

Artigo Científico

Conhecimento de competências em saúde da mulher dos médicos da atenção primária *Knowledge of women's health skills among primary care physicians*

Luís Antônio Soares Pires Filho¹, Fernanda de Almeida Andriotti², Clara de Freitas Gobbi³, Sergio Henrique Pires Okano⁴, Ana Paula Ferreira Ramos⁵, Giordana Campos Braga⁶

¹Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Brasil. E-mail: laspf@yahoo.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5637-5221>

²Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Brasil. E-mail: fernandandriotti@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1102-8477>

³Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Brasil. E-mail: sergio.okano@usp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6046-2659>

⁴Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Brasil. E-mail: cclara-1997@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2325-2003>

⁵Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Brasil. E-mail: apaulafr@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1038-9237>

⁶Universidade de São Paulo – USP, Brasil. E-mail: giordanacb@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2900-0576>

Resumo – Objetivos: Avaliar o conhecimento de médicos de Família e Comunidade atuantes na atenção primária de Ribeirão Preto – SP, sobre as competências na Atenção à Saúde da Mulher, segundo o Currículo Baseado em Competências da sociedade de Medicina de Família e Comunidade (CBCSMFC). Métodos: Estudo transversal descritivo, realizado em Ribeirão Preto - SP, com médicos das Unidades de Saúde de abril de 2022 a março de 2023. Utilizou-se um questionário estruturado, e através de entrevista direta avaliou-se características sociodemográficas, profissionais e o domínio de competências específicas do CBCSMFC na Saúde da Mulher. Resultados: De 52 médicos convidados, 51 foram entrevistados, com representantes de todos os distritos da cidade. A maioria dos profissionais eram mulheres brancas (58,8%), com Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (74,5%). A maioria (58,8%) atuava como preceptor, mesmo sem pós-graduação stricto sensu. De todos os profissionais entrevistados, 72,5% realizavam rastreamento de câncer (CA) de colo, todos rastreiam CA de mama, e embora 98% realizem pré-natal de risco habitual, porém 50,9% realizavam pré-natal de alto risco. Contudo, 88,2% referiam conduzir casos de diabetes gestacional no cenário da APS. Metade dos médicos realizavam inserção do dispositivo intrauterino e implante contraceptivo na população. Conclusão: Os médicos que atuam na APS de Ribeirão Preto oferecem os cuidados essenciais o domínio de competências específicas do CBCSMFC em relação às rotinas de saúde da mulher, entretanto metade dos profissionais não realizam atendimento pré-natal de alto risco.

Palavras-chave: Médicos de Família e Comunidade. Saúde da Mulher. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

Abstract - Objectives: To assess the knowledge of Family and Community physicians working in primary care in Ribeirão Preto - SP, about the competencies in Women's Health Care, according to the Competency-Based Curriculum of the Society of Family and Community Medicine (CBCSMFC). Methods: A descriptive cross-sectional study, carried out in Ribeirão Preto - SP, with physicians from Health Units from April 2022 to March 2023. A structured questionnaire was used, and through direct interviews, sociodemographic and professional characteristics and mastery of specific CBCSMFC competencies in Women's Health were assessed. Results: Of 52 invited physicians, 51 were interviewed, with representatives from all districts of the city. Most of the professionals were white women (58.8%), with Medical Residency in Family and Community Medicine (74.5%). The majority (58.8%) worked as preceptors, even without stricto sensu postgraduate studies. Of all the professionals interviewed, 72.5% performed cervical cancer (CV) screening, all performed breast CV screening, and although 98% performed normal-risk prenatal care, 50.9% performed high-risk prenatal care. However, 88.2% reported managing cases of gestational diabetes in the PHC setting. Half of the doctors performed intrauterine device insertion and contraceptive implants in the population. Conclusion: The doctors who work in the PHC of Ribeirão Preto offer essential care and mastery of specific CBCSMFC skills in relation to women's health routines, however half of the professionals do not perform high-risk prenatal care.

Keywords: Primary Care Physicians. Women's Health. Primary Health Care. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A especialidade médica de Medicina de Família e Comunidade se define como a responsável em assistir à saúde de forma contínua, abrangente e integral para indivíduos, famílias e comunidades. Ela tem a distinta característica de construir fortes vínculos com os membros da comunidade, estabelecendo laços de confiança, respeito e resolutividade, sem distinção de gênero, idade ou doença (MATTA; MOROSINI, 2025). Essa especialidade médica atua principalmente, mas não exclusivamente, na Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS engloba estratégias para atender, de forma regional, a maioria das demandas de saúde de uma população, integrando ações de vigilância, prevenção e tratamento, e buscando, de maneira organizada, atingir medidas resolutivas para garantir integralidade e longitudinalidade no cuidado à saúde. No Brasil, esse modelo está inserido no Sistema Único de Saúde desde sua criação com a definição da constituição de 1988, culminando com o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PSF reforçou o modelo da APS como primeiro acesso da população aos serviços de saúde, inicialmente atuando com medidas de prevenção e promoção de saúde, e mais tarde evoluindo para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1998, atingindo maior capacidade de resolução (GUSSO et al., 2012). A ESF na atenção integral à saúde da mulher, oferece medidas resolutivas na prevenção e tratamento de diversos agravos relacionados às mulheres.

Em Ribeirão Preto, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), organiza e orienta protocolos e fluxos de atendimentos em atenção à saúde da mulher, oferecendo diretrizes quanto à atenção a métodos contraceptivos, climatério, menopausa, violência de gênero, planejamento gestacional, pré-natal, parto, puerpério, rastreamento de câncer ginecológico e sexualidade (CAISM, 2021). Em 2021, ocorreu uma reforma administrativa na Prefeitura de Ribeirão Preto, que transferiu o PAISM para o Departamento de Planejamento em Saúde. O PAISM, então, tornou-se Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que propôs um processo de capacitação dos médicos da APS para atendimento à saúde da mulher, pensando que, nem sempre a experiência laboral isolada é capaz de fornecer acesso ao atendimento integral a essa população (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO, 2021b). As capacitações municipais, e principalmente a residência médica fornecem um diferencial de assistência e acesso à saúde reprodutiva.

O Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade (CBCMFC) foi elaborado em abril de 2014, em uma oficina que reuniu especialistas brasileiros e canadenses, vinculados à Universidade de Toronto, todos com experiência de atuação na formação médica em MFC. As contribuições advindas dessa oficina e consulta pública foram avaliadas por um painel de especialistas em formação médica na área de MFC, a uma ferramenta sistematizada definindo estratégias para homogeneizar o cuidado, cobertura e melhoria da qualidade da assistência (SBMFC, 2015). Para

cada área de conhecimento específico, há quatro níveis de aprofundamento, sendo eles: 1) Pré-requisito: esperado do profissional antes de ingressar na residência médica. 2) Essencial: esperado de todo profissional que concluiu sua residência médica em MFC. 3) Desejável: esperado de um profissional diferenciado que avançou além das competências essenciais. 4) Avançado: esperado de um profissional que se tornou proficiente dentro de uma área específica da atuação em MFC. (Quadro 1)

Melo VH et al. num estudo descritivo, em três cidades mineiras, avaliaram atividades e dificuldades de médicos de família na atenção às mulheres (MELO et al., 2013). Nesse estudo, 203 médicos foram entrevistados, entre 2010 e 2011, e evidenciou-se que os profissionais mais jovens (com até 3 anos de formação) apresentavam maiores dificuldades nos cuidados em atenção à saúde da mulher. As dificuldades mais frequentes foram em climatério (61,9%) e saúde reprodutiva (41,9%). Apenas 24,1% dos médicos tinham especialização em MFC e 43,3% não possuíam experiência prévia em atenção à saúde das mulheres. Anderson MIP et al. estabeleceram em 2007 algumas bases para o que viria a ser o CBCMFC, mas sem um foco específico na área de atenção à saúde da mulher (ANDERSON et al., 2007).

Na Universidade do Colorado, Kvach E et al discutiram e implementaram ferramentas para melhorar as competências em saúde reprodutiva na graduação e residência de Medicina de Família e Comunidade. Durante seis meses, essas ferramentas foram aplicadas em 1676 pacientes (12 a 45 anos) com intenção de gravidez (KVACH et al., 2018). Observou-se que o desempenho dos residentes aumentou de 47% para 62% ao final do período avaliado. Borém LMA et al, avaliou conhecimento de médicos da APS sobre exames de imagem, principalmente radiografia, ultrassonografias e tomografias através de um questionário estruturado e concluiu que há deficiências importantes no conhecimento dos médicos em relação aos exames de imagem, com melhores resultados obtidos pelos profissionais da atenção primária à saúde e pelos que possuem residência médica na área de atuação (BORÉM et al., 2013). Nobrega DM et al avaliaram conhecimentos sobre urgências e emergências em APS, mas pela perspectiva da enfermagem e sem especificar a área de Saúde da Mulher, e identificaram que se faz necessária a promoção da educação continuada e permanente na área de urgência e emergência nos serviços de saúde primários (NOBREGA et al., 2015). Muitos estudos avaliam atribuições e competências de enfermagem e outros profissionais na APS em Saúde da Mulher, porém pouco se encontra sobre o conhecimento de médicos na APS.

Não foram encontrados artigos que avaliassem conhecimentos médicos em saúde da mulher no contexto da APS ou a aplicação do CBCMFC no Brasil. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento de Médicos de Família e Comunidade atuantes na atenção primária de Ribeirão Preto – SP sobre as competências previstas nos CBCMFC, em específico na área de atenção à saúde da mulher.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo,

realizado na cidade de Ribeirão Preto - SP, com médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pelo acesso à APS. No período de abril de 2022 a março de 2023, foram incluídos, médicos graduados com qualquer especialização que atuassem, integralmente ou parcialmente, na APSe no município de Ribeirão Preto – SP. Foram excluídos profissionais do programa Mais Médicos, médicos que atuassem exclusivamente em saúde suplementar, particular, unidades móveis ou penitenciárias e médicos residentes. Os

participantes foram convidados a participar do estudo mediante autorização da secretaria de saúde de Ribeirão Preto-SP. Foram coletados dados sociodemográficos, sobre sua formação médica e 34 perguntas relacionadas ao atendimento em saúde da mulher baseado no CBCMFC por entrevista direta, além de duas perguntas relacionadas ao implante contraceptivo disponível na cidade, cujo treinamento para uso foi realizado pelo CAISM (Quadro 1).

Quadro 1. Questionário Baseado nas áreas de conhecimento específico do CBCMFC 2015.

- 1- Maneja sem dificuldades consultas de rotina de Saúde da Mulher na APS?
- 2- Realiza consulta de planejamento familiar e anticoncepção de emergência quando necessário.
- 3- Você fez treinamento para inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU)?
- 4 - Você se sente capaz de inserir Dispositivo Intrauterino (DIU) na APS?
- 5- Você Insere Dispositivo Intrauterino (DIU) na APS?
- 6- Você Retira DIU na APS?
- 7- Você fez treinamento para inserção de Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?
- 8- Você se sente capaz de inserir Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?
- 9- Você Insere Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?
- 10- Retira Implante Contraceptivo Subdérmico (Implanon) na APS?
- 11- Você maneja intercorrências associadas ao DIU?
- 12- Você maneja intercorrências associadas ao intercorrências associadas ao Implanon?
- 13- Você avalia o resultado do exame de citologia oncológica (Papanicolaou)?
- 14- Realiza colpocitologia, exame ginecológico, avaliação do assoalho pélvico, avaliação das mamas e demais exames físicos?
- 15- Considera particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-doença?
- 16- Realiza rastreio de Câncer de Mama de acordo com alguma diretriz clínica?
- 17- Você foi treinado para cauterizar verrugas genitais?
- 18- Você cauteriza verrugas genitais na APS?
- 19- Realiza ultrassonografia?
- 20- Realiza colposcopia e biópsia de colo uterino quando indicado?
- 21- Realiza pré-natal de risco habitual?
- 22- Realiza pré-natal de alto risco?
- 23- Maneja situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional?
- 24- Orienta sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto?
- 25- Maneja principais problemas do puerpério?
- 26- Orienta sobre riscos de situações teratogênicas (fármacos, agentes físicos, infecciosos e tóxicos)?
- 27- Estimula o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal?
- 28- Aborda e problematiza as expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê.
- 29- Maneja as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação?
- 30- Dá assistência à parto vaginal, em situação de urgência?
- 31- Maneja atendimento em emergências na gestação (Eclampsia, cetoacidose diabética e descolamento de placenta)?
- 32- Dá assistência à parto vaginal em ambiente hospitalar ou domiciliar?
- 33- Realiza cesariana em situações de urgência?
- 34- Você identifica e maneja situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade?

* **CBCMFC Currículo Baseado em Competências para Médicos de Família e Comunidade; DIU-dispositivo intrauterino; APS- Atenção Primária à Saúde.**

Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-SP (CAAE: 52257321.2.0000.5440, Parecer 5.276.752) e os participantes que desejaram participar no estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Com base nas informações coletadas, os dados foram tabulados no software Microsoft Excel (Redmond, EUA). Os dados descritivos foram apresentados utilizando média e desvio-padrão como medidas de dispersão das variáveis contínuas; enquanto, nas variáveis categóricas, frequência e mediana,

dependendo do tipo de distribuição da amostra. Para comparação das variáveis qualitativas entre os grupos foi usado o Teste Exato de Fisher com nível de significância de 5%. O software Rx64 4.2.2 (Vienna, Áustria) foi utilizado para análise.

RESULTADOS

Foram convidados 52 profissionais médicos atuantes nas USF que preenchiam os critérios de inclusão. Apenas um

recusou-se a participar do estudo, assim foram realizadas 51 entrevistas. A idade média dos entrevistados foi de 36,7±5,3 anos, variando de 25 a 48 anos. A maioria dos profissionais era natural do estado de São Paulo (37; 72,5%), do gênero feminino (30; 58,8%), de cor de pele branca (48; 94,1%), e casados ou com união estável (29; 56,9%) (Tabela 1). Quanto à formação acadêmica e especialização, os profissionais possuíam em média 11±5,7 anos de formação médica no momento da entrevista, 28 (54,9%) estudaram em instituição de ensino privada e 38 (74,5%) possuíam residência médica em MFC, embora metade dos entrevistados não possuíssem título de especialista. Um

(2,0%) dos entrevistados possuía doutorado, enquanto 12 (23,5%), mestrado. Os profissionais entrevistados atuavam, em média, há 8,9 anos na APS. A maioria dos profissionais (30; 58,8%), exercia o papel de preceptor de alunos da graduação e/ou residentes médicos.

Mais da metade dos profissionais (48; 94,1%) exercia suas atividades laborais com jornada de 40 horas semanais e restringia suas atividades à atuação na APS. A maioria dos entrevistados conhecia o CBCMFC (44; 86,2%), porém menos da metade (23; 45%) tiveram sua formação guiada pelo segundo a sua orientação (Tabela 1).

Tabela 1 - Características demográficas dos participantes da pesquisa em Ribeirão Preto-SP. (N=51)

Idade – Média (DP)		36,7(5,3)
Gênero	N	%
Feminino	30	58,8
Masculino	21	41,1
Cor da Pele		
Branca	48	94,1
Parda	2	3,9
Amarela	1	1,9
Estado Civil		
Solteiro (a)	22	43,2
Casado(a)/União Estável	29	56,8
Naturalidade por Estado		
São Paulo	37	72,5
Goiás	3	5,8
Rio de Janeiro	3	5,8
Paraná	2	3,9
Minas Gerais	4	7,8
Espírito Santo	1	1,9
Bahia	1	1,9
Formação Acadêmica		
Tempo de formação – Média (DP)		11(5,7)
Tempo de Atuação na APS – Média (DP)		8,9(5,6)
Graduação	N	%
Pública	28	55
Privada	23	45
Residência Médica		
MFC	38	74,5
Sem residência médica	6	11,7
Psiquiatria	3	5,8
Geriatria	1	1,9
Cardiologia	1	1,9
Outras especialidades	2	3,8
Título de Especialista em MFC	23	45
Título de Mestrado	12	23,5
Título de Doutorado	1	1,9
Preceptor de Alunos e/ou residentes de MFC	30	58,8
Teve a formação em MFC orientada pelo CBCMFC	23	45
Maneja consultas de Rotina de Saúde da Mulher	48	94,1
Maneja Planejamento Familiar e Contracepção de Emergência	48	94,1

*DP – Desvio Padrão; APS – Atenção Primária à Saúde; MFC- Medicina de Família e Comunidade; CBCMFC – Currículo Baseado em Competências em Medicina de Família e Comunidade.

Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Quanto ao rastreamento dos cânceres ginecológicos, a maioria dos profissionais referiram realizar rastreio para o câncer de mama de acordo com alguma diretriz clínica,

porém, 49 (96,1%) realizavam exame pélvico para atendimento ginecológico e rastreio de câncer de colo uterino. Três (5,8%) dos profissionais não avaliam o

resultado da colpocitologia. Apenas um (1,9%) avalia o resultado sem realizar o exame. Todos informaram que consideravam particularidades do gênero no desenvolvimento do processo saúde-adoecimento.

A maioria dos profissionais (34; 66,7%), foi treinada para realizar a cauterização de verrugas genitais, e quase todos que receberam esse treinamento (33; 64,7%) realizam o procedimento. Apenas um dos entrevistados realiza ultrassonografia e nenhum deles realiza colposcopia.

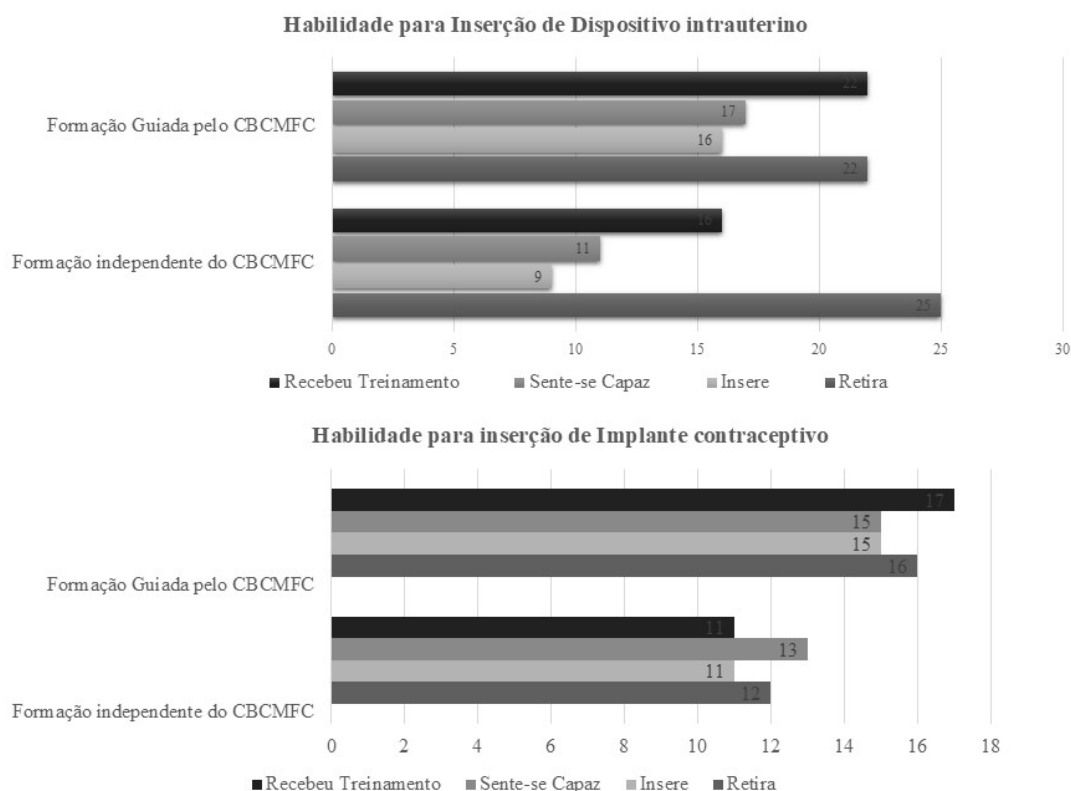
A maioria dos profissionais 50 (98%) referiu conduzir pré-natais de risco habitual, e 26 (51%) não realizavam o seguimento de pré-natal de alto risco, embora 5 (9,8%) desses afirmavam manejar situações clínicas em gestantes relacionadas à diabetes gestacional. No total, 45 (88,2%) profissionais referiram manejar intercorrências na gestação e todos os profissionais referiram orientar as mulheres sobre momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto, tanto como sobre riscos de situações teratogênicas. Todos os profissionais relataram que manejam os principais problemas do puerpério e a maioria (47; 92,1%) referiu estimular o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal.

A abordagem e a problematização das expectativas da mãe e do pai em relação ao bebê foram referidas como prática de todos os entrevistados, embora um profissional tenha referido não manejar as intercorrências mais

frequentes e relevantes na gestação, por não realizar atendimento a gestantes. A maioria dos profissionais, 41 (80,3%), referiram fornecer assistência ao parto vaginal em situações de urgência, e 24 (47%) manejam o atendimento em emergências gestacionais, como eclampsia, cetoacidose diabética e descolamento de placenta. Apenas 7 (13,7%) referiram dar assistência ao parto vaginal em ambiente hospitalar ou domiciliar e nenhum dos profissionais realiza cesariana em situação de urgência.

Dois dos profissionais referiram que não identificam e manejam situações de violência contra a mulher e outras situações de risco e vulnerabilidade, embora um deles realize consultas de rotina de saúde da mulher. Dos profissionais entrevistados, 49% inseriam dispositivo intrauterino (DIU) na APS, 92,1% retiravam DIU quando necessário. A maioria (47; 92,1%) afirmou manejar as intercorrências associadas ao uso desse método, enquanto 8 (15,6%) encaminhavam essas demandas para serviço de atenção secundária. Devido às capacitações do CAISM, 26 (50,9%) profissionais realizavam inserção de implante contraceptivo e 28 (54,9%), a retirada quando necessário (Figura 1). Trinta e sete (72,5%) profissionais referiram manejar complicações e intercorrências associadas a esses métodos, enquanto 10 (19,6%), encaminhar para o serviço de atenção secundária (Tabela 2).

Figura 1 – Habilidade para inserção de Dispositivo intrauterino e Implante contraceptivo, comparando médicos com formação guiada pelo CBCMFC e médicos com outra formação (independente do CBCMFC). Em números absolutos; Teste Exato de Fisher $p>0,05$.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Tabela 2 - Atividades realizadas em Saúde da Mulher na APS, segundo CBCMFC. (N=51)

Atenção à Saúde da Mulher	N	(%)
Realiza rastreio de câncer de Mama	51	100
Considera o gênero no processo Saúde-Doença	51	100
Realiza exame ginecológico (incluindo colpocitologia)	49	96
Avalia colpocitologia	48	94,1
Treinado para cauterizar verrugas genitais	34	66,6
Cauteriza verrugas genitais	33	64,7
Realiza colposcopia	0	0
Realiza ultrassonografia	1	1,9
Insere DIU	25	49
Retira DIU	47	92,7
Insere Implante contraceptivo	26	50,9
Retira Implante contraceptivo	28	54,9
Atenção ao ciclo gravídico-puerperal		
Maneja pré-natal de risco habitual	50	98
Maneja pré-natal de alto risco	25	49
Maneja diabetes gestacional	45	88,2
Orienta momento e local de referência para assistência obstétrica de urgência ou ao trabalho de parto	51	100
Maneja principais problemas do puerpério	51	100
Orienta riscos de situações teratogênicas	51	100
Estimula o envolvimento do pai no acompanhamento do pré-natal	47	92,1
Aborda e problematiza as expectativas em relação ao bebê	51	100
Maneja as intercorrências mais frequentes e relevantes na gestação	50	98
Dá assistência à parto vaginal, em situação de urgência	41	80,3
Maneja emergências na gestação	24	47
Realiza parto vaginal hospitalar ou domiciliar	7	13,7
Realiza cesariana de urgência	0	0
Identifica e maneja situações de violência contra a mulher	49	96

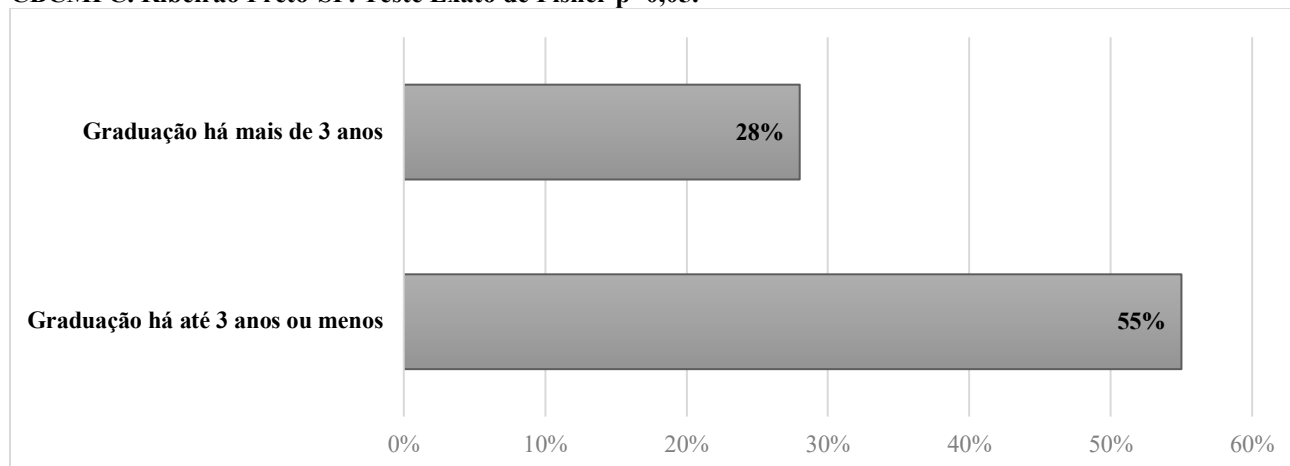
Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

Encontramos 14 (27,4%) profissionais que referiram realizar todos os aspectos relacionados ao seguimento pré-natal, incluindo o manejo de gestações de risco habitual, alto risco, situações associadas ao diabetes gestacional, emergências gestacionais e assistência ao parto em situações de urgência.

Por fim, a proporção dos médicos por tempo de graduação em relação ao domínio dos componentes essenciais nos itens “Atenção à Saúde da Mulher” e

“Atenção ao Ciclo Gravídico-Puerperal”. Foi avaliado o tempo de graduação de até 3 comparando com mais tempo de formação e atitudes práticas em Saúde da Mulher. Quanto aos domínios essenciais do CBCMFC relacionado à Saúde da mulher, não houve diferença entre esse tempo de formação e os médicos com maior tempo de formação (Figura 2).

Figura 2 – Tempo de graduação e proporção de médicos que exercem os domínios essenciais em Saúde da Mulher do CBCMFC. Ribeirão Preto-SP. Teste Exato de Fisher $p>0,05$.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2025.

DISCUSSÃO

Este estudo propôs avaliar, através de um corte transversal, o conhecimento de médicos da MFC sobre as competências previstas nos CBCMFC e a sua atuação frente a questões ginecológicas e obstétricas da atenção à saúde da mulher. Apesar de menos da metade dos profissionais entrevistados possuírem título de especialista ou residência médica em MFC, os profissionais contemplam a grande maioria dos componentes relacionados ao CBCMFC com relação à saúde da mulher. Esses profissionais oferecem a atenção necessária em relação às rotinas de saúde, planejamento reprodutivo e seguimento pré-natal de risco habitual, aspectos essenciais da coordenação de cuidado em Saúde da Mulher, destacadas no CBCMFC.

Apesar do seu alto IDH e infraestrutura da cidade, apenas 22% da população recebe cobertura adequada pela ESF em Ribeirão Preto (IBGE 2024). Atualmente, há o planejamento de ampliar esta cobertura para 40% da população até 2025, através do aumento da quantidade de vagas para profissionais médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e cirurgiões dentista (CAISM, 2021). Ribeirão Preto constitui referência na assistência à saúde da região noroeste do estado (IBGE, 2024), tem alto IDH, contudo o perfil de gestações não planejadas é semelhante a cidades brasileiras menos desenvolvidas, resultados que são piores em classes sociais mais baixas, especialmente nos extremos de idade, adolescentes e mulheres com mais de 40 anos (VIEIRA et al., 2020). Estes dados mostram falhas no planejamento reprodutivo e no acesso aos serviços de saúde, impactando negativamente a qualidade da cobertura em Saúde da Mulher (ANDRADE et al., 2020; ANDRADE et al., 2022).

Na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, chama a atenção o fato de que embora todos os profissionais realizem o seguimento pré-natal de risco habitual, menos da metade realiza o seguimento de alto risco, embora, paradoxalmente, 93% refiram conduzir casos de diabetes gestacional, uma condição atrelada ao pré-natal de alto risco. Este fato traz à tona possíveis discrepâncias quanto ao que os profissionais consideram ser um pré-natal de alto risco. Tal fato traz preocupação, considerando que a APS constitui a principal porta de entrada ao SUS e é o nível de atenção que deveria ter o acesso mais facilitado. Uma restrição a este acesso a nível primário tem o potencial de gerar demanda reprimida em cuidados pré-natais de alto risco a nível secundário e terciário, dificultando a coordenação de cuidado e propiciando maior morbimortalidade materna e fetal (VIELLAS et al., 2014; BRITO et al., 2021). A maior proximidade dos profissionais com o manejo da Diabetes Gestacional, embora não possa ser atribuída a um fator isolado, pode ter sido influenciada pelo planejamento e participação ativa do CAISM nos treinamentos e processos de educação continuada.

Dentre as estratégias para redução de morbimortalidade materna e neonatal encontram-se a assistência pré-natal, assistência ao parto adequado e contracepção para planejamento reprodutivo. Mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica tendem a apresentar maior probabilidade de gestações não planejadas, fator associado a maior risco de complicações gestacionais,

portanto a deficiência específica no seguimento pré-natal de alto risco dentro do alcance da APS é preocupante (VIEIRA et al., 2020; TICONA et al., 2024; MCKEATING et al., 2024). Nota-se que o tema do aborto é abordado de maneira pontual, mesmo nos componentes do CBCMFC, SBMFC (2015) fazendo parte do item desejável: Maneja atendimento em emergências na gestação (Eclampsia, cetoacidose diabética, abortamento e descolamento de placenta) (SBMFC, 2015). Convém esperar que versões futuras e revisadas do currículo discorram de forma mais ampla sobre este aspecto essencial e frequente no manejo do seguimento obstétrico da APS.

Na atenção ao planejamento reprodutivo, pouco mais da metade dos profissionais realiza a inserção do Implante contraceptivo, e uma proporção ainda menor realiza a inserção de DIU na população. Entretanto, a proporção de profissionais que retira ambos os métodos são bem mais significativa, com 92,1% para o DIU e 52,9% para o implante, sendo este último dado peculiar, pois a remoção do implante é, em geral, mais difícil e onerosa do que a sua inserção. Tal proporção traz preocupações quanto à adequada oferta de planejamento reprodutivo no cenário da APS, pois pode ser mais fácil para uma mulher ter seu método contraceptivo de longa duração removido do que renovado quando em seu vencimento. Ter profissionais capacitados em retirar o implante contraceptivo pode ser desafiador, e em alguns países esse cuidado requer busca de diversos serviços especializados fora da APS. A experiência das mulheres com essa dificuldade traz transtornos e diferentes percepções quanto a satisfação e taxa de continuidade do método (HOWETT et al., 2021).

Pontualmente, notamos que três profissionais não conduziam integralmente o seguimento de rotina em saúde da mulher, seja por que não realizavam exame ginecológico seja por que não realizada contracepção. Dada a natureza objetiva das entrevistas, o racional por trás destes hábitos de trabalho não foi esclarecido, mas estima-se situações em que isso possa ocorrer sem prejuízos significativos à saúde das mulheres, devido ao seguimento conjunto com equipe de enfermagem ou outros profissionais médicos de serviço secundário.

Um recorte relevante dessa análise é o perfil de médicos que atuam na APS em Ribeirão Preto – SP. Neste estudo, identificou-se um predomínio de mulheres brancas com residência médica em MFC, o que é um perfil diferenciado e capacitado para assistência à população, que demonstra recortes da inclusão das mulheres no curso de medicina. Por outro, destaca-se a ausência de profissionais negros e indígenas, o que pode evidenciar a formação elitista e desigual da categoria médica, cujo fator de mobilidade social brasileiro não é frequentemente explorado na literatura médica, (CRM-DF 2023). Os determinantes sociais relacionados à raça-cor de pele podem resultar em maiores possibilidades de um cuidado inadequado, quando não racista. As particularidades da população negra ou indígena podem não ser levadas em consideração no processo saúde-doença, trazendo prejuízo na coordenação do cuidado mesmo em um ambiente que busca integralização e humanização em saúde, como a APS, (ZOLIN, 2021).

Uma das limitações do presente estudo foi a característica auto avaliativa da maioria das questões relativas ao CBCMFC. Isso traz um viés de Autoconveniência, onde um processo cognitivo ou perceptivo pode ser distorcido pela necessidade de manter um determinado nível de autoestima, percebendo a si mesmo dentro deste processo de uma maneira favorável. Mas como não há na literatura estudos comparáveis para a avaliação do CBCMFC, pode-se iniciar uma proposta de avaliação técnica dos profissionais que atuam na APS. Não foram avaliados efetivamente os conhecimentos e habilidades dos profissionais de forma objetiva nem suas habilidades na prática e contexto local do atendimento, o que poderia trazer resultados diferentes, mas tal aproximação não fazia parte da exploração deste estudo.

A pequena amostra entrevistada é outra limitação. Mesmo que equivalente ao número de USF em Ribeirão Preto, não foi possível abordar todos os profissionais que atuam na APS devido a dificuldades de tempo e acesso aos profissionais pelos entrevistadores. Com essa amostra não foi possível realizar uma avaliação estatística robusta sobre os efeitos da formação guiada pelo CBCMFC na atuação em Saúde da Mulher, e estima-se que os resultados poderiam ser diferentes se aplicados a um maior número de profissionais. Espera-se que a distribuição dos profissionais entrevistados por todas as regiões da cidade atenua esta limitação de alguma forma.

CONCLUSÃO

Os médicos atuantes na APS de Ribeirão Preto referiram possuir domínio sobre os aspectos essenciais da coordenação de cuidado em Saúde da Mulher. Os profissionais ofertam as rotinas essenciais de saúde, o planejamento reprodutivo e o seguimento pré-natal de risco habitual, com exceção do seguimento em pré-natal de alto risco. O CBCMFC não pareceu exercer influência significativa na oferta de cuidados em Saúde da Mulher, principalmente nas áreas de planejamento reprodutivo e seguimento pré-natal.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, M. I. P.; CASTRO FILHO, E.D. de; RODRIGUES, R. D.; DALLA, M. D. B.; BOURGET, M. M. M. Bases para expansão e desenvolvimento adequados de programas de residência em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 11, p. 180–198, 2007. 10.5712/rbmfc3(11)336.
- ANDRADE, M. S.; BONIFÁCIO, L. P.; SANCHEZ, J. A. C.; OLIVEIRA-CIABATI, L.; ZARATINI, F.S.; FRANZON, A. C. A.; PILEGGI, V. N.; BRAGA, G. C.; FERNANDES, M.; VIEIRA, C. S.; SOUZA, J. P.; VIEIRA, E. M. Morbidade materna grave em hospitais públicos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 36, n. 7, p. e00096419. 2020
- ANDRADE, M. S.; BONIFÁCIO, L. P.; SANCHEZ, J. A. C.; OLIVEIRA-CIABATI, L.; ZARATINI, F. S.; FRANZON, A. C. A.; PILEGGI, V. N.; BRAGA, G. C.; FERNANDES, M.; VIEIRA, C. S.; SOUZA, J. P.; VIEIRA, E. M. Fatores associados à morbidade materna grave em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: estudo de corte transversal. **Cad Saúde Pública**. v. 38, n.1, p. e00021821. 2022.
- BORÉM, L. M. A.; FIGUEIREDO, M. F.S.; SILVEIRA, M. F.; RODRIGUES NETO, J.F.; O conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde e da urgência sobre os exames de imagem. **Radiol Bras**, v. 46, n.6, p.341–345, 2013.
- BRITO, L. D. M. E.; MESQUITA, K. K. C. B.; MELO, J. S.; SANTOS, T. P. D. A importância do pré-natal na saúde básica: uma revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v.10, n.15, e51101522471, 2021.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL (CRM-DF). **Desafios da falta de representatividade negra na medicina**. 2023. Disponível em: <https://crmdf.org.br/noticias/desafios-da-falta-de-representatividade-negra-na-medicina>. Acesso em: 22 maio 2025.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Atenção primária à saúde no Brasil. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (orgs.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2012. cap. 6, p. 20-41.
- HOWETT, R.; KROGSTAD, E. A.; BADUBI, O.; GERTZ, A. M.; BAWN, C.; MUSSA, A.; KGASWANYANE, T.; MALIMA, S.; TSHEGO, M.; MOKGANYA, L.; RAMOGOLA-MASIRE, D.; MORRONI, C. Experiences of accessing and providing contraceptive implant removal services in Gaborone, Botswana: A qualitative study among implant users and healthcare providers. **Front Glob Womens Health**, v.2, 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Ribeirão Preto-SP, Censo de 2024**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto.html>.
- KVACH, E.; MARCUS, H; LOOMIS, L. Evaluation of resident and faculty performance in routinely addressing unmet reproductive health needs in a teaching health center. **Family Medicine**. v.50, n.4, p.291-295, 2018. 10.22454/FamMed.2018.177339.
- MATTA, G. M.; MOROSINI, M. V. G. Dicionário da educação profissional em saúde. **Dicionário EPS - Atenção Primária à Saúde**. Disponível em: http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atepri_sau.html. Acesso em: 22 maio 2025.
- MCKEATING, A.; CROSBY, D.A.; COLLINS, M.; O'HIGGINS, A.; MCMAHON, L.; TURNER, M. J. A longitudinal study of unplanned pregnancy in a maternity hospital setting. **Intl J Gynecology & Obstet**.v. 128, n.2, p.106-9. 2015. 10.1016/j.ijgo.2014.08.012..

MELO, V. H.; RIO, S.M. P. do; BONITO, R.; LODI, C. T. C.; FONSECA, M. T. M.; AMARAL, E. Dificuldades dos médicos que atuam na estratégia saúde da família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 30, p. 3–12, 2013.10.5712/rbmfc9(30)550.

NOBREGA, D. M.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Conhecimentos, atitudes e práticas em urgência e emergência na atenção primária à saúde. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, v.8, n.2, p.141-157, jul./dez. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, PMS/2021 - 2022-2025**. Agosto de 2021a. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1884202410.pdf>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. 2021b. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/dps/caism>. Acesso em: 22 maio 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Currículo baseado em competências para medicina de família e comunidade**.

Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/noticias/sbmfc-divulga-curriculo-baseado-em-competencias/>. Acesso em: 22 maio 2025.

TICONA, D.M.; HUANCO, D.; TICONA-RENDÓN, M. B. Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: findings of new high-risk newborns in Peru. **International Health**. v.16, n.1, p.52-60. 2024.10.1093/inthealth/ihad018.

VIEIRA, C. S.; BRAGA, G. C.; CRUZ LUGARINHO, P, T.; STIFANI, B.M.; BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; CARDOSO, V. C.; CAVALLI, R, de C. Sociodemographic factors and prenatal care behaviors associated with unplanned pregnancy in a Brazilian birth cohort study. **Inter J Gynaecol Obstet**. v.151, n.2, p.237-243.2020. 10.1002/ijgo.13305.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C.; DIAS, M. A. B.; GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M.; COSTA, J. V. D.; BASTOS, M. H. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.30, suppl 1, p.S85–100,2014.

ZOLIN, B. **Onde estão os médicos negros?** Portal Draúzio Varella. Out 2021. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/onde-estao-os-medicos-negros/>.