













SERAFIM-BR: uma proposta de Agenda de Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade no Brasil

SERAFIM-BR: a proposal for a research agenda in family and community medicine in Brazil

SERAFIM-BR: una propuesta de Agenda de Investigación en Medicina Familiar y Comunitaria en Brasil

Leonardo Moscovici¹ , Jéssica da Cruz Arantes² , Sandro Rodrigues Batista^{3,4} , Leonardo Ferreira Fontenelle⁵ ,
Alisson Oliveira dos Santos⁶ , Lariza Laura de Oliveira² , Newton Shydeo Brandão Miyoshi¹ , Luciane Loures dos Santos⁷ ,
João Mazzoncini de Azevedo Marques⁷ , João Paulo Souza⁷ , Marcelo Pellizzaro Dias Afonso⁸ , Thiago Dias Sarti⁵ 

¹Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

²Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina – Goiânia (GO), Brasil.

⁴Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

⁵Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social – Vitória (ES), Brasil.

⁶Universidade Federal de São João del-Rei, *Campus* Centro-Oeste – Divinópolis (MG), Brasil.

⁷Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁸Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Resumo

Introdução: A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que atua essencialmente na atenção primária à saúde. No Brasil, temos a organização do sistema de saúde sendo construída com base na atenção primária à saúde. O último dado nacional sobre a cobertura da Estratégia de Saúde da Família em novembro de 2022 era de 48.601 equipes. **Objetivo:** O objetivo do presente artigo foi desenvolver uma proposta de agenda de pesquisa em MFC. **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo que combinou e adaptou as metodologias Delphi e CHNRI. Por meio de ampla divulgação, MFC de todo o Brasil, associados da SBMFC, foram convidados. Em seguida, foi enviado para cada MFC o questionário SERAFIM-Q1. Além de informações sociodemográficas, foi solicitado que enviassem 2 sugestões de temas para pesquisa em MFC no Brasil. Na segunda fase, foi enviado para todos os MFC que participaram da primeira fase um novo questionário (SERAFIM-Q2) onde eram apresentados os 20 tópicos mais frequentes do SERAFIM-Q1 e solicitado que eles dessem uma nota (zero a 10) para cada tema. Por último, as notas de cada respondente foram somadas e hierarquizadas. **Resultados:** Um total de 304 MFC responderam ao SERAFIM-Q1. Após exclusões, obteve-se 200 participantes, que geraram 397 respostas (três MFC enviaram apenas 1 tema) com sugestões de temas de pesquisa em MFC. Os 20 temas mais frequentes foram: Ensino de MFC; Gestão em saúde — Nível macro; Acesso; Saúde mental; Ensino de MFC na graduação médica; Prevenção quaternária; Coordenação de cuidados; Habilidades de comunicação; MFC na saúde suplementar; Ensino de MFC na residência médica; Gestão em saúde — Nível micro; Saúde planetária; Tecnologia em saúde – Telemedicina; Saúde da população rural; Ferramentas do MFC — Gestão da clínica; Ensino de MFC — Capacitação de preceptores; Avaliação de qualidade — Indicadores de saúde; Indicadores de desempenho do(a) MFC; Acesso — Modelos de acesso; Saúde Pública. No SERAFIM-Q2, a lista dos 10 temas prioritários foi: 1) Acesso; 2) Saúde mental; 3) Ensino de MFC na graduação médica; 4) Ensino de MFC na residência médica; 5) Prevenção quaternária; 6) Avaliação de qualidade — Indicadores de saúde; 7) Ensino de MFC; 8) Habilidades de comunicação; 9) Ensino de MFC — Capacitação de preceptores; 10) Coordenação de cuidados. **Conclusões:** Este é, a priori, o primeiro estudo que propõe uma agenda de pesquisa em MFC no Brasil. Esperamos que os 10 temas prioritários de pesquisa mais bem votados auxiliem os pesquisadores, tanto norteando as pesquisas nesse campo quanto melhorando a saúde dos brasileiros e brasileiras.

Palavras-chave: Medicina de família e comunidade; Agenda de pesquisa em saúde; Atenção primária à saúde.

Como citar: Moscovici L, Arantes JC, Batista SR, Fontenelle LF, Santos AO, Oliveira LL et al. SERAFIM-BR: uma proposta de Agenda de Pesquisa em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3631. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3631](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3631)

Autor correspondente:

Leonardo Moscovici
E-mail: leoscovici@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

CAAE: 21160819.8.0000.5440.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 23/12/2022.

Aprovado em: 15/08/2023.



Abstract

Introduction: Family and community medicine (FCM) is essentially the medical specialty that operates in primary health care. In Brazil, we have the organization of the health system being built based on primary health care. The latest national data on Family Health Strategy coverage in November 2022 was 48,601 teams). **Objective:** The objective of our study was to develop a proposal for an FCM research agenda. **Methods:** Quantitative and qualitative study that combined and adapted the Delphi and CHNRI methodologies. Through wide dissemination, FCM doctors from all over Brazil (only SBMFC associates), were invited. The SERAFIM-Q1 questionnaire was then sent to each FCM physician. In addition to sociodemographic information, they were asked to send 2 suggestions for research topics in FCM in Brazil. In the second phase, a new questionnaire (SERAFIM-Q2) was sent to all FCM doctors who participated in the first phase, where the 20 most frequent topics of SERAFIM-Q1 were presented and the respondents were asked to give a score (zero to 10) for each topic. Finally, the scores of each respondent were added and hierarchized. **Results:** A total of 304 FCM physicians responded to SERAFIM-Q1. After exclusions, 200 participants were obtained, who generated 397 responses (three individuals sent only 1 topic) with suggestions for research topics in FCM. The 20 most frequent topics were: teaching FCM; Health management — macro level; Access; Mental health; Teaching FCM in undergraduate medicine; Quaternary prevention; Care coordination; Communication skills; FCM in supplementary health; Teaching FCM in medical residency; Health management — micro level; Planetary health; Health technology — telemedicine; Health of rural population; FCM tools — clinic management; Teaching FCM— training of preceptors; Quality assessment — health indicators; FCM performance indicators; Access — access models; and Public health. In SERAFIM-Q2, the list of 10 priority themes was: 1) Access; 2) Mental health; 3) Teaching in undergraduate medicine; 4) Teaching FCM in medical residency; 5) Quaternary prevention; 6) Quality assessment — Health indicators; 7) Teaching FCM; 8) Communication skills; 9) Teaching FCM — training of preceptors; and 10) Care coordination. **Conclusions:** This is, a priori, the first study that proposes a FCM research agenda in Brazil. We hope that the 10 most voted priority research topics will help investigators, both by guiding studies in this field and by improving the health of all Brazilians.

Keywords: Family practice; Health research agenda; Primary health care.

Resumen

Introducción: La Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) es la especialidad médica que actúa fundamentalmente en la atención primaria de la salud. En Brasil, la organización del sistema de salud se hace a partir de la APS. El último dato nacional de cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia de noviembre de 2022 ha sido de 48.601 equipos. **Objetivo:** El propósito de este artículo fue desarrollar una propuesta de agenda de investigación en MFC. **Métodos:** Estudio cuantitativo y cualitativo que combinó y adaptó las metodologías Delphi y CHNRI. Por medio de una amplia difusión, MFC de todo Brasil, asociados de la SBMFC, han sido invitados a participar. Posteriormente, se les envió el cuestionario SERAFIM-Q1. Además de información sociodemográfica, se les solicitó enviar 2 sugerencias de temas de investigación en MFC en Brasil. En la segunda fase, fue enviado un nuevo cuestionario (SERAFIM-Q2), donde se presentaron los 20 temas más frecuentes de SERAFIM-Q1 y se les pidió que dieran una puntuación (cero a 10) para cada temática. Finalmente, se sumaron y clasificaron las puntuaciones de cada participante. **Resultados:** Respondieron a SERAFIM-Q1 un total de 304 MFC. Después de las exclusiones, se obtuvieron 200 participantes, lo que generó 397 respuestas con sugerencias de investigación en MFC (tres MFC enviaron un tema solamente). Los 20 temas más frecuentes han sido: Enseñanza de la MFC; Manejo de la salud — Nivel macro; Acceso; Salud mental; Enseñanza de la MFC en la carrera médica; Prevención cuaternaria; Coordinación de la atención; Habilidades de comunicación; MFC en la salud complementaria; Enseñanza de la MFC en la residencia médica; Manejo de la salud — Nivel micro; Salud planetaria; Tecnología de la salud – Telemedicina; Salud de la población rural; Herramientas del MFC — Manejo de la clínica; Enseñanza de la MFC — entrenamiento de preceptores; Evaluación de la calidad — Indicadores de salud; indicadores de desempeño de los MFC; Acceso — Modelos de acceso; Salud pública. En SERAFIM-Q2, los 10 temas prioritarios fueron: 1) Acceso; 2) Salud mental; 3) Enseñanza de la MFC en la carrera médica; 4) Enseñanza de la MFC en la residencia médica; 5) Prevención cuaternaria; 6) Evaluación de la calidad — Indicadores de salud; 7) Enseñanza de la MFC; 8) Habilidades de comunicación; 9) Enseñanza de la MFC — entrenamiento de preceptores; 10) Coordinación de la atención. **Conclusiones:** Este es, en principio, el primer estudio que propone una agenda de investigación en MFC en Brasil. Esperamos que los 10 temas prioritarios más votados ayuden a los investigadores, tanto para orientar la investigación en este campo como para mejorar la salud de la población brasileña.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria; Agenda de investigación en salud; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que atua essencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), nível de atenção caracterizado por sua alta complexidade e baixa densidade tecnológica, sem fazer restrição a um conjunto de enfermidades nem a uma determinada faixa etária. O médico de família e comunidade é entendido como um especialista em pessoas. Atua no cuidado à saúde dos indivíduos em todas as fases do ciclo de vida, considerando o contexto social, psicológico, cultural, familiar e da comunidade no qual estão inseridos. Assim, a MFC é uma disciplina específica por

3 razões: tem epidemiologia única, o contexto do cuidado é extremamente relevante e apresenta uma intensa conexão e responsabilidade com a comunidade.^{1,2}

No Brasil, o modelo de atenção tem sua estrutura centrada na APS como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, torná-la forte e qualificada implica no fortalecimento de todo o sistema. Em um país de dimensões continentais com enorme diversidade de contextos socioeconômicos e culturais, o desafio de qualificar a APS passa, não só pelo entendimento prático de seus atributos essenciais, mas também pela adaptação e aplicação desses aos mais variados contextos sociais e assistenciais.²⁻⁴

A aplicabilidade desses atributos está intimamente relacionada à disponibilidade de profissionais qualificados para exercê-los. No contexto brasileiro, dentre o total de mais de 500 mil médicos registrados no país, espera-se que os 11.255 especialistas em Medicina de Família e Comunidade sejam profissionais devidamente capacitados para essa aplicação. Apesar de haver um acentuado crescimento de especialistas na área — cerca de 30% nos últimos 2 anos (aumento absoluto de 1.663 profissionais) — o número de MFC ainda é insuficiente para adequada cobertura nacional da população usuária do SUS.⁵

Os dados mais atuais do painel de indicadores da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde sobre APS, em novembro de 2022, apresentava cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) de aproximadamente 153 milhões de pessoas e um total de 48.601 equipes de Saúde da Família.⁶

A cobertura da ESF do Brasil reflete consideravelmente a qualidade do acesso ofertado à população. Entender as lacunas, estudar as necessidades e desenhar estratégias de melhoria desse atributo essencial da APS são eixos significativos de temas de pesquisa que devem compor o delineamento de uma agenda de pesquisa em MFC, que possa ser estruturada, receber recursos específicos e contribuir para qualificação da assistência à saúde no Brasil.^{1,2,7-13}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que o desenvolvimento de prioridades de pesquisa - em um formato transparente e confiável — pode contribuir para a meta dos três bilhões de seu plano estratégico (“um bilhão de pessoas a mais se beneficiando da cobertura universal de saúde; mais um bilhão de pessoas melhor protegidas das emergências de saúde; e mais um bilhão de pessoas desfrutando de melhor saúde e bem-estar”). A literatura internacional é rica em agendas de pesquisa em áreas de especialidades focais.¹⁴⁻¹⁷

Assim como é essencial e inquestionável a necessidade de pesquisa nessas áreas, a organização e sistematização da pesquisa em APS e MFC também deve ser entendida como fundamental para promover avanços na qualidade do cuidado em saúde. A APS não deve ser uma prioridade apenas em políticas de saúde, mas também precisa se tornar uma prioridade de pesquisa. Desde a conferência europeia WONCA em 2009, quando foi apresentada a “Agenda de Pesquisa para Prática Geral/ Medicina Familiar e Cuidados de saúde primários na Europa”, já se discute a importância de existir uma agenda de pesquisa que sirva como documento básico norteador e manual de referência para MFC, pesquisadores e formuladores de políticas. Ao levantar as lacunas de evidências e necessidades de pesquisa, constrói-se uma base para o planejamento e financiamento de pesquisas em direção a suprir lacunas de evidências. Em um país com território geográfico tão extenso como o Brasil, elencar as prioridades de pesquisa, como foi realizado em 2018 no documento “Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde”, é um potente e necessário caminho organizacional, que tem o objetivo de alinhar as prioridades atuais de saúde com as atividades de pesquisa científica, tecnológica e inovação e direcionar os recursos disponíveis para investimento em temas de pesquisas estratégicos para a MFC.⁸⁻¹⁸

Este empreendimento também é significativo tendo em vista que pesquisa em MFC e APS na América Latina encontra-se em estágio incipiente quando comparado com Europa e América do Norte.

Uma agenda de pesquisa que norteie a capacidade de produção científica qualificada no Brasil pode contribuir para a redução desse gap acadêmico, fortalecendo uma área em vias de amadurecimento e solidificação, que é o caso da MFC. Esse trabalho parte do pressuposto que a consolidação da APS e da MFC no país passa por seu fortalecimento enquanto área de conhecimento científico.¹⁹⁻²¹

Nesse sentido, o objetivo do presente artigo, utilizando-se o estudo SERAFIM-BR (SEtting the Research Agenda for Familly Medicine — BRazil), foi delinear uma agenda de pesquisa em MFC que possa otimizar a alocação de recursos técnicos, humanos e financeiros, contribuindo à melhoria de indicadores de saúde e ao fortalecimento da MFC no país. Definir as prioridades de pesquisa é útil não só para promover a pesquisa em áreas que sejam de importância para o paciente, mas também para reduzir iniciativas de pesquisa desnecessárias que não usam nem melhoram as evidências já existentes e, assim, diminuir o desperdício dos escassos recursos de pesquisa.^{12,18-21}

MÉTODOS

Desenho

O estudo foi conduzido de forma quanti-qualitativa, combinando e adaptando as metodologias Delphi e *Child Health and Nutrition Research Initiative* (CHNRI) em duas fases. Seguindo a lógica da metodologia Delphi, que se caracteriza como um “processo de comunicação coletiva efetiva, permitindo que um grupo de indivíduos lide com um problema complexo”, os dados foram coletados por meio de consulta a um painel de especialistas em MFC e, em seguida, hierarquizados de acordo com o método CHNRI. Este último método mede o otimismo coletivo de pesquisadores em relação a diversos componentes de ideias de pesquisa propostas, utilizando critérios previamente acordados.²⁰⁻²⁷

Para a realização da pesquisa, utilizou-se a plataforma on-line gratuita do Google Forms, e a análise das respostas foi conduzida por meio das ferramentas do Google Planilhas®. Vale destacar que a pesquisa foi conduzida na Língua Portuguesa. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e análise temática.

Participantes

A seleção dos consultores (painel de especialistas) desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade dos resultados da pesquisa. Nesse contexto, a decisão foi tomada de convidar MFC associados à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), de todas as regiões do Brasil. Essa escolha baseou-se na consideração de que os membros da SBMFC são profissionais especializados que demonstram interesse em manter-se atualizados e aprimorar sua qualificação profissional, refletindo também o desejo de melhorar o cenário de trabalho da MFC no país.

Fase 1 (SERAFIM-Q1)

Elaborou-se um primeiro formulário (SERAFIM-Q1) por meio da plataforma Google Forms, o qual incluiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma questão relacionada à filiação à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Apenas aqueles que responderam afirmativamente a essa questão foram incluídos no estudo. Além disso, no formulário, coletaram-se

informações sobre o perfil dos participantes, incluindo variáveis como idade, gênero, formação profissional (realização de residência médica ou aprovação na prova de título da SBMFC), tempo de atuação como MFC (categorizado em 1 e 5 anos; entre 6 e 10; mais que 10), local de atuação (setor público, privado ou ambos; em área predominantemente urbana ou rural; região de atuação no país) e áreas de atuação (assistência, pesquisa, ensino e/ou gestão). Adicionalmente, os participantes foram solicitados a enviar duas sugestões de “Temas prioritários para agenda de pesquisa em MFC no Brasil” em formato de respostas abertas. Esse questionário ficou disponível para respostas por um período de 45 dias.

Todos os dados coletados nessa fase, incluindo os dados sociodemográficos, foram baixados e inseridos em uma planilha do Microsoft Excel para análise. Primeiramente, um MFC analisou todas as respostas e gerou uma lista de temas. Em seguida, outro MFC revisou as respostas e os temas gerados pelo primeiro MFC. Posteriormente, os dois MFC se reuniram para discutir os pontos em comum e as discrepâncias, com o objetivo final de chegar a um consenso sobre os temas obtidos. Os informantes biomédicos foram responsáveis pela análise dos dados sociodemográficos.

Vale ressaltar que o formulário SERAFIM-Q1 foi submetido à aprovação de todos os membros do grupo de pesquisa antes de sua divulgação. Em seguida, o formulário foi disseminado virtualmente por meio de várias plataformas de mídia digital, incluindo WhatsApp, Twitter, Instagram, SBMFC e e-mails. Todos os membros do grupo de pesquisa foram responsáveis pela ampla divulgação entre grupos e redes de MFC nas redes sociais.

Fase 2 (SERAFIM-Q2)

Utilizando-se os endereços de e-mail dos MFC participantes que atenderam aos critérios de associação à SBMFC e responderam ao SERAFIM-Q1, foi enviado um segundo formulário denominado SERAFIM-Q2. O período de abertura para respostas foi de trinta e seis dias, ocorrendo entre abril e maio de 2021. Nesse segundo questionário, foram apresentados os 20 temas de pesquisa em MFC mais frequentes, gerados a partir do primeiro formulário, e solicitado aos respondentes que atribuíssem uma nota única de 0 a 10 para cada tema. Nessa avaliação, a nota 0 representava que o tema não era relevante, enquanto a nota 10 indicava que o tema era extremamente relevante. A avaliação considerou globalmente quatro aspectos: efetividade (capacidade de realmente melhorar os níveis de saúde dos brasileiros), custo (recursos necessários para pesquisar o tema), potencial de impacto (potencial teórico para reduzir amplamente a carga de doença/sofrimento) e equidade (oferecer cuidados de acordo com as necessidades individuais, priorizando quem mais precisa).

Após o encerramento do questionário SERAFIM-Q2, os dados coletados foram baixados e transferidos para uma planilha no Microsoft Excel. Em seguida, realizou-se a análise das pontuações atribuídas por cada participante aos 20 temas prioritários de pesquisa. Posteriormente, as notas dadas por cada respondente para cada um dos 20 temas foram somadas e hierarquizadas em ordem decrescente de pontuação. Todo esse processo de análise foi conduzido pelos mesmos MFC e informantes biomédicos que participaram da fase 1.

Aspectos éticos

O estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) receberam aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob Parecer nº 3.681.235 e CAEE nº 21160819.8.0000.5440.

RESULTADOS

Fase 1 (SERAFIM-Q1)

O formulário SERAFIM-Q1 esteve disponível para respostas durante o período de dezembro de 2020 a janeiro de 2021. No final de janeiro de 2021, o recebimento de respostas ao formulário foi encerrado. Devido à natureza aberta e ampla da divulgação, não foi possível determinar o número exato de pessoas que receberam o *link* para o cálculo da taxa de resposta.

Na primeira fase, um total de 304 pessoas responderam ao convite e preencheram o formulário. Dentre esses, 80 respostas foram excluídas por responderem negativamente à filiação à SBMFC, e 3 respostas deixaram em branco o campo de filiação. Das 221 respostas identificadas como membros da SBMFC, 12 preencheram o formulário mais de uma vez com o mesmo endereço de e-mail, sendo que apenas a primeira resposta foi considerada. Portanto, restaram 209 respostas originais, das quais nove deixaram em branco a resposta da pergunta sobre a sugestão de dois temas prioritários e, por isso, também foram excluídas. Outros 3 participantes responderam apenas a 1 dos 2 campos de sugestão de temas, enquanto 197 responderam nos dois campos conforme o formato solicitado, totalizando assim 200 MFC participantes e 397 respostas com sugestões de temas prioritários de pesquisa em MFC no Brasil (Figura 1). Os dados sociodemográficos dos participantes podem ser encontrados na Tabela 1.

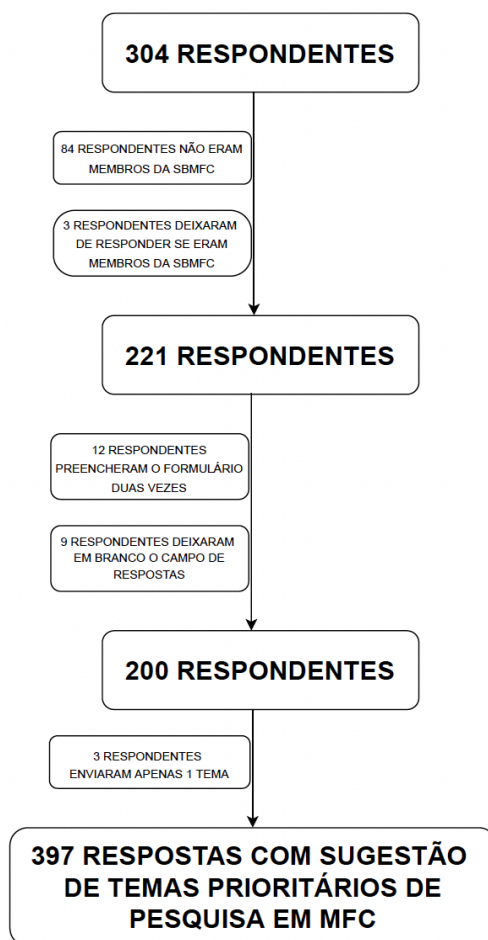


Figura 1. Número final de respondentes e respostas.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes do SERAFIM-Q1.

Características sociodemográficas - SERAFIM Q1	Informação	Resultados
Idade média (variação)		39,1a (25–73a)
Feminino		49%
Tempo praticando MFC (em anos)		
	>10	95 (48%)
	6-10	37 (18%)
	1-5	58 (29%)
	<1	10 (5%)
Tamanho da cidade de trabalho		
	>500.000	108 (54%)
	100.001–500.000	51 (26%)
	50.001–100.000	13 (6%)
	20.001–50.000	6 (3%)
	10.001–20.000	6 (3%)
	5.000–10.000	5 (2%)
	<5.000	11 (6%)
Áreas/Domínios		
	Assistência	37 (18%)
	Assistência + ensino	63 (32%)
	Assistência + pesquisa + ensino	32 (16%)
	Assistência + ensino + gestão	10 (5%)
	Ensino	8 (4%)
	Ensino + pesquisa	9 (4%)
	Ensino + gestão	5 (2%)
	Assistência + gestão + pesquisa	3 (2%)
	Pesquisa	2 (1%)
	Pesquisa + assistência	4 (2%)
	Pesquisa + ensino + gestão	5 (2%)
	Gestão	1 (<1%)
	Todas as áreas	12 (5%)
Assistência (trabalha em)		
	ESF (SUS)	122 (72%)
	SUS, mas não ESF	15 (9%)
	Setor privado	32 (19%)
Assistência (zona)		
	Urbana	145 (83%)
	Rural	18 (10%)
	Ambas	11 (6%)
Ensino (instituição)		
	Privada	64 (44,7%)
	Pública (federal)	41 (28,6%)
	Pública (estadual)	18 (12,5%)
	Pública (municipal)	20 (13,9%)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Características sociodemográficas - SERAFIM Q1	Informação	Resultados
Ensino (MFC)	Sim	134 (92%)
	Não	11 (8%)
Pesquisa (trabalha com pós-graduação)	Sim	47 (69%)
	Não	21 (31%)
Pesquisa (integra grupo de pesquisa do CNPq)	Sim	28 (32%)
	Não	60 (68%)
Em 5 anos, estará trabalhando com MFC?	Sim, com certeza	115 (57,5%)
	Provavelmente, sim	79 (39,5%)
	Provavelmente, não	6 (3%)
	Com certeza, não	0 (0%)

Devido à grande variedade de temas sugeridos, que incluíam temáticas semelhantes, algumas detalhadas e outras mais genéricas, os pesquisadores agruparam as sugestões de prioridades de pesquisa em MFC em temas abrangentes ou específicos, levando em consideração a redação de cada resposta. Respostas mais extensas que abordavam mais de um tópico foram categorizadas em múltiplos temas para evitar perda de conteúdo. Por exemplo, no eixo temático “Ensino”, houve respostas que variaram desde o termo genérico “Ensino em MFC” até respostas mais específicas, como “Currículo/competências da MFC rural na heterogeneidade dos territórios, sistemas de informação para avaliação/monitoramento da saúde rural, estratégias de acesso e qualificação dos serviços de saúde rural”. Essa variedade exigiu categorizar a primeira resposta em um único tema, “Ensino de MFC”, e a segunda resposta em três temas diferentes, sendo eles “Ensino de MFC — contexto rural”; “Acesso — contexto rural”; e “Coordenação de cuidados — contexto rural”.

Após a análise temática das respostas e a categorização em temas, os temas foram ordenados por ordem decrescente de frequência das respostas, resultando na lista dos 20 temas mais frequentes sugeridos pelos participantes no SERAFIM-Q1 (Tabela 2).

No total, foram obtidas 397 respostas válidas e analisadas. Essas respostas foram categorizadas em 1 (n=370), 2 (n=26), 3 (n=2) ou até 4 (n=1) temas, dependendo do formato da resposta, que podia ser mais específico ou genérico. Após essa categorização, as 397 respostas iniciais resultaram em um total de 432 respostas, considerando os temas múltiplos. As respostas com temas semelhantes foram agrupadas quantitativamente para criar uma lista ordenada com base na frequência. Por exemplo, o tema mais abrangente “Ensino de MFC” foi sugerido por 24 participantes, enquanto o tema mais específico “Ensino MFC — Capacitação de Preceptores” foi sugerido por 5 participantes. Da mesma forma, o tema “Acesso” foi sugerido por 21 participantes, e o tema “Acesso — Modelos de Acesso” foi sugerido por 4 participantes.

A maioria das respostas foi enviada por médicos com residência médica em MFC (70%). Dos MFC que responderam trabalhar com assistência, 81% atuavam no SUS e 83% em áreas urbanas. Dos MFC que trabalhavam com ensino, 45% atuavam em instituições privadas e 55% em instituições públicas. Por último,

Tabela 2. Os 20 temas principais (SERAFIM-Q2).

Ensino de MFC
Gestão em saúde – nível macro
Acesso
Saúde mental
Ensino de MFC na graduação médica
Prevenção quaternária
Coordenação de cuidados
Habilidades de comunicação
MFC na saúde suplementar
Ensino de MFC na residência médica
Gestão em saúde – nível micro
Saúde planetária
Tecnologia em saúde – telemedicina
Saúde da população rural
Ferramentas do MFC – gestão da clínica
Ensino de MFC – capacitação de preceptores
Avaliação de qualidade – indicadores de saúde
Indicadores de desempenho do(a) MFC
Acesso – modelos de acesso
Saúde pública

69% relataram trabalhar com pesquisa. É importante observar que, na realidade brasileira, muitos MFC atuam simultaneamente na assistência, ensino e/ou pesquisa, o que também foi evidenciado no estudo.

Fase 2 (SERAFIM-Q2)

No SERAFIM-Q2, um total de 200 e-mails foram enviados a todos os MFC que contribuíram no SERAFIM-Q1. Como detalhado na metodologia, foi solicitado que eles atribuíssem uma pontuação de 0 a 10 para cada um dos temas, levando em consideração, de forma global, os seguintes quatro critérios: I) efetividade, II) custo, III) potencial de impacto e IV) equidade. Ao final dessa fase, 142 respostas válidas foram obtidas.

A lista das vinte temáticas (abrangentes ou específicas) prioritárias foi então hierarquizada, resultando nos 10 principais temas de pesquisa em MFC, classificados em ordem decrescente de pontuação, ou seja, do tema mais bem avaliado até o décimo (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O SERAFIM-BR é, até onde sabemos, o primeiro estudo exclusivamente nacional que propõe uma agenda brasileira de pesquisa específica para a MFC, embora existam estudos que desenvolveram agendas de pesquisa para a APS (nível estadual e nacional).^{9,13,21}

Os resultados do SERAFIM-BR, principalmente dos 10 temas mais bem pontuados pelos MFC participantes no SERAFIM-Q2, são extremamente relevantes. O “acesso” aparece como o tema mais

Tabela 3. Os 10 temas prioritários de pesquisa em Medicina de Família e Comunidade.

1.	Acesso
2.	Saúde mental
3.	Ensino de MFC na graduação médica
4.	Ensino de MFC na residência médica
5.	Prevenção quaternária
6.	Avaliação de qualidade - indicadores de saúde
7.	Ensino de MFC
8.	Habilidades de comunicação
9.	Ensino de MFC - capacitação de preceptores
10.	Coordenação de cuidados

MFC: Medicina de Família e Comunidade.

bem votado, sendo esse um atributo essencial da APS. Também é importante ressaltar que quatro dos 10 temas mais bem pontuados estão relacionados ao eixo “Ensino”. Os tópicos propositivos do SERAFIM-BR diferem do estudo ELECT, que desenvolveu uma proposta de agenda de pesquisa para a APS no estado de São Paulo. Um dos principais fatores que diferencia os dois estudos é que o presente estudo selecionou apenas MFC associados da SBMFC. Já o ELECT convidou profissionais de saúde, gestores e pesquisadores que trabalhavam com APS (não necessariamente MFC).⁹

Uma temática muito cara para a MFC, a Prevenção Quaternária (P4), apareceu na quinta posição no ranqueamento dos 10 temas prioritários de pesquisa. A P4 é definida como uma ação feita para identificar um paciente em risco de supermedicalização, para protegê-lo de uma nova invasão médica e sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis. A P4 pode ser praticada por todas as especialidades, porém, não por acaso, é a MFC que tem um olhar muito atento para esse assunto. Desse modo, não é uma surpresa que essa prevenção tenha se configurado em quinto lugar dos principais temas.²⁸⁻³⁰

As principais características dos MFC respondentes foram idade média de 39 anos, há mais de 10 anos praticando MFC e trabalhando em cidades com mais de 500 mil habitantes. A maior parte dos MFC estava trabalhando na ESF (SUS) e em regiões urbanas. Um dado interessante — e considerável — foi que 98% dos participantes acham que estarão ainda trabalhando com a especialidade MFC nos próximos 5 anos.

Apesar de todos os esforços do grupo de trabalho (GT), com intenso reforço nas mídias sociais para participação no estudo, o número de respondentes acabou sendo relativamente baixo. Além disso, outra limitação do SERAFIM-BR foi não ter incluído gestores e usuários da APS como participantes da pesquisa. A participação deles teria sido valiosa e possibilitado que o estudo também investigasse necessidades prioritárias de pesquisa para esses grupos específicos, que têm diferentes olhares do que é prioritário para a MFC no país. Entretanto, cabe ressaltar que a decisão do GT em convidar apenas médicos de família e comunidade associados à SBMFC também se deu com os objetivos de: I) buscar profissionais especialistas em MFC, que vivenciam os desafios dessa especialidade, e; II) filtrar o número de participantes de acordo com a capacidade de força de trabalho do próprio GT, que não contou com nenhum tipo de financiamento por agência de fomento à pesquisa.

Dentre os 10 temas prioritários de pesquisa em MFC encontrados, quatro são relacionados ao tópico “Ensino”. Optou-se por desmembrar esse tema em quatro devido às diferenças dentro da mesma

temática. Unificá-los apenas sob “Ensino” implicaria na perda de valiosas informações acerca desse rico eixo. A preponderância desse tema se deve, provavelmente, ao elevado número de participantes que trabalham com ensino e educação médica. É sabido que pessoas que trabalham com ensino e pesquisa são melhores respondentes.³¹

Outro ponto limitante deste estudo foi não termos analisado as diferenças regionais, uma vez que o Brasil é um país de proporções continentais. O SERAFIM-BR mesclou as respostas das diferentes regiões do país. Futuros estudos para construir agendas de pesquisa em MFC deveriam examinar atentamente as diferenças entre as cinco Grandes Regiões do Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Apesar de algumas limitações, o SERAFIM-BR é muito importante no longo caminho que a MFC ainda tem pela frente, de se firmar como especialidade, tão importante como as outras já consagradas. Ainda temos, por exemplo, poucas evidências científicas que mostram o impacto positivo do treinamento em MFC na APS. Também carecemos de mais iniciativas para desenvolver agendas de pesquisa em MFC, tanto no Brasil como no exterior. É fundamental, para isso, que avancemos nas habilidades de pesquisa. Só assim será possível atingirmos um amadurecimento da MFC na APS.¹²

O estudo foi impactado pela pandemia de COVID-19, uma vez que a principal coleta de dados ocorreu no final do ano de 2020 e início de 2021. Muitos dos autores/pesquisadores envolvidos, em sua maioria MFC, tiveram que interromper suas contribuições ao SERAFIM-BR temporariamente para se dedicar à assistência, até que o cenário epidemiológico apresentasse melhora. Como medida para mitigar esse problema, o grupo de pesquisa precisou reenviar (reforçar) para diversos participantes os formulários do SERAFIM-BR, além de prolongar o tempo de permanência de abertura dos questionários planejado inicialmente.

CONCLUSÃO

O SERAFIM-BR é, até onde sabemos, o primeiro estudo brasileiro que propõe uma agenda de pesquisa em MFC. Embora impactado pela pandemia de COVID-19, uma vez que a coleta de dados ocorreu no pico da emergência sanitária, a pesquisa é extremamente valiosa para a comunidade científica, especialmente para aqueles que trabalham com APS e MFC, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência. É muito importante que o presente artigo seja amplamente divulgado, de modo que seu compartilhamento possa ser utilizado efetivamente na construção de novos conhecimentos (progresso científico) e que, por conseguinte, impacte positivamente o futuro da especialidade.³² Os 10 temas mais bem votados no estudo (1. acesso, 2. saúde mental, 3. ensino de MFC na graduação, 4. ensino de MFC na residência médica, 5. prevenção quaternária, 6. avaliação de qualidade — indicadores de saúde, 7. ensino de MFC, 8. habilidades de comunicação, 9. ensino de MFC — capacitação de preceptores, 10. coordenação de cuidados) foram obtidos por meio de rigorosa metodologia científica e estão em consonância com os pontos mais debatidos na atualidade entre aqueles que trabalham com MFC.^{9-11,18,20,21}

Espera-se que os resultados do SERAFIM-BR sirvam de robusto norteador para futuras pesquisas e planejamento na área de MFC no Brasil para os próximos anos.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de registrar o agradecimento a todos os médicos e médicas de família e comunidade que participaram da pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSE

Leonardo Ferreira Fontenelle e Thiago Dias Sarti fazem parte do corpo editorial da RBMFC. Eles não se envolveram em decisões sobre o manuscrito.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LM: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. JCA: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. SRB: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação, Escrita – Revisão e Edição. LFF: Conceituação, Validação, Escrita – Revisão e Edição. AOS: Conceituação, Validação, Escrita – Revisão e Edição. LLO: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação. NSBM: Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Validação. LLS: Conceituação, Validação, Escrita – Revisão e Edição, Validação. JMAM: Conceituação, Validação. JPS: Conceituação, Validação. MPDA: Conceituação, Validação, Escrita – Revisão e Edição. TDS: Conceituação, Validação, Escrita – Revisão e Edição.

REFERÊNCIAS

1. De Maeseneer JM. Why research in family medicine? A superfluous question. *Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 2):s17-s22. <https://doi.org/10.1370/afm.148>
2. Gusso G, Lopes JM. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed; 2019.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. *Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2002.
5. Scheffer M, et al. *Demografia Médica no Brasil 2023*. São Paulo: FMUSP, AMB; 2023.
6. Painéis de Indicadores — Atenção Primária à Saúde [Internet]. sisaps.saude.gov.br. [acessado em 13 jul. 2023]. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/cobertura_aps
7. de Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, de Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no sistema único de saúde. *Saúde Debate* 2018;42(1):244-60. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
8. Beasley JW, Starfield B, Weel C van, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med* 2007;20(6):518-26. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2007.06.070172>
9. Orlandin EA de S, Moscovici L, Franzon ACA, Passos ADC, Fabbro ALD, Vieira EM, et al. Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT. *Interface* 2017;21(61):349-61. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0103>
10. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 1. Background and methodology. *Eur J Gen Pract* 2009;15(4):243-50. <https://doi.org/10.3109/13814780903452184>
11. O'Neill B, Aversa V, Rouleau K, Lazare K, Sullivan F, Persaud N. Identifying top 10 primary care research priorities from international stakeholders using a modified Delphi method. *PLoS One* 2018;13(10):e0206096. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206096>
12. Jantsch AG. Pesquisa científica, atenção primária e medicina de família: três ingredientes indispensáveis para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020;15(42):2466. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2466](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2466)
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde* [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [acessado em 13 jul. 2023]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
14. World Health Organization (WHO). *A systematic approach for undertaking a research priority-setting exercise. Guidance for WHO staff*. Geneva: World Health Organization; 2020.
15. Simpson E, Goyal NK, Dhepyasuwan N, Flaherman VJ, Chung EK, Von Kohorn I, et al. Prioritizing a research agenda: A Delphi Study of the Better Outcomes Through Research for Newborns (BORN) Network. *Hosp Pediatr* 2014;4(4):195-202. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0003>

16. Forsman AK, Wahlbeck K, Aaro LE, Alonso J, Barry MM, Brunn M, et al. Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. *Eur J Public Health* 2015;25(2):249-54. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku232>
17. Souza JP, Widmer M, Gülmezoglu AM, Lawrie TA, Adejuyigbe EA, Carroli G, et al. Maternal and perinatal health research priorities beyond 2015: an international survey and prioritization exercise. *Reprod Health* 2014;11:61. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-61>
18. Brasil. Ministério da Saúde Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde APPMS [Internet]. 2018 [acessado em 13 jul. 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf
19. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet* 2009;374(9683):86-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60329-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60329-9).
20. Van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. Series: the research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 6: Reaction on commentaries – how to continue with the Research Agenda? *Eur J Gen Pract* 2009;15(4):243-50. <https://doi.org/10.3109/13814780903452184>
21. Serrudo ND, Ponzio J, Ramirez-Aranda JM, Argudo CH, Riveros MR, Vargas PV, et al. Research in Family and Community Medicine in Ibero-America. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2016;11(Suppl 2):64-74. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1387](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1387)
22. Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Res Policy Sys* 2010;8:36. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-36>
23. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Reading Mass: Addison-Wesley Pub. Co. Advanced Book Program; 1975.
24. de Villiers MR, de Villiers PJ, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach* 2005;27(7):639-43. <https://doi.org/10.1080/13611260500069947>
25. Rudan I. Setting health research priorities using the CHNRI method: IV. Key conceptual advances. *J Glob Health* 2016;6(1):010501. <https://doi.org/10.7189/jogh-06-010501>
26. Rudan I, Gibson JL, Ameratunga S, El Arifeen S, Bhutta ZA, Black M, et al. Setting Priorities in Global Child Health Research Investments: Guidelines for Implementation of the CHNRI Method. *Croat Med J* 2008;49(6):720-733. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.720>
27. Linstone HA, Turoff M. *The Delphi method: Techniques and applications*. Addison Wesley Newark, NJ: New Jersey Institute of Technology; 2002.
28. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(35):1-10. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1011](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1011)
29. Jamoulle M. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(35):1-3. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064)
30. Jamoulle M, Gomes LF. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014;9(31):186-91. [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867)
31. TNS BMRB. *Factors affecting public engagement by researchers: A study on behalf of a Consortium of UK public research funders*. London: TNS; 2015.
32. Fecher B, Friesike S, Hebing M. What drives academic data sharing? *PLoS One* 2015;10(2):e0118053. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118053>