará os dois primeiros, realizados em 2004.²⁰

Métodos

Concurso por proficiência

A Associação Médica Brasileira (AMB) autorizou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade a realizar este concurso de forma extraordinária, e em uma única edição. Esta decisão baseou-se no fato de não haver, até então, nenhum profissional nascido no Brasil com título de especialista nesta especialidade para compor as bancas (comissões para elaboração de provas, análise de currículos e outras atividades) para os demais colegas que viessem a se candidatar ao TEMFC.

Face à exigência legal de que a avaliação dos candidatos seja feita por especialista em MFC, foi concedido o TEMFC por equivalência de título estrangeiro, a duas médicas canadenses que trabalham há alguns anos no município de São Paulo. As duas profissionais haviam concluído Programa de Residência Médica e depois obtido o título de especialista em Medicina Familiar e Comunitária no Canadá. Além de serem reconhecidas por sua capacidade profissional, uma delas também havia sido membro de banca de avaliação de concursos para título de especialista, nesta especialidade, no Canadá.

O primeiro concurso para TEMFC foi realizado entre fevereiro e março de 2004, sendo um concurso “por proficiência”, porque não houve prova escrita, sendo os candidatos avaliados pela comprovação de currículos altamente qualificados em MFC, dentro de critérios bastante rigorosos para a realidade desta especialidade no Brasil.

Os candidatos aprovados apresentaram documentação comprobatória das seguintes atividades:

1. graduação em medicina;
2. registro definitivo em Conselhos Regional de Medicina no Brasil há pelo menos dois anos
3. conclusão de Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou em Medicina Geral Comunitária (MGC), reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);
4. exercício de atividade docente e/ou assistencial em MGC, em MFC ou em Medicina Ambulatorial em Atenção Primária em Saúde, igual ou superior a sete anos, incluindo o tempo de Residência Médica em MGC ou MFC;
5. ter, pelo menos, um dos seguintes critérios:

- ser ou ter sido preceptor, coordenador ou supervisor em Programa de Residência em MFC ou MGC, reconhecido pela CNRM, por no mínimo dois anos,

- exercer ou ter exercido função de gestão, gerência ou equivalente em serviço(s) de Atenção Primária em Saúde (APS) por no mínimo um ano.

Concurso ordinário, através de prova e currículo

Dentre os aprovados no primeiro concurso, foram selecionados os componentes das bancas para o segundo concurso, compostas por uma Comissão de Titulação da SBMFC, e suas sub-comissões de Homologação de Inscrições, de Prova Escrita e de Análise de Currículo, assim como por elaboradores e revisores de questões para a prova escrita. Esta prova foi aplicada no Rio de Janeiro, no dia 3 de abril de 2004, logo antes da abertura do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.

A prova escrita baseou-se no conteúdo programático e na bibliografia descritas nos anexos do edital do segundo concurso para TEMFC. O conteúdo abrangeu conhecimentos que um especialista em MFC deve dominar, incluindo o amplo “campo”

da Atenção Primária em Saúde (Saúde da Família, Saúde Coletiva, Epidemiologia, abordagem da família e da comunidade, educação em saúde, planejamento e administração em saúde, entre outros) e o “núcleo” da MFC (predominantemente clínico, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções mais prevalentes em APS no Brasil, contendo várias questões com casos clínicos).

Especificamente para este concurso, o critério de aprovação foi somente a nota na prova escrita igual ou superior a seis. A avaliação do currículo foi utilizada para calcular a média final ponderada e ordenar a classificação de cada candidato.

Delineamento

Este é um estudo com delineamento transversal.

Variáveis do estudo

No concurso por proficiência foram descritas as seguintes variáveis: idade, sexo, tempo transcorrido desde a graduação em medicina, instituição onde realizou a residência médica, o número de anos de prática profissional assistencial, como preceptor de residência em MFC, como docente e em atividades gerenciais em APS, bem como a distribuição dos aprovados por estados do Brasil.

Em relação aos dados do segundo concurso, foram analisadas as seguintes variáveis dependentes: desempenho dos candidatos, avaliado através de suas notas na prova escrita (variável contínua); aprovação ou não no concurso (titulado ou não, como variável dicotômica).

Entre as variáveis independentes, foram analisadas: idade; sexo; tempo decorrido desde a conclusão da graduação em medicina; realização ou não de Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (ou seu nome anterior, Medicina Geral Comunitária) ou em outra especialidade; realização de curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade, ou em Saúde da Família,

ou em outra especialidade ou área; instituição e estado onde foi realizada Residência Médica em MFC ou MGC; tempo de atuação em Atenção Primária em Saúde, seja no Programa de Saúde da Família ou em atividades similares; participação, por pelo menos um ano, no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), patrocinado pelo Ministério da Saúde do Brasil; estado no Brasil ou país onde trabalhava no momento da inscrição para o concurso.

Foi também descrito o desempenho dos candidatos, avaliado pelas suas pontuações nas análises de currículo, bem como suas médias finais ponderadas.

Fontes de informação

A base de dados e outros documentos da Diretoria e da Comissão de Titulação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), cuja autorização foi aprovada pela SBMFC para a utilização dos mesmos para esta análise.

Os editais e seus anexos, as provas escritas e seus gabaritos, bem como outras informações sobre todos os concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade realizados até o momento, estão disponíveis no site da SBMFC <www.sbmfc.org.br>.

Coleta de dados e controle de qualidade

O banco de dados foi criado a partir da base de dados da SBMFC, gerada a partir das inscrições homologadas dos candidatos e convertido para planilhas em Excel[®]. Após, essas planilhas foram complementadas com informações adicionais coletadas nos currículos e nos resultados da prova escrita e na pontuação realizada por Sub-Comissão de Análise de Currículos.

Uma amostra aleatória de 15% de todos os currículos foi revisada e pontuada. Comparando-se a pontuação dada pela banca original do concurso com esta

pontuação, observou-se uma correlação (Spearman) excelente e estatisticamente significativa ($r=0,943$; $p < 0,001$).

Todas as informações do banco de dados foram conferidas por dois digitadores independentes, familiarizados com o programa e com os instrumentos de coleta.

O banco de dados foi exportado para o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 12, no qual foi realizada a análise estatística.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva, com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra estudada.

Para comparar as variáveis numéricas contínuas foi utilizado o teste t de Student para as que tivessem distribuição normal ou teste não paramétrico correspondente (Mann Whitney). As variáveis categóricas foram comparadas através do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando indicado. Análises de correlação de Pearson (ou de Spearman) foram realizadas.

As variáveis cujas comparações apresentaram um valor de $p < 0,25$ na análise uni/bivariada e/ou relevantes no marco conceitual da pesquisa foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla não condicional, na tentativa de identificar o efeito independente de cada variável sobre o desfecho de interesse (dicotômico: “titulado / não titulado”). Procedeu-se também um modelo de regressão linear múltipla, tendo como desfecho a variável contínua “nota da prova escrita”. A opção de realizar uma regressão linear múltipla foi utilizada por considerar-se que um desfecho contínuo poderia contribuir para um melhor entendimento das possíveis associações observadas. E, variável utilizada foi “nota da prova escrita”, e não a “média final”, pois esta última inclui a pontuação do currículo que, na verdade, foi utilizado como um critério somente classificatório.

Foi também realizada a correlação entre os desempenhos na prova escrita e na análise de currículo dos candidatos aprovados.

Foram consideradas estatisticamente significativas as comparações com $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pela Diretoria da SBMFC, que autorizou a utilização dos dados dos concursos para Título de Especialista, bem como pelas Comissões de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Comissão de Ética e Pesquisa da UFRGS. Foi garantida a confidencialidade das informações, sendo os dados utilizados sempre de forma coletiva, sem identificação dos participantes.

Resultados

No concurso por proficiência, 85 candidatos foram aprovados e receberam o Título de Especialista (além de mais dois por reconhecimento de título obtido no Canadá). As características dos mesmos estão descritas na Tabela 1.

Os aprovados eram em sua maioria do sexo feminino (55,3%), com média de idade de 42,5 anos ($\pm 5,7$) e tempo médio transcorrido desde a graduação de 16,5 anos ($\pm 5,3$). A maioria (92,9%) fez sua Residência em MFC em um dos dois programas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul: Centro de Saúde Escola Murialdo (49,4%) ou Grupo Hospitalar Conceição (43,5%). Destaca-se que a maioria dos aprovados residia no estado do Rio Grande do Sul (89,4%). Outros achados estão também descritos na Tabela 1.

Descrevem-se, na Tabela 2, as características dos 271 candidatos inscritos no segundo concurso e que compareceram à prova escrita, que foi aplicada na cidade do Rio de Janeiro, em abril de 2004. A maioria eram mulheres (57,6%), com média de

idade de 39,1 anos ($\pm 8,5$), com tempo médio desde a graduação de 13,7 anos ($\pm 8,4$). Aproximadamente 20% possuíam residência em MFC e 21% em outra especialidade médica.

A média na prova escrita foi de 6,4 ($\pm 0,9$), sendo a nota mínima 3,1 e a máxima 9,2. (Tabela 2) A pontuação média dos currículos, entre os aprovados na prova escrita, foi de 72,6 pontos ($\pm 45,6$) e a média ponderada final destes foi de 5,7 ($\pm 0,7$).

A Figura 1 apresenta a frequência de candidatos de acordo com a titulação por Unidade da Federação. Observa-se que os estados de Minas Gerais e São Paulo foram os que apresentaram maior percentual de titulados.

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os 190 titulados e os 81 não titulados para as variáveis idade ($p < 0,001$), tempo desde a graduação ($p = 0,03$), Residência em MFC ($p < 0,001$), participação no PITS ($p = 0,003$) e na nota da prova escrita ($p < 0,001$). Os titulados eram mais jovens, tinham menos tempo desde a graduação, um percentual bem mais elevado de Residência em MFC e, obviamente, melhor nota na prova escrita. Os candidatos que participaram do PITS predominaram entre os não titulados, e essa diferença foi estatisticamente significativa. (Tabela 3)

Observou-se uma associação positiva e significativa com o desfecho (titulados ou não titulados) para as variáveis idade (Razão de Chances – RC: 1,20; intervalo de confiança – IC de 95%: 1,10 – 1,31) e Residência em MFC (RC: 11,10; IC 95%: 2,50 – 49,35), e associação negativa e significativa para o tempo transcorrido desde a graduação (RC: 0,87; IC 95%: 0,80 – 0,94) e participação no PITS (RC: 0,40; IC 95%: 0,16 – 0,99). (Tabela 4)

Quando tratadas como variáveis categóricas, a idade só se mantém significativa no grupo com mais de 45 anos (RC: 5,62; IC 95%: 1,49 – 21,21) e o tempo decorrido desde a graduação perde a significância. (Tabela 4)

Na análise de regressão linear múltipla, as variáveis idade e tempo transcorrido desde a graduação apresentaram associação inversa com a nota da prova escrita. As variáveis residência em MFC e PITS, tratadas como “dummy”, mostraram uma associação estatisticamente significativa com a nota da prova. (Tabela 5) Esses achados indicam que os mais jovens e os que fizeram Residência em MFC tiveram notas melhores, assim como os com menos tempo transcorrido desde a graduação em medicina. Já em relação ao PITS, os que o realizaram tiveram pior nota.

O teste de correlação de Pearson mostrou uma correlação negativa e significativa entre a nota da prova escrita com o tempo desde a graduação de $-0,193$ ($p=0,001$) e com a variável idade ($r = -0,376$; $p < 0,001$). Entre os titulados ($n = 190$) não houve correlação significativa entre os pontos no currículo e a nota na prova ($r = 0,039$; $p = 0,59$).

Discussão

Esse estudo avalia o desempenho de médicos que atuam em APS, como médicos de família e comunidade, através dos resultados dos dois primeiros concursos para Título de Especialista em MFC realizados no Brasil. Acredita-se que os resultados destes concursos possam servir como indicadores da qualificação desses profissionais.

O concurso por proficiência foi realizado com critérios muito exigentes, na expectativa da SBMFC de que fosse titulado um percentual inferior a 0,5% dos médicos que atuam em APS no Brasil, que provavelmente seriam os profissionais mais qualificados nesta área. Essa meta se confirmou, pois os 87 titulados correspondem a 0,3% dos cerca de 22.000 médicos que atuam no PSF e em outros serviços de APS no país.

Houve grande predomínio de médicos que residiam no Rio Grande do Sul titulados (89,4%). Isso pode ser explicado por Porto Alegre sediar os dois maiores, e

entre os três mais antigos, programas de Residência em MFC: o Centro de Saúde Escola Murialdo e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Esses dois programas formaram 92,9% dos médicos que conseguiram se titular por proficiência. Além disso, muitos desses titulados são, há muitos anos, médicos de um destes serviços e preceptores nas residências dos mesmos.

O grande número de titulados do Rio Grande do Sul concurso por proficiência explica, ao menos em parte, porque foi mais baixo o número de inscritos deste estado nos concursos posteriores. Mesmo assim, esse Estado continua sendo o que mais titulados teve até o presente momento (dezembro de 2005).

As médias de idade e tempo desde a graduação dos titulados por proficiência foram maiores do que as médias observadas no segundo concurso. Esse fato possivelmente possa ser explicado pela exigência mínima de sete anos de atuação em APS para os candidatos aprovados por proficiência, em comparação aos dois ou três anos exigidos no segundo concurso.

O predomínio de mulheres, observado nos dois concursos, embora não estatisticamente significativo, difere da predominância masculina na profissão (67,3% na pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, 1996, e na pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família”, 55,9%, em 2000).^{21,22} Já a média de idade e de tempo desde a graduação estão coerentes com os encontrados nestas duas pesquisas.

A proporção de médicos titulados no segundo concurso com residência em MFC (19,6%), especialização em MFC - que ainda são raras (4,1%) e especialização em Saúde da Família (46,1%) são superiores aos 14,9% com essa residência e 39,5% com qualquer tipo de especialização identificados na pesquisa “Perfil no PSF”.²² Isso talvez seja explicado pelo maior interesse pela qualificação e titulação dos médicos que se inscrevem para o TEMFC, em relação ao conjunto de médicos que estão trabalhando no PSF, onde é possível encontrar profissionais sem vocação e nem

qualificação profissional na área, que encarem essa atividade como um emprego temporário e sem perspectivas de continuidade.²³

As médias na prova escrita e na pontuação nos currículos foram baixas, o que confirma a necessidade de aprimoramento profissional. Essa necessidade foi manifestada por 96,35% dos médicos avaliados na pesquisa do PSF.²²

Em todas as análises estatísticas que envolveram a comparação entre titulados e não titulados, o desempenho no concurso foi significativamente melhor entre os mais jovens, os com menos tempo de exercício profissional e, principalmente, os com residência em MFC. Esses resultados provavelmente devem-se ao aprendizado recente na graduação e na residência médica, em contra-ponto à falta de atualização profissional dos profissionais mais antigos. Os achados sugerem que a Residência é o “padrão ouro” de formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade.

A participação no PITS acarretou menor taxa de titulação e pior desempenho do que o conjunto dos candidatos. Esse resultado reforça as críticas feitas à gestão do Ministério da Saúde do Governo anterior (1999-2000), de que a formação à distância, assim como a precária e rara supervisão local para os participantes do PITS, eram insuficientes para a capacitação e para a educação permanente. Estes resultados apontam a inadequação da promessa feita pelo Ministério da Saúde de conceder um Título de Especialista para os médicos que permanecessem vinculado ao PITS, por no mínimo um ano, uma vez que esse Ministério não possui competência legal para conceder Títulos de Especialista em nenhuma especialidade médica, direito que é privativo das sociedades científicas da área médica.

Os cursos de especialização em MFC ainda são raros no país, e o número reduzido de participantes nesta formação (11 médicos, sendo 8 titulados e 3 não) não permitiu análise detalhada. Cursos de especialização em Saúde da Família e em outras áreas predominaram entre os profissionais não titulados. Diferenças entre as especializações em MFC e em Saúde da Família (essa muito estimulada e financiada

pelo Ministério da Saúde) envolvem a segunda ser multiprofissional e fornecer a mesma formação para todos os profissionais, sem diferenciações para o “núcleo” de cada profissão, o que pode ser viável para áreas como Saúde Pública ou Saúde Coletiva, mas é insuficiente e inadequado para a formação em MFC. Por outro lado, as especializações em MFC incluem todo o conteúdo essencial das especializações em Saúde da Família, e acrescentam muita formação clínica e outros conteúdos mais específicos para a capacitação de médicos para atuarem na Atenção Primária em Saúde.

A correlação fraca e não significativa entre pontuação no currículo e nota na prova escrita sugere que ter melhor currículo não se associa a maior conhecimento na área de MFC.

Os resultados do estudo mostram a importância da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, reforçando-a como “padrão ouro” de formação do especialista médico na área de APS. Já as residências em outras especialidades não contribuíram para melhorar o desempenho dos candidatos no concurso.

Em relação aos cursos de especialização, ficou evidente a vantagem dos cursos específicos em MFC em relação aos multiprofissionais em Saúde da Família e demais cursos, para a formação dos médicos para a Atenção Primária em Saúde.

O pior desempenho dos médicos formados há mais tempo e com mais idade reforça a necessidade de estímulo e disponibilidade de educação médica continuada em Atenção Primária em Saúde, especialmente em Medicina de Família e Comunidade.

Assim, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, as Universidades, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e outras instituições deveriam estimular a ampliação de vagas e a qualificação das residências médicas em MFC. Cursos de especialização em MFC deveriam ser oferecidos principalmente para quem já atua na rede de serviços e não fez residência

na área. Programas consistentes de educação médica continuada são fundamentais, incluindo estratégias para cursos à distância, pelo fato de muitos profissionais atuarem no interior ou em periferias urbanas.

Espera-se que os resultados e conclusões deste artigo venham a servir para orientar as necessidades de formação e de atualização dos médicos que atuam em APS no Brasil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde em casa. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.
2. Busnello EAD, et al. O Projeto do Sistema de Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, out. 1974. (mimeo)
3. Grossman C, et al. Programa de Residência em Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo. Porto Alegre, RS: SSMA/RS, abr. 1975.
4. Falk JW. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da medicina geral comunitária. In: Leite, D. (org). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. Universidade/UFRGS, 1999.
5. Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.
6. McWhinney Y. A Textbook of Family Medicine, 2a ed., Oxford. Oxford University Press, 1997. 448p.
7. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
8. Rackel RE. Textbook of family practice. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. – Part I – Principles of Family Practice.
9. WONCA. A Definição Européia de Medicina Familiar. Versão para o português da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa, 2002

10. Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços- tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
11. Duncan BB, et al. Prefácio. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
12. Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.76
13. Tavares M. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.88
14. Conselho Federal de Medicina. Convênio Celebrado com a Associação Médica Brasileira para Regulamentar a Concessão e Registro de Títulos de Especialista. Brasília, 10 de março de 1989.
15. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM Nº 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Brasília, 7 de maio de 2003.
16. Conselho Federal de Medicina. Processo Consulta CFM 29/86. Brasília, 11 de junho de 1986. Disponível em: www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfm/29_1986.htm
17. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União de 23 de outubro de 1986, página 15.949.

18. Associação Médica Brasileira. Decisão do Conselho Científico. Filia a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a responsabiliza por representar a especialidade Medicina de Família e Comunidade junto à AMB. São Paulo, 25 de novembro de 2003.
19. Associação Médica Brasileira. Aprova os Editais para Concursos para Títulos de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. São Paulo, 30 de dezembro de 2003.
20. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Editais SBMFC TEMFC nº 1 e nº 2. Porto Alegre, dez. 3003. Disponível em: <www.sbmfc.org.br> – Prova de Títulos – Concursos Anteriores. Acesso em 06/12/2005.
21. Machado MH. Perfil dos Médicos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CFM; Brasil-Ministério da Saúde, 1996.
22. Machado MH. Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: BRASIL Brasil-Ministério da Saúde, 2000.
23. Anderson MIP; Gusso G, Castro Filho E. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Rev. APS, v.8, n.1, p.61-67, jan./jun.2005.

Tabela 1. Características dos aprovados no concurso para obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) por proficiência, 2004

Variável	N (%)	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Idade (anos)	85 (100)	32	55	42,5 ± 5,7
Sexo				
Masculino	38 (44,7)			
Feminino	47 (55,3)			
Tempo desde a graduação (anos)	85 (100)	7	28	16,5 ± 5,3
Tempo de atuação assistencial em Atenção Primária em Saúde (anos) *	85 (100)	2	21,7	12,3 ± 4,8
Tempo de atuação docente em Atenção Primária em Saúde (anos) **	85 (100)	< 1	25	1,9 ± 4,4
Tempo de preceptoría (docência) em Residência em MFC (anos)	85 (100)	< 1	22	5,8 ± 5,3
Tempo de atividade gerencial em Atenção Primária em Saúde (anos)	85 (100)	< 1	11,9	2,7 ± 2,7
Estado (UF) atual dos titulados				
RS	76 (89,4)			
MG	2 (2,4)			
SC	2 (2,4)			
DF	1 (1,2)			
ES	1 (1,2)			
PR	1 (1,2)			
RJ	1 (1,2)			
SP	1 (1,2)			
Instituição onde fez Residência ***				
CSE Murialdo - RS	42 (49,4)			
GH Conceição - RS	37 (43,5)			
UFJF - MG	2 (2,4)			
UERJ - RJ	1 (1,2)			
PUC - PR	1 (1,2)			
CSSM - SP	1 (1,2)			
HMSJ - SC	1 (1,2)			

* Inclui os 2 ou 3 anos de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade).

** Exclui o tempo de atuação como preceptor de Residência em MFC.

*** CSE Murialdo = Centro de Saúde Escola Murialdo; GH Conceição = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; UFJF = Universidade Federal de Juiz de Fora; UERJ = Universidade Estadual do Rio de Janeiro; PUC = Pontifícia Universidade Católica do Paraná; CSSM = Casa de Saúde Santa Marcelina; HMSJ = Hospital Municipal São José - Joinville.

Tabela 2. Características dos candidatos do segundo concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em 2004

Variável	N (%)	Mínimo	Máximo	Média
Idade (anos)	271 (100)	26	76	39,1 ± 8,5
Sexo				
Masculino	115 (42,4)			
Feminino	156 (57,6)			
Tempo desde a graduação (anos)	271 (100)	2	37	13,7 ± 8,4
Residência em MFC *	53 (19,6)			
Residência em outra especialidade	56 (20,7)			
Especialização em MFC	11 (4,1)			
Especialização em Saúde da Família	125 (46,1)			
Especialização em outra área	75 (27,7)			
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)	24 (8,9)			
Nota na prova escrita	271 (100)	3,1	9,2	6,4 ± 0,9

* Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 7 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Figura 1 - Distribuição dos candidatos do segundo concurso para TEMFC, por Unidade da Federação, de acordo com o resultado

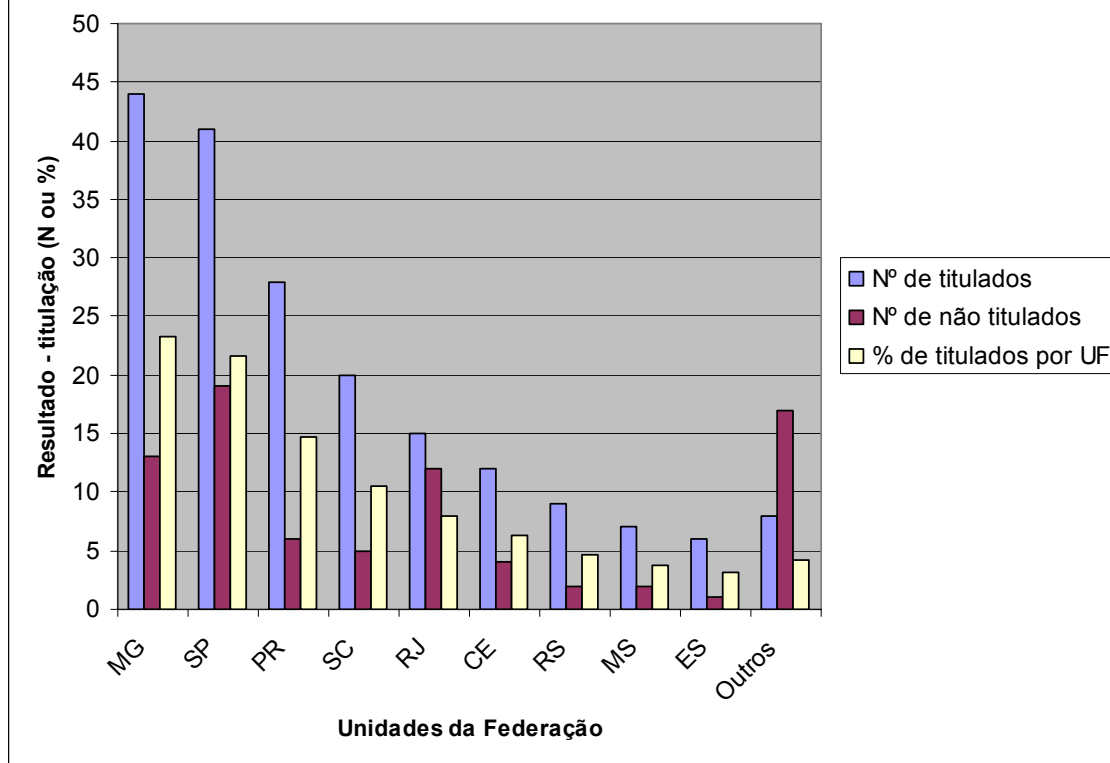


Tabela 3. Comparação entre titulados e não titulados no segundo concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em 2004

Variável	Titulados (n=190/271)		Não titulados (n=81/271)		Valor p*
	N (%)	Média ± DP	N (%)	Média ± DP	
Idade	190 (70,1)	37,6 ± 7,9	81 (29,9)	42,7 ± 8,7	< 0,001
Sexo					
Masculino	79 (41,6)		36 (44,4)		0,76
Feminino	111 (58,4)		45 (55,6)		
Tempo desde a graduação (anos)	190 (70,1)	13 (8,5)	81 (29,9)	15,4 ± 8,1	0,03
Residência em MFC **					
Sim	51 (26,8)		2 (2,5)		< 0,001
Não	139 (73,2)		79 (97,5)		
Residência em outra especialidade					
Sim	40 (21,1)		16 (19,8)		0,94
Não	150 (78,9)		65 (80,2)		
Especialização em MFC					
Sim	8 (4,2)		3 (3,7)		1,00
Não	182 (95,8)		78 (96,3)		
Especialização em Saúde da Família					
Sim	85 (44,7)		40 (49,4)		0,57
Não	105 (55,3)		41 (50,6)		
Especialização em outra área					
Sim	49 (25,8)		26 (32,1)		0,36
Não	141 (74,2)		55 (67,9)		
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)					
Sim	10 (5,3)		14 (17,3)		0,003
Não	180 (94,7)		67 (82,7)		
Nota na prova escrita	190 (70,1)	6,8 (0,6)	81 (29,9)	5,3 ± 0,5	< 0,001

* Valores de p para: teste t de Student - para variáveis contínuas; qui-quadrado de Yates (ou exato de Fisher) - para variáveis categóricas. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de p < 0,05.

** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 7 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Tabela 4. Regressão logística múltipla, utilizando como desfecho o resultado no segundo concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (titulado e não titulado), em 2004

Variável	Razão de chances*	Intervalo de Confiança de 95%
Idade		(1,10 - 1,31)
Até 35 anos (ref.)	1,00	
> 35 a 45 anos	2,39 (0,92 - 6,21)	
> 45 anos	5,62 (1,49 - 21,21)	
Sexo		
Feminino (ref.)	1,00	(0,65 - 2,08)
Masculino	1,26 (0,71 - 2,24)	
Tempo desde a graduação	0,87	(0,80 - 0,94)
Até 10 anos (ref.)	1,00	
> 10 a 20 anos	0,68 (0,27 - 1,72)	
> 20 anos	0,29 (0,08 - 1,2)	
Residência em MFC (ref. Sim) **	11,1 (2,50 - 49,35)	(2,32 - 45,75)
PITS (ref. Sim)	0,40 (0,16 - 0,99)	(0,22 - 1,50)

* Ajustado para idade, sexo, tempo decorrido desde a graduação, residência em Medicina de Família e Comunidade, especialização em Medicina de Família e Comunidade e/ou em Saúde da Família e PITS.

** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 7 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Tabela 5. Regressão linear múltipla, utilizando como desfecho a nota na prova escrita no segundo concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em 2004

Variável	β^*	Erro Padrão	Valor de p^{**}
Idade	-0,69	0,12	< 0,001
Sexo (feminino)	-0,89	0,98	0,36
Tempo de graduado (ref. cat. 3) ***	0,5	0,12	< 0,001
Residência em Medicina de Família e Comunidade **** (sim)	-6,28	1,33	< 0,001
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (sim)	4,01	1,82	0,03

* Ajustado para idade, sexo, tempo decorrido desde a graduação, residência em Medicina de Família e Comunidade, especialização em Medicina de Família e Comunidade e/ou em Saúde da Família e PITS.

** Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

*** Tempo decorrido desde a graduação: 1 (< 20 anos); 2 (20 a 30 anos); 3 (acima de 30 anos).

**** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 7 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

ARTIGO 2, EM PORTUGUÊS

8. ARTIGO 2, EM PORTUGÊS – COMPARAÇÃO DO DESEMPENHO DE MÉDICOS QUE ATUAM EM ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL NOS TRÊS PRIMEIROS CONCURSOS PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Autores

1. João Werner Falk – Professor Adjunto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestre em Clínica Médica, Diretor de Titulação e Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
2. Mary Clarisse Bozzetti – Professora Adjunta do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médica especialista em Medicina de Família e Comunidade, mestre em Clínica Médica, doutora em epidemiologia.
3. Ellis Alindo D'Arrigo Busnello – Professor Titular do Departamento de Psiquiatria e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, médico especialista em Psiquiatria, mestre em Saúde Pública, livre-docente em Psiquiatria.

Endereço para correspondência

João Werner Falk

Rua São Manoel, 120 – Bairro Santana - CEP 90.620-110

Porto Alegre – RS – Brasil. Fones (51) 3330-4939 e (51) 3316-5694

E-mail joaofalk@terra.com.br e jfalk@famed.ufrgs.br

Resumo

A qualificação dos médicos que atuam em Atenção Primária em Saúde (APS) é uma preocupação mundial, e a avaliação dos mesmos se torna fundamental. Em todo o mundo cresce a importância da especialidade médica que, em nosso país, se denomina Medicina de Família e Comunidade (MFC) como elemento essencial na APS. Os primeiros programas de residência médica em MFC e de atuação em serviços de saúde nesta área remontam à década de 70, mas somente após a implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994, passou a se expandir e a ter maior visibilidade. A MFC foi reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 e pela Associação Médica Brasileira em 2003. Somente após esses reconhecimentos, foi permitida a realização de concursos (de prova e currículo) para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). O presente artigo avalia os três primeiros concursos para TEMFC, relacionando as características de formação e de experiência profissional dos candidatos (médicos que atuam na área de Atenção Primária em Saúde) com seus desempenhos nesses concursos. Os resultados mostram a grande importância da Residência Médica em MFC para a formação desse especialista e a pouca efetividade de Cursos de Especialização Multiprofissionais em Saúde da Família. Mostram também piora do desempenho no concurso de médicos com mais idade e mais tempo transcorrido desde a graduação, evidenciando a necessidade de programas de educação médica continuada, incluindo estratégias de ensino à distância.

Palavras-chave

Medicina de Família e Comunidade, Medicina de Família, Medicina Comunitária, Atenção Primária em Saúde, Recursos Humanos em Saúde, Brasil.

Introdução

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) não é uma especialidade médica nova no Brasil. Desde a década de 70, existiram experiências inovadoras de prática e de ensino precursoras desta especialidade e do desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde no país.

Entre estas, destaca-se o Centro de Saúde Murialdo, em Porto Alegre,¹ onde também foi planejado um Programa de Residência Médica nesta área em 1975,² tendo o mesmo iniciado em 1976, no mesmo ano em que outros dois programas semelhantes também foram implantados, no Rio de Janeiro e em Pernambuco.

As residências já existentes nesta área, bem como a especialidade, foram reconhecidas e normalizadas pela Comissão Nacional de Residência Médica em 1981 Comissão Nacional de Residência Médica em 1981, e a especialidade foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1986 (nestas duas instituições com seu antigo nome “Medicina Geral Comunitária”) e pela Associação Médica Brasileira e Comissão Mista de Especialidades, em 2002 (já com o atual nome de “Medicina de Família e Comunidade”).^{3,4}

A MFC é a especialidade médica que mais cresce no Brasil, principalmente após a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, em 1984,⁵ no qual o especialista em MFC tem demonstrado ser o médico mais adequado e capacitado para trabalhar nas Unidades Básicas de Saúde deste Programa.

Várias organizações públicas e privadas, inclusive o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde, têm reconhecido a importância desta especialidade médica para o sistema de saúde brasileiro e para a qualidade da atenção à saúde de seus habitantes, fato que já ocorre em vários outros países do mundo.^{6,7,8,9,10,11,12,13}

O mercado de trabalho para esta especialidade, principalmente em Unidades Básicas de Saúde do PSF, tem crescido enormemente nos últimos dez anos, mas a formação de especialistas adequados para atuarem nestas Unidades está nitidamente defasada em qualidade e em quantidade.

Até 2003, a única maneira de um médico se tornar especialista em Medicina de Família e Comunidade era realizar um Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária ou em Medicina de Família e Comunidade, o nome atual. Contudo, entre os mais de 22.000 médicos que atualmente trabalham no PSF, menos de dez por cento concluíram residência nesta especialidade. Tentando minimizar este problema, o Ministério da Saúde, algumas Universidades e outros organismos passaram a desenvolver cursos de especialização e outras formas mais compactas de capacitação em saúde da família ou áreas afins, estratégias geralmente insuficientes em carga horária e em qualidade. Contudo, os egressos destes cursos não são reconhecidos como médicos especialistas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Associação Médica Brasileira (AMB) e demais entidades médicas.^{14,15}

O CFM registra apenas dois tipos de documentos que conferem a qualificação oficial de “médico especialista” em cada uma das 53 especialidades médicas reconhecidas no Brasil: o de Residência Médica credenciada pela CNMR e o de Título de Especialista, conquistado através de concurso de provas e currículo realizado por Sociedade Brasileira de Especialidade Médica filiada à AMB, e cujo Edital do concurso seja aprovado por esta Associação.^{14,15} A Medicina de Família e Comunidade é uma destas 53 especialidades reconhecidas e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) conseguiu sua filiação à AMB em 2003.^{16,17,18}

Assim, somente no final de 2003 a SBMFC conseguiu que a AMB aprovasse seus dois primeiros editais para realização de concursos para obtenção de títulos de especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC).¹⁹

O presente artigo tem como objetivo caracterizar a formação e experiência profissional dos médicos que atuam na área de Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, através dos resultados obtidos na única forma de avaliação nacional objetiva de qualificação profissional já implantada neste país para esta especialidade: os três concursos para título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), realizados em 2004 e 2005.²⁰

Métodos

No presente artigo foram analisados os três primeiros concursos para TEMFC – os dos Editais 1, 2 e 3 – dando maior ênfase ao terceiro e sua comparação com o segundo.

Concurso por proficiência

O primeiro concurso para TEMFC foi realizado entre fevereiro e março de 2004, sendo um concurso “por proficiência”, porque não houve prova escrita, sendo os candidatos avaliados pela comprovação de currículos altamente qualificados em MFC, dentro de critérios bastante rigorosos para a realidade desta especialidade no Brasil.²⁰

A Associação Médica Brasileira (AMB) autorizou a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade a realizar este concurso de forma extraordinária, e em uma única edição. Esta decisão baseou-se no fato de não haver, até então, nenhum profissional nascido no Brasil com título de especialista nesta especialidade para compor as bancas (comissões para elaboração de provas, análise de currículos e outras atividades) para os demais colegas que viessem a se candidatar ao TEMFC.

Concursos ordinários, através de prova e currículo

Dentre os aprovados no primeiro concurso, foram selecionados os componentes das bancas para o segundo concurso, compostas por uma Comissão de Titulação da SBMFC, e suas sub-comissões de Homologação de Inscrições, de Prova Escrita e de Análise de Currículo, assim como por elaboradores e revisores de

questões para a prova escrita. Esta prova foi aplicada no Rio de Janeiro, no dia 3 de abril de 2004, logo antes da abertura do 6º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.

Dos titulados pelos dois primeiros concursos, saíram as bancas para o terceiro concurso, cuja prova escrita foi realizada na cidade de Belo Horizonte, em 29 de maio de 2005, no dia seguinte ao encerramento do 7º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.

Estas duas provas escritas basearam-se no conteúdo programático e na bibliografia descritas nos anexos dos editais destes concursos para TEMFC. O conteúdo abrangeu conhecimentos que um especialista em MFC deve dominar, incluindo o amplo “campo” da Atenção Primária em Saúde (Saúde da Família, Saúde Coletiva, Epidemiologia, abordagem da família e da comunidade, educação em saúde, planejamento e administração em saúde, entre outros) e o “núcleo” da MFC (predominantemente clínico, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções mais prevalentes em APS no Brasil, contendo várias questões com casos clínicos).

Delineamento

Este é um estudo com delineamento transversal.

Variáveis do estudo

Em relação ao primeiro concurso (por proficiência), são descritas as variáveis idade, sexo, tempo transcorrido desde a graduação em medicina, instituição onde realizou a Residência, o número de anos de prática profissional assistencial, como preceptor de Residência em MFC, como docente e em atividades gerenciais em APS, bem como a distribuição dos aprovados por estados do Brasil.

A pesquisa foi detalhada em relação aos dados do terceiro concurso, e sua comparação com o segundo concurso (os dois primeiros concursos ordinários, de prova e currículo). Em ambos foram analisadas as seguintes variáveis dependentes: desempenho dos candidatos, avaliado através de suas notas na prova escrita (variável contínua); aprovação ou não no concurso (titulado ou não, como variável dicotômica).

Entre as variáveis independentes, foram analisadas: idade; sexo; tempo decorrido desde a conclusão da graduação em medicina; realização ou não de Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (ou seu nome anterior, Medicina Geral Comunitária) ou em outra especialidade; realização de curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade, ou em Saúde da Família, ou em outra especialidade ou área; instituição e estado onde foi realizada Residência Médica em MFC ou MGC; tempo de atuação em Atenção Primária em Saúde, seja no Programa de Saúde da Família ou em atividades similares; participação, por pelo menos um ano, no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), patrocinado pelo Ministério da Saúde do Brasil; estado no Brasil ou país onde trabalhava no momento da inscrição para o concurso. Foi também descrito o desempenho dos candidatos, avaliado pelas suas pontuações nas análises de currículo e por suas médias finais ponderadas.

Fontes de informação

A base de dados e outros documentos da Diretoria e da Comissão de Titulação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), cuja autorização foi aprovada pela SBMFC para a utilização dos mesmos para esta análise.

Os editais e seus anexos, as provas escritas e seus gabaritos, bem como outras informações sobre todos os concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade realizados até o momento, estão disponíveis no site da SBMFC <www.sbmfc.org.br>. ²⁰

Coleta de dados e controle de qualidade

O banco de dados foi criada a partir da base de dados da SBMFC, gerada a partir das inscrições homologadas dos candidatos e convertido para planilhas em Excel®. Após, essas planilhas foram complementadas com informações adicionais coletadas nos currículos e nos resultados da prova escrita e na pontuação realizada por Sub-Comissão de Análise de Currículos.

Uma amostra aleatória de 15% de todos os currículos foi revisada e pontuada. Comparando-se a pontuação dada pela banca original do concurso com esta pontuação, observou-se uma correlação (Spearman) excelente e estatisticamente significativa ($r=0,962$; $p < 0,001$).

Todas as informações do banco de dados foram conferidas por dois digitadores independentes, familiarizados com o programa e com os instrumentos de coleta.

O banco de dados foi exportado para o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 12, no qual foi realizada a análise estatística.

Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva, com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra estudada.

Para comparar as variáveis numéricas contínuas foi utilizado o teste t de Student para as que tivessem distribuição normal ou teste não paramétrico correspondente (Mann Whitney). As variáveis categóricas foram comparadas através do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, quando indicado. Análises de correlação de Pearson (ou de Spearman) foram realizadas.

As variáveis analisadas no segundo e terceiro concursos foram comparadas considerando-se duas amostras distintas. A primeira comparou os profissionais titulados, e a segunda os candidatos aprovados na prova escrita. Tal estratégia foi

utilizada considerando-se que no segundo concurso todos os aprovados na prova escrita foram declarados como titulados. Já no terceiro concurso, somente foram titulados os que obtiveram média ponderada final (entre prova escrita, com peso 7, e currículo, com peso 3) igual ou superior a 7,0.

As variáveis cujas comparações apresentaram um valor de $p < 0,25$ na análise uni/bivariada e/ou relevantes no marco conceitual da pesquisa foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla não condicional, na tentativa de identificar o efeito independente de cada variável sobre o desfecho de interesse (dicotômico: titulado / não titulado). Procedeu-se também um modelo de regressão linear múltipla, tendo como desfecho a variável contínua “nota da prova escrita”. A opção de realizar uma regressão linear múltipla foi utilizada por considerar-se que um desfecho contínuo poderia contribuir para um melhor entendimento das possíveis associações observadas.

Foi realizada a correlação entre os desempenhos na prova escrita e na análise de currículo de todos os candidatos do terceiro concurso, e dos aprovados na prova escrita do segundo e terceiro concursos.

Foram consideradas estatisticamente significativas as comparações com $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pela Diretoria da SBMFC, que autorizou a utilização dos dados dos concursos para Título de Especialista, bem como pelas Comissões de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Comissão de Ética e Pesquisa da UFRGS. Foi garantida a confidencialidade das informações, sendo os dados utilizados sempre de forma coletiva, sem identificação dos participantes.

Resultados

Um total de 586 candidatos participou dos três primeiros concursos, sendo titulados 345 médicos. No concurso por proficiência, 87 candidatos foram aprovados e receberam o Título de Especialista (sendo 2 por reconhecimento de título obtido no Canadá). No segundo e terceiro concursos foram titulados 70,1% e 29,8% dos candidatos, respectivamente. (tabela 1)

No primeiro concurso, houve grande predominância do Rio Grande do Sul (89,4%) como Unidade da Federação, em número de titulados. As características dos 85 titulados brasileiros no primeiro concurso estão descritas na tabela 2.

Os aprovados eram em sua maioria do sexo feminino (55,3%), com média de idade de 42,5 anos ($\pm 5,7$) e tempo médio transcorrido desde a graduação de 16,5 anos ($\pm 5,3$). A maioria (92,9%) fez sua Residência em MFC em um dos dois programas de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul: Centro de Saúde Escola Murialdo (49,4%) ou Grupo Hospitalar Conceição (43,5%). Destaca-se que a maioria dos aprovados residia no estado do Rio Grande do Sul (89,4%).

No terceiro concurso, 228 candidatos realizaram a prova escrita, que foi aplicada na cidade de Belo Horizonte - MG - Brasil, no dia 29 de maio de 2005, sendo 68 titulados (29,8% dos que participaram). As características dos candidatos estão descritas na tabela 3.

A maioria eram mulheres (53,9%), com média de idade de 36,5 anos ($\pm 8,4$). O tempo médio desde a graduação foi de 10,0 anos ($\pm 7,9$). Realizaram Residência em MFC 19,7% e 15,8% em outra especialidade médica. Somente 3,5% candidatos comprovaram Especialização em MFC, 32,0% em Saúde da Família, 40,4% em outra área e 6,6% participaram do PITS. (tabela 3)

A média observada na prova escrita foi de 6,1 ($\pm 0,9$), sendo a nota mínima 3,5 e a máxima 8,5. A pontuação média dos currículos foi de 56,1 pontos ($\pm 34,7$) e a média ponderada final foi de 6,5 ($\pm 0,7$).

A figura 1 apresenta a frequência de candidatos de acordo com a titulação, por Unidade da Federação. Observa-se que os estados de Minas Gerais e São Paulo foram os que apresentaram maior número de titulados, enquanto que o Rio Grande do Sul foi o único estado onde o número de titulados superou o de não titulados.

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre titulados e não titulados para as variáveis idade ($p < 0,001$), Residência em MFC ($p < 0,001$), nota da prova escrita ($p < 0,001$) e pontuação no currículo ($p < 0,001$). Os titulados eram mais jovens, tinham um percentual bem mais elevado de Residência em MFC e, obviamente, melhor nota na prova escrita e maior pontuação no currículo. (tabela 4)

Houve predomínio das mulheres entre titulados e não titulados, porém a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 1,0$). Quanto à Residência em outra especialidade houve leve predominância, não significativa ($p = 0,76$), entre os titulados. O mesmo ocorreu com especializações em MFC ($p = 0,24$), assim como as especializações em Saúde da Família ($p = 0,59$) e em outras áreas ($p = 0,75$), no entanto essas diferenças não foram significativas. Além disso, os candidatos que participaram do PITS predominaram entre os não titulados e o tempo decorrido desde a graduação foi menor entre os titulados ($p = 0,54$) - diferenças também não estatisticamente significativas. (tabela 4)

A tabela 5 descreve a comparação das variáveis estudadas entre os titulados no segundo e terceiro concursos. A idade ($p = 0,02$) e o tempo desde a graduação ($p = 0,001$) foram significativamente menores entre os titulados do terceiro concurso. Além disso, o percentual de titulados com curso de especialização em outra área foi significativamente maior ($p = 0,01$). A nota da prova escrita, em média, foi maior entre os titulados do terceiro concurso ($p < 0,001$). As outras variáveis estudadas não

mostraram diferença significativa entre os titulados do segundo e terceiro concursos. (tabela 5)

A tabela 6 compara o segundo com o terceiro concurso, utilizando como amostra os aprovados na prova escrita (nota $\geq 6,0$). Acredita-se que essa comparação seja mais fidedigna do que a descrita na tabela 5, pois o critério de titulação no segundo concurso foi excepcionalmente diferente, conforme já explicado em Métodos, no item Análise Estatística.

Nas comparações apresentadas na tabela 6, observamos uma diferença significativa entre o segundo e terceiro concursos, nas variáveis idade ($p < 0,001$), tempo desde a graduação ($p < 0,001$), curso de especialização em Saúde da Família ($p = 0,03$) e na pontuação média do currículo ($p = 0,008$). As outras variáveis estudadas não mostraram diferença significativa entre os aprovados na prova escrita no segundo e no terceiro concurso. A média na prova escrita foi igual em ambos os concursos ($p = 0,39$), para esses aprovados na mesma. (tabela 6)

A nota na prova escrita do conjunto de todos os candidatos (titulados ou não) foi, em média, de 6,4 ($\pm 0,9$) no segundo concurso e de 6,1 ($\pm 0,9$) no terceiro concurso, e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

As variáveis com valor de $p < 0,25$ na análise uni/bivariada e/ou relevantes no marco conceitual da pesquisa foram incluídas na análise de regressão logística múltipla. A tabela 7 mostra o modelo de regressão logística para o segundo e terceiro concursos. No segundo concurso permaneceram significativamente associadas ao desfecho (titulados ou não titulados) as variáveis idade (Razão de Chances – RC: 1,20; intervalo de confiança – IC de 95%: 1,10 – 1,31), tempo desde a graduado (RC: 0,87; IC 95%: 0,80 – 0,94) e Residência em MFC (RC: 10,29; IC 95%: 2,32 – 45,75). As variáveis sexo e PITS perderam a significância após a análise multivariada. No modelo do terceiro concurso permaneceram independentemente associadas ao desfecho as variáveis idade (RC: 1,20; IC de 95%: 1,04 – 1,37), tempo desde a

graduado (RC: 0,83; IC 95%: 0,72 – 0,96) e Residência em MFC (RC: 3,96; IC 95%: 1,91 – 8,22). As variáveis sexo e Curso de Especialização em MFC perderam a significância após a análise multivariada. (tabela 7)

Uma análise de regressão linear múltipla, considerando como desfecho a nota da prova escrita, foi realizada para o segundo e terceiro concursos, de forma independente. No segundo concurso, as variáveis idade, tempo desde a graduação, Residência em MFC e PITS mostraram uma associação significativa com o desfecho contínuo. Já no terceiro concurso, somente as variáveis idade e residência em MFC apresentaram associação significativa com o desfecho.

A direção da associação permaneceu a mesma em todos os modelos. Os achados indicam que os mais jovens e os que fizeram Residência em MFC tiveram notas melhores, assim como os com menos tempo transcorrido desde a graduação em medicina. (tabela 8)

Não houve uma correlação (Spearman) significativa entre a nota da prova escrita com a pontuação no currículo entre os aprovados nesta prova no segundo concurso ($r=0,04$; $p=0,59$) e terceiro concurso ($r=0,07$; $p=0,28$).

Discussão

Esse estudo avalia o desempenho de médicos que atuam em APS, como médicos de família e comunidade, através dos resultados dos três primeiros concursos para Título de Especialista em MFC realizados no Brasil. Acredita-se que os resultados destes concursos possam servir como indicadores da qualificação desses profissionais.

O concurso por proficiência foi realizado com critérios muito exigentes, na expectativa da SBMFC de que fosse titulado um percentual inferior a 0,5% dos médicos que atuam em APS no Brasil, que provavelmente seriam os profissionais mais qualificados nesta área. Essa meta se confirmou, pois os 87 titulados

correspondem a 0,3% dos cerca de 22.000 médicos que atuam no PSF e em outros serviços de APS no país.

Houve grande predomínio de médicos que residiam no Rio Grande do Sul titulados (89,4%). Isso pode ser explicado por Porto Alegre sediar os dois maiores, e entre os três mais antigos, programas de Residência em MFC: o Centro de Saúde Escola Murialdo e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Esses dois programas formaram 92,9% dos médicos que conseguiram se titular por proficiência. Além disso, muitos desses titulados são, há muitos anos, médicos de um destes serviços e preceptores nas residências dos mesmos.

O grande número de titulados do Rio Grande do Sul concurso por proficiência explica, ao menos em parte, porque foi mais baixo o número de inscritos deste estado nos concursos posteriores. Mesmo assim, esse Estado continua sendo o que mais titulados teve até o presente momento (dezembro de 2005).

Também foi, com boa margem de distância frente aos demais, o Estado que teve maior percentual de aprovação no terceiro concurso, assim como no segundo e terceiro concursos somados, e o único em que o número de titulados superou o número de não titulados, no terceiro concurso (tabela 1 e figura 1). Esse destaque pode ser atribuído, principalmente, ao investimento permanentemente feito neste Estado, desde 1976, em Programas de Residência Médica nesta especialidade.

As médias de idade e tempo desde a graduação dos titulados por proficiência foram maiores que as médias observadas no segundo e no terceiro concurso. Esse fato possivelmente possa ser explicado pela exigência mínima de sete anos de atuação em APS para os candidatos do primeiro concurso, em comparação aos dois ou três anos exigidos nos demais dois concursos.

O predomínio de mulheres observado nos três concursos, embora não estatisticamente significativo, difere da predominância masculina na profissão (67,3%

na pesquisa “Perfil dos Médicos no Brasil”, 1996, e na pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família”, 55,9%, em 2000).^{21,22} Já a média de idade e de tempo desde a graduação estão coerentes com os encontrados nestas duas pesquisas.

No terceiro concurso, os 19,7% de candidatos com Residência em MFC, 3,5% em Especialização em MFC (que ainda são raras) e 32% em Especialização em Saúde da Família são superiores aos 14,9% com essa Residência e 39,5% em qualquer tipo de Especialização, na pesquisa “Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família”.²² Isso talvez seja explicado pelo maior interesse pela qualificação e titulação dos médicos que se inscrevem para o TEMFC, em relação ao conjunto de médicos que estão trabalhando no PSF, onde não é raro encontrar profissionais sem vocação e nem qualificação profissional na área, que encarem essa atividade como um emprego temporário e sem perspectivas de continuidade.²³

As médias das notas na prova escrita e na pontuação nos currículos foram bastante baixas, o que confirma a necessidade de aprimoramento profissional, que foi manifestada por 96,35% dos mesmos na pesquisa do PSF. Isso causou a predominância de baixas médias ponderadas finais e relativamente baixo índice de aprovação neste terceiro concurso.

Em todas as análises estatísticas que envolveram a comparação entre titulados e não titulados, o desempenho no terceiro concurso foi significativamente melhor entre os mais jovens e, principalmente, os com Residência em MFC. Os com menos tempo de profissão (desde a graduação) também predominaram entre os titulados, mas isso não foi significativo. Esses resultados provavelmente devem-se ao aprendizado recente na graduação e na residência médica, em contra-ponto à falta de atualização profissional dos médicos mais antigos. Os achados sugerem que a Residência é o “padrão ouro” de formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Os titulados tiveram desempenho significativamente melhor tanto na prova escrita quanto na pontuação de seus currículos, demonstrando a importância desses dois componentes para o médico que deseja conquistar o seu TEMFC.

Saliente-se que não houve correlação significativa entre as pontuações nos currículos e as notas na prova escrita, nem dentre os aprovados no segundo concurso, tampouco no conjunto de todos os candidatos no terceiro concurso. Tal fato sugere que ter melhor currículo não garante maior conhecimento na área de MFC, mesmo considerando que a grade de pontuação de currículos dá grande peso aos itens que sejam na área de MFC em relação aos demais.

A participação no PITS entre os não titulados acarretou pior desempenho que o conjunto dos candidatos, mas isso não chegou a ser significativo no terceiro concurso, como havia sido em quase todas as análises bi e multivariadas no segundo concurso. Talvez pelo número de participantes do PITS inscritos ter sido muito menor no terceiro concurso.

Para as demais variáveis estudadas – como sexo, residência em outra especialidade (que não a MFC) e cursos de especialização - não houve diferença estatisticamente significativa entre titulados e não titulados.

No terceiro concurso, o percentual de titulados entre os que fizeram curso de especialização em MFC foi mais do que o dobro do percentual dos não titulados. A diferença não ser significativa talvez possa ser explicada pelo reduzido número de 8 casos nesta pesquisa, uma provável consequência desses cursos em MFC ainda serem raros no país. Já os Cursos de Especialização em Saúde da Família e em outras áreas tiveram diferença menor entre titulados e não titulados, mas também sem significância estatística. A conhecida diferença entre as especializações em MFC e às em Saúde da Família (essas últimas muito estimuladas e financiadas pelo Ministério da Saúde) é que a segunda é multiprofissional e dá a mesma formação para todos, sem diferenciações para o “núcleo” de cada profissão, o que pode ser viável para

áreas como Saúde Pública ou Saúde Coletiva, mas é insuficiente para a formação médica especializada. Já as especializações em MFC incluem todo o conteúdo essencial habitual das especializações em Saúde da Família, e acrescentam muita formação clínica e outros conteúdos mais específicos para a capacitação de médicos para atuarem na Atenção Primária em Saúde, dentro ou não do PSF.

A comparação de resultados entre o segundo e o terceiro concurso (tabelas 5 e 6) mostra que as médias de idade e de tempo transcorrido desde a graduação foram significativamente menores no terceiro concurso. Isso pode ser explicado pelo fato de muitos só terem alcançado ao menos um dos pré-requisitos para a inscrição (conclusão de Residência em MFC credenciada ou 3 anos de prática profissional em APS) quando do terceiro concurso, pois não os tinham anteriormente, justamente por serem mais jovens em idade e na profissão.

A nota da prova escrita ter sido, em média, significativamente maior no terceiro concurso do que no anterior é facilmente explicada pela tabela 5 avaliar apenas os “titulados”, e o critério de titulação do segundo concurso ter, excepcionalmente, incluído todos os aprovados na etapa da prova escrita (os que tiveram nota 6,0 ou maior), enquanto o terceiro concurso exigiu média final ponderada 7,00 para um candidato se titular. Essa mesma comparação não mostra diferença alguma na tabela 6, onde estão incluídos apenas os aprovados na etapa da prova escrita, nestes dois concursos.

Quando se avalia a nota na prova escrita do conjunto de todos os candidatos do segundo e terceiro concursos, a média ficou significativamente mais baixa no último. Isso pode parecer estranho, pois essa prova teve os mesmos conteúdos programáticos, número de questões, formato, banca organizadora e demais critérios em relação à prova anterior. Além disso, critérios matemáticos e científicos utilizados para avaliar estas duas provas 24 não mostraram graus diferentes de dificuldade ou de discriminação de desempenho entre as questões destas duas provas. A única

explicação que parece possível é a de que a população de médicos que realizou a prova do segundo concurso estava mais preparada, ou tinha maior nível de conhecimentos, que a do terceiro concurso. A opinião de membros da Comissão de Titulação da SBMFC coincide com essa impressão, e inclui mais dois fatos que podem ajudar na explicação:

o segundo concurso incluiu um grupo de médicos que há anos esperavam essa primeira oportunidade de buscar seu Título de Especialista através de concurso, sendo que os mais preparados entre eles conseguiram se titular, e, portanto, não se inscreveram para o terceiro concurso, enquanto que vários dos não titulados – teoricamente menos qualificados – voltaram a se inscrever para o terceiro concurso;

na bibliografia do terceiro concurso, já havia a versão mais nova – e ainda muito recente – do principal livro previsto na mesma (Medicina Ambulatorial, organizado por Duncan, Schmidt e Giugliani), o que passou a exigir um maior grau de atualização nos conhecimentos dos candidatos.

As análises multivariadas, tanto logística como linear, mostraram três variáveis independentemente associadas com os desfechos. São elas, a idade, o tempo decorrido desde a graduação e a realização de Residência Médica em MFC. Esses achados parecem lógicos e foram amplamente comentados na seção de Discussão. Idade mais jovem, menos tempo transcorrido desde a graduação e ter realizado uma Residência em MFC estar associado com a aprovação poderia ser explicado por diversas razões: memória mais recente dos conteúdos aprendidos durante a graduação, maior interesse na busca de atualização profissional, a importante vantagem desses que fizeram Residência em MFC, maior envolvimento com serviços de Atenção Primária em Saúde que são centros de treinamento para estudantes de medicina e médicos residentes, entre outros.

Os resultados do estudo mostram a importância da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, reforçando-a como a melhor estratégia de

formação do especialista médico na área de Atenção Primária em Saúde. Já as residências em outras especialidades e os cursos de especialização (em qualquer das áreas) não foram significativos na melhora do desempenho dos candidatos nos dois concursos analisados.

O fato do pior desempenho dos médicos com mais tempo desde a graduação e com maior idade reforça a necessidade do estímulo e da disponibilidade de meios de educação médica continuada em Atenção Primária em Saúde, em especial em Medicina de Família e Comunidade.

Assim, a relevância dos resultados do presente estudo deveria ser cuidadosamente discutida com autoridades responsáveis pelo planejamento do Sistema Único de Saúde no Brasil, uma vez que a Atenção Primária em Saúde é um importante segmento deste Sistema e, portanto, a qualidade dos profissionais que trabalham neste campo se torna extremamente importante.

Os resultados e conclusões deste artigo poderão contribuir para as políticas, especialmente públicas, orientadoras da formação e da atualização dos médicos que atuam em APS no Brasil.

Referências

1. BUSNELLO, Ellis A.D. et al. O Projeto do Sistema de Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, out. 1974. (mimeo)
2. GROSSMAN, Carlos et al. Programa de Residência em Saúde Comunitária. Centro Médico Social São José do Murialdo. Porto Alegre, RS: SSMA/RS, abr. 1975.
3. FALK, João W. Aspectos conceituais, históricos e curriculares da medicina geral comunitária. In: Leite, D. (org). Pedagogia universitária: conhecimento, ética e política no ensino superior. Porto Alegre, Ed. Universidade/UFRGS, 1999.
4. FALK, João W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. v. 1, n. 1, p. 5-10, abr. 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde em casa. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 1994.
6. McWHINNEY, Ian. A Textbook of Family Medicine, 2ed. Oxford. Oxford University Press, 1997. 448p.
7. STARFIELD, Barabara. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.
8. RAKEL, R. E. Textbook of family practice. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. – Part I – Principles of Family Practice.

9. WONCA. A Definição Européia de Medicina Familiar. Versão para o português da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Lisboa, 2002
10. STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
11. DUNCAN, Bruce B. et al. Prefácio. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
12. TAKEDA, Sílvia. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.76
13. TAVARES, Mário. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB, Schmidt, MI, Giugliani, ERJ. Medicina Ambulatorial. 3ed. Porto Alegre, Artmed, 2004. p.88
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Convênio Celebrado com a Associação Médica Brasileira para Regulamentar a Concessão e Registro de Títulos de Especialista. Brasília, 10 de março de 1989.
15. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM Nº 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Brasília, 7 de maio de 2003.
16. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Processo Cons. CFM 29/86. Brasília, 11 de junho de 1986. Disponível em: www.cremesp.org.br/legislacao/pareceres/parcfm/29_1986.htm

17. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.232/86: Reconhece a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica para efeito de Registro de Qualificação de Especialistas nos Conselhos de Medicina. Diário Oficial da União de 23 de outubro de 1986, página 15.949.
18. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Decisão do Conselho Científico. Filia a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e a responsabiliza por representar a especialidade Medicina de Família e Comunidade junto à AMB. São Paulo, 25 de novembro de 2003.
19. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Aprova os Editais para Concursos para Títulos de Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. São Paulo, 30 de dezembro de 2003.
20. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Editais SBMFC TEMFC nºs 1, 2 e 3. Porto Alegre, 2003 e 2004. Disponível em: <www.sbmfc.org.br> – Prova de Títulos – Concursos Anteriores. Acesso em 06/12/2005.
21. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; CFM; BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996.
22. MACHADO, Maria H. Perfil dos Médicos e Enfermeiros no Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000.
23. Anderson MIP; Gusso G, Castro Filho E. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. Rev. APS, v.8, n.1, p.61-67, jan./jun.2005.
24. VIANNA, Heraldo M. Testes em Educação. 4ed. São Paulo: IBRASA, 1982.

Tabela 1. Titulados nos três primeiros concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC), por Unidade da Federação (UF)

UF	Edital 1		Edital 2		Edital 3			Total de titulados	% de titulados por UF
	Titulados	Candidatos	Titulados	% titulados	Candidatos	Titulados	% titulados		
RS	76	11	9	81,8	17	12	70,6	97	28,12%
MG	2	57	44	77,2	44	18	40,9	64	18,55%
SP	3	60	41	68,3	52	13	25,0	57	16,52%
SC	2	25	21	84,0	25	9	36,0	32	9,28%
PR	1	34	27	79,4	14	2	14,3	30	8,70%
RJ	1	27	15	55,6	13	3	23,1	19	5,51%
CE		16	12	75,0	11	4	36,4	16	4,64%
ES	1	7	6	85,7	10	2	20,0	9	2,61%
MS		9	7	77,8	4		0,0	7	2,03%
DF	1	3	2	66,7	1		0,0	3	0,87%
AM		6	1	16,7	11	2	18,2	3	0,87%
AL		1	1	100,0	5	1	20,0	2	0,58%
MT		3	1	33,3	4	1	25,0	2	0,58%
AC				0,0	2	1	50,0	1	0,29%
GO		2	1	50,0	3		0,0	1	0,29%
RO		1	1	100,0			0,0	1	0,29%
RR		1	1	100,0			0,0	1	0,29%
Demais		8		0,0	12		0,0	0	0,00%
Brasil	87	271	190	70,1	228	68	29,8	345	100%

UF = Unidades da Federação do Brasil (26 estados mais o Distrito Federal)

Tabela 2. Características dos aprovados no concurso para obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) por proficiência, 2004

Variável	N (%)	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Idade (anos)	85 (100)	32	55	42,5 ± 5,7
Sexo				
Masculino	38 (44,7)			
Feminino	47 (55,3)			
Tempo desde a graduação (anos)	85 (100)	7	28	16,5 ± 5,3
Tempo de atuação assistencial em Atenção Primária em Saúde (anos) *	85 (100)	2	21,7	12,3 ± 4,8
Tempo de atuação docente em Atenção Primária em Saúde (anos) **	85 (100)	< 1	25	1,9 ± 4,4
Tempo de preceptoría (docência) em Residência em MFC (anos)	85 (100)	< 1	22	5,8 ± 5,3
Tempo de atividade gerencial em Atenção Primária em Saúde (anos)	85 (100)	< 1	11,9	2,7 ± 2,7
Estado (UF) atual dos titulados				
RS	76 (89,4)			
MG	2 (2,4)			
SC	2 (2,4)			
DF	1 (1,2)			
ES	1 (1,2)			
PR	1 (1,2)			
RJ	1 (1,2)			
SP	1 (1,2)			
Instituição onde fez Residência ***				
CSE Murialdo - RS	42 (49,4)			
GH Conceição - RS	37 (43,5)			
UFJF - MG	2 (2,4)			
UERJ - RJ	1 (1,2)			
PUC - PR	1 (1,2)			
CSSM - SP	1 (1,2)			
HMSJ - SC	1 (1,2)			

* Inclui os 2 ou 3 anos de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade).

** Exclui o tempo de atuação como preceptor de Residência em MFC.

*** CSE Murialdo = Centro de Saúde Escola Murialdo; GH Conceição = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição; UFJF = Universidade Federal de Juiz de Fora; UERJ = Universidade Estadual do Rio de Janeiro; PUC = Pontifícia Universidade Católica do Paraná; CSSM = Casa de Saúde Santa Marcelina; HMSJ = Hospital Municipal São José - Joinville.

Tabela 3. Características dos candidatos do terceiro concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em 2005

Variável	N (%)	Mínimo	Máximo	Média ± DP
Idade (anos)	228 (100)	26	67	36,5 ± 8,4
Sexo				
Masculino	105 (46,1)			
Feminino	123 (53,9)			
Tempo desde a graduação (anos)	228 (100)	2	42	10 ± 7,9
Residência em MFC *	45 (19,7)			
Residência em outra especialidade	36 (15,8)			
Especialização em MFC	8 (3,5)			
Especialização em Saúde da Família	73 (32,0)			
Especialização em outra área	92 (40,4)			
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)	15 (6,6)			
Nota na prova escrita	228 (100)	3,5	8,5	6,1 ± 0,9
Pontuação no currículo	228 (100)	18	233,5	56,1 ± 34,7
Média ponderada final	228 (100)	4,5	8,5	6,5 ± 0,7

* Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 2 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Figura 1 - Distribuição dos candidatos do terceiro concurso para TEMFC, por Unidade da Federação, de acordo com o resultado

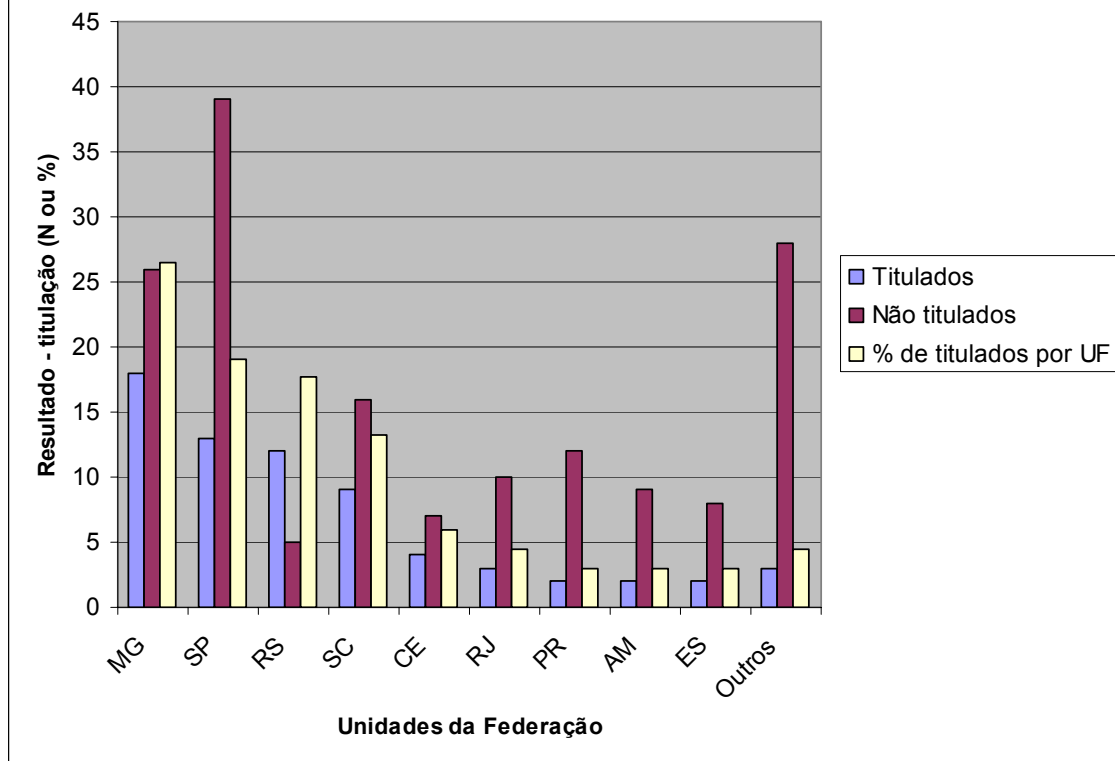


Tabela 4. Comparação entre titulados e não titulados no terceiro concurso para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade, em 2005

Variável	Titulados (n=68/228)		Não titulados (n=160/228)		Valor ρ^*
	N (%)	Média \pm DP	N (%)	Média \pm DP	
Idade	68 (29,8)	35,1 \pm 7,5	160 (70,2)	37,1 \pm 8,7	< 0,001
Sexo					
Masculino	31 (45,6)		74 (46,3)		1,0
Feminino	37 (54,4)		86 (53,8)		
Tempo decorrido desde a graduação	68 (29,8)	9,3 \pm 7,3	160 (70,2)	10,3 \pm 8,1	0,54
Residência em MFC **					
Sim	24 (35,3)		21 (13,1)		< 0,001
Não	44 (64,7)		139 (86,9)		
Residência em outra especialidade					
Sim	12 (17,6)		24 (15,0)		0,76
Não	56 (82,4)		136 (85,0)		
Especialização em MFC					
Sim	4 (5,9)		4 (2,5)		0,24
Não	64 (94,1)		156 (97,5)		
Especialização em Saúde da Família					
Sim	24 (35,3)		49 (30,6)		0,59
Não	44 (64,7)		111 (69,4)		
Especialização em outra área					
Sim	29 (42,6)		63 (39,4)		0,75
Não	39 (57,4)		97 (60,6)		
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)					
Sim	3 (4,4)		12 (7,5)		0,56
Não	65 (95,6)		148 (92,5)		
Nota na prova escrita	68 (29,8)	7,2 (0,6)	160 (70,2)	5,7 \pm 0,6	< 0,001
Pontuação no currículo	68 (29,8)	72,1 (41,8)	160 (70,2)	49,3 \pm 28,7	< 0,001
Média ponderada final	68 (29,8)	7,4 (0,4)	160 (70,2)	6,2 \pm 0,5	< 0,001

* Valores de p para: teste de Mann-Whitney - para variáveis contínuas; qui-quadrado de Yates (ou exato de Fisher) - para variáveis categóricas. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 2 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Tabela 5. Comparação entre os titulados no segundo e terceiro concursos para TEMFC (em 2004 e 2005)

Variável	Titulados no Concurso 2 * (n=190/271)		Titulados no Concurso 3 * (n=68/228)		Valor p *
	N (%)	Média ± DP	N (%)	Média ± DP	
Idade	190 (70,1)	37,6 ± 7,9	68 (29,8)	35,1 ± 7,5	0,02
Sexo					
Masculino	79 (41,6)		31 (45,6)		0,7
Feminino	111 (58,4)		37 (54,4)		
Tempo desde a graduação	190 (70,1)	13 ± 8,5	68 (29,8)	9,3 ± 7,3	0,001
Residência em MFC ***					
Sim	51 (26,8)		24 (35,3)		0,2
Não	139 (73,2)		44 (64,7)		
Residência em outra especialidade					
Sim	40 (21,1)		12 (17,6)		0,7
Não	150 (78,9)		56 (82,4)		
Especialização em MFC					
Sim	8 (4,2)		4 (5,9)		0,5
Não	182 (95,8)		64 (94,1)		
Especialização em SF					
Sim	85 (44,7)		24 (35,3)		0,2
Não	105 (55,3)		44 (64,7)		
Especialização em outra área					
Sim	49 (25,8)		29 (42,6)		0,01
Não	141 (74,2)		39 (57,4)		
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)					
Sim	10 (5,3)		3 (4,4)		1,00
Não	180 (94,7)		65 (95,6)		
Nota na prova escrita	190 (70,1)	6,8 (0,6) *	68 (29,8)	7,2 ± 0,6 *	< 0,001

* Os critérios de titulação foram diferentes no Concurso 2 (o currículo foi somente classificatório), o que causou "n" e percentual maiores de titulados neste Concurso, além de necessidade de menor nota na prova escrita para obter a titulação.

** Valores de p para: teste de Mann-Whitney - para variáveis contínuas; qui-quadrado de Yates (ou exato de Fisher) - para variáveis categóricas. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de p < 0,05.

*** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 2 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Tabela 6. Comparação entre os aprovados na prova escrita nos Concursos para TEMFC nº 2 (em 2004) e 3 (em 2005)

Variável	Aprovados na prova escrita do Concurso 2		Aprovados na prova escrita do Concurso 3		Valor p [*]
	N (%)	Média ± DP	N (%)	Média ± DP	
Idade	190 (70,1)	37,6 ± 7,9	126 (55,3)	34,4 ± 7,4	< 0,001
Sexo					
Masculino	79 (41,6)		61 (48,4)		0,3
Feminino	111 (58,4)		65 (51,6)		
Tempo decorrido desde a graduação	190 (70,1)	13 ± 8,5	126 (55,3)	8,3 ± 6,7	< 0,001
Residência em MFC **					
Sim	51 (26,8)		40 (31,7)		0,41
Não	139 (73,2)		86 (68,3)		
Residência em outra especialidade					
Sim	40 (21,1)		20 (15,9)		0,32
Não	150 (78,9)		106 (84,1)		
Especialização em MFC					
Sim	8 (4,2)		6 (4,8)		1,00
Não	182 (95,8)		120 (95,2)		
Especialização em SF					
Sim	85 (44,7)		40 (31,7)		0,03
Não	105 (55,3)		86 (68,3)		
Especialização em outra área					
Sim	49 (25,8)		43 (34,1)		0,14
Não	141 (74,2)		83 (65,9)		
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)					
Sim	10 (5,3)		5 (4,0)		0,79
Não	180 (94,7)		121 (96,0)		
Nota na prova escrita	190 (70,1)	6,8 ± 0,6	126 (55,3)	6,8 ± 0,6	0,39
Pontuação no currículo	190 (70,1)	72,6 ± 47,6	126 (55,3)	60 ± 36,1	0,008

* Valores de p para: teste de Mann-Whitney - para variáveis contínuas;
qui-quadrado de Yates (ou exato de Fisher) - para variáveis categóricas.
Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 2 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Tabela 7. Regressão logística múltipla, utilizando como desfecho o resultado no concurso para TEMFC (titulado e não titulado) - segundo e terceiro concursos (em 2004 e em 2005)

Variável	Concurso 2		Concurso 3	
	Razão de chances	Intervalo de Confiança de 95%	Razão de chances	Intervalo de Confiança de 95%
Idade (como variável contínua, em anos)	1,20	1,10 - 1,31	1,20	1,04 - 1,37
Idade (como variável categórica, em anos)				
Até 35 anos (ref.)	1,00		1,00	
> 35 a 45 anos	2,39	0,92 - 6,21	1,96	0,64 - 5,95
> 45 anos	5,62	1,49 - 21,21	3,28	0,48 - 22,11
Sexo				
Feminino (ref.)	1,00		1,00	
Masculino	1,26	0,71 - 2,24	1,02	0,55 - 1,86
Tempo desde a graduação (como variável contínua, em anos)	0,87	0,80 - 0,94	0,83	0,72 - 0,96
Tempo desde a graduação (como variável categórica, em anos)				
Até 10 anos (ref.)	1,00		1,00	
> 10 a 20 anos	0,68	0,27 - 1,72	0,54	0,16 - 1,84
> 20 anos	0,29	0,08 - 1,2	0,39	0,05 - 2,85
Residência em MFC (ref. Sim) *	11,10	2,50 - 49,35	3,96	1,91 - 8,22
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (ref. Sim)	0,40	0,16 - 0,99		
Especialização em MFC			2,54	0,60 - 10,76

* Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 2 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

Tabela 8 - Regressão linear múltipla, utilizando como desfecho a nota na prova prova escrita no segundo e terceiro concursos para TEMFC (em 2004 e em 2005)

Variável	Segundo concurso		Terceiro concurso	
	β	Valor de p *	β	Valor de p *
Idade	- 0,54	< 0,001	- 0,39	< 0,002
Sexo (feminino)	- 0,05	0,38	- 0,09	0,10
Tempo desde a graduação	- 0,38	< 0,001	- 0,10	0,57
Residência em MFC **	- 0,26	< 0,001	- 0,29	< 0,001
Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS)	0,14	0,01		
Especialização em MFC			- 0,09	0,14

* Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

** Inclui Residência em Medicina Geral Comunitária (o antigo nome desta especialidade) e, em apenas 2 casos, Residência em Saúde da Família (SF).

ANEXOS

Rio de Janeiro, 10 de novembro de 2005

Termo de Autorização para Utilização de Dados

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) autoriza o pesquisador e doutorando João Werner Falk e sua orientadora de tese Mary Clarisse Bozzetti a utilizarem informações a serem coletadas diretamente dos bancos de dados já informatizados e dos currículos dos candidatos aos Concursos para Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) que estão arquivados na sede desta Diretoria, desde que essas informações só possam ser divulgadas de forma anônima e preservando a privacidade dos candidatos, para efeito das pesquisas para a tese de doutorado “A Especialidade Medicina de Família e Comunidade: aspectos conceituais, históricos e de avaliação da qualificação dos profissionais” e artigos científicos vinculados a esta tese.



Maria Inez Padula Anderson
Presidente da SBMFC

EDITAL SBMFC Nº 01/2003

EDITAL DO CONCURSO PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (TEMFC) POR PROFICIÊNCIA

Republicado em 10 de fevereiro de 2004, com poucas alterações, cujos artigos ou parágrafos estão salientados em letra vermelha. Estas alterações passam a valer após esta data.

(Autorizado pela AMB, OF/TIT/AMB/1541/03, de 30 de dezembro de 2003.)

Convênio:
Conselho Federal de Medicina
Associação Médica Brasileira
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

DO CONCURSO

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) faz saber, através do presente Edital, que estão abertas as inscrições para o Concurso para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) – edição única e excepcional por Proficiência (somente por Avaliação de Currículo e sem Prova Escrita ou outras provas) - para médicos na área de Medicina de Família e Comunidade que comprovem requisitos que indiquem que eles estejam entre os mais qualificados e titulados nesta especialidade.

DA INSCRIÇÃO

Art. 1º - Para a inscrição no Concurso para TEMFC por Proficiência, o candidato deverá ser graduado em medicina, ter registro definitivo em Conselho(s) Regional(is) de Medicina no Brasil há no mínimo dois (2) anos, em situação regular, e cumprir todos os seguintes critérios:

- a) Ter concluído Programa de Residência, reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou em Medicina Geral Comunitária (MGC).
- b) Ter tempo de atividade Docente e/ou Assistencial em MGC, em MFC ou em Medicina Ambulatorial em Atenção Primária em Saúde, igual ou superior a sete (7) anos.
- c) Ter mais pelo menos um (1) dentre os 2 (dois) seguintes critérios:
 - I. ser ou ter sido preceptor, coordenador ou supervisor em Programa de Residência em MFC ou MGC, reconhecido pela CNRM, por no mínimo dois (2) anos;
 - II. exercer ou ter exercido função de gestão, gerência ou equivalente em serviço(s) de Atenção Primária em Saúde (APS) por no mínimo um (1) ano.

§ 1º - O critério previsto na alínea “a” deste artigo poderá ser substituído por equivalência curricular, reconhecida pela Diretoria da SBMFC, para os médicos residentes que concluíram seus programas antes da Resolução CNRM nº 07/81.

§ 2º - Esse critério da alínea “a” também poderá ser substituído por Título de Especialista na área, conquistado no exterior, desde que considerado equivalente pela Diretoria da SBMFC.

§ 3º - Os dois (2) ou três (3) anos de Residência Médica em MFC ou em MGC são considerados atividade assistencial em MFC e podem ser computados na contagem destes sete (7) anos prevista na alínea “b” deste artigo.

Artigo 2º - São documentos hábeis para comprovação dos itens previstos no artigo 1º o original ou a cópia do certificado respectivo, comprovação por declaração de órgão empregador ou outros documentos inequívocos que demonstrem o que é exigido.

Artigo 3º - O **período de inscrição** para o presente Concurso para Título de Especialista por Proficiência inicia no dia 29/12/2003 e encerra no dia 16/02/2004.

DAS CONDIÇÕES

Artigo 4º - São condições exigidas para a inscrição:

- a) Preencher Ficha de Inscrição, que consta no Anexo Único do presente Edital e que também está na página da SBMFC (em www.sbmfc.org.br), imprimi-la e assiná-la.
- b) Efetuar um depósito no valor de **R\$ 120,00** (cento e vinte reais), em nome da SBMFC, no Banco do Brasil (nº 001) – Agência 1249-1 – Conta Corrente 12.157-6 ou via DOC (CNPJ 30.190.219/0001-61), importância esta que não será devolvida caso o candidato não preencha e/ou não comprove devidamente os critérios exigidos e, portanto, não seja aprovado.
- c) Remeter à Secretaria Geral da SBMFC (especificando no envelope TEMFC por Proficiência), no endereço: Centro AMRIGS - Av. Ipiranga, 5311 – Porto Alegre – RS – CEP 90610-001, até o dia **16/02/2004** os seguintes documentos:
 - I. Ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada.
 - II. Uma (1) fotografia 3 x 4 recente, colada na ficha de inscrição.
 - III. Comprovante de estar em dia com o CRM de seu Estado.
 - IV. Fotocópia do comprovante de pagamento da taxa de inscrição.
 - V. Currículo, que deverá conter apenas o diploma de graduação em medicina e os demais documentos hábeis para a comprovação do que é exigido no Artigo 1º, na ordem prevista neste mesmo artigo. Não serão julgados os Currículos que não obedecerem aos critérios expostos no presente edital.

DA AVALIAÇÃO DOS CURRÍCULOS

Artigo 5º - Para julgamento dos Currículos, a Diretoria da SBMFC nomeará uma Comissão de Avaliação Curricular específica para este Concurso por Proficiência, composta por membros que não estejam concorrendo neste Edital.

Artigo 6º - O candidato que cumprir os critérios e demais exigências deste Edital será considerado titulado pela SBMFC e devidamente notificado.

Artigo 7º - Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Avaliação Curricular específica deste Concurso por Proficiência.

Artigo 8º - A decisão da Comissão de Avaliação Curricular é soberana, não cabendo recurso de nenhuma espécie a nenhuma instância.

DOS CERTIFICADOS

Artigo 9º - Com o resultado do concurso, a SBMFC enviará a lista de aprovados à Associação Médica Brasileira (AMB) para a confecção dos títulos.

Artigo 10º - O aprovado, para receber seu Certificado, precisará depositar o valor de **R\$ 150,00** (cento e cinquenta reais), a favor da Associação Médica Brasileira, no Banco do Brasil (001) - agência 3344-8 - conta corrente 5688-X.

§ 1º - Esse valor é uma exigência da AMB.

§ 2º - O aprovado precisará identificar o depósito e enviar, pelo correio postal, cópia do comprovante de depósito, junto com solicitação para a confecção do certificado onde conste seu nome completo, para a Secretaria Geral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, no endereço: Centro AMRIGS - Av. Ipiranga, 5311 - Porto Alegre - RS - CEP 90610-001.

Artigo 11º - Os títulos serão entregues ao médico pela Federada da AMB do seu respectivo Estado, sem quaisquer ônus para o mesmo.

Porto Alegre, RS, 26 de dezembro de 2003.

(republicado, com alterações, em 10 de fevereiro de 2004)

Irmã Monique Bourget
Coordenadora da Comissão
de Titulação da SBMFC

João Werner Falk
Presidente da SBMFC

EDITAL SBMFC Nº 02/2003
EDITAL DO CONCURSO PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA EM
MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (TEMFC)

Primeira Edição Ordinária – Ano de 2004

(Autorizado pela AMB, OF/TIT/AMB/1541/03, de 30 de dezembro de 2003.)

Convênio:
Conselho Federal de Medicina
Associação Médica Brasileira
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

DO CONCURSO

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) faz saber, através do presente Edital, que estão abertas as inscrições para o Concurso para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) – primeira edição ordinária, a ser realizada em 2004.

DA INSCRIÇÃO

Artigo 1º - Para a inscrição no Concurso para TEMFC de 2004, o candidato deverá ser graduado em medicina, ter registro definitivo e em situação regular em Conselho(s) Regional(is) de Medicina no Brasil há no mínimo dois (2) anos, na data de inscrição ou computados até o dia 31 de março de 2004, e cumprir, no mínimo, um (1) entre os dois (2) critérios seguintes:

- a) ter concluído Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou em Medicina Geral Comunitária (MGC), credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);
- b) ser profissional em atividade docente e/ou assistencial na área de Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), comprovando desempenho nas áreas fundamentais de competência do Médico de Família e Comunidade (saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e do idoso, saúde mental e saúde coletiva) por no mínimo três (3) anos, consecutivos ou não.

§ 1º - O critério da alínea “a” será comprovado por cópia do Certificado de Conclusão da Residência, com o carimbo de credenciamento da CNRM no verso, ou por Declaração da Instituição responsável pelo Programa de Residência de que o candidato concluiu ou está cumprindo regularmente esse Programa e tem previsão de conclusão do mesmo até, no máximo, o dia 03 de abril de 2004.

§ 2º - O critério da alínea “a” deste artigo poderá ser substituído por equivalência curricular, reconhecida pela Comissão de Titulação da SBMFC, para os médicos residentes que concluíram seus programas antes da Resolução CNRM nº 07/81.

§ 3º - Esse critério da alínea “a” também poderá ser substituído por Título de Especialista na área, conquistado no exterior, desde que considerado equivalente pela Diretoria da SBMFC.

§ 4º - O critério da alínea “b” deste artigo deverá ser comprovado por Declaração de Exercício Profissional da(s) instituição(ões) em que o médico trabalha(ou), demonstrando que essas atividades foram cumpridas e que ocupam ou ocuparam no mínimo 20 horas semanais, ou por outros documento inequívoco que demonstre o que é exigido e seja aceito pela Comissão de Titulação da SBMFC.

Artigo 2º - O **período de inscrição** para esse Concurso para Título de Especialista inicia no dia 29/12/2003 e encerra no dia 10/03/2004.

DAS CONDIÇÕES

Artigo 3º - São condições exigidas para a inscrição:

- a) Preencher Ficha de Inscrição, que consta no Anexo 1 do presente Edital e que também está na página da SBMFC (em www.sbmfc.org.br), imprimi-la e assiná-la.
- b) Efetuar um depósito em nome da SBMFC, com o valor conforme tabela abaixo, no Banco do Brasil (nº 001) – Agência 1249-1 – Conta Corrente 12.157-6 ou via DOC (CNPJ 30.190.219/0001-61), importância esta que não será devolvida caso o candidato não preencha e/ou não comprove devidamente os critérios exigidos, ou não seja aprovado.

Tabela de Valores de Inscrição

	De 29 de dezembro de 2003 a 16 de fevereiro de 2004	De 17 de fevereiro a 10 de março de 2004
Sócios da SBMFC	R\$ 120,00	R\$ 200,00
Não sócios da SBMFC	R\$ 280,00	R\$ 360,00

- c) Remeter à Secretaria Geral da SBMFC (em carta registrada e especificando no envelope a sigla “TEMFC”), no endereço: Centro AMRIGS - Av. Ipiranga, 5311 – Porto Alegre – RS – CEP 90610-001, com data de postagem máxima até o dia 10 de março de 2004, os seguintes documentos:
 - I. Ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada.
 - II. Duas (2) fotografias 3 x 4 recentes, uma delas colada na ficha de inscrição e outra anexa.
 - III. Comprovante de estar em dia com o CRM de seu Estado.
 - IV. Fotocópia do comprovante de pagamento da taxa de inscrição.
 - V. Currículo, conforme o que é determinado no Anexo 2 deste Edital, que também está na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

§ único - Para enquadramento como sócio da SBMFC previsto na tabela da alínea “b” deste artigo 3º, o médico deve:

- a) ser sócio desde julho de 2003 e estar em dia com suas contribuições, o que será verificado pela SBMFC, sendo o sócio comunicado se houver algum valor a acertar ou algum outro problema; ou

- b) se associar à SBMFC e pagar retroativamente, sem correção nem juros, as contribuições de 12 reais (doze reais) mensais (ou seis reais, se for médico residente), desde julho de 2003, valor a ser depositado na conta da SBMFC (especificada no artigo deste Edital, no Artigo 3º, alínea “b”), em depósito à parte do depósito da inscrição, enviando o comprovante de depósito junto com os demais documentos de inscrição.

Artigo 4º - Compete à Comissão de Titulação homologar ou não cada inscrição, seguindo os critérios deste Edital.

DOS CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO

Artigo 5º - Este Concurso para TEMFC constará de Prova Escrita e Avaliação de Currículo.

Artigo 6º - A Prova Escrita é eliminatória e classificatória, tendo peso de 70% (setenta por cento) na média final.

§ 1º - A nota de cada candidato na prova escrita será calculada com duas casas decimais, numa escala entre 0 (zero) e 10 (dez).

§ 2º - Será eliminado o candidato que não alcançar, no mínimo, a nota 6,00 (seis), num máximo de 10 (dez), na Prova Escrita.

Artigo 7º - A Avaliação de Currículo é apenas classificatória (não eliminatória) e terá peso de 30% (trinta por cento) na média final.

§ 1º - A Avaliação de Currículo será realizada através de Grade de Pontuação objetiva, cujo modelo está no Anexo 3.

§ 2º - Será atribuída nota 10 (dez) na Avaliação de Currículo para o candidato que obtiver a melhor pontuação dentre todas as avaliações na Grade de Pontuação, corrigindo-se as notas de todos os outros candidatos pela proporção em relação a essa nota maior, por “regra de três”, até a segunda casa decimal.

Artigo 8º - Será aprovado no Concurso para Obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) o candidato que obtiver a média ponderada igual ou superior a 7,00 (sete).

DA PROVA ESCRITA

Artigo 9º - Os conteúdos programáticos para a prova escrita estão no anexo 4 deste Edital.

Artigo 10º - As referências bibliográficas para este Concurso estão no Anexo 5 deste Edital e também na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

Artigo 11º - Para o planejamento, elaboração de questões e correção da Prova Escrita, a Comissão de Titulação da SBMFC nomeará um grupo de médicos que já possuam Título de Especialista concedido pela SBMFC.

Artigo 12º - A Prova Escrita será realizada no dia 3 de abril de 2004, das 13 às 17 horas, na cidade do Rio de Janeiro.

§ 1º - A prova escrita terá 100 (cem) questões objetivas, e terá a duração máxima de 4 (quatro) horas.

§ 2º - O local e outras informações adicionais sobre a Prova Escrita serão divulgados até o dia 20 de fevereiro de 2004, na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

Artigo 13º - O gabarito da Prova Escrita será divulgado na noite do dia 5 de abril de 2004, na página da SBMFC na Internet.

Artigo 14º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados, deverão ser apresentados, por escrito, até 3 (três) dias úteis após a divulgação do gabarito, devendo ser endereçados à comissão, através do preenchimento de formulário padrão que estará disponível na página da SBMFC na Internet a partir do dia 5 de abril de 2004.

DOS CURRÍCULOS E SUA AVALIAÇÃO

Artigo 15º - Para julgamento dos Currículos, a Comissão de Titulação da SBMFC nomeará um Grupo de Avaliação Curricular, com membros que já possuam Título de Especialista concedido pela SBMFC.

Artigo 16º - Os Currículos deverão conter apenas o diploma de graduação em medicina e os demais documentos hábeis para a comprovação do que é exigido no Anexo 2 deste Edital, na ordem prevista no mesmo. Não serão julgados os Currículos que não obedecerem aos critérios expostos no presente edital e Anexo 2 do mesmo.

Artigo 17º - Só serão avaliados os Currículos das pessoas que forem aprovadas na Prova Escrita.

DO RESULTADO E DOS RECURSOS

Artigo 18º - O candidato que cumprir os critérios e demais exigências deste Edital e alcançar as notas e médias exigidas será considerado titulado pela SBMFC e devidamente notificado.

Artigo 19º - O resultado preliminar, com as notas da prova escrita, da análise de currículo e a média ponderada, está previsto para ser divulgado a partir do dia 30 de abril de 2004, na página da SBMFC na Internet.

Artigo 20º - Os recursos referentes à Avaliação de Currículo e/ou da média ponderada, devidamente fundamentados, serão aceitos até 3 (três) dias após a divulgação do resultado preliminar a que se refere o Artigo 19º.

Artigo 21º - Os recursos devem ser encaminhados para a Comissão de Titulação, para o endereço da Secretaria da SBMFC por via postal, com carta registrada, ou por e-mail, com aviso de recebimento, não cabendo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação.

Artigo 22º - O resultado definitivo do Concurso, já julgados os recursos, será divulgado a partir do dia 11 de maio de 2004, publicado na página da SBMFC na Internet, contendo a relação de candidatos aprovados, suas notas e média final.

Artigo 23º - Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Titulação da SBMFC, cabendo recurso à Diretoria da SBMFC.

Artigo 24º - A devolução dos currículos poderá ser solicitada à SBMFC, por carta ou por e-mail, até o dia 30 de maio de 2004, com as despesas postais pagas pelo solicitante, pois depois dessa data serão excluídos do arquivo.

DOS CERTIFICADOS

Artigo 25º - Com o resultado do concurso, a SBMFC enviará a lista de aprovados à Associação Médica Brasileira (AMB) para a confecção dos títulos.

Artigo 26º - O aprovado, para receber seu Certificado, precisará depositar o valor de **R\$ 150,00** (cento e cinquenta reais), a favor da Associação Médica Brasileira, no Banco do Brasil (001) - agência 3344-8 - conta corrente 5688-X.

§ 1º – Esse valor é uma exigência da AMB.

§ 2º - O aprovado precisará identificar o depósito e enviar, pelo correio postal, cópia do comprovante de depósito, junto com solicitação para a confecção do certificado onde conste seu nome completo, para a Secretaria Geral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, no endereço: Centro AMRIGS - Av. Ipiranga, 5311 – Porto Alegre – RS – CEP 90610-001.

Artigo 27º - Os títulos serão entregues ao médico pela Federada da AMB do seu respectivo Estado, sem quaisquer ônus para o mesmo.

Porto Alegre, RS, 26 de dezembro de 2003.

Irmã Monique Bourget
Coordenadora da Comissão
de Titulação da SBMFC

João Werner Falk
Presidente da SBMFC

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC

EDITAL SBMFC TEMFC Nº 03

EDITAL DO CONCURSO PARA OBTENÇÃO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA
EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (TEMFC)

Edição de Maio de 2005

(Autorizado pela AMB, OF/TIT/AMB/1330/04, de 21 de dezembro de 2004)

Convênio:
Conselho Federal de Medicina
Associação Médica Brasileira
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

DO CONCURSO

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) faz saber, através do presente Edital, que serão abertas, de 01/02/2005 a 07/05/2005, as inscrições para o Concurso para obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) – segunda edição ordinária, Concurso esse a ser realizado em maio de 2005.

DOS PRÉ-REQUISITOS PARA A INSCRIÇÃO

Artigo 1º - Para a inscrição no Concurso para TEMFC de maio de 2005, o candidato deverá ser graduado em medicina, ter registro definitivo e em situação regular em Conselho(s) Regional(is) de Medicina no Brasil, além de também cumprir, no mínimo, um (1) entre os três (3) critérios seguintes:

- a) ter concluído o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) ou em Medicina Geral Comunitária (MGC), credenciado pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM);
- b) ser profissional em atividade assistencial e/ou docente na área de Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica em Saúde (ABS), comprovando desempenho nas áreas fundamentais de competência do Médico de Família e Comunidade (saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do adulto e do idoso, saúde mental e saúde coletiva) por, no mínimo, 36 (trinta e seis) meses, consecutivos ou não;
- c) ter concluído curso de especialização na modalidade de residência (multiprofissional ou não) na área de Saúde da Família ainda que, à época, esta não estivesse credenciada junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), desde que a mesma tiver credenciado o seu núcleo médico na CNRM, através da Residência em Medicina de Família e Comunidade, até a data do final das inscrições para o TEMFC.

§ 1º - Os critérios das alíneas “a” e “c” serão comprovados por cópia do Certificado de Conclusão da Residência (mínimo de 2 anos de duração), com o carimbo de credenciamento da CNRM no verso, ou por Declaração da Instituição responsável pelo Programa de Residência ou Curso de Especialização na modalidade de residência (mínimo de 2 anos de duração) de que o candidato já concluiu esse Programa/Curso e que o mesmo está atualmente credenciado pela CNRM, sendo anexado, neste caso, cópia do comprovante deste credenciamento.

§ 2º - O critério da alínea “a” deste artigo poderá ser substituído, a critério da Comissão de Titulação da SBMFC, por comprovação da realização de Programa de Residência Médica nesta especialidade que tenha sido concluído antes da Resolução CNRM nº 07/81 (de 1981), Resolução essa que regulamentou essa especialidade e unificou seu nome no Brasil.

§ 3º - Esse critério da alínea “a” também poderá ser substituído por Residência Médica ou Título de Especialista na área, conquistados no exterior, desde que considerados equivalentes pela Comissão de Titulação.

§ 4º - O critério da alínea “b” deste artigo deverá ser comprovado por Declaração de Exercício Profissional da(s) instituição(ões) em que o médico trabalha(ou), demonstrando que essas atividades foram cumpridas e que ocupam ou ocuparam no mínimo 20 horas semanais, ou por outro documento inequívoco que demonstre o que é exigido e que seja aceito pela Comissão de Titulação da SBMFC.

Artigo 2º - Não serão aceitos como pré-requisitos para inscrição neste Concurso os Cursos de Especialização, nem tampouco as Residências Multiprofissionais ou as Residências Integradas em Saúde (RIS) cujo núcleo médico não tenha sido credenciado pela CNRM até a data final de inscrições do TEMFC, nem qualquer outra atividade não prevista no Artigo 1º e seus parágrafos, embora esses Cursos, Residências e outros itens sejam pontuáveis na avaliação de currículo.

DO PROCESSO DE INSCRIÇÕES

Artigo 3º - O período de inscrição para esse Concurso para Título de Especialista inicia no dia 01/02/2005 e encerra no dia 07/05/2005.

Artigo 4º - São condições exigidas para realizar a inscrição:

- d) Preencher, exclusivamente pela Internet, Ficha de Inscrição, que está na página da SBMFC (em www.sbmfc.org.br), imprimir-la e assiná-la.
- e) Efetuar um depósito em nome da SBMFC, com o valor conforme tabela abaixo, no Banco do Brasil (nº 001) – Agência 2933-5 – Conta Corrente 33.530-4 ou via DOC (CNPJ 30.190.219/0001-61), importância esta que não será devolvida caso o candidato: não preencha e/ou não comprove devidamente os critérios exigidos, desista do Concurso, não seja aprovado ou em qualquer outra hipótese.

Tabela de Valores de Inscrição

<i>Datas de postagem</i>	De 01 de fevereiro de 2005 a 24 de março de 2005	De 25 de março de 2005 a 07 de maio de 2005
Categorias		
Sócios da SBMFC desde antes de 01/12/2004, em dia com suas contribuições	R\$ 140,00	R\$ 200,00
Médicos que ingressaram como sócios da SBMFC entre o dia 01/12/2004 e o dia da sua inscrição, e em dia com suas contribuições	R\$ 190,00	R\$ 250,00
Não sócios da SBMFC	R\$ 340,00	R\$ 400,00

Para quem comprovar ser sócio da AMB, quites com suas obrigações frente à mesma, será dado desconto de 10% (dez por cento) sobre o valor da inscrição da tabela acima.

f) Remeter à Diretoria de Titulação da SBMFC (em carta registrada, especificando no envelope a sigla "TEMFC"), para o endereço: Centro AMRIGS - Av. Ipiranga, 5311 – Porto Alegre – RS – CEP 90610-001, com data de postagem até o dia 07 de maio de 2005, os seguintes documentos:

- VI. Ficha de inscrição devidamente preenchida "on line", impressa e assinada.
- VII. Uma (1) fotografia 3 x 4 recente, colada no local previsto na ficha de inscrição.
- VIII. Comprovante de estar em dia com o CRM de seu Estado, através de declaração do CRM ou fotocópia do comprovante de pagamento da anuidade de 2005.
- IX. Fotocópia do comprovante de pagamento da taxa de inscrição neste Concurso.
- X. Fotocópia da carteira de identidade ou da carteira do CRM (o documento que será usado como identificação na hora da prova).
- XI. Currículo, exatamente conforme o que está determinado no Anexo 1 deste Edital, que também está na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

Artigo 5º - Compete à Comissão de Titulação homologar ou não cada inscrição, seguindo os critérios deste Edital, e divulgar no site da SBMFC a listagem dos candidatos que irão sendo homologados a cada quinze dias, sendo a divulgação da listagem final prevista para o dia 14 de maio de 2005.

DOS CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO NO CONCURSO

Artigo 6º - Este Concurso para TEMFC constará de Prova Escrita e Avaliação de Currículo.

Artigo 7º - A Prova Escrita é eliminatória e classificatória, tendo peso de 70% (setenta por cento) na média final.

Artigo 8º - A nota de cada candidato na prova escrita será calculada com uma casa decimal, numa escala entre 0 (zero) e 10 (dez).

Artigo 9º - Será eliminado o candidato que não alcançar, no mínimo, a nota 6,0 (seis), num máximo de 10 (dez), na Prova Escrita.

Artigo 10º - A Avaliação de Currículo terá peso de 30% (trinta por cento) na média final, sendo realizada através de Grade de Pontuação objetiva, cujo modelo está no Anexo 2.

Artigo 11º – As notas da Avaliação de Currículo serão calculadas até duas casas decimais, através da fórmula:

$$6 + (x / y * 4)$$

onde “x” é igual ao número de pontos obtido pelo respectivo candidato e “y” é igual ao número de pontos do(s) candidato(s) que tenha(m) atingido a melhor pontuação dentre todos os candidatos na Grade de Pontuação de Currículo.

Artigo 12º - Será aprovado no Concurso para Obtenção de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC) o candidato que obtiver a média final ponderada igual ou superior a 7,00 (sete).

DA PROVA ESCRITA

Artigo 13º - Os conteúdos programáticos para a prova escrita estão no anexo 3 deste Edital.

Artigo 14º - As referências bibliográficas para este Concurso estão no Anexo 4 deste Edital e também na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

Artigo 15º - Para o planejamento, elaboração de questões e correção da Prova Escrita a Comissão de Titulação da SBMFC nomeará médicos que já possuam Título de Especialista concedido pela SBMFC.

Artigo 16º - A Prova Escrita será realizada na manhã do dia 29 de maio de 2005, domingo, das 9 às 13 horas, na cidade de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais.

Artigo 17º - O endereço do local da aplicação e outras informações adicionais sobre a Prova Escrita estarão divulgados até o dia 10 de maio de 2005, na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

Artigo 18º - Os candidatos devem comparecer ao local da Prova Escrita 30 (trinta) minutos antes do início da mesma, munidos do documento de identidade informado na inscrição, caneta esferográfica, lápis preto e borracha.

Artigo 19º - A prova escrita terá 100 (cem) questões objetivas, e terá a duração máxima de 4 (quatro) horas.

Artigo 20º - O gabarito da Prova Escrita será divulgado até o dia 2 de junho de 2005, na página da SBMFC na Internet.

DOS CURRÍCULOS E SUA AVALIAÇÃO

Artigo 21º - Para o julgamento dos Currículos, a Comissão de Titulação da SBMFC nomeará um Grupo de Avaliação Curricular, com membros que já possuam Título de Especialista concedido pela SBMFC.

Artigo 22º - Os Currículos deverão conter apenas o diploma de graduação em medicina e os demais documentos hábeis para a comprovação do que é exigido no Anexo 1 deste Edital, na exata ordem prevista no mesmo.

Artigo 23º - Não serão julgados os Currículos que não obedecerem aos critérios expostos no Artigo 22º e no Anexo 1 deste Edital.

Artigo 24º - Todos os currículos serão analisados e pontuados antes da Prova Escrita, para efeito da homologação de que trata o artigo 5º, sendo o restante da pontuação realizada somente para os aprovados na Prova Escrita, após a realização desta.

DO RESULTADO E DOS RECURSOS

Artigo 25º - Os recursos em relação à Prova Escrita, devidamente fundamentados, deverão ser realizados por escrito e enviados para o endereço da Comissão de Titulação da SBMFC, em carta registrada, com data de postagem até 3 (três) dias úteis após a divulgação do gabarito, através do preenchimento de formulário padrão que estará disponível na página da SBMFC na Internet, não cabendo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação.

Artigo 26º - As questões objetivas que eventualmente venham ser anuladas serão consideradas corretas para todos os candidatos presentes na Prova, com a conseqüente atribuição dos pontos a elas correspondentes.

Artigo 27º - As notas definitivas da prova escrita serão divulgadas a partir do dia 20 de junho de 2005, na página da SBMFC na Internet.

Artigo 28º - O resultado preliminar, com as notas definitivas da prova escrita, bem como com as notas provisórias da análise de currículo e da média ponderada calculadas antes do julgamento dos recursos de currículo, está previsto para ser divulgado a partir do dia 10 de julho de 2005, na página da SBMFC na Internet.

Artigo 29º - Os recursos referentes à Avaliação de Currículo e/ou à média ponderada, devidamente fundamentados, deverão ser realizados por escrito e enviados para o endereço da Comissão de Titulação da SBMFC, em carta registrada, com data de postagem até 3 (três) dias úteis após a divulgação do resultado preliminar a que se refere o Artigo 28º, através do preenchimento de formulário padrão que estará disponível na página da SBMFC na Internet, não cabendo recurso contra a decisão final da Comissão de Titulação.

Artigo 30º - O resultado definitivo do Concurso, já julgados os recursos, será divulgado até 15 (quinze) dias úteis após a divulgação do resultado preliminar a que se refere o Artigo 28º, sendo publicado na página da SBMFC na Internet, onde constará a relação de candidatos aprovados, suas notas e suas médias finais.

Artigo 31º - O candidato que cumprir os critérios e demais exigências deste Edital e alcançar as notas e médias estabelecidas pelo mesmo será considerado titulado pela SBMFC e devidamente notificado.

Artigo 32º - Os casos omissos serão decididos pela Comissão de Titulação da SBMFC, cabendo pedido de recurso à Diretoria da SBMFC.

Artigo 33º - A devolução dos currículos poderá ser solicitada à SBMFC, por carta ou por e-mail, somente até o dia 15 de agosto de 2005, com as despesas postais pagas pelo solicitante.

DOS CERTIFICADOS

Artigo 34º - Com o resultado do concurso, a SBMFC enviará a lista de aprovados à Associação Médica Brasileira (AMB) para que e mesma providencie a confecção dos Certificados de Título de Especialista, conforme suas normas e rotinas.

Artigo 35º - Para receber seu Certificado de Especialista, o aprovado precisará enviar um cheque cruzado, nominal a favor da Associação Médica Brasileira, no valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais), juntamente com breve documento de solicitação à AMB da confecção do Certificado, no qual conste seu nome completo, seu endereço atualizado e sua assinatura.

§ 1º – Esse cheque, acompanhado da solicitação do Certificado, deverá ser enviado, pelo correio postal, para o seguinte endereço:

Diretoria de Titulação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Centro AMRIGS – Av. Ipiranga, 5311
CEP 90610-001 – Porto Alegre – RS

§ 2º – Esse procedimento é uma exigência da AMB e o valor desta taxa pode ser alterado, a critério da AMB, o que será comunicado por e-mail aos candidatos, caso essa mudança de valor ocorra.

Artigo 36º - O candidato se compromete a realizar os procedimentos referidos no Artigo 35º e seus parágrafos até o dia 15 de agosto de 2005, e a SBMFC se compromete a enviar os documentos para a AMB o mais breve possível após seu recebimento.

Artigo 37º - O Certificado de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade será entregue ao médico pela AMB, diretamente pelo correio, ou pela Federada da AMB do seu respectivo Estado, ou conforme rotina da AMB, sem quaisquer ônus adicional para o candidato aprovado.

DA COMUNICAÇÃO

Artigo 38º - As principais informações sobre esse Concurso para Título de Especialista estarão sendo disponibilizadas ou divulgadas na página da SBMFC na Internet, em www.sbmfc.org.br.

Artigo 39º - Toda a comunicação relacionada a este Concurso será realizada através do e-mail titulacao@sbmfc.org.br e do e-mail do candidato, e, para tanto, cada candidato se compromete a informar seu e-mail no Formulário de Inscrição neste Concurso e a informar imediatamente à Diretoria de Titulação da SBMFC caso haja mudança de seu e-mail.

Em 22 de dezembro de 2004.

João Werner Falk
Diretor de Titulação da SBMFC

Maria Inez Padula Anderson
Presidente da SBMFC

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - EDITAL SBMFC TEMFC 03
CONCURSO PARA TÍTULO DE ESPECIALISTA DE MAIO DE 2005 - GRADE DE AVALIAÇÃO DE CURRÍCULO (ANEXO 3 DO EDITAL)

CANDIDATO: Nº Nome:

	ATIVIDADES	NA ÁREA		EM ÁREA AFIM		EM OUTRA ÁREA		TETO POR ITEM	PONTOS OBTIDOS NO ITEM
		Valor por título	Nº de títulos	Valor por título	Nº de títulos	Valor por título	Nº de títulos		
1	RESIDÊNCIA CREDENCIADA PELA CNRM CONCLUÍDA (2 anos)	22,00		11,00		5,50		33	0
2	TERCEIRO ANO DE RESIDÊNCIA CREDENC. PELA CNRM CONCL.	10,00		5,00		2,50		10	0
3	RESID. ACREDITADA PELO MIN. DA SAÚDE CONCLUÍDA (2 anos)	16,00		8,00		4,00		16	0
4	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL AMBULATORIAL / APS (por semestre)	3,00		1,50		0,75		60	0
5	OUTRA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (por semestre)	0,50		0,25		0,13		10	0
6	PROGRAMA DE INTERIORIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE - PITS - ou similar (pontos por semestre concluído)	x	x	x	x	x	x	x	x
		3,00		1,50		0,75		18	0
	Obs.: Não pontuar cumulativamente Residências com tempo de experiência profissional, nem PITS com tempo de experiência profissional.	x	x	x	x	x	x	x	x
		x	x	x	x	x	x	x	x
7	DOCTORADO (OU LIVRE DOCÊNCIA) CONCLUÍDO	28,00		14,00		7,00		28	0
8	DOCTORADO EM ANDAMENTO	14,00		7,00		3,50		14	0
9	MESTRADO CONCLUÍDO	24,00		12,00		6,00		24	0
10	MESTRADO EM ANDAMENTO	12,00		6,00		3,00		12	0
11	CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO	x	x	x	x	x	x	16	0
	a) de 360 a 720 horas-aula	4,00		2,00		1,00		x	x
	b) de 721 a 1440 horas-aula	7,00		3,50		1,75		x	x
	c) mais de 1440 horas-aula	10,00		5,00		2,50		x	x
12	CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO E ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS	x	x	x	x	x	x	5	0
	a) de 30 a 120 horas-aula	1,00		0,50		0,25		x	x
	b) de 121 a 240 horas-aula	2,00		1,00		0,50		x	x
	c) mais de 240 horas-aula	3,00		1,50		0,75		x	x
13	COORDENAÇÃO / CHEFIA / GERÊNCIA / ACESSORAMENTO DE SERVIÇO OU PROGR. DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (por semestre)	x	x	x	x	x	x	x	x
		5,00		2,50		1,25		30	0
14	IDEM ACIMA PARA ATENÇÃO SECUNDÁRIA OU OUTRA	1,00		0,50		0,25		5	0
15	PRODUÇÃO CIENTÍFICA	x	x	x	x	x	x	60	0
	a) Autoria principal de artigo publicado ou aceito p/ publicação em revista indexada pelo Index Medicus, Current Contents ou simil.	4,00		2,00		1,00		x	x
	b) Idem acima, em revista sem essas indexações.	2,00		1,00		0,50		x	x
	c) Co-autoria de artigo publicado ou aceito p/ publicação em revista indexada pelo Index Medicus, Current Contents ou similar	x	x	x	x	x	x	x	x
	d) Idem acima, em revista sem essas indexações.	1,50		0,75		0,38		x	x
	e) Autoria principal de livro publicado	6,00		3,00		1,50		x	x
	f) Co-autoria em livro publicado	4,00		2,00		1,00		x	x
	g) Organização ou co-organização de livro publicado	5,00		2,50		1,25		x	x
	h) Autoria de capítulo de livro publicado	4,00		2,00		1,00		x	x
	i) Co-autoria de capítulo de livro publicado	3,00		1,50		0,75		x	x
	j) Trab. public. como resumo em revista ou anais de congresso	1,00		0,50		0,25		x	x
	k) Relatório de pesquisa impresso ou trabalho apresentado	0,50		0,25		0,13		x	x
	l) Carta publicada em revista médica ou similar	0,50		0,25		0,13		x	x
	m) Bolsista de iniciação científica, pesq. ou similar (p/semestre)	0,50		0,25		0,13		x	x
	n) Palestrante em Seminário, Congresso ou similar	0,50		0,25		0,13		x	x
	o) Outra forma de produção intelectual valorada pela banca	2,00		1,00		0,50		x	x
16	ATIVIDADES DE DOCÊNCIA EM CURSOS	x	x	x	x	x	x	96	0
	a) docência em curso de graduação (pontos por semestre)	8,00		4,00		2,00		x	x
	b) preceptorial em residência médica (pontos por semestre)	8,00		4,00		2,00		x	x
	c) docência em especialização / lato sensu (ptos por semestre)	8,00		4,00		2,00		x	x
	d) docência em doutorado ou mestrado (pontos por semestre)	10,00		5,00		2,50		x	x
	e) docência em aperfeiçoamento ou treinam.em serviço (p/sem.)	5,00		2,50		1,25		x	x
	f) bolsista de monitoria ou de extensão (por semestre)	0,50		0,25		0,13		x	x
17	ATIVIDADES DIRETIVAS EM ENTIDADES PROFÍSS. (por semestre)	5,00		2,50		1,25		40	0
18	APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO OU SELEÇÃO PÚBLICA	5,00		2,50		1,25		15	0
19	PARTICIPAÇÃO EM BANCA EXAMINADORA	2,00		1,00		0,50		8	0
20	PROJETOS E PROGRAMAS INSTITUCIONAIS DE EXTENSÃO	x	x	x	x	x	x	x	0
	a) Como coordenador, supervisor ou similar	2,00		1,00		0,50		x	x
	b) Como docente ou membro da equipe - mín. 15 horas	1,00		0,50		0,25		x	x
	c) Como participante ativo de projeto ou programa	0,50		0,25		0,13		x	x
21	PROGRAMAS, PROJETOS E PLANOS DE SAÚDE	x		x		x		x	0
	a) Coordenação da criação ou autoria principal	6,00		3,00		1,50		x	x
	b) Participação ativa na autoria ou assessoria de + de um semestre	4,00		2,00		1,00		x	x
VALOR MÁXIMO POSSÍVEL (TETO GERAL) / PONTOS OBTIDOS								150	0
TOTAL DE PONTOS AFERIDOS									0

Legenda:

ANEXO 3 (do Edital SBMFC TEMFC Nº 3)

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS (TEMAS PARA A PROVA ESCRITA)

1. Diagnóstico e tratamento das afecções mais prevalentes em Atenção Primária em Saúde.
2. Promoção e proteção à saúde da criança, da mulher, do adolescente, do adulto e idoso.
3. Identificação das fases evolutivas e assistência aos transtornos adaptativos da infância, adolescência, do adulto e da velhice.
4. Assistência à gestação normal, identificando os diferentes tipos de risco;
5. Assistência ao parto e puerpério normais.
6. Diagnóstico e tratamento das afecções mais prevalentes do ciclo gravídico-puerperal.
7. Cuidados ao recém nascido normal e condução da puericultura.
8. Tratamento das afecções mais freqüentes na infância, na adolescência, na idade adulta e na velhice.
9. Reconhecimento e primeiros cuidados às afecções graves e urgentes.
10. Interpretação de exames complementares de apoio diagnóstico na atividade clínica diária.
11. Orientação dos distúrbios psicológicos mais comuns na prática ambulatorial.
12. Diagnostico das patologias cirúrgicas mais freqüentes e encaminhamentos necessários.
13. Orientação pré e pós-operatória das intervenções cirúrgicas mais simples.
14. Técnicas e cuidados relativos às cirurgias ambulatoriais mais simples.
15. Diagnostico dos problemas mais freqüentes de saúde ocupacional.
16. Conhecimento sobre o ciclo vital, a estrutura e a dinâmica familiar.
17. Reconhecimento e abordagem às crises familiares, evolutivas e não evolutivas, às disfunções familiares no âmbito da Medicina de Família e Comunidade.
18. Conhecimento e utilização das principais técnicas de dinâmica de grupo.
19. Promoção de ações de educação em saúde e ações em parceria com a comunidade.
20. Identificação dos problemas de saúde da comunidade, particularizando grupos mais vulneráveis.
21. Desenvolvimento de ações de caráter multiprofissional ou interdisciplinar.
22. Cadastro familiar e delineamento do perfil de saúde de grupos familiares.
23. Gerenciamento de serviços de saúde.
24. Montagem e operação de sistemas de informação na Atenção Primária à Saúde.
25. Organização de arquivo médico.
26. Montagem, orientação e avaliação de sistema de referência e contra-referência.
27. Atuação intersetorial nos vários níveis de atenção à saúde.
28. Estudos de prevalência e incidência de morbi-mortalidade e de indicadores de saúde na população sob sua responsabilidade.

29. Estudos de demanda e de aspectos específicos da unidade, visando sua adequação à clientela.
30. Conhecimento das novas tecnologias na assistência de atenção no âmbito da medicina geral, da família e da comunidade, baseadas no paradigma bio-psico-social.
31. Implementação, controle e avaliação do programa de imunização da unidade.
32. Orientação e implementação de atividades de treinamento de pessoal e educação continuada para a equipe de saúde.

ANEXO 4 (DO EDITAL SBMFC TEMFC Nº 3)

BIBLIOGRAFIA PARA O TEMFC DE MAIO DE 2005

1. DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
2. STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
3. McWHINNEY. *A Textbook of Family Medicine*, 2ª ed., Oxford. Oxford University Press, 1997. 448p.
4. WONCA. *A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar*. Justin Allen et al., WONCA, 2002. [disponível na página da SBMFC na Internet: www.sbmfc.org.br - traduzido para o português]
5. ROQUAYROL, Maria Zélia & ALMEIDA FILHO, Naomar de. *Epidemiologia & saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro, Medsi, 2003. 728p.
6. VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H.. *Epidemiologia para os Municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. Tradução: Carlos Dora, Iná dos Santos Hallal, César Gomes Victoria. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. Tradução de: Manual of epidemiology for district health management.
7. CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90)*. 3ed. Campinas, Ed. Unicamp, 2001.
8. CREMESC. *Manual de Orientação Ética e Disciplinar*. V1, 2ª ed., Florianópolis: CRM-SC, 2000. [Inclui o *Código de Ética Médica* do CFM. Disponível no Portal CFM e em <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmsc/manual/sumario.htm>]
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis: DST*. Brasília, DF: Brasil. Ministério da Saúde, 1999. 142 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 96p. Série Cadernos de Atenção Básica (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 8, 131).
11. RAKEL, R. E. *Textbook of family practice*. Philadelphia, W B Saunders Co, 2001. 1725p. – Part I – Principles of Family Practice.
12. MINUCHIN, Salvador. *Famílias; funcionamento & tratamento*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. 238p.

Observação: serão disponibilizados na página da SBMFC na Internet – www.sbmfc.org.br – todos os itens desta bibliografia que esta entidade conseguir em meio eletrônico (arquivos para “download”, “links” na Internet ou outras formas).