



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE JOÃO PESSOA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SOCIAIS APLICADAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PROFSAÚDE)**

ANA PAULA RAMOS MACHADO

**AUTOCUIDADO: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS VINCULADOS ÀS
RESIDÊNCIAS DO ESTADO DA PARAÍBA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

JOÃO PESSOA - PB

2024

ANA PAULA RAMOS MACHADO

**AUTOUIDADO: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS VINCULADOS ÀS
RESIDÊNCIAS DO ESTADO DA PARAÍBA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Saúde Coletiva - Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos

Coorientadora: Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros

JOÃO PESSOA - PB

2024

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M149a Machado, Ana Paula Ramos.

Autocuidado [manuscrito] : práticas dos profissionais vinculados às residências do estado da Paraíba e suas implicações na atenção primária à saúde / Ana Paula Ramos Machado. - 2024.
49 f. : il.

Digitado.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, 2024.

"Orientação : Prof. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Coordenação do Curso de Ciências Biológicas - CCBSA".

"Coorientação: Prof. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros, Departamento de Enfermagem - CCBS".

1. Autocuidado. 2. Profissionais de saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Título

21. ed. CDD 614

ANA PAULA RAMOS MACHADO

AUTO-CUIDADO: PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS VINCULADOS ÀS
RESIDÊNCIAS DO ESTADO DA PARAÍBA E SUAS IMPLICAÇÕES NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentado à
Coordenação do Curso de Mestrado
Profissional em Saúde da Família em
Rede Nacional da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de Mestra
em Saúde da Família em Rede
Nacional - PROFSAÚDE

Aprovada em: 08/11/2024.

Documento assinado eletronicamente por:

- **Juliana Sampaio** (***.147.194-**), em **09/12/2024 09:58:22** com chave **455d0254b62d11efb0541a1c3150b54b**.
- **Silvana Cristina dos Santos** (***.905.388-**), em **04/12/2024 17:02:53** com chave **bf73207ab27a11ef80f21a7cc27eb1f9**.
- **Alecsandra Ferreira Tomaz** (***.554.314-**), em **04/12/2024 20:09:40** com chave **d74901c8b29411efb3c51a7cc27eb1f9**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do
QRCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Termo de Aprovação de Projeto Final

Data da Emissão: 11/12/2024

Código de Autenticação: 347645



Dedico este estudo aos meus pais de coração, Edilson e Maria José, que sempre me apoiaram; e aos meus filhos Vitor e Vitória que representam o meu maior incentivo para jamais desanimar na caminhada da vida.

AGRADECIMENTOS

Gratidão:

À Prof. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado à Universidade Estadual da Paraíba, e orientadora deste trabalho, por sua paciência, dedicação e empatia durante todo o processo de desenvolvimento do estudo.

À Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, através dos representantes da ABRASCO e da FIOCRUZ, pelo empenho em manter e ampliar esse programa de pós-graduação *Stricto sensu*, o qual é de grande importância para a formação de profissionais de saúde que desempenham suas atividades na Atenção Primária à Saúde.

À Universidade Estadual da Paraíba que me proporcionou a oportunidade, através do seu corpo docente, dos seus demais funcionários e da sua estrutura física, de subir mais este degrau na minha formação profissional.

Aos professores que me acompanharam no processo de elaboração e concretização deste trabalho, compartilhando seus conhecimentos, através das disciplinas e debates, e incansavelmente me auxiliando com sugestões e correções necessárias.

À Secretária Nayara pela colaboração e empenho no esclarecimento de dúvidas e providência de documentos que muitas vezes se fizeram necessários.

Aos residentes e preceptores dos programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba, que participaram desta pesquisa colaborando decisivamente para a concretização da mesma.

Aos meus colegas de caminhada neste mestrado, Élida, José Danúzio, José Olivandro, Lauradella e Maysa, pelo apoio e pelas mensagens de incentivo nos momentos de dificuldades, contribuindo para que o percurso foi feito com “Paz e Serenidade”.

Aos meus filhos Vitor e Vitória, por acreditarem em mim e compreenderem minhas ausências em algumas situações do cotidiano familiar.

Cuidar de si mesmo não é um ato de indulgência; é uma necessidade. Sem autocuidado, não podemos cuidar de outras pessoas.

(Palmer, 2000, p.25)

RESUMO

Autocuidado é a habilidade de indivíduos, famílias e/ou comunidades, de manter e promover a saúde, prevenir e lidar com doenças e incapacidades, com ou sem o auxílio de um profissional de saúde. Neste trabalho, o objetivo foi descrever as competências e habilidades relacionadas ao autocuidado de residentes e preceptores vinculados aos Programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba - Brasil; bem como investigar a associação entre autocuidado e as práticas desses profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com amostra tipo censo composta por 300 profissionais. Os dados foram obtidos por meio de questionário eletrônico aplicado no segundo semestre de 2023. Foram realizadas análise descritiva, bivariada (Qui-quadrado e Exato de Fisher) e de regressão logística. Foi verificada associação da variável de agrupamento autocuidado com as variáveis sociodemográficas e laborativas, condições de saúde física e mental e prática profissional. A maioria dos participantes era do sexo feminino (69,3%), não tinha companheiro (53,4%) e nem filhos (75,7%). Metade dos profissionais (54,0%) tinha habilidades de autocuidado; as quais foram associadas à percepção do estado de saúde como muito bom ou excelente. Entre os médicos 36,4% e 7,7% declararam que estavam com sobrepeso e obesidade, respectivamente; e as prevalências foram semelhantes para os multiprofissionais. Mais médicos afirmaram ter algum transtorno mental (46,9%) do que multiprofissionais (31,5%) ($p=0,022$). Os profissionais que afirmaram cuidar de si sempre ou frequentemente se sentiam “muito motivados” para fazer orientações sobre autocuidado no serviço ($p=0,006$); desenvolviam mais projetos de Educação em Saúde ($p=0,042$) e tinham mais experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) ($p=0,026$) em relação aos que não se cuidavam ou se cuidavam esporadicamente. As habilidades de autocuidado do profissional de saúde na sua vida pessoal foram associadas à motivação para realizar orientações sobre autocuidado junto à população assistida na APS. Nossos achados apontam para a necessidade de ações e políticas que estimulem o autocuidado direcionadas aos profissionais de saúde, tendo em vista que isto pode ter repercussão positiva no seu território de atuação. O produto técnico produzido consistiu em um relatório técnico conclusivo, no formato de portfólio para divulgação, com uma síntese dos achados do trabalho do grupo de pesquisa, sugestões e recomendações para os participantes do estudo, visando melhorias no processo formativo implementado nas residências. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras-chave: Autocuidado; Profissionais de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Residência.

ABSTRACT

Self-care is the ability of individuals, families and/or communities to maintain and promote health, prevent and cope with illness and disability, with or without the help of a health professional. The aim of this study was to describe the self-care skills of residents and preceptors linked to the Family and Community Medicine (FCM) and Multiprofessional Family Health Residency (MHPHR) programmes in the state of Paraíba - Brazil; as well as to investigate the association between self-care and the practices of these professionals in Primary Health Care (PHC). This is a cross-sectional study with a quantitative approach and a census-type sample of 300 professionals. The data was obtained through an electronic questionnaire applied in the second half of 2023. Descriptive, bivariate (Chi-square and Fisher's exact) and logistic regression analyses were carried out. The grouping variable self-care was found to be associated with sociodemographic and labour variables, physical and mental health conditions and professional practice. The majority of participants were female (69.3%), had no partner (53.4%) and no children (75.7%). Half of the professionals (54.0%) had self-care skills, which were associated with the perception of health status as very good or excellent. Among doctors, 36.4 per cent and 7.7 per cent said they were overweight and obese, respectively; and the prevalence rates were similar for multi-professionals. More doctors said they had a mental disorder (46.9 per cent) than multiprofessionals (31.5 per cent) ($p=0.022$). Professionals who said they always or frequently took care of themselves felt 'very motivated' to provide guidance on self-care in the service ($p=0.006$); they developed more Health Education projects ($p=0.042$) and had more professional experience on the prevention and management of obesity and chronic non-communicable diseases (CNCDS) ($p=0.026$) compared to those who did not take care of themselves or took care of themselves sporadically. The health professional's self-care skills in their personal life were associated with motivation to provide guidance on self-care to the population assisted in PHC. Our findings point to the need for actions and policies that encourage self-care among health professionals, given that this could have a positive impact on their areas of work. The technical product produced consisted of a conclusive technical report, in the form of a portfolio for dissemination, summarizing the findings of the research group's work, as well as suggestions and recommendations for the study participants, with a view to improving the training process implemented in the residencies. This Master's Degree Final Paper is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE) *stricto sensu* postgraduate programme.

Keywords: Self-care; Health Professionals; Primary Health Care; Residency.

LISTA DE TABELAS

Tabela Suplementar 1 – Número e porcentagem dos participantes por residência do Estado da Paraíba	21
Tabela 1 – Descrição do perfil e resultados da análise bivariada mostrando a associação ou não das variáveis sociodemográficas e acadêmicas com a competência de autocuidado de residentes e preceptores do estado da Paraíba	22
Tabela 2 – Resultados da análise bivariada mostrando a associação ou não da competência de realizar o autocuidado e as variáveis relacionadas às condições de saúde física e mental de residentes e preceptores do Estado da Paraíba	23
Tabela 3 – Resultados da análise bivariada mostrando a associação ou não da competência de cuidar de si próprio (autocuidado) e as variáveis relacionadas às percepções, motivação e frequência das orientações sobre autocuidado na prática profissional dos residentes e preceptores do Estadoda Paraíba.....	24
Tabela Suplementar 2 – Resultados da análise bivariada, mostrando associação ou não das condições de saúde física e mental, bem como atividades de autocuidado, comparando médicos e multiprofissionais (MFC x RMSF); residentes e preceptores e as pessoas do sexo feminino e masculino	25
Tabela 4 – Análise de regressão logística mostrando as variáveis independentes associadas à dependente	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

IMC – Índice de Massa Corporal

MACRO – Macrorregião

MFC – Residência em Medicina da Família e Comunidade

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PRS – Programa de Residência em Saúde

R1 – Primeiro ano de Residência

R2 – Segundo ano de Residência

R3 – Terceiro ano de Residência

R4 – Quarto ano de Residência

R CORE TEAM – Software Estatístico R

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS	11
1.1 Introdução	11
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo geral	12
1.2.2 Objetivos específicos	12
1.3 Revisão de literatura	13
1.3.1 Formação de competências	13
1.3.2 Formação profissional em serviço	14
1.3.3 Profissionais de saúde e hábitos de vida saudáveis	15
1.3.4 Autocuidado	16
CAPÍTULO 2 – MÉTODOS	18
2.1 Tipo de estudo e população	18
2.2 Variáveis	19
2.3 Análise estatística	20
2.4 Aspectos éticos	20
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
3.1 Resultados	21
3.2 Discussão	28
CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO	32
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	42
APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA	47
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	48
ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	49

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a data de 24 de julho como o dia do autocuidado. Por autocuidado, entende-se a habilidade de indivíduos, famílias e/ou comunidades, de manter e promover a saúde, prevenir e lidar com doenças e incapacidades, com ou sem o auxílio de um profissional de saúde (WHO, 2022). A OMS recomenda a realização de ações de promoção da saúde física e mental, como a adoção de práticas alimentares saudáveis e a realização de atividade física, autoconhecimento e consciência de atitudes de risco, com a finalidade de estimular a participação mais ativa dos indivíduos no cuidado com sua própria saúde (PAHO, 2022). O autocuidado, associado às mudanças no estilo de vida, pode contribuir para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Estima-se que 40% dos casos de câncer poderiam ser prevenidos com redução de fatores de risco, como o consumo de tabaco, álcool, alimentos ultraprocessados e a inatividade física (PAHO, 2019).

No Brasil, com o processo de transição demográfica e epidemiológica, observa-se o envelhecimento populacional e, conseqüentemente, aumento da prevalência de DCNTs e suas comorbidades (Martins et al., 2021; Huerta; Pacheco; Soto, 2022; Koliaki; Dalamaga; Liatis, 2023). Além disso, de acordo com o Atlas da Federação Mundial da Obesidade, até 2035 estima-se que 41% da população brasileira poderá desenvolver obesidade (WOF, 2023). Face a esse cenário, torna-se urgente o planejamento de intervenções direcionadas à promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, bem como ações voltadas ao estímulo do autocuidado junto à população (Egger et al., 2017).

Essas ações de promoção da saúde devem ser planejadas por profissionais de saúde, particularmente pelos que estão na Atenção Primária à Saúde (APS); os quais precisam estar cientes de que o desenvolvimento e manutenção de um plano de autocuidado sustentável requer tempo e apoio (Campoli; Cummings, 2023). As intervenções devem basear-se na divulgação de informações adequadas que consigam sensibilizar as pessoas, encorajando-as a realizarem mudanças nos seus comportamentos direcionadas a um estilo de vida saudável (Kunyahamu; Daud; Jusoh, 2021; Mbabazi et al., 2022; Brasil, 2023). Desse modo, o profissional que atua na APS deve apropriar-se do autocuidado; não apenas como um conceito de promoção da saúde, mas também como uma habilidade desenvolvida durante os processos formativos. Entretanto, pouco se sabe a respeito de como os profissionais da saúde brasileiros lidam com o autocuidado na sua vida pessoal e profissional.

Neste trabalho, buscamos descrever as práticas de autocuidado de profissionais da saúde vinculados às residências e entender os fatores que poderiam influenciar essas práticas. A hipótese de trabalho considerou que quem cuida de sua própria saúde tem mais motivação para realizar orientações de autocuidado para a população, contribuindo assim para a melhoria das ações de prevenção e/ou tratamento da obesidade e DCNTs, nos seus respectivos territórios de atuação.

O produto técnico deste estudo consistiu em um relatório técnico conclusivo, divulgado no formato de portfólio, contendo uma síntese dos achados do grupo de pesquisa a ser compartilhada com a comunidade acadêmica e gestores vinculados às residências. Busca-se estimular o debate sobre estratégias, ações e políticas voltadas para a melhoria da qualidade da formação profissional nas residências direcionadas à APS.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi descrever as habilidades de autocuidado de residentes e preceptores vinculados aos Programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba; bem como investigar a associação entre autocuidado e as práticas desses profissionais que atuam na APS.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever as características sociodemográficas e relacionadas a saúde (idade, sexo, estado civil) e formação acadêmica dos participantes da pesquisa; bem como avaliar a situação de saúde destes, com foco na adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física e sono) e prevenção das DCNTs;
- Verificar se há associação entre o maior cuidado consigo mesmo e a motivação para realizar orientações e ações que visem o autocuidado e a prevenção e manejo das DCNTs, no território de atuação do profissional na APS.
- Elaborar uma síntese dos achados do trabalho, contribuindo para a composição de um Portfólio de Resultados de Pesquisa (produto técnico), para divulgação junto às residências.

1.3 Revisão de Literatura

1.3.1 Formação de competências

O termo competência é polissêmico e utilizado rotineiramente durante a vida pessoal e profissional. Ele pode se referir a pessoas, grupos sociais ou instituições, tendo sido inicialmente usado no campo jurídico para designar a legitimidade de algumas instituições para tratar determinados assuntos. Com a popularização do termo, competência passou a ser entendida como uma capacidade para produzir uma conduta de sucesso dentro de um domínio ou tarefa específica (Marques, 2017).

No contexto do mercado de trabalho, da formação e da educação escolar, esse termo começou a ser utilizado a partir da década de 1970 com o surgimento, nos Estados Unidos, dos testes para mensurar as competências individuais em substituição aos testes de inteligência cognitiva. Esta mudança criou um ambiente propício à valorização dos conhecimentos práticos sobre os conhecimentos declarativos ou certificados; traduzindo competência como aprendizagem em nível de desempenho individual, relacionado a uma tarefa ou ao saber fazer algo de maneira eficiente, e colocando-a em posição de destaque nos debates sobre currículo na Educação Básica e Profissional nas décadas seguintes (Marques, 2017). A partir de então, o conceito de competência passou a integrar os currículos em diferentes níveis de ensino.

No Brasil, na década de 90, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para diferentes cursos de graduação, os currículos passaram a ser organizados a partir de matrizes de competências. Em 2014, foi publicada a matriz de competências para os cursos de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC); tendo sido considerado um avanço importante para a formação do especialista no âmbito da prática médica brasileira (Costa et al., 2018).

Essa proposta entretanto, apresenta lacunas que precisam ser revistas, como a organização das competências de maneira incoerente, baseada em temas ou conteúdos que enfatizam ciclos de vida e populações específicas; ou baseada em problemas relacionados a órgãos e sistemas (Costa et al., 2018). Além disso, os críticos enfatizam que ainda faltam resultados publicados para a educação médica baseada em competências ou ferramentas de avaliação baseadas em competências (Lawrence et al., 2018).

O currículo baseado em competências deve ser organizado seguindo uma espiral de complexidade (Hernández; Ventura, 2017; Lima, 2017) tendo como centro o residente e orientado de acordo com as necessidades da comunidade onde está inserido (Costa et al., 2018).

Os docentes devem revisitar as suas propostas curriculares com vistas à apresentação de situações-problemas e utilização de metodologias de ensino e aprendizagem, assim como de processos avaliativos, mais alinhados com a formação de competências (Casiraghi; Boruchovitch; Almeida, 2020). Além disso, os currículos devem considerar as demandas complexas e plurais do mundo atual, que exigem dos novos profissionais resiliência e capacidade de aprender constantemente (Mello; Almeida Neto; Petrillo, 2022), objetivando sempre a integração do conhecimento acadêmico à prática na vida pessoal e nas atividades profissionais.

1.3.2 Formação profissional em serviço

O Sistema Único de Saúde (SUS) requer a formação de profissionais capacitados para desempenhar funções técnicas e que sejam capazes de desenvolver um trabalho em equipe, baseado em ações interprofissionais e colaborativas, que atendam às necessidades das pessoas numa perspectiva da integralidade do cuidado realizado.

Os planos governamentais brasileiros referentes à formação em saúde determinam a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, na perspectiva de privilegiar as reflexões e o olhar crítico sobre as atividades práticas. Nesse contexto, os Programas de Residência em Saúde (PRS), tais como MFC e RMSF, destacam-se entre as modalidades de pós-graduação *lato-sensu* com formação em serviço, tendo em vista que objetivam aperfeiçoar as competências profissionais adquiridas durante a graduação. Esses programas buscam suprir as lacunas e necessidades da formação através de uma aprendizagem experiencial e reflexiva, capacitando os profissionais para atender as áreas prioritárias do SUS (Silva; Dalbello-araujo, 2019; Wildermuth; Weltin; Simmons, 2020).

Desse modo, as Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde são cursos fundamentados nos princípios e diretrizes do SUS, que buscam a garantia da integralidade das ações de saúde. As primeiras abrangem apenas profissionais médicos; enquanto as segundas podem abranger as áreas da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Ambas consistem em uma formação desafiadora, tendo em vista a multiplicidade de cenários em que os residentes são inseridos nos serviços de saúde (Arruda et al., 2018).

As Residências Multiprofissionais em Saúde representam a oportunidade de formação educacional voltada para as demandas requeridas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2021), enquanto estratégia preferencial de operacionalização da APS no SUS. Nelas, os profissionais têm espaço para fazer o compartilhamento de experiências e práticas, buscando

proporcionar um cuidado à saúde integral e resolutivo ao usuário do SUS (Carneiro; Teixeira; Pedrosa, 2021; Silveira et al., 2023).

Esses programas preveem a presença do preceptor no campo de prática, o qual deve desenvolver o papel de facilitador do processo de aprendizagem e da formação das competências para a prática profissional, fazendo o elo entre o ensino e o serviço (Teixeira et al., 2021). Assim, o preceptor, que é um profissional mais experiente, pode trocar experiências e saberes com os residentes, proporcionando a eles estímulos ao aperfeiçoamento de suas competências, à proatividade e à reflexão crítica do aprendizado, tendo em vista a formação de especialistas que atendam às necessidades do SUS (Silva, 2024).

1.3.3 Profissionais de saúde e hábitos de vida saudáveis

As atividades dos trabalhadores da área de saúde possuem características específicas que podem interferir negativamente nos seus hábitos de vida e nas suas condições de saúde resultando, por exemplo, em alterações do sono e do metabolismo, gerando uma situação de predisposição ao sobrepeso e à obesidade nesse grupo (Siqueira et al., 2019). Evidências científicas têm apontado que os profissionais da saúde mantêm hábitos alimentares pouco saudáveis (Al-Qahtani, 2016) e baixa qualidade de vida (Pagnin; Queiroz, 2015), apesar desses profissionais terem conhecimentos e, geralmente, condições financeiras para adotar práticas de vida mais saudáveis. Os hábitos alimentares não saudáveis entre médicos e profissionais da saúde podem ter impactos negativos sobre seu trabalho. Sintomas emocionais (irritabilidade ou frustração), físicos (tontura, tremores e náuseas) ou cognitivos (dificuldade de concentração e lentidão), relacionados a esses hábitos, podem interferir na tomada de decisão e resultar em prejuízo na qualidade do serviço prestado à população (Egger et al., 2017).

Os residentes, assim como todos os profissionais da saúde, enfrentam situações desafiadoras nos seus ambientes de trabalho que podem interferir diretamente na sua qualidade de vida e no seu desempenho profissional, desencadeando sensações de insegurança, tensão, ansiedade, medo, desgastes físico e mental (Pinheiro et al., 2021). Essas situações estão geralmente relacionadas às extensas horas de jornada de ensino em serviço, privação do sono, alto nível de estresse, muitas responsabilidades, autocobrança diante das demandas assistenciais e pedagógicas às quais devem atender (Coelho et al., 2018). O desgaste emocional e psicológico entre eles, pode ainda resultar da inexperiência associada a insegurança que profissionais recém-formados podem vir a enfrentar, ao iniciar sua carreira profissional (Zenkner et al., 2020).

Outro aspecto relacionado a qualidade de vida dos profissionais de saúde que pode ser diretamente influenciado pelo ambiente de trabalho, diz respeito a sua saúde mental, uma vez que diante das dificuldades e desafios do campo profissional eles podem desenvolver adaptações inadequadas que resultam em vulnerabilidade psicológica. Episódios de crises de ansiedade, depressão, tentativas de suicídios, uso abusivo de álcool, automedicação, estresse, gastrite nervosa, fadiga e esgotamento emocional estão progressivamente mais presentes entre esses profissionais (Souza; Bernardo, 2019). Ademais, é importante destacar ainda a privação crônica do sono em médicos e residentes, visto que tem sido repetidamente correlacionada com a diminuição do desempenho cognitivo, o aumento da probabilidade de erros médicos e o aumento de casos de autoagressão, como picadas de agulha (Weaver et al., 2023).

Dentre os fatores de risco modificáveis associados à qualidade de vida dos profissionais, destacam-se a atividade física e os hábitos alimentares por estarem diretamente relacionados ao sobrepeso e obesidade e, conseqüentemente, ao desenvolvimento de DCNTs. O aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com Asfshin (2017), pode ser atribuído à combinação de inatividade física, excesso de ingestão calórica e qualidade da dieta. Quanto a prática de atividade física, a maior parte dos médicos, como a população em geral, não cumpre a recomendação de realização de 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa por semana, para adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com um máximo de 300 minutos para obter o ápice de benefícios para a saúde (Egger et al., 2017).

Nesse contexto, a OMS publicou um projeto de plano de ação global sobre atividade física para o período de 2018 a 2030, visando o aumento da frequência de atividade física nas populações. Dentre o conjunto de recomendações que compõe esse projeto, encontra-se o convite para reforçar a formação de profissionais, de saúde ou não, voltada para a identificação de oportunidades de desenvolvimento de uma sociedade ativa, bem como o apelo pelo fortalecimento de programas que objetivem aumentar a atividade física nos grupos menos ativos (WHO, 2018). Pouco se sabe, entretanto, sobre as práticas de autocuidado entre os profissionais da área da saúde e a influência de intervenções voltadas à prática de atividade física nesse grupo.

1.3.4 Autocuidado

O período da residência representa uma fase estressante para os profissionais em formação, os quais necessitam muitas vezes de apoio no sentido de cuidar de sua saúde (Silva; Moreira, 2019), tendo em vista que muitos profissionais de saúde relegam a sua própria saúde e bem-estar ao se confrontarem com o estresse relacionado à carga de trabalho, a dificuldade

de lidar com a expansão do conhecimento e a necessidade de equilibrar a sua vida pessoal e profissional (Sharma et al., 2023).

Araujo et al. (2016) destacam que o profissional que não conseguir conciliar práticas de cuidado de si na vida cotidiana pode falhar na formulação e implementação de um plano de cuidados efetivo aos seus pacientes. Esse argumento foi reforçado por Egger et al. (2017), os quais afirmaram que os médicos devem demonstrar compromisso com sua própria saúde e uma prática sustentável. Já Hidalgo et al. (2016) apontaram que profissionais que não adotam comportamentos de estilo de vida saudáveis têm menos chance de encorajar a adoção desses comportamentos entre os usuários dos serviços de saúde. Na Antiga Grécia, Galeno (130-200 d.C.) já dizia que o médico dificilmente será considerado muito cuidadoso com a saúde dos seus doentes se negligenciar a sua própria saúde (Sharma et al., 2023).

Diante desse panorama, em que se reconhece a importância do autocuidado para a prevenção das DCNTs e suas comorbidades; e que se supõe uma relação entre os comportamentos de saúde dos profissionais e as atitudes dos pacientes (Profis; Simon-Tuval, 2016), faz-se necessária a investigação das competências e habilidades de autocuidado entre profissionais da área da saúde, particularmente das residências voltadas à APS. Esses profissionais devem ser capazes de implementar ações de saúde voltadas ao autocuidado; planejando intervenções direcionadas à promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, tendo por base ações de educação em saúde como instrumento de construção dialógica do conhecimento, de estímulo à autonomia, à participação popular e ao protagonismo das pessoas no seu próprio cuidado (Fittipaldi; O'dwyer; Henriques, 2021).

Os profissionais de saúde devem desempenhar o papel de defensores e embaixadores de um estilo de vida saudável junto a população em geral (Asghar et al., 2019), realizando o planejamento das intervenções de autocuidado a partir de abordagens que reforcem o empoderamento dos sujeitos para a promoção da autonomia e do autocuidado (Santana, 2020). Assim, o autocuidado pode ser entendido como uma competência profissional, que não é apenas algo teórico, mas uma capacidade de melhorar a vida cotidiana (Ramos, 2016). As ações desenvolvidas visando a manutenção desse cuidado melhoram a qualidade de vida pessoal e profissional (Silva Júnior; Balsanelli; Neves, 2020). Portanto, faz-se necessário compreender melhor as competências de autocuidado no grupo de profissionais de saúde, corroborando a ideia defendida por Teixeira et al. (2020) de que um bom profissional da saúde deve priorizar a si e respeitar suas emoções e seus paradigmas, para em seguida cuidar do próximo.

CAPÍTULO 2 – MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo e população

Este é um estudo transversal com uma abordagem quantitativa. Todos os 364 residentes e preceptores elegíveis para participar do estudo foram contatados para responder ao instrumento de coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de um questionário eletrônico, entre julho e dezembro de 2023. O questionário usado neste estudo foi baseado em outro instrumento aplicado e validado com residentes por Wilf-Miron, Kagan e Saban (2021). Foram feitas adaptações, como a exclusão de algumas variáveis de estilo de vida e a inclusão de variáveis relacionadas à percepção da prática profissional e algumas variáveis sociodemográficas.

Foi obtido um total de 300 respostas, representando 82,4% da população-alvo. Desse grupo, 211 eram médicos e 89 eram multiprofissionais, vinculados a um dos 10 programas de residência em MFC ou ao programa de RMSF do estado da Paraíba (Tabela suplementar I). O critério de inclusão foi estar matriculado e frequentando um programa de residência em MFC ou de RMSF no estado da Paraíba. Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou em licença médica.

O processo de recrutamento dos participantes começou com o contato com os coordenadores dos programas de residência afiliados às instituições de ensino. Foram explicados os objetivos da pesquisa, realizadas entrevistas com os coordenadores para entender a organização e o funcionamento desses programas e solicitada autorização institucional para a coleta de dados envolvendo residentes e preceptores. A partir desse diálogo com os coordenadores, foi acordado em conjunto que os pesquisadores apresentariam a pesquisa durante o período de aulas em que todos os residentes estivessem reunidos. Após uma conversa inicial com os participantes e o esclarecimento de todas as dúvidas referentes à pesquisa, eles receberam um link para acessar o questionário eletrônico, que foi respondido usando dispositivos móveis. Antes de acessarem as perguntas, os participantes liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os residentes e preceptores, vinculados aos onze programas de residência do estado da Paraíba, tiveram acesso ao questionário eletrônico. Os participantes e os pesquisadores não tinham relação de trabalho ou emprego; portanto, não haviam relações de poder ou subordinação envolvidas que pudessem influenciar os resultados.

2.2 Variáveis

A variável de agrupamento deste estudo foi o autocuidado. Os participantes foram convidados a responder à seguinte questão: *“Como você avalia as suas competências em relação ao autocuidado, ou seja, ao cuidado com sua própria saúde?”*; sendo oferecida a eles a seguinte definição de autocuidado: *“Por autocuidado, entendemos buscar ter uma alimentação saudável, realizar atividade física moderada ou vigorosa por 150 minutos na semana e dormir o suficiente para sentir-se descansado(a)”*. Eles poderiam optar pelas seguintes respostas: “não me cuido”; “eu me cuido esporádica ou eventualmente”; ou “eu me cuido diariamente ou frequentemente”. Posteriormente, a primeira e segunda opções foram reunidas em uma única categoria, “não me cuido ou me cuido eventualmente” (“não”); em contraposição ao “eu me cuido diária ou frequentemente” (“sim”).

As variáveis sociodemográficas e laborativas incluíram: sexo (feminino ou masculino), idade (em anos), estado civil (solteiro, divorciado ou viúvo, união estável ou casado), filhos (não ou sim); formação profissional, posição no programa de residência (primeiro ano ou R1; segundo ano ou R2; terceiro ou quarto ano ou R3/R4; preceptor ou tutor), ano de conclusão da graduação, tipo de instituição onde concluiu a graduação (Instituição Pública; Instituição Privada com ou sem financiamento); tempo de experiência como profissional da área da saúde na APS, macrorregião do estado da Paraíba à qual pertence o município onde atua como residente/preceptor (Macro I - Sede em João Pessoa; Macro II - Sede em Campina Grande; Macro III - Sede em Patos e Sousa).

As variáveis sobre condições de saúde física e mental incluíram a autoavaliação do estado de saúde físico, da qualidade da alimentação, do estado de saúde mental e da qualidade do sono, sendo categorizadas em: “ruim; bom ou razoável; muito bom ou excelente”. Os participantes declararam peso e altura, definindo o valor do Índice de Massa Corporal (IMC); a existência de diagnóstico de DCNTs; a realização ou não de atividades físicas moderada e vigorosa ao longo de uma semana, conforme recomendadas pela OMS; a motivação ou desmotivação para a realização de atividade física; questões relativas à alimentação (ingestão de água, frutas e legumes, produtos industrializados e dieta mediterrânea); a identificação de necessidade ou motivação para mudar hábitos de vida ou rotina para melhorar a qualidade da alimentação; e questões relacionadas à saúde mental abordando a presença de diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico, o número de horas de sono no último mês e a autopercepção da qualidade da saúde mental.

A prática profissional foi abordada a partir de perguntas sobre a frequência com que os participantes faziam orientações em relação ao autocuidado aos usuários atendidos no serviço de APS (eventual ou esporadicamente; diária ou frequentemente); a autopercepção do nível de

motivação para fazer essas orientações (pouco motivado, motivado, bastante motivado); a realização de projetos de Educação em Saúde direcionados aos usuários com vistas à melhoria do autocuidado e as experiências profissionais com prevenção e manejo da obesidade e DCNTs.

2.3 Análise estatística

A análise do banco de dados foi realizada através do software estatístico R (R CORE TEAM, 2023), sendo composta por análises descritiva, bivariada e múltipla dos dados. Na análise bivariada foram utilizados o Teste Qui-quadrado de Pearson e, nos casos em que uma das frequências foi menor que 5, o Teste Exato de Fisher. Para a análise múltipla inicial, foi usado o Modelo de Regressão Logística com todas as variáveis, tomando como medidas de associação o OR e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Nas análises múltiplas finais foram incluídas as variáveis de ajuste que apresentaram p-valor $\leq 0,20$ no modelo inicial e na interpretação dos resultados, sendo realizado o Teste Wald, considerando p-valor $< 0,05$ como associação estatisticamente significativa. A confiabilidade e a consistência interna do instrumento de coleta de dados foram analisadas com o coeficiente alfa de Cronbach, cujo resultado foi 0,645, indicando consistência interna substancial.

2.4 Aspectos éticos

Esta pesquisa consiste em um recorte do projeto intitulado “*Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba*”, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 73484623.5.0000.5187). Durante o estudo observou-se os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme as resoluções CNS 466/2012, CNS 510/2016 (em seus artigos 15, 16 e 17) e a Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os potenciais participantes assinaram o TCLE eletrônico.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Resultados

Ao todo, 296 dos 300 participantes responderam à questão sobre autocuidado, dos quais 131 (44,3%) eram residentes do primeiro ano (R1), 93 (31,4%) do segundo ano e 72 (24,3%) eram preceptores. A maioria era de médicos da MFC (70,3%), com média de idade de 30 anos (± 5) entre os residentes e de 36 anos (± 7) entre os preceptores. Na RMSF, a média de idade entre os residentes foi de 29 anos (± 4) e entre os preceptores, de 46 anos (± 10). A distribuição dos participantes nos programas de residência do Estado da Paraíba encontra-se descrita na Tabela Suplementar 1.

Tabela Suplementar 1 – Número e porcentagem dos participantes por residência do Estado da Paraíba.

Residência	Municípios	IES	Tipo de IES	N	%
MFC	SMS João Pessoa	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	23	7,7
MFC	SMS Mamanguape	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	7	2,3
MFC	SMS Cabedelo	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	9	3,0
MFC	SMS João Pessoa	Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)	Privada	13	4,3
MFC	SMS João Pessoa	Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM)	Privada	20	6,7
MFC	SMS João Pessoa	Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)	Privada	14	4,7
MFC	SMS Campina Grande	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Pública	32	10,7
MFC	SMS Cajazeiras	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Pública	13	4,3
MFC	SMS Patos	Centro Universitário de Patos (UNIFIP)	Privada	49	16,3
MFC	Sertão e Alto Sertão	Escola de Saúde Pública da Paraíba e Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM)	Pública/Privada	31	10,3
RMSF	SMS João Pessoa	Afya Faculdade de Residência Multiprofissional da Paraíba (RMSF AFYA)	Privada	89	29,7
Total				300	100,0

Legendas: MFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Conforme mostrado na Tabela 1, a maioria dos participantes era do sexo feminino (69,3%), não tinha companheiro (53,4%) e nem filhos (75,7%). A maioria concluiu a graduação em instituição privada de ensino com ou sem financiamento (56,1%) e tinha de um a três anos de experiência na APS (46,7%). Houve predomínio de participantes que exerciam suas atribuições profissionais na região metropolitana de João Pessoa ou Macrorregião I do Estado (60,5%). Não foi observada associação significativa entre as variáveis sociodemográficas e acadêmicas com a variável de agrupamento (autocuidado).

Tabela 1 – Descrição do perfil e resultados da análise bivariada mostrando a associação ou não das variáveis sociodemográficas e acadêmicas com a competência de autocuidado de residentes e preceptores do estado da Paraíba.

		Cuida de si (Autocuidado)				Total	Teste	
		Não		Sim				p-value
		n	%	N	%	n	%	
Sexo	Feminino	95	69,9	110	68,8	205	69,3	0,838
	Masculino	41	30,1	50	31,3	91	30,7	
Estado Civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	76	55,9	82	51,3	158	53,4	0,426
	União estável ou casado(a)	60	44,1	78	48,8	138	46,6	
Filhos	Não	101	74,3	123	76,9	224	75,7	0,602
	Sim	35	25,7	37	23,1	72	24,3	
Quantidade de filhos	Não tem filhos	98	72,1	125	78,1	223	75,3	0,378
	Um filho	19	14,0	21	13,1	40	13,5	
	Dois filhos	12	8,8	11	6,9	23	7,8	
	Três filhos	7	5,1	3	1,9	10	3,4	
Grupo por residência (MFC e RMSF)	MFC	97	71,3	111	69,4	208	70,3	0,715
	RMSF	39	28,7	49	30,6	88	29,7	
Posição no Programa (Residente ou Preceptores)	Residente 1º Ano (R1)	62	45,6	69	43,1	131	44,3	0,635
	Residente 2º Ano (R2)	39	28,7	54	33,8	93	31,4	
	Preceptor ou Tutor	35	25,7	37	23,1	72	24,3	
Instituição da graduação	Pública	61	44,9	69	43,1	130	43,9	0,955
	Privada, com financiamento	50	36,8	61	38,1	111	37,5	
	Privada, sem financiamento	25	18,4	30	18,8	55	18,6	
Experiência na Atenção Primária à Saúde (APS)	< 1 ano	39	29,3	32	21,1	71	24,9	0,306
	de 1 a 3 anos	55	41,4	78	51,3	133	46,7	
	de 4 a 10 anos	21	15,8	24	15,8	45	15,8	
	Mais de onze anos	18	13,5	18	11,8	36	12,6	
Macro do município em que atua	Macro I - João Pessoa	80	58,8	99	61,9	179	60,5	0,465
	Macro II - Campina Grande	14	10,3	21	13,1	35	11,8	
	Macro III - Cajazeiras	42	30,9	40	25,0	82	27,7	

Legendas: Não - "Não me cuido ou me cuido eventualmente"; Sim - "Eu me cuido sempre ou diariamente"; Macro-Macrorregião de Saúde do Estado; MFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família; Teste - Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (*)

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Dos 296 respondentes, 160 (54,0%) afirmaram que se cuidam diária ou frequentemente. Na Tabela 2, os resultados da análise bivariada mostraram que praticamente todas as variáveis relacionadas à saúde física e mental foram associadas ao autocuidado. Quem se cuida declarou que realizava mais frequentemente atividade física moderada ou intensa, adotava hábitos alimentares mais saudáveis e, conseqüentemente, apresentava menor prevalência de sobrepeso e/ou obesidade, e uma melhor autopercepção da saúde mental e do sono. Por exemplo, 41,9% dos respondentes que cuidavam de si diária ou frequentemente tinham estado de saúde física “muito bom ou excelente” em contraposição à 1,5% de quem não se cuidava; sendo esta associação significativa ($p < 0,001$). Cerca de 35% dos participantes não faziam atividade física conforme preconizado pela OMS; e essa proporção aumentou para 65% quando considerada a atividade física vigorosa.

Tabela 2 – Resultados da análise bivariada mostrando a associação ou não da competência de realizar o autocuidado e as variáveis relacionadas às condições de saúde física e mental de residentes e preceptores do Estado da Paraíba.

		Cuida de si (Autocuidado)						Teste p-valor
		Não (n=136)		Sim (n=160)		Total (N=296)		
		N	%	n	%	n	%	
Estado de saúde físico	Ruim	31	22,8	5	3,1	36	12,2	<0,001*
	Bom ou razoável	103	75,7	88	55,0	191	64,5	
	Muito bom ou excelente	2	1,5	67	41,9	69	23,3	
Índice de Massa Corpórea (IMC)	Baixo peso	4	2,9	4	2,5	8	2,7	0,033*
	Peso normal	62	45,6	98	61,3	160	54,1	
	Sobrepeso	55	40,4	50	31,3	105	35,5	
	Obesidade	15	11,0	8	5,0	23	7,8	
Atividade física moderada	Não	93	68,4	11	6,9	104	35,1	<0,001
	Sim	43	31,6	149	93,1	192	64,9	
Atividade física intensa	Não	118	86,8	76	47,5	194	65,5	<0,001
	Sim	18	13,2	84	52,5	102	34,5	
(Des)Motivação para a atividade física	Falta de tempo e/ou disposição e/ou limitações	80	66,7	8	5,6	88	33,5	<0,001*
	Estética e/ou perda e/ou controle de peso	4	3,3	24	16,8	28	10,6	
	Bem estar físico e mental	36	30,0	111	77,6	147	55,9	
Autopercepção da qualidade da Alimentação	Ruim	33	24,6	0	0,0	33	11,3	<0,001*
	Boa ou razoável	94	70,1	114	71,7	208	71,0	
	Muito boa ou excelente	7	5,2	45	28,3	52	17,7	
Ingere 08 copos de água por dia	Não	48	35,3	28	17,6	76	25,8	<0,001
	Sim	88	64,7	131	82,4	219	74,2	
05 porções de frutas ou legumes por dia	Não	103	76,3	73	45,9	176	59,9	<0,001
	Sim	32	23,7	86	54,1	118	40,1	
Adota a dieta mediterrânea	Não	93	68,4	62	39,0	155	52,5	<0,001
	Sim	43	31,6	97	61,0	140	47,5	
Consumo de bebidas Adocicadas	Não consumo	15	11,0	38	23,9	53	18,0	0,003*
	Sim, rara ou eventualmente	121	89,0	121	76,1	242	82,0	
	Sim, diária ou frequentemente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Bebidas alcoólicas	Não consumo	55	40,4	54	34,0	109	36,9	0,259*
	Sim, esporadicamente	78	57,4	104	65,4	182	61,7	
	Sim, diariamente	3	2,2	1	,6	4	1,4	
Produtos ultraprocessados	Não consumo	13	9,6	38	23,9	51	17,3	<0,001
	Sim, rara ou eventualmente	103	76,3	113	71,1	216	73,5	
	Sim, diária ou frequentemente	19	14,1	8	5,0	27	9,2	
Motivação para melhorar a qualidade da alimentação	Sem necessidade e motivação	2	1,5	8	5,0	10	3,4	<0,001*
	Sinto necessidade, mas falta motivação	97	71,3	39	24,5	136	46,1	
	Tenho motivação e/ou hábitos saudáveis	37	27,2	112	70,4	149	50,5	
Autopercepção da saúde Mental	Ruim	33	24,3	9	5,7	42	14,2	<0,001
	Boa ou razoável	91	66,9	117	73,6	208	70,5	
	Muito boa ou excelente	12	8,8	33	20,8	45	15,3	
Apresenta algum transtorno Mental	Não quero responder	4	2,9	10	6,3	14	4,7	0,169*
	Não	68	50,0	89	56,0	157	53,2	
	Sim	64	47,1	60	37,7	124	42,0	
Autopercepção da qualidade de Sono	Ruim	39	28,7	24	15,0	63	21,3	0,009
	Bom ou razoável	81	59,6	105	65,6	186	62,8	
	Muito bom ou excelente	16	11,8	31	19,4	47	15,9	
Horas em média de sono por Dia	≤ 5	34	25,0	28	17,6	62	21,0	0,101*
	6 a 7	95	69,9	114	71,7	209	70,8	
	≥ 8	7	5,1	17	10,7	24	8,1	

Legenda: Teste - Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (*).

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Os resultados da análise bivariada de associação do autocuidado com a prática profissional dos respondentes foram apresentados na Tabela 3. Os profissionais que declararam que se cuidavam diária ou frequentemente se sentiam muito motivados para fazer orientações sobre o tema no serviço ($p=0,006$); desenvolviam mais projetos de Educação em Saúde ($p=0,042$) e tinham mais experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e DCNTs ($p=0,026$) em relação aos que declararam que não se cuidavam ou se cuidavam esporadicamente.

Tabela 3 – Resultados da análise bivariada mostrando a associação ou não da competência de cuidar de si próprio (autocuidado) e as variáveis relacionadas às percepções, motivação e frequência das orientações sobre autocuidado na prática profissional dos residentes do Estado da Paraíba.

		Cuida de si próprio (Autocuidado)						Teste
		Não		Sim		Total		p-valor
		N	%	N	%	N	%	
Frequências de orientações sobre autocuidado na APS	Eventual ou esporadicamente	8	5,9	11	6,9	19	6,5	0,815
	Diária ou frequentemente	127	94,1	148	93,1	275	93,5	
Autopercepção da motivação para fazer orientações sobre autocuidado na APS	Sinto-me pouco motivado	7	5,1	2	1,3	9	3,1	0,006*
	Sinto-me motivado	89	65,4	85	53,8	174	59,2	
	Sinto-me muito motivado	40	29,4	71	44,9	111	37,8	
Desenvolve projetos de Educação em Saúde sobre autocuidado no serviço	Não	92	67,6	88	56,1	180	61,4	0,042
	Sim	44	32,4	69	43,9	113	38,6	
Experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e DCNTs na APS	Não	97	71,3	93	58,9	190	64,6	0,026
	Sim	39	28,7	65	41,1	104	35,4	

Legenda: APS - Atenção Primária à Saúde; DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Teste - Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (*).

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Entre os médicos da residência em MFC, 36,4% e 7,7% declararam que estavam com sobrepeso e obesidade, respectivamente; e as prevalências foram semelhantes para os multiprofissionais da RMSF (32,6% e 7,9%, respectivamente) (Tabela Suplementar II). No que se refere à avaliação da saúde mental, mais médicos afirmaram ter algum transtorno mental (46,9%) do que multiprofissionais (31,5%) ($p=0,022$). No quesito práticas profissionais, os médicos faziam mais orientações sobre o autocuidado na APS do que os multiprofissionais. Entretanto, somente 32,9% dos médicos desenvolviam projetos educativos na APS, enquanto esta proporção aumentou para 51,7% no grupo dos multiprofissionais ($p=0,002$) (Tabela Suplementar 2).

Tabela Suplementar 2 – Resultados da análise bivariada, mostrando associação ou não das condições de saúde física e mental, bem como atividades de autocuidado, comparando médicos e multiprofissionais (MFC x RMSF); residentes e preceptores e as pessoas do sexo feminino e masculino.

		Residência				P-valor	Categoria				p-valor	Sexo				p-valor
		MFC		RMSF			Residentes		Preceptores			Feminino		Masculino		
		N	%	n	%		N	%	n	%		n	%	N	%	
Estado de saúde físico	Ruim	27	12,9	9	10,1	0,339	27	11,9	9	12,5	0,914	21	10,1	15	16,5	0,064
	Bom ou razoável	130	61,9	63	70,8		148	65,2	45	62,5		143	68,8	50	54,9	
	Muito bom ou excelente	53	25,2	17	19,1		52	22,9	18	25,0		44	21,2	26	28,6	
IMC	Baixo peso	5	2,4	3	3,4	0,579*	6	2,7	2	2,8	0,518*	8	3,9	0	0,0	0,001*
	Peso normal	112	53,6	50	56,2		128	56,6	34	47,2		124	59,9	38	41,8	
	Sobrepeso	76	36,4	29	32,6											
Atividade física moderada	Obesidade	16	7,7	7	7,9	0,946	76	33,6	29	40,3	0,006	63	30,4	42	46,2	0,436
	Não	74	35,2	31	34,8		16	7,1	7	9,7		12	5,8	11	12,1	
	Sim	136	64,8	58	65,2		70	30,8	35	48,6		76	36,5	29	31,9	
Atividade física intensa	Não	135	64,3	60	67,4	0,603	157	69,2	37	51,4	0,022	132	63,5	62	68,1	0,014
	Sim	75	35,7	29	32,6		140	61,7	55	76,4		145	69,7	50	54,9	
	Falta de tempo e/ou disposição e/ou limitações	62	33,5	26	32,5		87	38,3	17	23,6		63	30,3	41	45,1	
(Des)Motivação para a atividade física					0,190	57	28,8	31	46,3	63	34,6	25	30,1	<0,001*	0,873	
Autopercepção da qualidade da alimentação	Estética e/ou perda e/ou controle de peso	16	8,6	12	15,0	0,296	24	12,1	4	6,0	0,151	19	10,4	9	10,8	0,105
	Bem estar físico e mental	107	57,8	42	52,5		117	59,1	32	47,8		100	54,9	49	59,0	
	Ruim	23	11,1	10	11,2		22	9,8	11	15,3		18	8,7	15	16,7	
	Boa ou razoável	143	69,1	68	76,4		158	70,5	53	73,6		153	74,3	58	64,4	
	Muito boa ou excelente	41	19,8	11	12,4		44	19,6	8	11,1		35	17,0	17	18,9	
Ingere 08 copos de água por dia	Não	62	29,7	15	16,9	0,021	60	26,5	17	23,6	0,620	52	25,0	25	27,8	0,615
	Sim	147	70,3	74	83,1		166	73,5	55	76,4		156	75,0	65	72,2	
	Não	129	61,7	49	55,7		142	63,1	36	50,0		116	56,0	62	68,9	
05 porções de frutas ou legumes por dia	Sim	80	38,3	39	44,3	0,332	83	36,9	36	50,0	0,048	91	44,0	28	31,1	0,038
	Não	118	56,5	38	42,7		119	52,7	37	51,4		94	45,2	62	68,9	
	Sim	91	43,5	51	57,3		107	47,3	35	48,6		114	54,8	28	31,1	
Adota a dieta mediterrânea	Não consumo	33	15,8	20	22,5	0,079	35	15,5	18	25,0	0,851	38	18,3	15	16,7	<0,001
	Sim, rara ou eventualmente	176	84,2	69	77,5		191	84,5	54	75,0		170	81,7	75	83,3	
	Sim, diária ou frequentemente	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
Consumo de bebidas adoçadas	Não consumo	70	33,5	39	43,8	0,167	79	35,0	30	41,7	0,077*	80	38,5	29	32,2	0,869*
	Sim, rara ou eventualmente	136	65,1	49	55,1		191	84,5	54	75,0		170	81,7	75	83,3	
	Sim, diária ou frequentemente	0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0		0	0,0	0	0,0	
Bebidas alcoólicas	Não consumo	136	65,1	49	55,1	0,213*	143	63,3	42	58,3	0,489*	126	60,6	59	65,6	0,343*
	Sim, esporadicamente	3	1,4	1	1,1		4	1,8	0	0,0		2	1,0	2	2,2	
	Sim, frequentemente ou diariamente	39	18,7	12	13,6		36	16,0	15	20,8		34	16,4	17	18,9	
Produtos ultraprocessados	Sim, rara ou eventualmente	147	70,3	71	80,7	0,159*	167	74,2	51	70,8	0,622	155	74,9	63	70,0	0,666
	Sim, diária ou frequentemente	23	11,0	5	5,7		22	9,8	6	8,3		18	8,7	10	11,1	
	Sem necessidade e motivação	7	3,3	3	3,4		8	3,5	2	2,8		5	2,4	5	5,6	
Motivação para melhorar a qualidade da alimentação	Sinto necessidade mas falta motivação	96	45,9	42	47,2	0,979*	100	44,2	38	52,8	0,448*	96	46,2	42	46,7	0,362*
	Tenho motivação e/ou hábitos saudáveis	106	50,7	44	49,4		118	52,2	32	44,4		107	51,4	43	47,8	
	Ruim	29	13,9	13	14,6		34	15,0	8	11,1		23	11,1	19	21,1	
Autopercepção da saúde mental	Boa ou razoável	143	68,4	68	76,4	0,155	162	71,7	49	68,1	0,251	157	75,5	54	60,0	0,020
	Muito boa ou excelente	37	17,7	8	9,0		30	13,3	15	20,8		28	13,5	17	18,9	
	Não quero responder	7	3,3	7	7,9		9	4,0	5	6,9		10	4,8	4	4,4	
Apresenta algum transtorno mental	Não	104	49,8	54	60,7	0,022	116	51,3	42	58,3	0,224*	116	55,8	42	46,7	0,312
	Sim	98	46,9	28	31,5		101	44,7	25	34,7		82	39,4	44	48,9	
	Ruim	42	20,0	21	23,6		47	20,7	16	22,2		38	18,3	25	27,5	
Autopercepção da qualidade de sono	Bom ou razoável	135	64,3	53	59,6	0,720	145	63,9	43	59,7	0,800	139	66,8	49	53,8	0,091

	Muito bom ou excelente	33	15,7	15	16,9		35	15,4	13	18,1		31	14,9	17	18,7	
	≤ 5	38	18,2	24	27,0		47	20,8	15	20,8		48	23,1	14	15,6	
Horas em média de sono por dia	6 a 7	154	73,7	57	64,0	0,203	164	72,6	47	65,3	0,147	141	67,8	70	77,8	0,218
	≥ 8	17	8,1	8	9,0		15	6,6	10	13,9		19	9,1	6	6,7	
Frequências de orientações sobre autocuidado na APS	Eventual ou esporadicamente	7	3,3	13	14,8	<0,001	11	4,9	9	12,7	0,022	15	7,2	5	5,6	0,593
	Diária ou frequentemente	202	96,7	75	85,2		215	95,1	62	87,3		192	92,8	85	94,4	
Autopercepção da motivação para fazer orientações sobre autocuidado na APS	Pouco motivado	8	3,8	1	1,1		7	3,1	2	2,8		2	1,0	7	7,9	
	Sinto motivado	126	60,6	49	55,1	0,273*	139	61,8	36	50,0	0,171*	120	57,7	55	61,8	0,003*
	Sinto bastante motivado	74	35,6	39	43,8		79	35,1	34	47,2		86	41,3	27	30,3	
Desenvolve projetos de Educação em Saúde sobre autocuidado no serviço	Não	139	67,1	43	48,3	0,002	147	65,3	35	49,3	0,015	123	59,4	59	66,3	0,040
	Sim	68	32,9	46	51,7		78	34,7	36	50,7		84	40,6	30	33,7	
Experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade	Não	131	63,0	61	68,5	0,350	153	68,0	39	54,2	0,022	142	68,3	50	56,2	0,016
e DCNTs	Sim	77	37,0	28	31,5		72	32,0	33	45,8		66	31,7	39	43,8	

Legenda: MFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família; IMC - Índice de Massa Corpórea; APS - Atenção Primária à Saúde; DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Uma proporção maior de residentes declarou que faz atividade física moderada (69,2%) e intensa (38,3%) em relação aos preceptores (51,4% e 23,6%, respectivamente); sendo observada menor proporção de sobrepeso e obesidade entre os residentes. Quanto às práticas profissionais, os residentes faziam mais orientações sobre autocuidado na APS do que os preceptores ($p=0,022$), embora tivessem menos experiências profissionais no manejo e prevenção da obesidade e DCNTs ($p=0,033$) e no desenvolvimento de projetos educativos ($p=0,015$) (Tabela Suplementar 2).

Observou-se também associação significativa das variáveis relacionadas à prática profissional com gênero. Ao todo, 41,3% das mulheres declararam que se sentiam “bastante motivadas” para fazer orientações sobre autocuidado na APS e 40,6% desenvolveram projetos educativos em relação aos homens (30,3% e 33,7%, respectivamente) (Tabela Suplementar 2).

Na Tabela 4 encontra-se a análise de regressão logística binária bruta e ajustada. A percepção do estado de saúde como muito bom ou excelente foi a variável relacionada à saúde que teve maior associação com o desfecho de cuidar de si. Em relação à prática profissional, os profissionais com experiências sobre prevenção e manejo da obesidade e DCNTs tiveram 1,64 vezes mais chances de cuidar de sua própria saúde.

Tabela 4 – Análise de regressão logística mostrando as variáveis independentes associadas à dependente.

		Cuida de si (Autocuidado)			
		OR bruto (95CI)	p-valor	OR ajustado (95CI)	p-valor (Wald)
	Ruim	1	<	1	
	Bom ou razoável	5.3 (1.98,14.21)	0.001	4.58 (1.5,13.98)	0.007
Estado de saúde físico	Muito bom ou excelente	207.7 (38.16,1130.35)	<	124.46 (19.73,785.13)	< 0.001
	Não	1	<	1	
Atividade física moderada	Sim	29.3 (14.39,59.65)	0.001	22.31 (10.1,49.25)	< 0.001
	Não	1	<	1	
05 porções de frutas ou legumes por Dia	Sim	3.79 (2.29,6.28)	0.001	3.7 (2.23,6.15)	< 0.001
	Não	1	<	1	
Experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e DCNTs	Sim	1.75 (1.07,2.85)	0.025	1.64 (0.98,2.74)	0.058
	Não	1	<	1	

Legenda: DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

3.2 Discussão

Os resultados deste trabalho apontaram que os profissionais de saúde que “se cuidam sempre ou frequentemente” se sentem “muito motivados” para fazer orientações sobre autocuidado para a população atendida na APS, fazem mais ações educativas e têm mais experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e das DCNTs, corroborando a nossa hipótese de trabalho. Welshman e Burke (2023) afirmaram que os profissionais de saúde que praticam o autocuidado tendem a prestar um cuidado mais compassivo e centrado a seus pacientes, visto que a realização da autoavaliação e cuidado consigo próprio permitem que o profissional identifique áreas da saúde e do bem-estar que necessitam de mais atenção.

Nossos achados mostraram que um terço dos profissionais vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF do estado da Paraíba não faz nenhuma atividade física. Dos que fazem atividade física, dois terços fazem atividade moderada e um terço faz atividade física vigorosa, corroborando os resultados do estudo de Silva et al. (2022). Na revisão sistemática realizada por Hall et al. (2022), foi verificada uma associação positiva entre o nível de atividade física dos médicos e suas práticas clínicas de promoção desse tipo de atividade. Outras pesquisas mostraram que os profissionais fisicamente ativos eram mais propensos a realizar aconselhamento sobre atividade física para pacientes com doenças cardiovasculares (Projednic et al., 2017; Selvaraj; Abdullah, 2022). Apesar dos profissionais da saúde, como médicos e psicólogos, relatarem os benefícios da prática de atividade física no cuidado da saúde, o encaminhamento de usuários dos serviços para tais intervenções depende em parte da prática de atividade física exercida pelo próprio profissional (Deenik et al., 2022).

Essas evidências apontam para a necessidade de ações e políticas públicas, voltadas aos profissionais que atuam na área da saúde, que estimulem a prática de atividades físicas, já que isto pode ter repercussão no cuidado da população. Ao lançar o Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030, a OMS chamou atenção para a necessidade de médicos e outros profissionais de saúde, em uma abordagem conjunta e interprofissional, oferecerem orientações à população para combater a inatividade física (WHO, 2018). Além do controle e/ou redução de peso e risco de obesidade e DCNTs, os benefícios da atividade física para a saúde abrangem a melhoria do sistema imunológico e a saúde emocional (Breda et al., 2018; Sánchez; Betancur; Cardona-Arias, 2020; WHO, 2020).

Os médicos, assim como outros profissionais da área da saúde, devem demonstrar compromisso com o cuidado da própria saúde; enfrentando um entendimento tácito dessa comunidade em que o adoecimento é visto como um sinal de fraqueza (Egger et al., 2017). A literatura apontou que os médicos estão mais predispostos ao desenvolvimento de algumas

patologias, como a obesidade, transtornos mentais e a fadiga por compaixão, devido à exposição repetida ao sofrimento dos pacientes, ambiente estressante, a necessidade de doar-se continuamente aos cuidados do outro, e a rotina com horários de trabalho irregulares e prolongados (Kyle; Neill; Atherton, 2016; Kyle et al., 2017; Aslam et al., 2018; Peters, 2018; Zhang et al., 2020; Johns; Waddington; Samuel, 2022).

Os nossos achados mostraram que, apesar dos médicos terem mais anos de formação durante a graduação e, supostamente, mais conhecimentos sobre os processos de saúde e doença, a prevalência de sobrepeso e obesidade nesse grupo foi semelhante aos demais profissionais da saúde. Além disso, os residentes cuidavam mais de sua saúde e faziam orientações sobre autocuidado no serviço mais frequentemente do que os preceptores, profissionais mais experientes. Silva et al. (2022) já tinham apontado que os médicos mais experientes não se sentem necessariamente mais capazes ou confiantes para promover a atividade física entre os usuários dos serviços de saúde. Outros estudos mostraram que o domínio do conhecimento técnico e científico sobre a obesidade e as DCNTs não está associado às mudanças no estilo de vida (Siqueira et al., 2019; Sharma et al., 2023).

A literatura tem apontado que a formação na área da saúde e a experiência profissional não necessariamente contribuem para o autocuidado. Observou-se que os profissionais da saúde têm níveis mais elevados de obesidade do que a população adulta em geral (Luckhaupt et al., 2014; Sharma et al., 2016; Adajá; Idemudia, 2018; Konyahamu; Daud; Jusoh, 2021). Na Malásia, um em cada cinco profissionais de saúde encontra-se obeso (Konyahamu; Daud; Jusoh, 2021). Na Escócia e Inglaterra, verificou-se maior risco de obesidade entre enfermeiros do que nas demais categorias profissionais da saúde (Kyle, Neill e Atherton, 2016; Kyle et al., 2017); já em Tamil Nadu, na Índia, a obesidade era mais prevalente entre os médicos do que entre os enfermeiros (Hegde et al., 2015). Na maioria dos países da América e Oriente Médio, o sobrepeso e a obesidade foram associados ao gênero feminino (Lemamsha; Randhawa; Papadopoulos, 2019; WHO, 2018).

Mais de 70% dos participantes deste estudo tinham uma percepção de sua alimentação como boa ou razoável; sendo maior a proporção de mulheres que utilizavam dieta mediterrânea. A literatura apontou associação das práticas alimentares saudáveis com o gênero feminino (WHO, 2018) e que dietas pouco saudáveis podem influenciar negativamente o desempenho profissional (Donkor et al., 2020; Alhashemi et al., 2022). No cenário mundial, verificou-se uma redução no consumo de alimentos *in natura* em favor dos produtos industrializados, ultraprocessados e adocicados; essa mudança na dieta está associada ao aumento das DCNTs e da obesidade na população (Ferretti; Mariani, 2019). No Brasil, o principal fator de risco

alimentar associado a morbimortalidade cardiovascular foi o baixo consumo de grãos, principalmente o feijão (Izar et al., 2021).

A nossa pesquisa mostrou que os profissionais que cuidavam de sua própria saúde apresentaram um percentual inferior de transtornos mentais comparativamente aos que não se cuidavam. Além disso, verificou-se que praticamente metade dos médicos referiram algum transtorno mental e que a prevalência desses transtornos era maior entre os residentes do que entre os preceptores. No Reino Unido, uma pesquisa realizada com estudantes e médicos formados evidenciou níveis elevados de transtornos mentais, como ansiedade (26,3%), depressão (21,9%) e burnout (10,8%) (Johns; Waddington; Samuel, 2022). Na Alemanha, as queixas psicossomáticas de trabalhadores de saúde aumentaram conforme a faixa etária avançada (Schulz; Zacher; Lippke, 2017). Apesar da saúde mental ser uma característica complexa, que envolve aspectos genéticos e socioculturais (Gomes, 2019), observou-se a necessidade de ações e políticas voltadas ao diagnóstico e prevenção de transtornos psiquiátricos junto aos profissionais que atuam na saúde, conforme apontado pela literatura anteriormente (Maximiano et al., 2020; Treichel et al., 2020).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina estabeleceram que os estudantes devem adquirir conhecimentos e desenvolver competências e habilidades específicas para promover estilos de vida saudáveis, orientando e compartilhando conhecimentos com pessoas sob seus cuidados, familiares e outros profissionais do seu entorno (Brasil, 2014). As DCNs estimulam, portanto, as mudanças no estilo de vida e um protagonismo no cuidado com sua própria saúde por parte dos profissionais que estão em processo de formação, reforçando as recomendações preconizadas pela OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (WHO, 2022; PAHO, 2022).

As limitações deste estudo estão relacionadas ao seu desenho, uma vez que estudos transversais não permitem estabelecer relações causais; além disso, foram usados dados autorrelatados. Quanto a avaliação do autocuidado em uma população de profissionais de saúde, não foi possível utilizar uma escala já descrita na literatura (El-Osta et al., 2023), visto que as escalas existentes avaliam aspectos relacionados a atividades básicas da vida diária, mobilidade, satisfação com a vida e outros aspectos diferentes daqueles que foram o escopo deste estudo. Em estudos futuros, seria interessante desenvolver e validar uma escala de autocuidado específica para profissionais de saúde.

Outra limitação é que há poucas pesquisas atualizadas sobre autocuidado envolvendo profissionais de saúde, para comparar os resultados. A maioria dos estudos com esses profissionais trata do estresse relacionado ao trabalho e do burnout; ou da questão da promoção da saúde dos

trabalhadores por meio da oferta de ações e serviços de saúde, com base em uma abordagem coletiva de atendimento. Não foram encontradas publicações na literatura que descrevessem políticas públicas, experiências bem-sucedidas ou intervenções de promoção da saúde entre profissionais médicos e não médicos brasileiros. Ademais as políticas de prevenção da obesidade no Brasil não abordam especificamente os profissionais de saúde.

CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO

Este capítulo, conforme orientação da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, aborda o produto técnico produzido pelo grupo de pesquisa, o qual consiste de um relatório técnico conclusivo (ou produto de comunicação), no formato de um portfólio, com uma síntese dos principais achados dos seis projetos de pesquisa que foram desenvolvidos pelos seis mestrandos da Turma 4.

A ideia de sintetizar os achados no formato de um portfólio, incluindo o conjunto dos trabalhos da Turma 4, foi inspirada em um debate sobre os processos de translação do conhecimento e do uso do conhecimento de pesquisas científicas por gestores. Tínhamos seis projetos diferentes com seis artigos científicos. Será que os participantes da pesquisa teriam interesse em ler essas seis publicações? Como facilitar o acesso dos participantes aos resultados? Nossa dúvida era, portanto, como encontrar uma solução para facilitar o acesso dos participantes da pesquisa, residentes e preceptores, assim como coordenadores e gestores, aos nossos resultados, a fim de promover um debate sobre esses achados no âmbito das residências. Nesse debate sobre translação do conhecimento, tivemos acesso ao “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre Zika”, publicado pela Fiocruz em julho de 2022, e tomamos esse documento como modelo para produzir o nosso produto técnico.

O “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre as Residências em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba” encontra-se concluído e foi reproduzido integralmente neste trabalho (APÊNDICE B). O capítulo intitulado “*Influência do autocuidado nas práticas dos profissionais de saúde*” (Subprojeto 5) foi elaborado a partir dos resultados da presente pesquisa, sendo assim o produto técnico relacionado a mesma.

O portfólio foi produzido em uma versão para divulgação, no formato de livro eletrônico, que será compartilhado com os participantes da pesquisa. Estão sendo organizados quatro eventos para debate público dos resultados. Além disso, esse documento também será apresentado no II Congresso Paraibano de Atenção Primária à Saúde, que será organizado pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (SES-PB) em 2025, e em outros eventos da área. Ele também será utilizado pela Turma 5 do PROFSAÚDE para definição de seus temas de pesquisa.

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, a ideia é tecer algumas considerações sobre o produto técnico, referentes à divulgação, implantação e aplicação, contribuições, recomendações e outras potencialidades de aplicação prática no campo profissional, conforme orientações da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE.

Ao iniciarmos esta pesquisa, não sabíamos quantos programas de residência havia no Estado da Paraíba voltados à formação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde. Tínhamos inicialmente a intenção de oferecer cursos de formação continuada para os residentes, abordando temáticas relevantes para suas práticas profissionais. Entretanto, ao longo do caminho, percebemos que não tínhamos informações suficientes para definir exatamente o que poderíamos oferecer aos residentes, além da incerteza quanto a participação dos mesmos em nossos cursos, já que não tínhamos um levantamento dos temas de interesse dos residentes.

Nesse contexto, elaboramos nosso produto técnico, o qual oferece um retrato ou um diagnóstico sobre as residências em MFC e RMSF do Estado da Paraíba, que não existia até então. No caso específico desta pesquisa, oferecemos um diagnóstico a respeito de como os residentes e preceptores estão cuidando de sua própria saúde e como isto tem implicações para o cuidado dos usuários do SUS no território onde atuam. Esse diagnóstico deve servir para promover a reflexão com esses profissionais sobre como eles podem cuidar melhor de sua própria saúde, e também promover o debate com quem está envolvido em processos formativos no âmbito das residências, focalizado as lacunas formativas identificadas.

Assim, o produto elaborado pela Turma 4 do PROFSAÚDE é um modelo de como divulgar resultados de pesquisa para os participantes, gestores e coordenadores. A intenção do grupo é fazer o convite para esses atores lerem o Portfólio, a fim de realizarmos um evento para debater os resultados. A ideia é compartilhar os achados com quem pode realmente, a partir deles, implementar melhorias que refletirão na assistência oferecida na porta de entrada do SUS. Os residentes, coordenadores, gestores e diferentes instituições de ensino superior, por exemplo, podem fazer mudanças no projeto pedagógico ou refletir sobre ações educativas direcionadas para sanar as lacunas formativas. No referido produto técnico, como foi descrito, há sugestões práticas de novos produtos e pesquisas que podem ser executados por gestores ou por outros pesquisadores. No debate a ser promovido junto aos programas de residências, novas propostas de solução também podem vir à tona. Os impactos poderão ser avaliados em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- ADAJÁ, T. M.; IDEMUDIA, O. J. Prevalence of overweight and obesity among health-care workers in University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria. **Annals of Tropical Pathology**, v. 9, n. 2, p. 150-154, jul./dez. 2018. DOI: 10.4103/atp.atp_30_18. Disponível em: https://journals.lww.com/antp/fulltext/2018/09020/prevalence_of_overweight_and_obesity_among.11.aspx. Acesso em: 28 maio 2024.
- AFSHIN, A. et al. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. **New England Journal of Medicine**, v. 377, n. 1, p. 13–27, 2017. DOI: 10.1056/NEJMoa1614362. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>. Acesso em: 22 maio 2024.
- ALHASHEMI, M. et al. Prevalence of obesity and its association with fast-food consumption and physical activity: a cross-sectional study and review of medical students' obesity rate. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 79, p. 104007, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022>. Acesso em: 28 maio 2024.
- AL-QAHTANI, M. H. Dietary habits of Saudi medical students at University of Dammam. **International Journal of Health Sciences (Qassim)**, v. 10, n. 3, p. 353-362, jul. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5003578/>. Acesso em: 20 maio 2024.
- ARAUJO, C. B. et al. A prática do autocuidado por trabalhadores da enfermagem de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, p. e1181, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39304>. Acesso em: 27 maio 2024.
- ARRUDA, G. M. M. S. et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [Internet], v. 22, supl. 1, p. 1309-1323, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Acesso em: 23 maio 2024.
- ASLAM, M. et al. High prevalence of obesity among nursing personnel working in tertiary care hospital. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v. 12, n. 3, p. 313–316, 2018. DOI: 10.1016/j.dsx.2017.12.014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.12.014>. Acesso em: 28 maio 2024.
- ASGHAR, A. et al. Frequency of pre-obesity and obesity in medical students of Karachi and the predisposing lifestyle habits. **Cureus**, v. 11, n. 1, p. e3948, 2019. DOI: 10.7759/cureus.3948. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6433447/>. Acesso em: 25 maio 2024.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014. Disponível em : [Med.doc \(mec.gov.br\)](http://med.doc(mec.gov.br)). Acesso em: 19 maio 2024.
- BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 7, de 16 de setembro de 2021**. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [Portaria Interministerial nº 7 \(abmes.org.br\)](http://abmes.org.br). Acesso em: 22 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Autocuidado em Saúde e a Literacia para a Saúde no contexto da promoção, prevenção e cuidado das pessoas em condições crônicas**: guia para profissionais da saúde [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: [autocuidado_saude_literacia_condicoes_cronicas.pdf](https://autocuidado.saude.gov.br/literacia-condicoes-cronicas.pdf). Acesso em: 18 abril 2024.

BREDA, J. et al. Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation. **Health Policy**, v. 122, n. 5, p. 519–527, 2018. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.01.015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.015>. Acesso em: 20 maio 2024.

CAMPOLI, J.; CUMMINGS, J. A. Becoming a values-driven self-care user: Development of a group intervention for health and helping professional students. **Journal of Contextual Behavioral Science**, Amsterdam, v. 30, p. 191-202, 2023. DOI: 10.1016/j.jcbs.2023.11.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.11.002>. Acesso em: 23 maio 2024.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. S. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [Internet], v. 31, n. 3, p. e310314, 2021. DOI: 10.1590/S0103-73312021310314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310314>. Acesso em: 26 maio 2024.

CASIRAGHI, B.; BORUCHOVITCH, E.; ALMEIDA, L. S. Crenças de autoeficácia, estratégias de aprendizagem e o sucesso acadêmico no Ensino Superior. **Revista E-Psi**, v. 9, n. 1, p. 27-38, 2020. Disponível em: [Ano9-Volume1-Artigo2.pdf \(revistaepsi.com\)](https://www.revistaepsi.com/Ano9-Volume1-Artigo2.pdf). Acesso em: 21 maio 2024.

COELHO, P. D. L. P. et al. Processo saúde-doença e qualidade de vida do residente multiprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 12, p. 3492-3499, 2018. DOI: 10.5205/1981-8963-v12i12a236072p3492-3499-2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a236072p3492-3499-2018>. Acesso em: 28 maio 2024.

COSTA, L. B. et al. Competências e Atividades Profissionais Confiáveis: novos paradigmas na elaboração de uma Matriz Curricular para Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1632>. Acesso em: 25 maio 2024.

DEENIK, J. et al. Cardiorespiratory fitness and self-reported physical activity levels of referring mental healthcare professionals, and their attitudes and referral practices related to exercise and physical health. **Journal of Psychiatric Research**, v. 154, p. 19-27, 2022. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.07.029. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.029>. Acesso em: 23 maio 2024.

DONKOR, N. et al. Correlates of obesity indices and cardiovascular disease risk factors among Trinidadian nurses. **International Journal of Africa Nursing Sciences**, v. 12, p. 100194, 2020. DOI: 10.1016/j.ijans.2020.100194. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100194>. Acesso em: 23 maio 2024.

EGGER, G. et al. **Lifestyle Medicine: Lifestyle, the Environment and Preventive Medicine in Health and Disease**. 3. ed. São Paulo: Academic Press, 2017. p. 1-456.

EL-OSTA, A. et al. Tools for measuring individual self-care capability: a scoping review. **BMC Public Health**, v. 23, p. 1312, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16194-6>. Acesso em: 30 maio 2024.

FERRETTI, F.; MARIANI, M. Sugar-sweetened beverage affordability and the prevalence of overweight and obesity in a cross section of countries. **Globalization and Health**, v. 15, n. 1, p. 30, 2019. DOI: 10.1186/s12992-019-0474-x. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0474-x>. Acesso em: 22 maio 2024.

FITTIPALDI, A. L. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface (Botucatu)** [Internet], v. 25, p. e200806, 2021. DOI: 10.1590/interface.200806. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>. Acesso em: 25 maio 2024.

GOMES, A. et al. A efetividade do exercício físico no tratamento da depressão. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 22, p. 58-64, 2019. DOI: 10.19131/rpesm.0264. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0264>. Acesso em: 20 maio 2024.

HALL, L. H. et al. Delivering brief physical activity interventions in primary care: a systematic review. **The British Journal of General Practice: the Journal of the Royal College of General Practitioners**, v. 72, n. 716, p. e209–e216, 2022. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0312. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0312>. Acesso em: 25 maio 2024.

HEGDE, S.K.B. et al. Prevalence of Diabetes, Hypertension and Obesity among Doctors and Nurses in a Medical College Hospital in Tamil Nadu, India. **National Journal of Research in Community Medicine**, v. 4, n. 1, p. 235–239, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281449079>. Acesso em: 23 maio 2024.

HERNÁNDEZ, F.; VENTURA, M. **A organização do currículo por projetos de trabalho: o conhecimento é um caleidoscópio**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2017. p. 1-200.

HIDALGO, K. D. et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. **BMC public health**, v. 16, n. 1, p. 1114, 2016. DOI: 10.1186/s12889-016-3778-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3778-2>. Acesso em: 21 maio 2024.

HUERTA, S. L.; PACHECO, M. B.; SOTO, V. M. La obesidad y su relación con los contaminantes ambientales, la alimentación y los mecanismos epigenéticos. **Salud(i) Ciencia**, Santiago, v. 25, n. 2, p. 82-90, 2022. DOI: 10.21840/siic/168068. Disponível em: <https://doi.org/10.21840/siic/168068>. Acesso em: 20 maio 2024.

IZAR, M. C. DE O. et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 1, p. 160–212, 2021. DOI: 10.36660/abc.20201340. DOI: 10.36660/abc.20201340. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201340>. Acesso em: 27 maio 2024.

JOHNS, G.; WADDINGTON, L.; SAMUEL, V. Prevalence and predictors of mental health outcomes in UK doctors and final year medical students during the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, v. 311, p. 267-275, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.05.024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.024>. Acesso em: 23 maio 2024.

KOLIAKI, C.; DALAMAGA, M.; LIATIS, S. Correction to: Update on the Obesity Epidemic: After the Sudden Rise, Is the Upward Trajectory Beginning to Flatten? **Current Obesity Reports**, New York, v. 12, n. 4, p. 514-527, 2023. DOI: 10.1007/s13679-023-00533-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13679-023-00533-0>. Acesso em: 20 maio 2024.

KUNYAHAMU, M. S.; DAUD, A.; JUSOH, N. Obesity among health-care workers: which occupations are at higher risk of being obese? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 8, p. 4381, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18084381. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18084381>. Acesso em: 23 maio 2024.

KYLE, R.G. et al. Prevalence of obesity among healthcare professionals in England: A cross-sectional study using the Health Survey for England. **BMJ Open**, v. 7, p. e018498, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018498. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018498>. Acesso em: 25 maio 2024.

KYLE, R.G.; NEILL, R.A.; ATHERTON, I.M. Prevalence of overweight and obesity among nurses in Scotland: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. **International J. Nurs. Viga**, v. 53, p. 126-133, 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.015>. Acesso em: 25 maio 2024.

LAWRENCE, K. et al. **Continuous Reflective Assessment for Training (CRAFT): a national programmatic assessment model for family medicine**. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada, 2018. p. 1-12. Disponível em: [Continuous Reflective Assessment for Training \(CRAFT\) \(cfpc.ca\)](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.015). Acesso em: 19 maio 2024.

LEMAMSHA, H.; RANDHAWA, G.; PAPADOPOULOS, C. Prevalence of Overweight and Obesity among Libyan Men and Women. **BioMed Research International**, v. 2019, p. 8531360, 2019. DOI: 10.1155/2019/8531360. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/8531360>. Acesso em: 25 maio 2024.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface (Botucatu)** [Internet], v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0316. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0316>. Acesso em: 25 maio 2024.

LUCKHAUPT, S. E. et al. Prevalence of obesity among U.S. workers and associations with occupational factors. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 3, p. 237-248, 2014. DOI: 10.1016/j.amepre.2013.11.002. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.11.002>. Acesso em: 20 maio 2024.

MARQUES, R. S. **Em busca do desenvolvimento de competências didático-pedagógicas no contexto da formação inicial de docentes em ciências biológicas**. 2017. Tese (Doutorado - Programa de Pós-graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Instituto de Física, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 280 p. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/26041>. Acesso em: 10 abril 2024.

MARTINS, T. C. F. et al. Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 4483-4496, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212610.10852021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021>. Acesso em: 20 maio 2024.

MAXIMIANO, V. da S. et al. Nível de atividade física, depressão e ansiedade de estudantes de graduação em Educação Física. **Motricidade**, v. 16, n. S1, p. 104-112, 2020. DOI: 10.6063/motricidade.22313. Disponível em: <https://doi.org/10.6063/motricidade.22313>. Acesso em: 20 maio 2024.

MBABAZI, P. M. T. et al. Awareness and self-care practice regarding prevention of chronic kidney disease among hypertensive patients at the University Teaching Hospital of Butare, Rwanda. **International Journal of African Nursing Sciences**, v. 16, p. 100390, 2022. DOI: 10.1016/j.ijans.2021.100390. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100390>. Acesso em: 23 maio de 2024.

MELLO, C. M.; ALMEIDA NETO, J. R. M.; PETRILLO, R. P. **Ensino por competências: eficiência no processo de ensino e aprendizagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2022. p. 1-116.

PAGNIN, D.; QUEIROZ, V. Comparação da qualidade de vida entre estudantes de medicina e populações jovens em geral. **Education for Health**, v. 28, n. 3, p. 209-212, 2015. DOI: 10.4103/1357-6283.178599. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26996647/>. Acesso em: 27 maio 2024.

PALMER, Parker J. *Let Your Life Speak: Listening for the Voice of Vocation*. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. p. 42.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Directrices de la Oms Sobre Intervenciones de Autocuidado Para La Salud Y El Bienestar*. Washington, D.C.: PAHO, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828>. Acesso em: 19 maio 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **NCDs at a Glance: NCD Mortality and Risk Factor Prevalence in the Americas**. Washington, D.C.: PAHO, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51696>. Acesso em: 19 maio 2024.

PETERS, E. Compassion fatigue in nursing: a concept analysis. **Nursing Forum**, v. 53, p. 466-480, 2018. DOI: 10.1111/nuf.12274. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>. Acesso em: 22 maio 2024.

PINHEIRO, C. W. et al. Panorama de saúde mental de discentes em um programa de residência multiprofissional. **Jornal of Nursing and Health** [Internet], v. 11, n. 1, p. e2111119020, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/19020>. Acesso em: 24 maio 2024.

POJEDNIC, R. M. et al. Practice patterns, counseling and promotion of physical activity by sports medicine physicians. **Journal of Science and Medicine in Sport / Sports Medicine Australia**, v. 20, n. 2, p. 123–127, 2017. DOI: 10.1016/j.jsams.2016.06.012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2016.06.012>. Acesso em: 22 maio 2024.

PROFIS, M.; SIMON-TUVAL, T. The influence of healthcare workers' occupation on Health Promoting Lifestyle Profile. **Industrial health**, v. 54, n. 5, p. 439–447, 2016. DOI: 10.2486/indhealth.2015-0187. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27151547/>. Acesso em: 22 maio 2024.

RAMOS, E. D. Cuidado de si, práticas de si contemporâneas e discursos de autoajuda: uma leitura foucaultiana. **Sapere Aude**, v. 7, n. 13, p. 240-255, 2016. DOI: 10.5752/P.2177-6342.2016v7n13p240. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2016v7n13p240>. Acesso em: 21 maio 2024.

- SÁNCHEZ J.M.; BETANCUR M.I.; CARDONA-ARIAS J.A. Revisión sistemática de evaluaciones económicas en salud para el tratamiento de la obesidad en adultos, 2009-2019. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. 158, 2020. DOI: 10.26633/RPSP.2020.158. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.158>. Acesso em: 25 maio 2024.
- SANTANA, M. E. D. **O autocuidado diante de uma pandemia mundial**. 2020. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2020. Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/834>. Acesso em: 21 maio 2024.
- SCHULZ, H.; ZACHER, H.; LIPPKE, S. The Importance of Team Health Climate for Health-Related Outcomes of White-Collar Workers. **Frontiers in Psychology**, v. 8, p. 74, 2017. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00074. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00074>. Acesso em: 27 maio 2024.
- SELVARAJ, C. S.; ABDULLAH, N. Physically active primary care doctors are more likely to offer exercise counselling to patients with cardiovascular diseases: a cross-sectional study. **BMC Primary Care**, v. 23, n. 1, p. 59, 2022. DOI: 10.1186/s12875-022-01657-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01657-3>. Acesso em: 20 maio 2024.
- SHARMA, S. K. et al. The Psychological Morbidity among Health Care Workers During the Early Phase of Covid-19 Pandemic in India: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Indian Journal of Community Medicine**, v. 48, n. 1, p. 12-23, 2023. DOI: 10.4103/ijcm.ijcm_159_22. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_159_22. Acesso em: 22 maio 2024.
- SHARMA, S. V. et al. Os trabalhadores hospitalares são saudáveis?: Um estudo de fatores cardiometabólicos, comportamentais e psicossociais associados à obesidade entre trabalhadores hospitalares. **J. Ocupar. Meio Ambiente. Med.** v. 58 , p. 1231–1238, 2016. DOI: 10.1097/JOM.0000000000000895. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000895>. Acesso em: 22 maio 2024.
- SILVA, C. A. da; DALBELLO-ARAÚJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde debate** [Internet], v. 43, n. 123, p. 1240-1258, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912320>. Acesso em: 19 maio 2024.
- SILVA, C. S. et al. Predictors of physical activity promotion in clinical practice: a cross-sectional study among medical doctors. **BMC Medical Education**, v. 22, n. 1, p. 624, 2022. DOI: 10.1186/s12909-022-03686-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03686-z>. Acesso em: 22 maio 2024.
- SILVA, I. M. R. Avaliação Formativa na Preceptoria da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. **Revista Saúde em Redes** [Internet], v. 10, n. 1, p. 4361, 2024. DOI: 10.18310/2446-4813.2024v10n1.4361. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n1.4361>. Acesso em: 27 maio 2024.
- SILVA JÚNIOR, E. J.; BALSANELLI, A. P.; NEVES, V. R. Care of the self in the daily living of nurses: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180668, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0668. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0668>. Acesso em: 20 maio 2024.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Revista brasileira de educação médica**, v. 43, n. 4, p. 157–166, 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>. Acesso em: 21 maio 2024.

SILVEIRA, B. M. et al. O trabalho interprofissional na Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Revista Saúde em Redes** [Internet], v. 9, n. 1, p. 4004, 2023. DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4004. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.4004>. Acesso em: 27 maio 2024.

SIQUEIRA, F. V. et al. Excesso de peso e fatores associados entre profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 138–145, 2019. DOI: 10.1590/1414-462X201900020167. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900020167>. Acesso em: 25 maio 2024.

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 44, p. e26, 2019. DOI: 10.1590/2317-6369000001918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>. Acesso em: 21 maio 2024.

TEIXEIRA, C. F. de S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.19562020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 27 maio 2024.

TEIXEIRA, P. R. S. M. et al. A preceptoria e o ensino do autocuidado do diabético: das dificuldades aos novos caminhos possíveis. **Revista Saúde em Redes** [Internet], v. 7, n. 3, p. 41-54, 2021. DOI: 10.18310/2446-4813.2021v7n3p41-54. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n3p41-54>. Acesso em: 20 maio 2024.

TREICHEL, C. A. dos S. et al. Transtornos psiquiátricos menores em familiares cuidadores de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 461-472, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020252.12532018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12532018>. Acesso em: 22 maio 2024.

WEAVER, M. D. et al. National improvements in resident physician-reported patient safety after limiting first-year resident physicians' extended duration work shifts: a pooled analysis of prospective cohort studies. **BMJ quality & safety**, v. 32, p. 81-89, 2023. DOI: 10.1136/bmjqs-2021-014375. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014375>. Acesso em: 24 maio 2024.

WELSHMAN, K.; BURKE, M.K. A post-pandemic reset: Supporting health care professionals with an integrative self-care mobile app. **Journal of Interprofessional Education & Practice**, v. 30, p. 100587, 2023. DOI: 10.1016/j.xjep.2022.100587. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2022.100587>. Acesso em: 23 maio 2024.

WILDERMUTH, M. M.; WELTIN, A.; SIMMONS, A. Transition experiences of nurses as students and new graduate nurses in a collaborative nurse residency program. **Journal of Professional Nursing**, v. 36, n.1, p. 69-75, 2020. DOI: 10.1016/j.profnurs.2019.06.006.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32044057/>. Acesso em: 24 maio 2024.

WILF-MIRON, R.; KAGAN, I.; SABAN, M. Health behaviors of medical students decline towards residency: how could we maintain and enhance these behaviors throughout their training. **Israeli Journal of Health Policy Research**, v. 10, p. 13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13584-021-00447-z>. Acesso em: 10 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030: More Active People for a Healthier World**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>. Acesso em: 24 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 24 maio 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who guideline on self-care interventions for health and well-being: 2022 revision**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>. Acesso em: 24 maio 2024.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Atlas 2023**. London: WOF, 2023. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>. Acesso em: 12 abril 2024.

ZENKNER, K. V. et al. Saúde mental dos profissionais de saúde: o adoecimento de quem se dedica a cuidar a doença do outro. **Research, Society and Development**, v. 9, p. e916974747, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4747. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342592469_Saude_mental_dos_profissionais_da_saude_o_adoecimento_de_quem_se_dedica_a_cuidar_a_doenca_do_outro. Acesso em: 19 maio 2024.

ZHANG, Q. et al. Association between shift work and obesity among nurses: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 112, p. 103757, 2020. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103757. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103757>. Acesso em: 25 maio 2024.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SESSÃO 1:

PESQUISA PROFSAÚDE 2023 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

Prezado(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “*Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (MSF) no estado da Paraíba*”, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE 73484623.5.0000.5187).

O objetivo é refletir sobre a formação por competências e realizar um diagnóstico das potencialidades e fragilidades dos programas de residência em MFC e MSF; bem como incentivar a integração, proposição de ações ou políticas para melhoria da Atenção Primária à Saúde do Estado da Paraíba.

Os participantes responderão a questionários no formato de formulário eletrônico, participarão de rodas de conversa e terão acesso a vídeos curtos sobre o conteúdo do projeto, recebendo, ao final da pesquisa, um certificado de até 60h referente à participação em pesquisa.

Você não será remunerado(a), visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário(a), e não gera também custos. A qualquer momento, o(a) Sr.(a) poderá solicitar o cancelamento de sua participação, obtendo maiores informações com a Prof^a Dr^a Silvana Santos.

CONSENTIMENTO EM FORMULÁRIO ELETRÔNICO

- Eu declaro para os devidos fins que fui informado(a) e devidamente esclarecido(a) sobre a finalidade e procedimentos da pesquisa “Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba”. Autorizo a minha participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a minha identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em via digital. Uma cópia deste formulário eletrônico foi enviada para o meu e-mail.

SESSÃO 2 - PERFIL, MOTIVAÇÕES E APRENDIZADO

A1 - Nome: _____

A2 - E-mail: _____

A3 - Contato do WhatsApp com DDD: _____

A4 (Médicos) - Qual dos programas de residência ou especialização em Medicina da Família e Comunidade (MFC), abaixo listados, você está vinculado?

- 1 - MFC - SMS João Pessoa - UFPB
- 2 - MFC - SMS Mamanguape - UFPB
- 3 - MFC - SMS Cabedelo - UFPB
- 4 - MFC - SMS João Pessoa - UNIPÊ
- 5 - MFC - SMS João Pessoa - FCM
- 6 - MFC - SMS João Pessoa - FACEME

- 7 - MFC - SMS Campina Grande - UFCG e/ou FACISA
- 8 - MFC - Municípios Alto Sertão - UFCG de CAJAZEIRAS
- 9 - MFC - Municípios do Sertão – UNIFIP
- 10 - MFC - Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba - IES SANTA MARIA

A4 (Multiprofissionais) - Qual a sua formação em nível de graduação?

- 1 - Saúde Coletiva
- 2 - Enfermagem
- 3 - Odontologia
- 4 - Fisioterapia
- 5 - Farmácia
- 6 - Nutrição
- 7 - Medicina Veterinária
- 8 - Psicologia
- 9 - Terapeuta Ocupacional
- 10 - Biomedicina ou Biologia
- 11 - Assistente Social
- 12 - Educação Física
- 13 - Fonoaudiologia

A5 – Sexo

- 1. Feminino
- 2. Masculino

A6 – Idade em anos em 2023:

A7 - Estado Civil

- 1. Solteiro, divorciado ou viúvo (não tem companheiro/a)
- 2. União estável ou casado(a) (vive com companheiro/a)

A8 - Tem filhos (as)?

- 1. Não
- 2. Sim

A9 - **Se sim**, quantos(as) filhos(as)? _____

A10 - Qual a sua posição no Programa de Residência?

- 1. Primeiro ano (R1)
- 2. Segundo ano (R2)
- 3. Terceiro ou quarto ano (R3/R4)
- 4. Preceptor ou Tutor

A11 - Em que ano você concluiu a sua graduação? _____

A12 - Sua graduação foi realizada em:

- 1. Instituição Pública (universidade federal ou estadual)
- 2. Instituição Privada, com financiamento (FIES, PROUNI)
- 3. Instituição Privada, sem financiamento

A13 - Quanto tempo de experiência (em anos) você tem como profissional da área da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo o período da residência ?

- 1 - Menos de um ano de experiência na APS
- 2 - De um a três anos de experiência na APS
- 3- De quatro a seis anos de experiência na APS.
- 4 - De sete a dez anos de experiência na APS.

- 5 - De onze a quinze anos de experiência na APS.
- 6 - Mais de 15 anos de experiência na APS.

A14 - Em qual município da Paraíba você trabalha atualmente como residente/preceptor?

A15 - O município onde você atua como residente fica localizado em qual das macrorregiões do Estado?

- 1. Macro I (Sede em João Pessoa)
- 2. Macro II (Sede em Campina Grande)
- 3. Macro III (Sede em Patos e Sousa)

SESSÃO 3 - AUTOCUIDADO

B1 - Como você avalia as suas competências em relação ao autocuidado, ou seja, **ao cuidado com sua própria saúde**? Por autocuidado, entendemos buscar ter uma alimentação saudável, realizar atividade física moderada ou vigorosa por 150 minutos na semana e dormir o suficiente para sentir-se descansado(a).

- 0. Eu não me cuido.
- 1. Eu me cuido esporádica ou eventualmente
- 2. Eu me cuido diariamente ou frequentemente

B2 - Como você avalia o seu estado de saúde físico?

- 1. Ruim.
- 2. Bom ou razoável.
- 3. Muito bom ou excelente

B3 - Qual seu índice de massa corporal (IMC)? O valor do IMC é calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros).

- 1. Baixo peso ($< 18,5$ kg/m²)
- 2. Peso normal ($\geq 18,5$ a < 25 kg/m²)
- 3. Sobrepeso (≥ 25 a < 30 kg/m²)
- 4. Obesidade (≥ 30 kg/m²)

B4 - Tem diagnóstico de DCNT?

- 0. Não
- 1. Cardiopatia
- 2. Diabetes Mellitus
- 3. Hipertensão Arterial
- 4. Dislipidemia
- 5. Outra DCNT
- 6. Outros

B5 - Ao longo de uma semana, conforme recomendado pela OMS, você dedica 150 minutos para atividade física de **intensidade moderada** (caminhada rápida, exercícios de musculação, jogos com bola, dança ou ioga)?

- 1. Não
- 2. Sim

B6 - Ao longo de uma semana, conforme recomendado pela OMS, você dedica 150 minutos para atividade física de **intensidade vigorosa**, com um aumento considerável da frequência respiratória e cardíaca (corrida, natação ou ciclismo)?

- 1. Não
- 2. Sim

B7 - O que te motiva, ou alternativamente, o que te desmotiva, a realizar atividade física?

B8 - Como você avalia a qualidade da sua alimentação?

- 1. Ruim
- 2. Boa ou razoável
- 3. Muito boa ou excelente

B9 - Você bebe, ao menos, 8 copos (de 250 ml) de água de por dia?

1. Não (rara ou eventualmente)
2. Sim (diária ou frequentemente)

B10 - Você ingere, conforme recomendado, 5 unidades de frutas e/ou legumes por dia?

1. Não (rara ou eventualmente)
2. Sim (diária ou frequentemente)

B11 - Você segue os princípios de uma dieta mediterrânea? (Isto significa valorizar a ingestão de legumes, fruta, leguminosas, azeite, frutos secos, trigo não refinado, peixe, aves e produtos lácteos com baixo teor de gordura).

1. Não (rara ou eventualmente)
2. Sim (diária ou frequentemente)

B12 - Você consome refrigerantes, sucos de frutas industrializados ou naturais adoçados?

1. Não consumo
2. Sim, rara ou eventualmente
3. Sim, diária ou frequentemente

B13 - Você consome bebidas alcoólicas, como cerveja ou vinho?

1. Não consumo.
2. Sim, esporadicamente (finais de semana ou em eventos).
3. Sim, frequentemente ou diariamente.

B14 - Você consome produtos ultraprocessados (biscoitos recheados, chocolates, bolo, salgadinhos, sopas e alimentos industrializados como hambúrgueres, salsichas, etc)?

1. Não consumo
2. Sim, eventualmente
3. Sim, diária ou frequentemente

B15 - Você sente a necessidade de mudar seus hábitos de vida ou estaria motivado a fazer mudanças na sua rotina para melhorar a qualidade de sua alimentação?

1. Não, pois eu já tenho hábitos saudáveis em relação à alimentação
2. Não, eu não sinto ainda a necessidade e motivação para fazer mudanças na minha alimentação
3. Sim, eu percebo a necessidade de mudança, mas ainda falta motivação
4. Sim, eu me sinto muito motivado a mudar meus hábitos alimentares

B16 - Como você avalia o seu estado de saúde mental?

1. Ruim
2. Bom ou razoável
3. Muito bom ou excelente

B17 - Tem diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico (Depressão, ansiedade, etc)?

0. Não quero responder.
1. Não
2. Sim

B18 - Como você avalia a qualidade do sono?

1. Ruim
2. Boa ou razoável
3. Muito boa ou excelente

B19 - No último mês, quantas horas, em média, você dormiu à noite?

1. 5 horas ou menos
2. 6 - 7 horas
3. 8 horas ou mais

B20 - Com qual frequência, na rotina do seu atendimento no serviço de APS, você faz orientações em relação ao autocuidado, como alimentação, atividade física e sono, aos usuários?

1. Eventual ou esporadicamente
2. Diária ou frequentemente

B21 - Qual o seu grau de motivação para fazer orientações sobre o autocuidado para usuários da APS?

1. Eu me sinto pouco motivado, pois a maior parte dos usuários não seguem as orientações.
2. Eu me sinto motivado; entretanto, reconheço que nem todos aproveitam as orientações dadas.
3. Eu me sinto bastante motivado, pois as orientações contribuem para mudança de hábitos.

B22 - No serviço onde você atende, existem projetos de Educação em Saúde direcionados aos usuários com vistas à melhoria do autocuidado com relação à qualidade da alimentação, realização de exercícios físicos e sono?

1. Não
2. Sim

B23 - **Se sim**, você poderia descrever brevemente as atividades desenvolvidas no projeto? (Se não, colocar “N/A” ou não se aplica).

B24 - Você tem experiência(s) profissional(is) pregressa(s) ou participou de curso(s) de formação sobre prevenção e manejo da obesidade e DCNT?

1. Não
2. Sim

B25 - Você tem interesse em participar de uma ação de educação em saúde bem simples? A proposta é você fotografar, durante cinco dias, o prato do almoço, no cotidiano do trabalho, e fazer o upload das fotografias, respondendo poucas perguntas de um formulário dessa ação. Depois disso, em uma roda de conversa, os resultados de todos os participantes serão debatidos em uma roda de conversa para reflexão sobre estratégias para trabalhar a questão da alimentação saudável na APS. A roda de conversa será um encontro remoto de, no máximo, uma hora e meia.

1. Não quero participar.
2. Sim, eu tenho interesse em participar dessa experiência.

APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA



PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

PROFSAÚDE – TURMA 4
UEPB-ESP/SES/PB

Organizadora
Profa. Dra. Silvana Santos
Coordenação do PROFSAÚDE

AS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DA PARAÍBA

João Pessoa
2024



PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

PROFSAÚDE - TURMA 4
UEPB-ESP/SES/PB

Organizadora
Profa. Dra. Silvana Santos
Coordenação do PROFSAÚDE

AS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DA PARAÍBA

João Pessoa
2024

S236p Santos, Silvana (Org.).

Portfólio de resultados de pesquisa: as residências em Medicina da Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba / Silvana Santos. - João Pessoa, 2024.

69p.

ISBN 978-85-68429-12-9

Conteúdo: Resultados de pesquisa da Turma 4 do Mestrado Profissional em Saúde da Família. PROFSAÚDE/UEPB-ESP/SES/PB.

1. Saúde Pública - Paraíba. 2. Saúde da Família. 3. Residência em Medicina da Família - portfólios. I. Título.

CDU – 614

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

João Azevêdo Lins Filho

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE

Arimatheus Silva Reis

DIREÇÃO GERAL DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

Vanessa Meira Cintra

REITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Prof^ª. Dra. Célia Regina Diniz

COORDENAÇÃO DO PROFSAÚDE - UEPB/ESP

Profa. Dra. Silvana Santos

MESTRANDOS AUTORES

Ana Paula Ramos Machado
Élida de Fátima Diniz Souza José
Danúzio Leite de Oliveira
José Olivandro Duarte de Oliveira
Lauradella Geraldinne Sousa Nóbrega
Maysa Barbosa Rodrigues Toscano

ORIENTADORES E COLABORADORES

Profa. Dra. Adriana Nascimento Gomes
Profa. Dra. Alecsandra Ferreira Tomaz
Profa. Dra. Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira Profa.
Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa
Profa. Dra. Daiane Medeiros da Silva
Prof. Dr. Daniel Gomes Monteiro Beltrammi
Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho Profa.
Dra. Michelinne Oliveira Machado Dutra Profa.
Dra. Nayara Massa
Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga
Profa. Dra. Renata Clemente dos Santos Rodrigues
Profa. Dra. Renata Valéria Nóbrega
Profa. Dra. Silvana Santos Prof.
Dr. Ricardo Alves Olinda

INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS

PROFSAÚDE

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, apresentado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e aprovado em 2016. O mestrado é oferecido por uma rede nacional constituída por 46 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fiocruz; da qual faz parte a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). O PROFSAÚDE é uma estratégia de formação que visa atender a expansão da pós-graduação no país, bem como a educação permanente de profissionais de saúde com base na consolidação de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde, à Gestão em Saúde e à Educação.

UEPB

A Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) é uma autarquia estadual que teve sua origem na cidade de Campina Grande em 1966, e hoje possui oito diferentes campi no Estado, com cerca de 20.000 estudantes em seus cursos de graduação e pós-graduação. A instituição tem por finalidade produzir, socializar e aplicar conhecimentos das diversas áreas do saber, por meio do ensino, pesquisa e extensão, indissociavelmente articulados, tendo em vista a (trans)formação humana, acadêmica e profissional com excelência.

ESP/SES

A Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), vinculada à Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES-PB), foi criada pela lei estadual nº 11.830, de 6 de janeiro de 2021; ocupando o espaço e ampliando as competências do antigo Centro de Formação de Recursos Humanos (CEFOR). A ESP-PB busca vincular os processos de formação em saúde com as necessidades de inovação e pesquisa para o Sistema Único de Saúde (SUS).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA	8
POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	13
SUBPROJETO I	
PRETENSÃO DO MÉDICO EM PERMANECER ATUANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)	18
SUBPROJETO 2	
SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA	23
SUBPROJETO 3	
INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	29
SUBPROJETO 4	
UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS: A ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	50
SUBPROJETO 5	
INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	55
SUBPROJETO 6	
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	60
AGRADECIMENTOS	65
REFERÊNCIAS.....	68

APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

O **PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA** sobre as **residências em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba** é um documento que sintetiza os principais achados dos estudos realizados pelo grupo de seis mestrandos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), em parceria com a equipe de docentes e colaboradores da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e da Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) ao longo dos anos de 2023 e 2024. Este documento foi elaborado para ser compartilhado com os coordenadores, preceptores e residentes dos programas de residência voltados à formação de recursos humanos para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS). O intuito é estimular o debate sobre estratégias, ações e políticas que possam contribuir para melhoria da qualidade da formação desses profissionais.

Nosso curso de mestrado nasceu com a missão de produzir pesquisas e produtos técnicos que possam contribuir para a melhoria da formação de recursos humanos no Estado, particularmente dos profissionais que atuam na

APS. A ideia é trabalhar a interprofissionalidade e a colaboração em torno de propostas de pesquisas mais amplas em que todo o coletivo, discentes e docentes do núcleo UEPB-ESP, possa se envolver e contribuir com sua experiência profissional e científica.

A definição dos problemas de pesquisa e das metodologias acontece de forma coletiva, envolvendo os docentes e discentes, aconteceu também as equipes de servidores técnicos e gestores do Estado, vinculados à ESP e Secretaria de Estado da Saúde (SES). A escolha da temática de trabalho com as residências em MFC e RMSF ocorreu após uma série de encontros para definição das prioridades de pesquisa do Estado, que foi realizada pela ESP em 2022.

Nesse período, refletimos e tomamos a decisão de abraçar as residências como nosso “território de estudo”, a fim de levantar os problemas relativos à formação de competências e habilidades; ofertando intervenções educativas, criando produtos técnicos e avaliando o impacto desses produtos na formação dos profissionais que atuam no âmbito da APS; ou seja, tínhamos a intenção de aprofundar o máximo possível a compreensão sobre as potencialidades e fragilidades formativas no âmbito das residências que formam profissionais para APS no Estado da Paraíba.

A concepção de um trabalho colaborativo, em que todo o grupo se debruça sobre uma única temática, pensando conjuntamente sobre os fundamentos e estratégias metodológicas, viabiliza a realização de pesquisas mais abrangentes, com amostras maiores, que podem gerar generalizações mais potentes. Busca-se, assim, compreender melhor as

necessidades da população e as especificidades regionais que devem ser consideradas nos processos formativos.

Este Portfólio apresenta uma síntese das pesquisas, cujos artigos completos foram submetidos à publicação em periódicos nacionais e internacionais. Pretendemos devolver os principais resultados desta pesquisa para quem dela participou e para a comunidade acadêmica vinculada aos programas de residência em MFC e RMSF; mas também queremos atingir os gestores dos municípios e docentes de instituições de ensino públicas e privadas, a fim de gerar conhecimento que possa subsidiar os processos formativos dos programas de residência. Por essa razão, neste documento, fizemos sugestões de produtos, de pesquisas futuras, e debatemos as implicações dos achados das pesquisas para os programas de residência ou para os serviços de saúde.

A pesquisa contou com a participação dos seis membros da Turma 4 do PROFSAÚDE e dos docentes do programa, orientadores e colaboradores. Os subprojetos serão apresentados de forma mais sintética. De início, será apresentado o problema investigado, seguido de uma síntese de resultados e por sugestões e recomendações, as quais enfatizaram quatro aspectos diferentes: a) sugestão de novos produtos técnicos que poderiam ser interessantes para as residências ou para os serviços de APS considerando os resultados dos diferentes subprojetos; b) sugestão de pesquisas futuras; c) recomendações para os programas de residência participantes da pesquisa; e d) recomendações mais gerais para os serviços ou instituições de ensino superior.

O Portfólio pretende servir como modelo para a devolução de resultados de pesquisas científicas para a comunidade

acadêmica e dos serviços de saúde, especialmente para as coordenações das instituições de ensino superior e gestores vinculados às residências. É importante destacar que as sugestões e recomendações apresentadas neste documento não têm a mesma natureza das que surgem, por exemplo, em conferências de saúde. Nossas sugestões estão baseadas nos resultados das pesquisas e no que entendemos como de interesse para uma produção futura, como criação de produtos técnicos ou novas pesquisas. De maneira semelhante, as recomendações para os participantes da pesquisa ou outros atores foram elaboradas com base nos achados dos estudos produzidos pelo mestrado.

As pesquisas científicas nos ajudam a refletir sobre a realidade, mas elas não têm a intenção de ser algo impositivo na prática como uma lei. Os fundamentos teóricos, as diferentes metodologias e os resultados das pesquisas científicas podem esclarecer ou trazer uma nova perspectiva sobre uma determinada situação, auxiliando a comunidade científica, gestores e a população a compreenderem melhor uma dada realidade ou um fenômeno. Assim, as sugestões e recomendações não são “leis ou normas” que precisam ser aplicadas na prática; mas são ideias para serem debatidas no coletivo dos programas de residência, instituições de ensino superior, gestões municipais e estaduais.

Este Portfólio é, portanto, o produto do projeto de pesquisa intitulado “*Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Estado da Paraíba*”, que foi iniciado em 2023 logo após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB

(CAAE 73484623.5.0000.5187). Os resultados da pesquisa foram submetidos à publicação e as dissertações na íntegra podem ser consultados na Biblioteca Virtual da UEPB.

POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Este é um estudo transversal, de abordagem quantitativa, em que foi feita uma amostra do tipo censo, ou seja, todos os residentes e preceptores dos programas de MFC e RMSF do Estado da Paraíba foram convidados para participar da pesquisa. De um total de 364 participantes elegíveis, conseguimos que 300 deles respondessem ao questionário, o que representa 82,4% da população de residentes e preceptores do Estado. Deste conjunto, 211 eram médicos e 89 profissionais de outras áreas da saúde, vinculados a um dos 10 programas de residência em MFC ou ao programa em RMSF. A Tabela 1 apresenta uma síntese sobre a proporção de participantes por município e programa e, na Figura 1, é possível observar a distribuição desses participantes no Estado da Paraíba.

Tabela 1 – Número e proporção dos participantes da pesquisa

Tipo	Municípios (SMS)	Instituições de Ensino	Tipo de IES	n	%
MFC	João Pessoa	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	23	7,7
MFC	Mamanguape	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	7	2,3
MFC	Cabedelo	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	9	3,0
MFC	João Pessoa	Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)	Privada	13	4,3
MFC	João Pessoa	Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM)	Privada	20	6,7
MFC	João Pessoa e região	Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE)	Privada	14	4,7
MFC	Campina Grande	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Pública	32	10,7
MFC	Cajazeiras	Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)	Pública	13	4,3
MFC	Patos e região	Centro Universitário de Patos (UNIFIP)	Privada	49	16,3
MFC	Cajazeiras e região	Escola de Saúde Pública da Paraíba e Centro Universitário Santa Maria (UNIFSM)	Pública/ Privada	31	10,3
RMSF	João Pessoa	Afya Faculdade de Residência Multiprofissional da Paraíba (RMSF AFYA)	Privada	89	29,7
Total				300	100,0

Legendas: MFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

Procedimentos de coleta de dados

O primeiro passo da pesquisa foi realizar um levantamento e contato com as coordenações das residências em MFC e RMSF do Estado da Paraíba. Os coordenadores foram convidados para participar de uma entrevista na qual narraram suas trajetórias profissionais e a história e organização do programa de residência. A partir do diálogo com os coordenadores foi definido o percurso metodológico para realização da coleta de dados.

Um questionário estruturado foi elaborado no formato de formulário do *Google Forms*, contendo as questões de todos os seis subprojetos de pesquisa dos diferentes mestrandos do PROFSAÚDE. O questionário foi aplicado ao longo do segundo semestre de 2023, como parte das atividades dos programas de residência, de forma presencial ou remota. Neste momento, aproveitamos a oportunidade para apresentar o mestrado profissional PROFSAÚDE para os participantes da pesquisa, tendo em vista que os egressos das residências têm perfil adequado para realizar esse curso de mestrado.

Após o período de coleta, foi construído o banco de dados da pesquisa e realizada as análises estatísticas descritivas, bivariada e multivariada. Cada subprojeto tinha uma questão específica que demandava uma estratégia de análise diferente. Assim, para compreensão mais aprofundada da parte metodológica da pesquisa, é necessário consultar a dissertação dos mestrandos ou fazer a leitura dos artigos científicos, os quais foram citados nas referências.

Cada subprojeto da pesquisa teve uma amostra específica, podendo envolver apenas os médicos (N=211), ou o

conjunto dos residentes (N=228) e/ou residentes e preceptores (N=300). Nas sínteses dos subprojetos descrevemos a população de cada um dos estudos.

Em resumo, para uma visão geral das estratégias de análise utilizadas neste trabalho, podemos dizer que:

1. todos os trabalhos apresentaram uma descrição do perfil sociodemográfico e acadêmico dos participantes, fazendo uma análise descritiva básica da população;
2. os trabalhos que investigaram os fatores associados a uma variável de agrupamento específica (estudos de associação com variável categórica) utilizaram o teste estatístico de Qui-quadrado;
3. quando se buscou discriminar quais variáveis mais influenciavam um desfecho específico, então se utilizou a análise de regressão logística (variável dependente categórica);
4. os trabalhos que tinham variáveis quantitativas contínuas, como a produção de um escore ou somatório de pontos, utilizaram testes estatísticos paramétricos e não-paramétricos, como o Teste T ou ANOVA e/ou o Teste de Mann-Whitney.

O detalhamento sobre os procedimentos de análise estatística foi feito no artigo, resultado de cada um dos subprojetos, e não será comentado aqui no Portfólio, tendo em vista que foge ao escopo deste documento. Nas sínteses dos resultados das pesquisas dos subprojetos não serão apresentados os testes estatísticos.

Os resultados mostrados neste documento são, portanto, um recorte do conjunto de achados das seis pesquisas

realizadas pelos mestrandos do PROFSAÚDE. O detalhamento da fundamentação teórica, dos métodos para coleta de dados e da discussão detalhada sobre cada temática, foi apresentado nos textos das dissertações dos mestrandos, citadas nas referências, de modo que para uma compreensão mais aprofundada da pesquisa, é necessário consultá-las.

DISTRIBUIÇÃO DOS RESIDENTES E PRECEPTORES PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ESTADO DA PARAÍBA

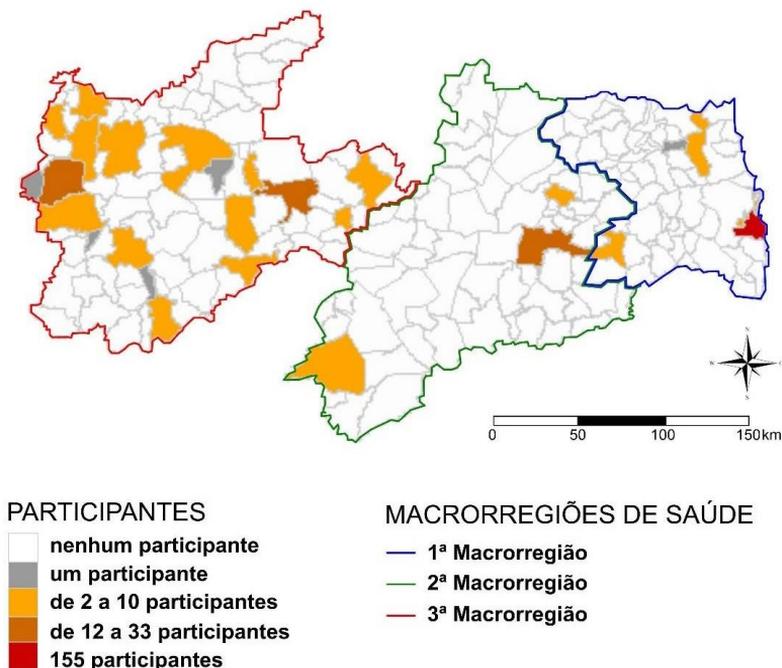


Figura 1: Mapa da distribuição de residentes e preceptores que participaram da pesquisa, vinculados aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade e a residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba. Dados do segundo semestre de 2023.

SUBPROJETO I

PRETENSÃO DO MÉDICO EM PERMANECER ATUANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

PROBLEMA INVESTIGADO

Estima-se que existam no Brasil cerca de 52.000 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); sendo que, em cada uma delas, deve haver, ao menos, um médico, de preferência com especialização na área da Medicina da Família e Comunidade (MFC). Em números absolutos, passou-se de 3.253 médicos especialistas em MFC em 2012 para 11.255 em 2022. Este acréscimo pode ser explicado pela expansão de vagas de graduação e em cursos de residência em MFC, estimulada pela implementação da Lei do Programa Mais Médicos (PMM). O número de especialistas nesta área, entretanto, ainda é insuficiente para suprir a demanda existente em todo o país. A falta de especialistas em MFC é um dos pontos que dificulta o provimento e a fixação de médicos na APS, principalmente em regiões vulneráveis e afastadas de centros urbanos.

Nesta pesquisa, investigamos os fatores associados à pretensão dos médicos residentes e preceptores, vinculados aos programas de residência em MFC do Estado da Paraíba, no Brasil, de continuar atuando na APS. No nosso caso, a amostra foi constituída apenas por médicos. Do total de 211 participantes, 42 (19,9%) atuavam como preceptores e 169 (80,1%) como residentes em MFC.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- A maioria dos médicos(as) vinculados(as) às residências em MFC do Estado da Paraíba é de mulheres (61,6%), sem companheiro (a) (57,3%) e sem filhos (82%).
- Ao todo, 52,4% dos preceptores e 30,2% dos residentes concluíram o curso de Medicina em uma instituição pública de ensino.
- Verificou-se associação entre estar casado ou em união estável, ter filhos, ter graduação em instituição pública e mais experiência no serviço, com a pretensão de continuar atuando na APS.
- A maior parte dos médicos que pretende continuar na APS tomou essa decisão durante a graduação; e o período de experiência na APS também contribuiu para essa decisão.
- A identificação com a área tem relação direta com a intenção de permanecer na APS. Em contrapartida, a bonificação de 10% em provas de seleção para outras residências médicas atrai para a residência de MFC o

médico que não tem a intenção de permanecer atuando na APS.

- A maioria dos médicos quer fazê-lo, e considera a oportunidade de fazer mestrado como um dos fatores que os motivam a continuar na APS. Esta associação foi reforçada quando se considerou o interesse do residente em atuar como preceptor.
- A totalidade dos preceptores participantes da pesquisa entende que, quem tem identificação com a área da MFC e tem a pretensão de continuar atuando na APS, é mais motivado e tem desempenho melhor nas atividades do programa de residência.

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

1) **Novas pesquisas formativas:** verificamos a associação entre o interesse do residente em participar de formação para atuar como preceptor e a intenção de permanecer atuando na APS. Dessa forma, recomendamos fortemente às Instituições de Ensino Superior (IES) e a ESP a elaboração de novas estratégias formativas, assim como a ampliação da oferta de cursos de preceptoria; aposta importante para o fortalecimento de todos os programas em MFC do Estado. A oferta dos cursos pode ser organizada em parceria com outras instituições que têm experiência na área.

2) **Pesquisas futuras:** os preceptores participantes da pesquisa apontaram que os residentes mais interessados em fazer carreira na APS, têm mais motivação e um desempenho melhor do que os médicos que buscam a bonificação

para outra especialização. Entendemos que são necessárias pesquisas futuras que investiguem essa questão, de forma mais aprofundada, a fim de confirmar ou refutar tais percepções. Residentes mais motivados e com melhor desempenho podem impactar positivamente tanto o programa de residência no qual são formados, como as pessoas das quais cuidam e as equipes da ESF onde atuam.

3) Formação como indutora de motivação: os nossos resultados apontaram que é durante a graduação e experiência com a APS que o médico toma a decisão de fazer a MFC. Por essa razão, é necessário que a Secretaria de Saúde do Estado, por meio da Escola de Saúde Pública, busque realizar o diálogo e a sensibilização das IES do Estado, tanto públicas quanto privadas, no sentido de estimular os cursos de graduação e conhecer melhor e incentivar o trabalho na APS.

É fundamental criar oportunidades de debate, como eventos, para tratar da questão da formação permanente em serviço e sobre modelos de formação de profissionais para a área da saúde, enfatizando o SUS como ordenador da formação. Deve-se buscar estratégias para que as universidades orientem a formação na graduação, tomando como referência os preceitos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina. É essencial que os estudantes possam iniciar suas práticas em APS desde o início da graduação, em cenários adequados de ensino e aprendizagem, com a orientação de residentes e preceptores motivados pelos processos formativos contínuos. Dessa forma, tornar-se-á mais propício o despertar da vocação

para atuar na APS, além de valorizar os princípios do Sistema Único de Saúde.

4) Recomendações: o médico tende a permanecer atuando na região onde faz sua especialização. Por essa razão é necessário manter a oferta de vagas de residência em MFC distribuídas pelas várias regiões do Estado da Paraíba, em parceria com diversos municípios e instituições formadoras, utilizando-se de adequados cenários de prática e formação.

É necessário discutir seriamente, como política de estado, a oferta de vínculos de trabalho mais atrativos e permanentes para os MFC que pretendem continuar atuando na APS após a conclusão da residência. Nossa pesquisa evidencia que vínculos de trabalho mais consolidados, como estatutário e celetista, têm relação com intenção de permanecer atuando na APS. Os nossos dados indicam a necessidade da inclusão da especialização em MFC como pré-requisito nas seleções públicas para médicos que atuarão na APS, conforme já vem sendo sugerido pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade.

SUBPROJETO 2

SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA

PROBLEMA INVESTIGADO

Os programas de residência devem elaborar os seus projetos pedagógicos, considerando as matrizes de competências e habilidades instituídas pela Comissão Nacional de Residência Médica ou Multiprofissional. Entretanto, pouco se sabe a respeito de como as instituições elaboram e aplicam os seus projetos pedagógicos, e como essa organização reflete no desenvolvimento de competências profissionais e na satisfação dos residentes com os seus programas.

A satisfação acadêmica diz respeito à avaliação subjetiva de toda experiência vivenciada pelo educando, sendo associada à confirmação ou não das expectativas do estudante em relação ao curso. A compreensão dos fatores capazes de influenciar positiva ou negativamente na satisfação com o curso é importante para que a instituição e os serviços possam promover melhorias na qualificação do profissional. No Brasil, algumas instituições, como a Rede Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e a pesquisa de satisfação

do Programa Médicos pelo Brasil, realizada pela Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), já utilizam métodos para avaliação da satisfação acadêmica a partir de modelos próprios ou anteriormente validados; no entanto, poucos se aplicam à APS.

Nesta pesquisa, investigamos os fatores que influenciam a satisfação acadêmica dos residentes com os programas de residência em MFC e RMSF no Estado da Paraíba. A nossa amostra envolveu 228 residentes, sendo 169 médicos e 59 multiprofissionais.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Em relação à compreensão sobre a organização e funcionamento do curso, cerca de um terço dos respondentes afirmou conhecer o projeto pedagógico e a matriz de competências do seu curso. Em relação à concepção do que é uma competência, menos da metade dos residentes (45,2%) relaciona competência com resolução de problemas.
- Ao todo, 143 (62,7%) participantes afirmaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o programa de residência. Entretanto, entre os médicos, a porcentagem foi de 71% e, na RMSF, a proporção foi de 39%.
- Dentre os participantes, 75,6% disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com a preceptoria. Entretanto, verificou-se que 40 (17,8%) estavam insatisfeitos e 15 (6,7%) relataram não ter acompanhamento com preceptor, por falta desses profissionais nos seus programas.

- Em relação às aulas teóricas e aos estágios, cerca de 60% dos residentes estavam satisfeitos ou muito satisfeitos; sendo observada associação com a sua regularidade, oferta presencial, e docentes das instituições de ensino como ministrantes das aulas teóricas. Na RMSF, verificou-se maior insatisfação com esses aspectos em relação às residências médicas.
- Um terço dos residentes estava pouco satisfeito ou insatisfeito com os processos avaliativos do programa, e cerca da metade afirmou não realizar autoavaliação ou atividades de avaliação contínua ou processual.
- Apenas 12 (5,3%) reconheceram que a oferta de atividades de pesquisa científica no curso era excelente, e 17 (7,5%) faziam a leitura e debate de artigos científicos no cotidiano do seu curso.
- Somente 36 (15,8%) residentes desenvolveram projetos de Educação em Saúde no período do curso.
- A análise da regressão logística binária mostrou que os principais fatores que influenciam a satisfação acadêmica envolvem elementos do projeto pedagógico, mas também outros de natureza mais pessoal ou fruto da parceria com os municípios, como o diálogo com a gestão.
- Quem se identifica com a área da Saúde Coletiva e pretende continuar atuando na APS tem 4,62 vezes mais chance de estar satisfeito com a residência.

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

1) **Novos produtos:** verificamos que ainda não existem instrumentos validados para avaliação da satisfação acadêmica específicos para as residências em MFC e RMSF. O desenvolvimento de um instrumento de avaliação da satisfação acadêmica, que pudesse ser utilizado facilmente por residentes, preceptores e coordenadores de curso, poderia ser bastante útil para os programas acompanharem a evolução de seus indicadores e para reflexão conjunta sobre a atualização e melhoria do curso. Este produto teria de ser no formato de um aplicativo que oferecesse análises estatísticas imediatas, produzindo automaticamente as tabelas e gráficos de resultados (sem necessidade de um pesquisador para analisar os dados). No site da Rede Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é possível observar séries temporais, mostrando a satisfação dos residentes com diferentes aspectos de seus cursos e nas diferentes IES. Trata-se de um modelo interessante que pode servir de parâmetro para elaboração do aplicativo.

2) **Pesquisas futuras:** a formação de competências nas residências em MFC e RMSF ainda é uma temática que precisa ser melhor compreendida. Como os docentes dos programas compreendem o conceito de competência e como as atividades do curso estão promovendo a formação de competências profissionais? Como essas competências estão sendo avaliadas? Os projetos pedagógicos do curso descrevem claramente o processo pelo qual se dá a aquisição de competências ao longo do período do curso? Há

muitas questões ainda em aberto para serem melhor compreendidas em pesquisas futuras.

Os participantes da pesquisa relataram que não fazem a leitura e debate de artigos científicos e estão bastante insatisfeitos com as atividades voltadas à pesquisa científica. Sugerimos uma investigação futura sobre as razões que justificam a falta desse tipo de atividade na residência e/ou uma intervenção educativa, incluindo esse tipo de atividade para os residentes avaliarem como ela contribui para o desenvolvimento de competências e habilidades.

3) Implicações para participantes: os resultados apontaram que apenas um terço dos residentes conhece o projeto pedagógico do curso (PPC) e as competências que devem ser desenvolvidas ao longo do período da residência. Os coordenadores e as comissões responsáveis pelas residências poderiam promover atividades envolvendo o debate sobre o PPC e a questão da formação de competências. É provável que, ao ter mais clareza sobre as competências que devem ser formadas no curso, o residente possa avaliar com mais propriedade as suas expectativas e resultados em relação à sua formação. Além disso, a promoção de atividades de atualização dos PPCs do Curso, envolvendo toda a comunidade acadêmica, pode contribuir para a melhoria do programa.

É fundamental, também, a promoção de encontros regulares entre as Instituições de Ensino, Comissões de Residências Médicas e Multiprofissionais (COREME e COREMU) e a gestão municipal, com o objetivo de fortalecer o vínculo entre os entes e proporcionar melhorias nas práticas assistenciais e educacionais.

4) **Recomendações:** faz-se necessário ampliar a oferta de cursos de formação de preceptores para profissionais da APS e demais serviços, a fim de qualificar a Rede de Atenção à Saúde; e promover formações e debates, envolvendo as coordenações e docentes dos programas de residência, no sentido de se criar estratégias para avaliação sistemática do curso.

SUBPROJETO 3

INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

PROBLEMA INVESTIGADO

Os currículos dos cursos de graduação e pós-graduação objetivam a formação de competências profissionais. Por competência, entende-se a capacidade do profissional de mobilizar conhecimentos, habilidades e valores, incluindo as emoções, para resolução de problemas da prática profissional, de maneira clara e eficaz, visando benefícios individual e coletivo. Especialistas têm apontado a necessidade de fazermos a transição de currículos acadêmicos, definidos pelas instituições de ensino, para matrizes de competências que atendam melhor às necessidades dos serviços de saúde.

Neste trabalho, o objetivo foi produzir um "*Inventário de Competências*" utilizando a autoavaliação dos residentes e preceptores dos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba. A autoavaliação, feita por um conjunto amplo de profissionais no serviço, pode revelar necessidades formativas institucionais ou dos sistemas de saúde. As fortalezas e fragilidades de programas educacionais podem

ser revelados por meio do julgamento agregado de autoavaliações realizadas por um conjunto de profissionais.

O *Inventário* retrata a autoavaliação de 34 competências profissionais feita por 300 participantes dos programas de MFC (169 residentes e 42 preceptores) e RMSF (59 residentes e 30 preceptores). A descrição das 34 competências avaliadas foi reproduzida no Quadro 1; sendo uma adaptação do trabalho de Menezes et. al (2021).

A classificação do domínio de uma competência foi realizada por meio de uma escala do tipo *Likert*. Os profissionais poderiam se autodeclarar como totalmente inseguros (TI), inseguros (I), capazes (C), seguros (S) ou totalmente seguros (TS) em relação ao domínio da competência avaliada; sendo atribuída a pontuação de 0 (não aplicável) a 5 pontos (totalmente seguro). O participante que se autodeclarou como totalmente seguro sentia-se capaz de ensinar a outros profissionais a dimensão avaliada, sendo um potencial formador. O somatório da pontuação para todas as 34 competências deu origem aos escores de competências.

Com isso, foi possível descrever a prevalência de cada uma das 34 competências avaliadas no grupo de residentes e preceptores, dos programas médicos e do multiprofissional. Além disso, foi realizada uma comparação entre a autoavaliação dos residentes e a avaliação desses residentes por seus preceptores, a fim de verificar a concordância entre as autoavaliações e as avaliações das competências feitas pelos preceptores.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- As Tabelas 2 e 3 ilustram o "*Inventário de Competências*" dos profissionais das residências em MFC e RMSF, com dados sobre autoavaliação de residentes (R) e de preceptores (P).
- O *Inventário de Competências* (Tabelas 2 e 3) faz um retrato ou diagnóstico, em apenas uma folha, do grau de domínio de competências profissionais de todos os residentes e preceptores dos programas em MFC e RMSF do Estado da Paraíba.
- Com base no Inventário, podemos definir melhor as prioridades de formação e fazer um alinhamento mais estreito entre as competências desenvolvidas nos programas de residência e as necessidades dos serviços de saúde.
- Interessante que, quando avaliados os procedimentos, como a inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU), 55,4% dos residentes e 45,2% dos preceptores em MFC se autoavaliaram como totalmente inseguros para sua realização.
- No Estado da Paraíba, sete (4,2%) residentes e três (7,1%) preceptores da MFC se consideram totalmente seguros e capazes de ensinar outros profissionais a realizarem a inserção de DIU na APS (Veja Tabela 2). Esses resultados exemplificam como o "*Inventário de Competências*" pode ser utilizado para identificar lacunas e potenciais formadores que se encontram no sistema de saúde.

- Os preceptores tendem a se autoavaliar como mais seguros em suas competências do que os residentes. Na MFC, diferenças significativas foram observadas em 22 das 34 competências avaliadas entre esses dois grupos. Na RMSF, as diferenças entre residentes e preceptores foram observadas em apenas seis das 34 competências avaliadas. Isto se explica porque o instrumento para avaliar competências multiprofissionais não é específico para cada uma das profissões. Como não há uma matriz de competências para a residência multiprofissional, fizemos uma adaptação do instrumento da MFC, que não atende, necessariamente, à diversidade de competências da equipe multiprofissional.
- A análise de concordância entre a autoavaliação dos residentes e a avaliação dos residentes por seus preceptores revelou que, em muitos casos, os residentes subestimam suas competências em comparação com a avaliação feita pelos preceptores. Isso sugere a necessidade de maior alinhamento entre a percepção dos residentes e a dos preceptores sobre as competências desenvolvidas. A utilização da autoavaliação do residente em conjunto com a avaliação do residente feita por seu preceptor pode ser uma ferramenta potente para diagnóstico e metacognição, oferecendo *discernimento e novas perspectivas* para a revisão dos currículos e o aprimoramento das estratégias avaliativas e de *feedback* na preceptoria.
- O *Inventário de Competências* é uma ferramenta que pode ser utilizada em qualquer curso de graduação

ou pós-graduação, sendo necessário apenas definir as competências que devem ser formadas nesses cursos.

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

1) **Novos produtos:** os nossos resultados apontam a necessidade de desenvolver materiais educativos específicos e treinamentos práticos focados nas competências procedimentais, como a inserção de DIU, exérese, suturas, cantoplastia, aplicação de ácido tricloroacético (ATA), drenagem de abscessos e colocação de drenos. Além disso, recomenda-se a criação de programas de mentoria mais estruturados, que facilitem a construção colaborativa de conhecimentos entre preceptores e residentes.

Recomenda-se o desenvolvimento de um instrumento mais específico para avaliação de competências da equipe multiprofissional, a fim de que possa ser realizado um inventário mais preciso das potencialidades e fragilidades da formação nesse grupo diverso de profissionais.

2) **Pesquisas futuras:** verificou-se no nosso estudo as lacunas em relação à formação de competências procedimentais. É necessário investigar as razões que explicam esse fenômeno. Por exemplo, alguns residentes relataram, informalmente, que não podem realizar nas unidades de saúde os procedimentos que são alvo da formação na residência em MFC. Ou seja, os residentes não podem aprender o procedimento de inserção de DIU, por exemplo, conforme estabelecido na matriz de competência da residência em MFC,

por questões relativas à gestão municipal (não têm estímulo, não é permitido ou não têm material). É necessário esclarecer esse ponto.

As residências em MFC e RMSF, de forma mais colaborativa, poderiam estabelecer alguns projetos de pesquisa do tipo intervenção educativa, nos quais fossem elaboradas estratégias e material didático para promoção da formação de competências procedimentais de forma mais sistemática. Com o *Inventário* é possível avaliar o grau das competências antes e depois das intervenções educativas e/ou oferta de cursos de capacitação direcionados, com contribuição efetiva dos gestores municipais, no sentido de oferecer os subsídios necessários como insumos e exames especializados.

Sugere-se também a realização de parcerias com pesquisadores de outros estados, a fim de ampliar o estudo para incluir outras regiões e programas de residência, com o objetivo de criar um panorama mais abrangente das competências necessárias na APS em diferentes contextos, e um debate a respeito das meta-competências e das competências regionais.

3) Implicações para participantes: para os coordenadores, assim como residentes e preceptores, os resultados deste estudo oferecem uma oportunidade de refletir, criticamente, sobre o projeto pedagógico do programa de residência e sobre as mudanças que devem ser efetivadas para que haja o aprimoramento de competências e habilidades em que foram observadas fragilidades. A autoavaliação, além de ser uma ferramenta diagnóstica, pode ser incorporada como uma prática regular de autodesenvolvimento,

permitindo que os residentes e preceptores identifiquem suas próprias necessidades formativas, promovendo uma cultura de aprendizado contínuo, crucial para a evolução das práticas de saúde na APS.

4) Recomendações: em parceria com outras instituições com mais experiência no debate sobre currículos baseados em competência e avaliação de competência, é necessário promover eventos e oficinas buscando fazer uma formação específica junto às instituições de ensino superior sobre esses temas. Implementar atualizações curriculares que estejam alinhadas com as necessidades reais dos serviços de saúde, utilizando os resultados deste e de futuros estudos para ajustar os currículos de forma a responder diretamente às necessidades de formação identificadas junto aos serviços de saúde, garantindo uma formação mais alinhada com as demandas reais da APS.

Em relação ao processo avaliativo, é necessário oferecer aos preceptores cursos específicos sobre diversidade de estratégias para avaliação de competências e habilidades. E refletir com eles sobre as diferenças entre as autoavaliações dos residentes e a percepção dos preceptores sobre as competências dos residentes, tendo em vista que estavam superestimadas. Sobre a RMSF, é necessário definir uma matriz de competências considerando a diversidade de profissões e as necessidades da APS.

Quadro 1 - Descrição das 34 competências avaliadas na MFC e RMSF.

Competência	Descrição
Anamnese com MCCP	Coleta a história clínica de maneira eficaz, fazendo a anamnese completa com informações relevantes de forma objetiva e concisa, levando em consideração os quatro componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Levo em consideração o contexto individual, familiar, comunitário e social dos pacientes em minha prática profissional.
Exame Físico global	Realizo o exame físico de acordo com a necessidade clínica de cada situação, considerando a anamnese, e abrangendo os diversos aspectos como otoscopia, oroscopia, exame ginecológico, exame do sistema osteomuscular, exame dermatológico, ausculta cardíaca, ausculta pulmonar, dados antropométricos, entre outros. Busco registrar de forma clara e sistemática os resultados do exame físico, garantindo o respeito ao paciente durante o processo.
Diagnósticos na APS	Penso em, pelo menos, 2 ou 3 hipóteses diagnósticas diferenciais, incluindo as mais comuns em Atenção Primária à Saúde (APS); refletindo sobre situações clínicas mais raras, e estou apto a realizar diagnósticos sindrômicos com base nos achados clínicos.
Exames e Prevenção Quaternária	Solicito exames complementares, considerando de maneira eficaz os diagnósticos diferenciais e utilizando os exames de forma custo/efetiva na Atenção Primária à Saúde, explicando aos pacientes a razão e considerando a prevenção quaternária.
Planejamento de conduta integrado	Faço a prescrição de medicamentos e tratamentos, elaborando planos terapêuticos em conjunto com o paciente e busco assegurar a sua compreensão sobre os tratamentos. Estou atento às indicações corretas e posologias, bem como possíveis interações medicamentosas.

Competência	Descrição
Prontuário SOAP	Registro os prontuários de forma organizada seguindo a estrutura SOAP (<i>Subjective, Objective, Assessment, Plan</i>); e busco revisá-los antes do atendimento; tornando claro o registro da conduta e do plano terapêutico.
Coordenação do Cuidado	Eu realizo a coordenação e ordenação do cuidado em saúde, praticando a prevenção quaternária e considerando o rastreamento, solicitação de exames complementares e tratamentos de forma apropriada, com referência e contrarreferência de pacientes nos diferentes níveis de atenção à saúde quando necessário, utilizando recursos como a telessaúde e Plano Terapêutico Singular (PTS) de forma eficaz.
Atualização profissional	Eu utilizo os meios eficazes para buscar as melhores evidências clínicas, relacionando-as aos casos que encontro no meu dia a dia de trabalho. Busco estudos, quando necessário, para aprimorar minha prática clínica, aplicando os conhecimentos adquiridos na prática de rotina da MFC.
Atenção Domiciliar	Planejo as visitas domiciliares de maneira eficiente, incluindo a revisão prévia do prontuário, o levantamento da demanda/objetivo, o contato com cuidadores, o planejamento do itinerário e a organização do material necessário. Atentando-se aos aspectos sociais, ambientais e familiares, bem como às questões relacionadas ao cuidado com o paciente. As VD são realizadas em tempo oportuno, evitando a perda de informações importantes e incluindo o registro do plano terapêutico, entrando em contato com outros membros da equipe quando necessário.
Abordagem Familiar	Tenho interesse genuíno na compreensão do contexto familiar e das dinâmicas envolvidas nos casos que atendo, utilizando o conhecimento das ferramentas da abordagem familiar, como o ciclo vital, genograma, ecomapa, identificação de padrões, tipologias familiares, entre outras, e aplicando efetivamente essas ferramentas para aprimorar a assistência que presto aos pacientes e suas famílias.

Competência	Descrição
Resolutividade	Lido com situações sociais complexas, encontros difíceis e pacientes altamente demandantes em minha prática, mediando conflitos entre usuários e familiares, assim como dentro da minha equipe de trabalho de forma eficaz.
Temáticas emergentes e recorrentes	Eu sou capaz de conversar sobre assuntos sensíveis, como sexualidade, terminalidade, cuidados paliativos, luto e outros temas difíceis, de maneira cuidadosa e empática; lidando com os medos e angústias, tanto dos pacientes quanto dos familiares, assim como os meus próprios, de forma eficaz.
Comunicação Preceptor-Residente	Debato os casos clínicos com meu preceptor, organizando meu raciocínio clínico e aprofundando meus conhecimentos de maneira eficaz, aproveitando o feedback imediato como uma oportunidade de aprendizado. Integrando a rede de profissionais de saúde em benefício do cuidado do paciente e de sua família.
Comunicação em Saúde	Realizo orientações, planos e prescrições de forma clara e compreensível, utilizando tanto a comunicação oral e verbal quanto a não verbal (escrita, gestual, comportamental) de maneira eficaz; inclusive a comunicação de notícias difíceis ou más notícias, como doenças, prognósticos ou desfechos. Busco estabelecer um bom vínculo com pacientes e familiares a fim de que se sintam à vontade para fazer questionamentos.
Educação em Saúde	Realizo a promoção das atividades na educação em saúde em minha prática profissional e reforço seu papel na MFC, utilizando recursos eficazes para auxiliar na educação em saúde durante consultas ou abordagens individuais.
Ética profissional	Realizo no atendimento a pacientes e familiares compreendendo e praticando o cuidado centrado no paciente, conduzindo diálogos de forma respeitosa com os pacientes e seus familiares, fornecendo esclarecimentos e priorizando a confidencialidade e o sigilo, lidando adequadamente com dilemas éticos quando surgem em meu trabalho.

Competência	Descrição
Relação Profissional-Equipe	Demonstro empatia e respeito com meus colegas, compreendendo seus papéis no trabalho e a dinâmica da equipe, entendendo a hierarquia dentro do serviço e da residência, mantendo a capacidade de ser propositivo e questionador quando necessário.
Compromisso no trabalho	Mantenho uma postura adequada diante dos pacientes e colegas, seguindo as normas estabelecidas, incluindo a pontualidade em relação ao trabalho e compromissos, bem como a apresentação pessoal no ambiente de trabalho, demonstrando colaboração e respeito nas minhas interações profissionais.
Sigilo profissional	Respeito o sigilo em relação aos pacientes e suas famílias, tomando precauções ao discutir casos com outros profissionais de saúde, seja na rede de saúde, na equipe multiprofissional ou em teleconsultas demonstrando preocupação e cuidado ao utilizar meios eletrônicos para discutir informações relacionadas a pacientes.
Responsabilidade social	Proponho mudanças e sugestões pertinentes, envolvendo-me no trabalho da equipe sem necessitar de estímulos externos. Busco o aprimoramento tanto do meu trabalho individual quanto do trabalho em equipe, demonstrando um impulso em direção ao futuro - novas práticas, novas abordagens e novas soluções; tendo um sentido de responsabilidade social e pessoal que se reflete em como asseguro meu próprio crescimento profissional.
Realização de procedimentos	Ao realizar quaisquer procedimentos como, por exemplo, como a inserção de DIU, eu avalio criteriosamente a indicação dos procedimentos, verifico a disponibilidade do material necessário e realizo o agendamento, organizando o ambiente de forma a evitar intercorrências. Oriento os pacientes adequadamente antes e após os procedimentos, prestando os devidos cuidados no pós-procedimento e estando disponível para lidar com intercorrências.
Lavagem Otológica	Executo a lavagem otológica em minha prática profissional.

Competência	Descrição
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	Executo a inserção de DIU e implante contraceptivo subdérmico em minha prática profissional.
Exérese	Executo a exérese de cistos, lipomas ou nodularidades.
Sutura	Executo pequenas suturas.
Cantoplastia	Executo a cantoplastia.
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	Eu executo a drenagem de abscesso e colocação de dreno.
Aplicação de ATA	Executo a aplicação de ATA (ácido tricloroacético) 80-90%.
Territorialização	Estou aplicando meu conhecimento teórico sobre territorialização, utilizando ferramentas gráficas e/ou digitais. Entendo a territorialização como uma ferramenta fundamental para minha atuação na residência, e busco integrar conceitos, como as situações práticas, como visitas domiciliares ou na abordagem de redes de saúde. Busco respeitar os aspectos éticos relacionados ao território em minha prática profissional.
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Estou familiarizado com a rede de saúde local, incluindo os serviços de saúde, fluxos, referências e possibilidades, incluindo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Conheço os serviços públicos locais, como o CRAS, serviços sociais, escolas e outros, tenho conhecimento dos recursos próprios da comunidade, como movimentos sociais, ONGs e organizações comunitárias, compreendo a formação da RAS e seus cinco componentes, assim como a interligação entre eles, aplicando os conceitos estudados no meu cotidiano e identificando-os em minha prática profissional. Busco compreender o financiamento do SUS e atualizar-me sobre questões relevantes para o SUS.

Competência	Descrição
Competência Cultural	Eu me identifico eficazmente com os recursos que podem auxiliar nas questões da população local, através do meu conhecimento sobre a comunidade em que atuo, usando esses recursos para mostrar à população caminhos de resolução de problemas que ela mesma pode construir, trabalhando para promover a autonomia da comunidade. Participo e incentivo a comunidade a fazer parte do Conselho Local de Saúde, colaborando com escolas, creches, igrejas e grupos comunitários locais para promover trabalhos da equipe de saúde. Estou colaborando com a comunidade na elaboração de ferramentas digitais, como grupos online, materiais informativos em formato de e-cards e podcasts comunitários, entre outros.
Atividades Coletivas	Tenho conhecimento das questões teóricas relacionadas ao Trabalho em Grupo, incluindo tipos de grupos, objetivos e organização, entre outros aspectos. Demonstro interesse e organizo grupos dentro da minha equipe, não apenas para os pacientes, mas também para a equipe, incluindo o levantamento de dados epidemiológicos, o estabelecimento de metas e a análise de resultados.
Aprendizagem autodirigida	Reflito sobre meu aprendizado e estudo autodirigido em minha carreira profissional, buscando e compreendendo informações técnicas com base em evidências científicas. Eu busco construir a prática da aprendizagem autodirigida ao longo de minha carreira profissional, utilizando casos clínicos atendidos e acompanhados como ponto de partida; despertando e absorvendo conhecimentos por meio das supervisões com preceptores e dos debates com os colegas.
Fluxo de Cuidado	Avalio a influência das minhas práticas médicas no local em que atuo e estou contribuindo para a qualificação do cuidado prestado em meu local de trabalho, registrando informações de forma completa e oportuna. Busco estimular os debates e implementação de protocolos de serviço e fluxos adequados aos usuários e ao local, com isso estímulo meus colegas a melhorarem o padrão de práticas e registros.

Fonte: Adaptado de Menezes, 2021.

Tabela 2: “Inventário de Competências” para residência em MFC.

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Anamnese com MCCP	Residente	0,0%	0,6%	14,8%	39,1%	45,6%
	Preceptor	0,0%	0,0%	4,8%	21,4%	73,8%
Exame Físico global	Residente	0,0%	1,8%	20,7%	42,6%	34,9%
	Preceptor	0,0%	0,0%	14,3%	28,6%	57,1%
Diagnósticos na APS	Residente	0,0%	4,7%	26,0%	39,6%	29,6%
	Preceptor	0,0%	0,0%	19,5%	29,3%	51,2%
Exames e Prevenção Quaternária	Residente	0,0%	1,8%	20,7%	43,2%	34,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	28,6%	61,9%
Planejamento de conduta integrado	Residente	0,0%	3,6%	23,1%	47,3%	26,0%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	38,1%	52,4%
Prontuário SOAP	Residente	0,6%	2,4%	16,0%	31,4%	49,7%
	Preceptor	0,0%	2,4%	7,1%	35,7%	54,8%
Coordenação do Cuidado	Residente	0,6%	8,9%	37,3%	36,7%	16,6%
	Preceptor	0,0%	4,8%	16,7%	50,0%	28,6%
Atualização profissional	Residente	0,6%	4,1%	30,2%	40,8%	24,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	22,0%	36,6%	41,5%
Atenção Domiciliar	Residente	0,6%	5,9%	34,3%	33,7%	25,4%
	Preceptor	0,0%	2,4%	11,9%	52,4%	33,3%

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Abordagem Familiar	Residente	4,1%	11,2%	38,5%	22,5%	23,7%
	Preceptor	0,0%	2,4%	19,0%	38,1%	40,5%
Resolutividade	Residente	0,0%	8,3%	27,2%	42,0%	22,5%
	Preceptor	0,0%	2,4%	19,0%	38,1%	40,5%
Temáticas emergentes e recorrentes	Residente	0,0%	4,1%	20,1%	43,2%	32,5%
	Preceptor	0,0%	2,4%	4,8%	50,0%	42,9%
Comunicação Preceptor-Residente	Residente	3,6%	5,9%	17,2%	41,4%	32,0%
	Preceptor	0,0%	0,0%	11,9%	33,3%	54,8%
Comunicação em Saúde	Residente	0,0%	1,2%	13,0%	34,3%	51,5%
	Preceptor	0,0%	0,0%	4,8%	35,7%	59,5%
Educação em Saúde	Residente	0,6%	4,1%	29,0%	34,9%	31,4%
	Preceptor	0,0%	2,4%	16,7%	35,7%	45,2%
Ética profissional	Residente	0,0%	0,6%	6,5%	30,8%	62,1%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	19,0%	71,4%
Relação Profissional-Equipe	Residente	0,0%	0,6%	9,5%	29,0%	60,9%
	Preceptor	0,0%	0,0%	7,1%	19,0%	73,8%
Compromisso no trabalho	Residente	0,0%	1,2%	10,7%	32,0%	56,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	9,5%	33,3%	57,1%
Sigilo profissional	Residente	0,6%	0,6%	9,5%	29,6%	59,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	2,4%	28,6%	69,0%

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Responsabilidade social	Residente	0,6%	4,8%	23,8%	34,5%	36,3%
	Preceptor	0,0%	2,4%	14,3%	19,0%	64,3%
Realização de procedimentos	Residente	1,2%	6,0%	24,4%	35,1%	33,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	14,3%	35,7%	50,0%
Lavagem Otológica	Residente	4,1%	7,1%	12,4%	16,0%	60,4%
	Preceptor	2,4%	0,0%	14,3%	19,0%	64,3%
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	Residente	55,4%	20,5%	13,9%	6,0%	4,2%
	Preceptor	45,2%	21,4%	19,0%	7,1%	7,1%
Exérese	Residente	36,9%	19,6%	19,6%	11,3%	12,5%
	Preceptor	21,4%	21,4%	14,3%	14,3%	28,6%
Sutura	Residente	10,1%	7,1%	16,6%	21,3%	45,0%
	Preceptor	11,9%	7,1%	14,3%	23,8%	42,9%
Cantoplastia	Residente	36,1%	15,4%	17,2%	11,2%	20,1%
	Preceptor	23,8%	16,7%	21,4%	7,1%	31,0%
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	Residente	29,9%	26,9%	16,2%	10,2%	16,8%
	Preceptor	16,7%	14,3%	21,4%	23,8%	23,8%
Aplicação de ATA	Residente	49,1%	18,0%	16,2%	10,8%	6,0%
	Preceptor	16,7%	16,7%	14,3%	21,4%	31,0%
Territorialização	Residente	2,4%	14,9%	42,3%	22,6%	17,9%
	Preceptor	0,0%	0,0%	21,4%	40,5%	38,1%

Competências		Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Residente	1,2%	7,7%	32,1%	35,7%	23,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	19,5%	39,0%	41,5%
Competência Cultural	Residente	10,1%	28,0%	38,1%	11,9%	11,9%
	Preceptor	0,0%	11,9%	42,9%	28,6%	16,7%
Atividades Coletivas	Residente	7,8%	21,6%	32,9%	24,0%	13,8%
	Preceptor	0,0%	4,8%	40,5%	26,2%	28,6%
Aprendizagem autodirigida	Residente	0,6%	3,6%	20,8%	39,3%	35,7%
	Preceptor	0,0%	0,0%	11,9%	42,9%	45,2%
Fluxo de Cuidado	Residente	0,6%	7,2%	27,5%	34,1%	30,5%
	Preceptor	0,0%	0,0%	21,4%	42,9%	35,7%

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

Tabela 3: “Inventário de Competências” para residência em RMSF

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Anamnese com MCCP	Residente	0,0%	0,0%	3,4%	15,3%	37,3%	44,1%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	16,7%	26,7%	53,3%
Exame Físico global	Residente	27,1%	3,4%	8,5%	20,3%	23,7%	16,9%
	Preceptor	21,4%	0,0%	0,0%	17,9%	39,3%	21,4%
Diagnósticos na APS	Residente	22,0%	1,7%	13,6%	25,4%	28,8%	8,5%
	Preceptor	13,8%	0,0%	13,8%	20,7%	31,0%	20,7%
Exames e Prevenção Quaternária	Residente	13,6%	3,4%	6,8%	16,9%	35,6%	23,7%
	Preceptor	20,7%	0,0%	0,0%	17,2%	13,8%	48,3%
Planejamento de conduta integrado	Residente	33,9%	3,4%	6,8%	15,3%	32,2%	8,5%
	Preceptor	17,2%	0,0%	6,9%	27,6%	31,0%	17,2%
Prontuário SOAP	Residente	3,4%	1,7%	3,4%	20,3%	37,3%	33,9%
	Preceptor	3,4%	0,0%	0,0%	20,7%	27,6%	48,3%
Coordenação do Cuidado	Residente	8,5%	1,7%	25,4%	39,0%	16,9%	8,5%
	Preceptor	3,3%	0,0%	3,3%	26,7%	33,3%	33,3%
Atualização profissional	Residente	0,0%	0,0%	8,5%	32,2%	33,9%	25,4%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	30,0%	36,7%	30,0%
Atenção Domiciliar	Residente	0,0%	0,0%	5,1%	37,3%	25,4%	32,2%
	Preceptor	6,9%	0,0%	3,4%	10,3%	20,7%	58,6%

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Abordagem Familiar	Residente	0,0%	1,7%	13,8%	22,4%	27,6%	34,5%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	26,7%	30,0%	40,0%
Resolutividade	Residente	1,7%	3,4%	6,8%	25,4%	35,6%	27,1%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	23,3%	36,7%	36,7%
Temáticas emergentes e recorrentes	Residente	0,0%	0,0%	13,6%	20,3%	33,9%	32,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	3,3%	33,3%	13,3%	50,0%
Comunicação Preceptor-Residente	Residente	11,9%	1,7%	6,8%	18,6%	30,5%	30,5%
	Preceptor	6,7%	3,3%	0,0%	13,3%	36,7%	40,0%
Comunicação em Saúde	Residente	1,7%	3,4%	0,0%	22,0%	28,8%	44,1%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	40,0%	40,0%
Educação em Saúde	Residente	0,0%	0,0%	0,0%	16,9%	33,9%	49,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	20,0%	70,0%
Ética profissional	Residente	0,0%	0,0%	1,7%	3,4%	30,5%	64,4%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	6,7%	10,0%	80,0%
Relação Profissional-Equipe	Residente	1,7%	0,0%	0,0%	8,5%	22,0%	67,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	16,7%	76,7%
Compromisso no trabalho	Residente	0,0%	0,0%	3,4%	6,8%	22,0%	67,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	6,7%	86,7%

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Sigilo profissional	Residente	0,0%	0,0%	1,7%	8,5%	22,0%	67,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	16,7%	80,0%
Responsabilidade social	Residente	0,0%	0,0%	6,8%	25,4%	27,1%	40,7%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	23,3%	63,3%
Realização de procedimentos	Residente	22,0%	1,7%	1,7%	8,5%	23,7%	42,4%
	Preceptor	10,0%	0,0%	0,0%	13,3%	30,0%	46,7%
Lavagem Otológica	Residente	82,8%	6,9%	3,4%	0,0%	1,7%	5,2%
	Preceptor	78,6%	3,6%	0,0%	7,1%	3,6%	7,1%
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	Residente	93,1%	5,2%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Preceptor	75,0%	7,1%	3,6%	7,1%	3,6%	3,6%
Exérese	Residente	93,1%	5,2%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Preceptor	89,3%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%
Sutura	Residente	91,5%	0,0%	1,7%	3,4%	0,0%	3,4%
	Preceptor	78,6%	10,7%	0,0%	3,6%	0,0%	7,1%
Cantoplastia	Residente	96,6%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Preceptor	96,4%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	Residente	84,7%	5,1%	8,5%	1,7%	0,0%	0,0%
	Preceptor	78,6%	7,1%	7,1%	0,0%	7,1%	0,0%

		Não se aplica	Totalmente Inseguro	Inseguro	Capaz	Seguro	Totalmente Seguro
Aplicação de ATA	Residente	93,1%	0,0%	1,7%	3,4%	0,0%	1,7%
	Preceptor	89,3%	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Territorialização	Residente	1,7%	3,4%	6,8%	16,9%	30,5%	40,7%
	Preceptor	3,3%	0,0%	0,0%	13,3%	30,0%	53,3%
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	Residente	0,0%	1,7%	25,9%	32,8%	22,4%	17,2%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	33,3%	56,7%
Competência Cultural	Residente	5,1%	6,8%	20,3%	37,3%	18,6%	11,9%
	Preceptor	6,7%	0,0%	0,0%	30,0%	30,0%	33,3%
Atividades Coletivas	Residente	3,4%	5,1%	15,3%	30,5%	30,5%	15,3%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	43,3%	43,3%
Aprendizagem autodirigida	Residente	0,0%	1,7%	3,4%	11,9%	37,3%	45,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	26,7%	63,3%
Fluxo de Cuidado	Residente	0,0%	3,4%	6,8%	18,6%	42,4%	28,8%
	Preceptor	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%	34,5%	58,6%

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

SUBPROJETO 4

UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS: A ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

PROBLEMA INVESTIGADO

No cotidiano do serviço, o profissional de saúde deve atualizar-se em relação às políticas e orientações para prevenção e manejo de diferentes condições e agravos, como por exemplo a obesidade infantil. A oferta de formações específicas tem custos significativos para o Estado sendo necessário utilizar estratégias para identificar mais facilmente os profissionais que necessitam desenvolver competências e habilidades. Por vezes, quem faz a formação não é o profissional que realmente necessita fazê-la. Como identificar os profissionais que precisam fazer cursos, desenvolver ou aprimorar competências muito específicas? Aqui vamos utilizar como exemplo as competências voltadas à prevenção e manejo da obesidade infantil.

Neste estudo, os 228 residentes em MFC e RMSF foram convidados a avaliar suas próprias competências e resolver uma situação problema relacionada à antropometria e à análise do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade. Testamos a estratégia de associar a autoavaliação à resolução de problemas para verificar se os residentes que declararam saber resolver uma situação, a ponto de ensinar outros profissionais de fato, conseguiam ter sucesso na resolução da situação problema proposta.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Os médicos têm mais domínio das competências relacionadas à indicação de exames laboratoriais (89,3%) e a realização de aconselhamento nutricional básico (83,4%); enquanto as competências relativas às abordagens educacionais (~40%) foram aquelas que os médicos declararam ter menos domínio.
- Dentre os médicos, 41 (24,6%) declararam não ter domínio para fazer avaliações antropométricas e 37 (21,9%) entendem que não desenvolveram plenamente a competência de avaliar gráficos de desenvolvimento pondero-postural.
- Entre os multiprofissionais, em virtude da diversidade de profissões, as frequências encontradas para essas duas últimas competências citadas foram bem menores.
- Ao todo, 128 (79,0%) médicos e 34 (21%) dos demais profissionais tiveram sucesso na resolução da

situação problema relacionada à temática da obesidade infantil.

- Dentre os médicos, 22 (57,9%) declararam que tinham domínio da competência de utilizar gráficos; entretanto, não tiveram sucesso na resolução da situação problema proposta.
- Os multiprofissionais reconhecem que não desenvolveram competências sobre a temática e não conseguiram responder à atividade adequadamente, tendo em vista que suas profissões, muitas vezes, não abrangem os conteúdos avaliados, como é o caso dos psicólogos, terapeutas ocupacionais, serviço social, dentre outros.
- Os achados podem indicar que uma parte dos médicos residentes entende que desenvolveu competências para avaliação de estado nutricional a ponto de ensinar outros profissionais; entretanto, não conseguiu solucionar adequadamente uma tarefa básica relacionada ao seu cotidiano profissional. Ou seja, uma parte dos residentes superestima as suas competências.

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

1) **Novos produtos:** Ao todo, 60% dos profissionais declararam que não têm domínio de competências voltadas à Educação em Saúde para manejo e prevenção da obesidade. Nesse sentido, faz-se necessário efetivamente criar uma plataforma com cursos e orientações, inclusive com vários exemplos e casos para fazer a formação dos profissionais

em serviço. Por exemplo, o Governo Federal lançou em 2021, a estratégia de prevenção e atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA). A realização das ações do PROTEJA demandam competências para realizar Educação em Saúde, e a maior parte dos profissionais reconhece que não tem o domínio dessas competências. Além disso, a melhoria da nutrição das crianças passa pela orientação dos familiares e por ações intersetoriais voltadas a essa meta. Como exposto no subprojeto voltado ao Autocuidado dos Profissionais da Saúde, uma possibilidade de produto seria a criação de uma plataforma governamental, com vídeos curtos de orientação sobre alimentação e realização de atividade física, que pudesse ser usada na APS. Ademais o desenvolvimento de uma Plataforma Digital Interativa para as residências em MFC e RMSF, com compartilhamento de casos clínicos e exemplos de projetos de sucesso em Educação em Saúde, e com orientações sobre como replicar ou adaptar esses projetos no território, incentivando a colaboração entre residentes, preceptores, gestores e a população, poderia ser uma estratégia formativa a ser testada nas residências.

2) Pesquisas futuras: estudos futuros, ampliando o uso da abordagem proposta neste trabalho, com uso da associação entre autoavaliação e resolução de problemas, seriam interessantes para melhor compreensão de como essa estratégia pode contribuir para a metacognição e a reflexão na prática do profissional de saúde. A realização de estudos longitudinais, que pudessem aprofundar a compreensão sobre os fatores que influenciam a aquisição de competências profissionais, quando é utilizada a estratégia proposta

neste trabalho (associação da autoavaliação à resolução de problemas), poderia contribuir para uma compreensão mais profunda sobre os processos de ensino e aprendizagem no âmbito das residências e da relação ensino e serviço.

3) Implicações para participantes: a incorporação da autoavaliação associada à resolução de problemas, nos programas de residência, pode proporcionar uma oportunidade para reflexão sobre o domínio de competências e as práticas profissionais. Para os gestores e coordenadores desses programas, os resultados do estudo sugerem a necessidade de revisar e aprimorar os currículos de formação, incorporando estratégias que facilitem a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências específicas para o manejo da obesidade infantil.

4) Recomendações: a estratégia de associar a autoavaliação à resolução de problemas para promover a metacognição e a reflexão sobre a prática profissional pode ser utilizada em diferentes cursos de graduação e de pós-graduação, inclusive para monitoramento da aquisição de competências voltada à produção científica.

SUBPROJETO 5

INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

PROBLEMA INVESTIGADO

Será que o profissional que cuida de sua própria saúde tem mais motivação para realizar orientações de autocuidado para a população, contribuindo assim para a melhoria das ações de prevenção e/ou tratamento da obesidade e das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) nos seus respectivos territórios de atuação?

Entendemos que incentivar os profissionais em processo formativo, nas residências médicas ou multiprofissionais, a reconhecer sinais que alertam sobre os riscos à sua própria saúde, bem como incentivá-los a adotar práticas saudáveis de vida, faz parte da formação baseada em competências. Esse foco formativo é importantíssimo no atual cenário brasileiro, marcado pelo envelhecimento populacional e, conseqüentemente, pelo aumento das DCNTs e suas comorbidades. Este momento requer profissionais atuantes na APS capazes de planejar intervenções direcionadas

à promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis, bem como ações voltadas ao estímulo do autocuidado junto à população.

Neste estudo, descrevemos a situação de saúde e práticas de autocuidado de 300 profissionais da APS vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF; bem como investigamos a associação entre cuidar de si (autocuidado) e cuidar do outro (práticas dos profissionais na APS).

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Os resultados mostraram que os profissionais de saúde que “se cuidam sempre ou frequentemente” se sentem “muito motivados” para fazer orientações sobre autocuidado para a população atendida na APS, fazem mais ações educativas e têm mais experiências profissionais sobre prevenção e manejo da obesidade e das DCNTs.
- Um terço dos profissionais vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba não faz nenhuma atividade física; dois terços fazem atividade física moderada e um terço faz atividade física vigorosa.
- A prevalência de sobrepeso e obesidade entre os médicos foi semelhante aos demais profissionais da saúde, apesar dos primeiros terem mais anos de formação durante a graduação e, possivelmente, mais conhecimento sobre os processos de saúde e doença.
- Mais de 70% dos participantes tinham uma percepção de sua alimentação como boa ou razoável.

- Praticamente metade dos médicos referiram algum transtorno mental, com prevalência maior entre os residentes do que entre os preceptores.
- Os profissionais que cuidavam de sua própria saúde apresentaram um percentual menor de transtorno mental em comparação aos que não se cuidam.
- Os residentes cuidam mais de sua saúde e fazem mais orientações sobre autocuidado no serviço do que os preceptores.

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

1) **Novos produtos:** os participantes que não praticam atividade física ou não se cuidam relataram que estavam exauridos e não tinham tempo para isso. Atualmente, muitas pessoas utilizam diferentes tipos de aplicativos para auxiliar no cuidado com a saúde. Seria interessante que Entidades Federativas (União, Estado ou municípios) pudessem desenvolver ou fazer parcerias para disponibilizarem plataformas de incentivo à atividade física, com diferentes modalidades, estimulando os profissionais de saúde a utilizarem-nas e a fazerem a divulgação do uso das mesmas junto à população.

Há que se considerar também a oferta de orientações sobre gestão do tempo e como podemos associar a prática de atividade física e a modificação dos hábitos relativos à alimentação. Assim, nessa plataforma, ainda poderiam ser incluídas orientações sobre como alimentar-se e como fazer as receitas saudáveis, além de aulas sobre como realizar caminhada, corrida, ou musculação em casa ou no trabalho, utilizando o tempo disponível. Seria importante também

oferecer orientações sobre como organizar grupos na APS ou na comunidade para ampliar a convivência social.

2) Pesquisas futuras: estudos do tipo intervenção educativa sobre autocuidado, envolvendo profissionais da APS, com aplicação de pré e pós-testes, para avaliar as mudanças de concepções e práticas resultantes do processo de reflexão, relacionadas às práticas individuais e estilo de vida abordados. Faz-se necessário investigar, junto aos profissionais da APS, as modalidades específicas de atividades físicas mais praticadas e as que podem motivá-los ou despertar maior interesse entre eles, a fim de fornecer dados para elaboração de ações concretas nessa área a nível de município/estado. Seria interessante também aprofundar o diagnóstico sobre transtornos mentais que afetam os profissionais da saúde, a fim de debater estratégias para melhorar a qualidade da saúde mental no grupo de profissionais que atuam na APS.

3) Implicações para participantes: as coordenações de programas de residência devem oferecer aos residentes e preceptores oportunidades, de forma sistemática, de reflexão sobre desenvolvimento de competências centradas no autocuidado e na promoção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista que estes são tidos como referências para outros profissionais na APS e para a população, no que diz respeito aos hábitos de vida por eles adotados.

4) Recomendações: o ambiente de trabalho dos profissionais da área de saúde, marcado por encontros com

sofrimentos dos pacientes, somados à constante demanda por cuidados para com o outro, predispõe esses profissionais a algumas patologias, a exemplo de obesidade e transtornos mentais. Diante da importância da prática do autocuidado para a manutenção da qualidade de vida das pessoas, recomenda-se uma especial atenção dos gestores para com esses profissionais, no sentido de elaboração de políticas públicas de saúde que possam efetivamente promover saúde. Por exemplo, seria interessante: a) organizar grupos de profissionais da APS para realização de atividades físicas, dentro ou fora do serviço, utilizando-se dos recursos disponíveis nos municípios; b) promover, em nível estadual, eventos a exemplo de corridas, envolvendo profissionais da APS dos vários municípios, numa perspectiva de incentivo às práticas de atividades físicas; c) disponibilizar, em nível estadual, uma rede de apoio voltada para os profissionais de saúde da APS, composta por profissionais como nutricionistas, psicólogos e psiquiatras, que os auxiliem no desenvolvimento e manutenção de um plano de cuidados sustentável.

SUBPROJETO 6

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

PROBLEMA INVESTIGADO

Este trabalho buscou fazer um panorama do uso das PICS pelos 300 profissionais vinculados aos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba. Algumas PICS, como a meditação e yoga, têm sido investigadas de forma sistemática, e seus benefícios para a saúde são reconhecidos na literatura. Outras PICS, como uso de plantas medicinais e fitoterápicos são amplamente utilizadas pela população. Será que os profissionais da área da saúde fazem uso das PICS na sua vida pessoal ou profissional? Que fatores influenciaram o uso das PICS? Como as residências contribuem para a formação de competências relacionadas ao uso das PICS? A formação oferecida é suficiente para habilitar o profissional a ofertar as PICS na APS?

SÍNTESE DOS RESULTADOS

- Do total de 300 respondentes deste estudo, 190 (63%) ouviram falar em PICS, sendo a resposta positiva em 100% dos casos no grupo de residentes da RMSF e em 60% para a amostra de médicos. Desse total, 91 (30%) participantes fazem uso das PICS na vida pessoal ou profissional e 22% declararam que nunca ouviram falar e não usam PICS no seu cotidiano.
- Apenas 46 médicos da MFC afirmaram que já ouviram falar e faziam uso de PICS dentre os 211 participantes, ou seja, 21,8% desse grupo; na RMSF, foram 45 respostas positivas dentre 89 respondentes, ou seja, 50,5% do grupo de multiprofissionais.
- As instituições públicas de ensino contribuem mais para formação de usuários das PICS. Considerando quem realizava as PICS: 85 (61%) eram de instituições públicas de ensino, 37 (26,6%) de instituições privadas com financiamento e 17 (12%) de instituições privadas sem financiamento.
- A maioria dos residentes que fazia uso das PICS (82,7%), trabalhava na região metropolitana de João Pessoa. Neste município, existem leis específicas voltadas à oferta de PICS, e quatro centros de referência em PICS, onde são oferecidos espaços para estágio e formação nessa área para residentes que se encontram vinculados aos programas nessa região.
- Os grupos de respondentes que faziam uso (44) e os que não faziam uso de PICS (20) tiveram várias experiências práticas durante a graduação.

- No grupo dos que usam PICS, 100 (71,9%) relataram ter tido alguma experiência com a temática na residência; entretanto, essa experiência não habilitava o profissional a realizar a prática integrativa no serviço.

O Gráfico 2 mostra as PICS mais utilizadas na vida pessoal e profissional pelos participantes. A maioria dos residentes em MFC citou o uso de Agulhamento a seco, seguido por Auriculoterapia de forma isolada e Auriculoterapia combinada com outras práticas. Dentre os participantes da RMSF, a prática mais usada foi Auriculoterapia combinada com outras PICS, seguidas por Auriculoterapia de forma isolada e práticas coletivas como Musicoterapia, Constelação Familiar, Dança Circular e Biodança.

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

1) **Novos produtos:** nossa pesquisa explorou o uso das PICS por profissionais vinculados às residências em MFC e RMSF. Entretanto, sabemos que as PICS são tratadas no mercado privado ou por organizações não-governamentais, quer seja no formato da oferta de cursos, especializações e serviços, por profissionais que não necessariamente estão vinculados à APS. Seria interessante fazer um mapeamento desses contextos e serviços no Estado, buscando compreender melhor como é este cenário: quem são os profissionais que estão realizando as atividades nos serviços, quais são as formações existentes no território, em que contexto são oferecidas estas práticas, quanto é cobrado por isso e quem faz uso desses serviços. Será que é possível fazer a transferência de tecnologia, ou seja, trazer algumas dessas

experiências e cenários para a APS ou para as instituições de ensino superior?

2) Pesquisas futuras: verificamos que ~20% dos médicos e ~50% dos multiprofissionais já fizeram uso ou utilizam alguma PICS. Seria interessante eleger uma ou mais práticas, como meditação, fitoterapia, para trabalhar as evidências da literatura (revisões sistemáticas) e apresentar experiências exitosas nas residências, com o objetivo de fazer estudos do tipo intervenção educativa ou intervenções de saúde, ou seja, convidar os profissionais para fazer uso dessas práticas e avaliar a sua influência na saúde, utilizando instrumentos validados para esse acompanhamento. O profissional que não tem a prática do uso das PICS não deve também reconhecer seus benefícios; por essa razão, pesquisas que envolvessem uso das PICS poderiam melhorar esse panorama.

3) Implicações para participantes: pensando na ampliação da oferta de serviços a partir das sugestões das PICS que os residentes manifestaram interesse em formação, se mostra necessária uma agenda formativa e criação de Comitês que possam regulamentar o oferecimento de cursos/especializações em PICS e estimular a organização comunitário-territorial para a implementação.

4) Recomendações: reiteramos a relevância das propostas já aprovadas na 17ª Conferência Nacional de Saúde para as PICS. Além disso, recomendamos a criação de centros de referência em PICS nas macrorregiões de saúde do Estado e o incentivo da gestão municipal em propiciar locais dentro

das Unidades Básicas de Saúde e apoiar a formação de profissionais na APS. Estas ações poderão ampliar as oportunidades de formação e estágios durante as residências. Faz-se necessário fomentar espaços, a exemplo de fóruns descentralizados em cada macrorregião de saúde, para que os municípios busquem aprovar leis municipais para implementação das PICS e centros de referência em PICS, a semelhança da experiência do município de João Pessoa.

Práticas Integrativas e Complementares (PICs) utilizadas na vida pessoal ou profissional

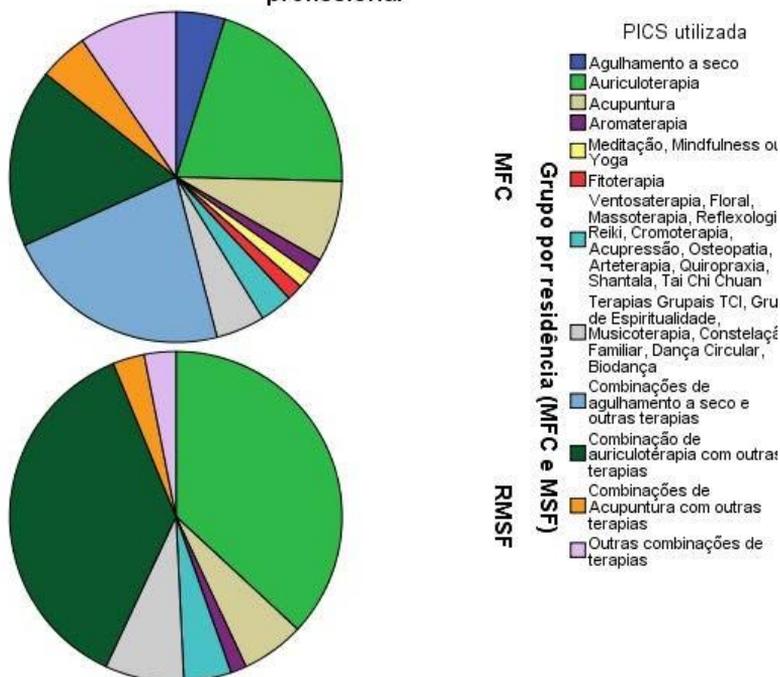


Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) utilizadas na vida pessoal ou profissional por residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil (Oliveira et. al, 2024).

AGRADECIMENTOS

Os mestrandos, orientadores e colaboradores deste trabalho são gratos(as) a todos(as) residentes e preceptores dos programas de residência em MFC e RMSF do Estado da Paraíba que participaram desta pesquisa.

Em especial, queremos agradecer aos coordenadores dos programas e instituições de ensino superior pela colaboração, apoio e paciência.

Gratidão:

À Dra. Maria Jeanette de Oliveira Silveira, representando a residência em MFC da Secretaria de Saúde do município de Campina Grande e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Aos Drs. Alexandre Medeiros de Figueiredo e Alexandre José de Melo Neto, representando a residência em MFC da Universidade Federal da Paraíba.

À Dra. Mirian Ferreira Da Silva, representando a residência em MFC do município de Cabedelo em parceria com a UFPB.

Aos Drs. Wellington Pedro de Sousa e Lenildo Filho Dias de Moraes, representando a residência em MFC do município de Mamanguape em parceria com a UFPB.

Ao Dr. Felipe Castro, representando a residência em MFC do Centro Universitário UNIPÊ (Cruzeiro do Sul).

Às Profa. Ms. Lucineide Alves Vieira Braga e Maria Albanete Santos de Lima, representando a residência em MFC e RMSF da Afya Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (antiga FCM).

À Dra. Cristina Maria Lira Batista Seixas, representando a residência em MFC da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).

À Dra. Valdezita Dantas de Medeiros Mazzaro, representando o corpo docente da residência em MFC da Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras.

Às Dras. Paula Christianne Gomes Gouveia Souto Maia e Rafaela de Albuquerque Paulino, e ao Dr. Miguel Águila Toledo, representando a residência em MFC do Centro Universitário de Patos (UNIFIP).

A Ms. Pedro Alberto Lacerda Rodrigues, às Dras. Kassandra Lins Braga, Cícera Amanda Mota Seabra e Vanessa Meira Cintra, na representação da Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba e o Centro Universitário Santa Maria de Cajazeiras.

Aos secretários e servidores técnico administrativos das diferentes instituições que nos auxiliaram no trabalho.

Aos municípios que envidam esforços na oferta de residência em Medicina da Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba e que fomentam a formação profissional para atuação na Atenção Primária à Saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Agradecimento especial à Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, à FIOCRUZ e à ABRASCO pelo empenho no fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde, por meio da qualificação dos profissionais que atuam na APS.

REFERÊNCIAS

MACHADO, ANA PAULA RAMOS (2024). **Autocuidado: práticas dos profissionais vinculados às residências do estado da Paraíba e suas implicações na Atenção Primária à Saúde.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

MENEZES, RAFAELA APRATO (2021). **Desenvolvimento de uma metodologia de avaliação por competências do residente de medicina de família e comunidade, através da construção de um instrumento avaliativo e manual de orientação.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

NÓBREGA, LAURADELLA GERALDINNE SOUSA (2024). **Obesidade infantil: associação da auto avaliação de competências e resolução de problemas para identificar lacunas formativas na residência.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

OLIVEIRA, JOSÉ DANÚZIO LEITE (2024). **Fatores que influenciam na permanência de médicos na Atenção Primária à Saúde após conclusão da residência de Medicina de Família e Comunidade no Estado da Paraíba.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

OLIVEIRA, JOSÉ OLIVANDRO DUARTE (2024). **Práticas Integrativas nas Residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional na Paraíba, Brasil.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

SOUZA, ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ (2024). **Inventário de competências: lacunas e potencialidades formativas nas Residências em Medicina da Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família no Estado Paraíba.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

TOSCANO, MAYSA BARBOSA RODRIGUES (2024). **Fatores associados à satisfação com os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Estado da Paraíba.** Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Estadual da Paraíba.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA	
– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba.	
Pesquisador Responsável: Silvana Cristina dos Santos	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 73484623.5.0000.5187	
Submetido em: 25/08/2023	
Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB	
Situação da Versão do Projeto: Aprovado	
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
	
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2196870	

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO



Preprints are preliminary reports that have not undergone peer review.
They should not be considered conclusive, used to inform clinical practice,
or referenced by the media as validated information.

Self-Care Practices of Professionals on Residency Programs in the State of Paraíba in Brazil and Their Implications for Primary Health Care

Ana Paula Ramos Machado
Universidade Estadual da Paraíba

Élida de Fátima Diniz Souza
Universidade Estadual da Paraíba

José Danuzio Leite Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba

José Olivandro Duarte Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba

Lauradella Geraldinne Sousa Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba

Maysa Barbosa Rodrigues Toscano
Universidade Estadual da Paraíba

Nayara Moreira Lacerda Massa
Universidade Estadual da Paraíba

Ricardo Alves Olinda
Universidade Estadual da Paraíba

Alexsandra Ferreira Tomaz
Universidade Estadual da Paraíba

Carla Campos Muniz Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba

David Matheson
University of Wolverhampton

Silvana Santos
silvanasantos@servidor.uopb.edu.br
Universidade Estadual da Paraíba

Research Article

Keywords: Self-care, Health Professionals, Primary Health Care, Residency, Paraíba

Page 1/21

Posted Date: September 30th, 2024

Artigo submetido ao periódico BMC Primary Care.

A versão preliminar publicada no Research Square encontra-se disponível:

<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5000059/v1>