



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

**JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA**

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL NA PARAÍBA, BRASIL**

**JOÃO PESSOA – PB  
2024**

JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL NA PARAÍBA, BRASIL**

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.

**Orientador:** Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira  
**Coorientadora:** Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos

**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.

O48p Oliveira, José Olivandro Duarte de.  
Práticas integrativas nas residências em medicina de família e comunidade e multiprofissional na Paraíba, Brasil [manuscrito] / José Olivandro Duarte de Oliveira. - 2024. 118 f. : il. color.

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. Dr. Felipe Proença de Oliveira, Campus V".

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

1. Atenção primária à saúde. 2. Trabalhadores da saúde. 3. Residência médica. 4. Equipe multiprofissional em saúde. I. Título

21. ed. CDD 614

JOSÉ OLIVANDRO DUARTE DE OLIVEIRA

PRÁTICAS INTEGRATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL NA PARAÍBA, BRASIL

Dissertação apresentada 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 Mestre  
em Saúde da Família em Rede  
Nacional - PROFSAÚDE

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde:  
tendências contemporâneas da  
educação, competências e estratégias.

Aprovada em: 07/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Adriana Nascimento gomes** (\*\*\*.141.584-\*\*), em **16/12/2024 10:22:15** com chave **c4a3cf60bbb011efb3a01a1c3150b54b**.
- **Felipe Proença de Oliveira** (\*\*\*.531.190-\*\*), em **16/12/2024 09:56:19** com chave **24a83670bbad11efa0941a1c3150b54b**.
- **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE** (\*\*\*.965.524-\*\*), em **16/12/2024 10:00:15** com chave **b1bfde82bbad11ef96182618257239a1**.

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/](https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/) e informe os dados a seguir.

**Tipo de Documento:** Folha de Aprovação do Projeto Final

**Data da Emissão:** 16/12/2024

**Código de Autenticação:** 47266f



## **Dedicatória**

*À Oliveira, Cordelia, Samuel, Anderson Angel  
e todas as equipes e territórios das Estratégias de Saúde da Família que colaborei.*

## AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira, assim como a coorientadora Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos, meu mais sincero sentimento de gratidão por assumir com responsabilidade, proatividade, dedicação e sensibilidade a labuta não apenas em colaborar na construção deste TCM, mas pelas tão acaloradas conversas e reflexões em sala de aula.

A cada um dos docentes e das docentes do ProfSaúde que possibilitaram alargamento dos meus conhecimentos.

Aos docentes que participaram da banca de qualificação e de defesa, gratidão pelas orientações oportunas e afetuosas, prontamente incorporadas na dissertação.

Aos funcionários e funcionárias da Universidade Estadual da Paraíba, enquanto mobilizadores de ações e resolutividades burocráticas.

Aos residentes em MFC e RMSF, preceptores, preceptoras, coordenadores, coordenadoras, instituições e ESP-PB, que foram verdadeiramente indispensáveis para conclusão do escrito.

Aos amigos e amigas do ProfSaúde tenho vocês como abrigo e não raras vezes, princípios geradores de vida.

Aos que me ajudaram nos primeiros passos, meu Pai Oliveira Liberato Sá e minha Mãe Maria Cordelia Duarte, que ofereceram as ferramentas básicas e indispensáveis para a saída do aconchego, tranquilidade e leveza do lar. Bem como meu Irmão Francisco Samuel Duarte de Oliveira, tias, tios, primas, primos, avós e avôs, conquistei de cada um e cada uma a sabedoria interior.

A Anderson Angel Vieira Pinheiro estima e satisfação por se tornar parceiro de construções.

Em síntese, desses encontros tenho feito o caminho do autoconhecimento solidário e que por mais individual a jornada, não está desagregada do coletivo.

## EPÍGRAFE

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (FREIRE, 2003, p. 61).

## RESUMO

No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram incluídas no Sistema Único de Saúde (SUS) com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006, a operacionalização das PICS tem sido desafiante. O processo formativo em nível de graduação, residência médica ou multiprofissional, pode contribuir para a implantação das PICS em cenários de saúde. Neste trabalho, o objetivo foi investigar as experiências com PICS entre estudantes e preceptores de programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, compreendendo como o processo de formação contribui para o desenvolvimento de competências e utilização das PICS nos serviços de saúde. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Ao todo, 364 residentes e preceptores vinculados aos 10 programas de RMFC e à RMSF do Estado da Paraíba. Desse total, 300 residentes e preceptores responderam ao questionário, sendo 211 médicos e 89 multiprofissionais. Os dados foram coletados por questionário eletrônico durante o período de julho a dezembro de 2023, sendo realizada análise descritiva e inferencial por meio do software estatístico R. As variáveis de agrupamento foram “usa PICS na vida pessoal ou profissional”, “tipo de residência” (RMFC ou RMSF) ou “posição na residência” (residente ou preceptor); sendo utilizado o Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para verificar se havia associação entre as variáveis preditoras e a variável de agrupamento. Considerou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) como diferença estatisticamente significativa. Dos 300 respondentes, a maioria era mulheres (70,1%) sem companheiro(a) (53,7%) e não tinha filhos (76,2%). Ao todo, 190 (63%) ouviram falar em PICS, e um terço utilizava alguma PICS em sua vida pessoal ou profissional. O uso das PICS na vida pessoal ou profissional foi associado com ter concluído a graduação em instituição pública, ter várias experiências com a temática na graduação, ser preceptor com mais experiência na Atenção Primária à Saúde (APS) e atuar na região metropolitana de João Pessoa, onde existem centros especializados de formação em PICS. Durante a residência em RMFC e RMSF, as atividades acadêmicas contribuem para que o profissional tenha mais conhecimento sobre as PICS; entretanto, essa formação não os habilita para oferecer as PICS na APS. 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).

**Descritores:** Práticas Integrativas e Complementares. Atenção Primária à Saúde. Trabalhadores da Saúde. Residência Médica. Equipe Multiprofissional.

## ABSTRACT

In Brazil, Integrative and Complementary Health Practices (PICS) were included in the Unified Health System (SUS) with the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), approved in 2006, the operationalization of PICS has been challenging. The training process at undergraduate, medical residency or multidisciplinary level can contribute to the implementation of PICS in healthcare settings. In this work, the objective was to investigate experiences with PICS among students and preceptors of Residency programs in Family and Community Medicine (RMFC) and Multiprofessional Residency in Family Health (RMSF) in the state of Paraíba, understanding how the training process contributes for the development of skills and use of PICS in health services. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. In total, 364 residents and preceptors linked to the 10 RMFC programs and the RMSF of the State of Paraíba. Of this total, 300 residents and preceptors responded to the questionnaire, 211 of whom were doctors and 89 were multidisciplinary. Data were collected by electronic questionnaire during the period from July to December 2023, with descriptive and inferential analysis carried out using the statistical software R. The grouping variables were “uses PICS in personal or professional life”, “type of residence” (RMFC or RMSF) or “residency position” (resident or preceptor); the Chi-square test or Fisher's exact test was used to verify whether there was an association between the predictor variables and the grouping variable. A significance level of 5% ( $p < 0.05$ ) was considered a statistically significant difference. Of the 300 respondents, the majority were women (70.1%) without a partner (53.7%) and did not have children (76.2%). In total, 190 (63%) had heard of PICS, and a third used some PICS in their personal or professional life. The use of PICS in personal or professional life was associated with having completed an undergraduate degree at a public institution, having several experiences with the subject during graduation, being a preceptor with more experience in Primary Health Care (PHC) and working in the metropolitan region of João Pessoa, where there are specialized PICS training centers. During residency at RMFC and RMSF, academic activities contribute to the professional having more knowledge about PICS; however, this training does not qualify them to offer PICS in PHC. The technical product produced consisted of a conclusive technical report, in the format of a portfolio for dissemination, with a synthesis of the findings of the research group's work, suggestions and recommendations for study participants, aiming for improvements in the training process implemented in the residences. This Master's Completion Work is the result of the *stricto sensu* Professional Master's in Family Health Postgraduate Program (PROFSAÚDE).

**Keywords:** Integrative and Complementary Practices. Primary Health Care. Health Workers. Medical Residency. Multidisciplinary team.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Resultados da análise descritiva e bivariada sobre quem utiliza ou não as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na vida pessoal e profissional, no grupo de residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil.

Tabela 2: Descrição e associação das experiências pessoais, acadêmicas e profissionais com a utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na vida pessoal e profissional, entre residentes preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: 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.

Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) de interesse para formação futura citadas pelos 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.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESP – PB – Escola de Saúde Pública da Paraíba

FAMENE – Faculdade Nova Esperança

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IES – Instituição de Ensino Superior

OMS – Organização Mundial de Saúde

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PPP – Projeto Pedagógico do Programa

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RMFC – Residência em Medicina da Família e Comunidade

RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCI – Terapia Comunitária Integrativa

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNIFIP – Centro Universitário de Patos

UNIPÊ – Centro Universitário de João Pessoa

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS</b> .....	14
<b>1.1 Introdução</b> .....	14
<b>1.2 Objetivos</b> .....	16
<b>1.2.1 Objetivo geral</b> .....	16
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b> .....	16
<b>1.3 Revisão de literatura</b> .....	17
<b>1.3.1 Desenvolvimento de competências na residência em saúde</b> .....	17
<b>1.3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)</b> .....	18
<b>CAPÍTULO 2 – MÉTODOS</b> .....	24
<b>2.1 Tipo de estudo e população</b> .....	24
<b>2.2 Variáveis</b> .....	24
<b>2.3 Análise estatística</b> .....	25
<b>2.4 Aspectos éticos</b> .....	25
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	27
<b>3.1 Resultados</b> .....	27
<b>3.2 Discussão</b> .....	36
<b>CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO</b> .....	40
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	49
<b>APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA</b> .....	52
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	117
<b>ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO</b> .....	118

## CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

### 1.1 Introdução

No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram incluídas no Sistema Único de Saúde (SUS) com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006; sendo que esse termo corresponde à denominação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de “Medicina Tradicional e Complementar” (Brasil, 2015; OMS, 2013). Às PICS são tratamentos que estimulam o autocuidado e que garantem a integralidade da assistência, atendendo aos princípios do SUS. As PICS, entretanto, não buscam superar ou substituir formas de tratamentos alopáticos, mas se configuram como uma alternativa a ser utilizada conjuntamente, ou de forma suplementar, aos tratamentos convencionais no cuidado da saúde, fortalecendo o acolhimento e vínculo do usuário ao serviço (Brasil, 2006).

A PNPIC, de início, buscou estimular o conhecimento e incorporação de experiências que já vinham sendo desenvolvidas nos serviços de saúde, destacam-se aquelas no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, da Homeopatia, da Fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia. Posteriormente, foram introduzidas outras 24 práticas e recursos terapêuticos (arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais) e, com isso, o SUS passou a ofertar 29 diferentes PICS à população. Houve uma ampliação da diversidade de recursos terapêuticos e de profissionais vinculados às PICS (Brasil, 2018).

No Brasil, a forma de operacionalização das PICS, em alguns serviços, mantém-se associada aos modelos hegemônicos de cuidado, o que dificulta a sua implantação e avaliação de resultados. Neste caso, a figura do médico, como o único profissional habilitado para prescrever e executar os tratamentos, dificulta ou até inviabiliza a participação de outros profissionais da saúde na implantação das PICS nos serviços. A depender da implicação do médico na utilização das PICS, essa estratégia pode ser desmotivada para o uso pela população. Em uma pesquisa realizada por Thiago e Tesser (2011), foram avaliadas as concepções sobre PICS envolvendo 177 médicos e enfermeiros das ESF em Florianópolis (SC). Os resultados apontaram que 88,7% dos profissionais não conheciam as diretrizes de implantação das PICS;

contudo 81,4% concordavam com sua inclusão no SUS, e a maioria (59,9%) demonstrou interesse em capacitações para utilizar as PICS nos serviços de saúde.

O processo formativo em nível de graduação, residência médica ou multiprofissional, pode contribuir para a implantação das PICS em cenários de saúde. Em 2020, foram publicadas as matrizes de competências para os cursos de residência médica pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) (Brasil, 2020); dentre as quais foi estabelecida como necessária a formação dos residentes para conhecer e compreender as PICS. Entretanto, nas diretrizes para programas de residência multiprofissional, publicadas em 2012, não se verifica a menção ao desenvolvimento de competências para inclusão das PICS na APS. Pouco se sabe, entretanto, sobre os fatores que estão associados ao uso das PICS por profissionais da área da saúde, e como os processos formativos, em nível de residência, podem favorecer ou não a habilitação do profissional para utilização das PICS na APS.

Neste estudo, o objetivo foi investigar as experiências com PICS entre estudantes e preceptores dos programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, buscando compreender como o processo formativo contribui para o desenvolvimento de competências e oferta das PICS na APS.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo Geral

- Investigar as experiências com PICS entre estudantes e preceptores de programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, compreendendo como o processo de formação contribui para o desenvolvimento e utilização das PICS.

### 1.2.2 Objetivo Específico

- Mapear as experiências de PICS no Estado da Paraíba em cenários de saúde que tenham estudantes em RMFC e RMSF;
- Verificar como a temática das PICS foi abordada durante o curso de graduação dos residentes participantes do estudo;
- Identificar experiência(s) profissional(is) pregressa(s) ou participação em curso(s) de formação sobre PICS;
- Investigar os fatores que contribuem para o desenvolvimento de competências para realizar PICS na APS.

## 1.3 Revisão de Literatura

### 1.3.1 Desenvolvimento de competências na residência em saúde

Competência profissional pode ser definida como a “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários ao desempenho eficiente e efetivo das atividades requeridas no contexto do trabalho” (Santos, 2011; p.87). No caso da área da saúde, o profissional deve desenvolver a capacidade de cuidar do outro, resolvendo situações específicas dos indivíduos e da coletividade; considerando, para tanto, a reflexão crítica e a conjuntura social dessas pessoas (Santos, 2011). Deluiz (2001) assinala que, durante a formação profissional, é importante que os discentes tenham acesso às situações da prática em que possam desenvolver competências que envolvam o cuidado em saúde.

A formação de profissionais com base em currículos organizados por matrizes de competências é um desafio, tendo em vista a tradição de currículos engessados e disciplinares, que pouco dialogam com as reais necessidades dos serviços de saúde (Santos, 2011). O currículo baseado em competências situa-se numa dimensão processual do aprendizado (Santos, 2011). Segundo Perrenoud (1999), com essa proposta de disposição curricular, as competências podem assumir características gerais e específicas e mobilizar várias outras interações. Sendo assim, conteúdos disciplinares se desdobram enquanto meios e não finalidades em si.

O trabalho curricular com base em competências deve considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados numa lógica de resolução de problemas, buscando a pactuação e condução de projetos e adotando um planejamento flexível. A avaliação deve refletir esse processo de formação de competências para resolver problemas, de maneira a integrar o máximo possível as diferentes disciplinas (Perrenoud, 1999).

A formação profissional na área da saúde teve avanços nos últimos anos, com a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os diferentes cursos de graduação, a melhor definição dos projetos pedagógicos de cursos e das competências a serem desenvolvidas ao longo da formação. Entretanto, essas orientações curriculares não são em si suficientes para a mudança das práticas e melhoria da resolubilidade desses profissionais nos serviços da APS, sendo fundamental fomentar a resolução de problemas e a reflexão da prática na formação desses profissionais, com ênfase na percepção da integralidade (Lima et al, 2012).

No caso da formação na área da saúde no Brasil, os currículos da graduação e pós-graduação devem enfatizar a compreensão e a reflexão sobre como se organiza o SUS. O

profissional deve ter a capacidade de orientar suas ações com base nos princípios e diretrizes do SUS, que são: a universalidade ou o acesso à saúde para todos; a equidade, que é a assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de classes ou grupos; a integralidade da assistência nas ações e serviços, preventivos e curativos, procurando-se ver o sujeito como um todo; a participação da comunidade, caracterizada pelo envolvimento da sociedade na formulação de diretrizes e prioridades, no controle e fiscalização dos serviços de saúde; e, por fim, a descentralização político-administrativa e compartilhamento das responsabilidades entre as diferentes esferas do governo federal, estadual e municipal, na proposição e ações de saúde (Levcovitz et al, 2001).

Os currículos com base em matriz de competências têm orientado também os cursos de pós-graduação, como as residências médicas e multiprofissionais. Por exemplo, em 2020, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) aprovou a Resolução 9/2020, na qual foi definida a matriz de competências dos Programas de RMFC (Brasil, 2020), utilizada para elaboração dos projetos pedagógicos dos cursos. No que se refere ao processo de formação de um residente, espera-se desenvolvimento de suas competências na resolução de problemas de saúde a partir da vivência prática nos serviços; articulando as atividades de ensino, estudos teóricos e produção de conhecimento. Neste mesmo documento, foi estabelecida como necessária a formação dos residentes para conhecer e promover as PICS. No caso das diretrizes para os programas de residência multiprofissional, publicados em 2012, não foi mencionada a formação de competências para inclusão das PICS na APS.

### **1.3.2 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)**

As PICS têm suas raízes nas práticas populares de cuidado e processo de reconhecimento da cultura popular como uma alternativa a ser inserida nos serviços de assistência à saúde. Os saberes acumulados ao longo de centenas a milhares de anos, transmitidos oralmente na maior parte das vezes, de pais para filhos, das comunidades tradicionais, foram vistos como “conhecimento de senso comum” ou “conhecimentos de leigos”; sendo, portanto, ignorados ou menosprezados nas sociedades mais modernas. Conforme Santos (2000), a diferenciação entre ciência e senso comum, no desenvolvimento da modernidade, induziu a sociedade a ignorar, desprezar e desqualificar outras verdades que não as científicas. Essa subvalorização dos saberes populares ou tradicionais, espalhada pelo planeta, com o crescente processo da globalização, esteve associada a uma visão equivocada da supremacia científica e ao monopólio institucional da verdade adquirido pela ciência na saúde.

A semente da introdução das PICS no sistema de saúde remonta ao reconhecimento, na carta de princípios de 07 de abril de 1948, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), de que a saúde é o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, contemplando, portanto, a complexidade das práticas de cuidado. O próprio conceito de cuidado vem evoluindo no tempo; tendo em vista que prevaleceu, durante muito tempo, a racionalidade ocidental e técnica, baseada no conhecimento biomédico. Sawaia (1995) apontou que os problemas relacionados à saúde têm sido tradicionalmente norteados por intervenções marcadas pela compreensão descontextualizada do processo saúde-doença, privilegiando-se, assim, nas políticas públicas, o modelo clínico curativo, com medidas assistenciais. Essa concepção é notória na forma de responder às demandas por atenção à saúde, geralmente providenciadas a partir de um modelo médico biologizante, com visão reducionista e na exclusão dos aspectos sociais e culturais que caracterizam o ser humano.

As PICS vêm inspirando cada vez mais a compreensão de uma racionalidade médica que contemple outras dimensões do ser humano, refletindo sobre como a fragilidade econômica e social, assim como as condições de vida em que pessoas estão submetidas estão relacionadas às doenças (Valla, 2001). Nos últimos vinte anos, principalmente, houve o reconhecimento de outras práticas de saúde como as orientais, a exemplo da meditação, do yoga, do Reiki, acupuntura, dentre outras; e das práticas de comunidades tradicionais, como o uso das plantas medicinais por indígenas, quilombolas, dentre outras (Brasil, 2018). No mundo, verificou-se uma valorização da PICS que têm impactado os profissionais da saúde. Por exemplo, se considerarmos os médicos, na Suíça, cerca de 46% deles têm alguma formação em PICS; e, em outros países do ocidente, verificou-se prática crescente no uso de ervas medicinais e tratamentos quiropráticos, assim como da acupuntura (De Mendonça et al., 2018).

Na Constituição Federal brasileira de 1998, a saúde foi entendida como um direito de todos e dever do Estado, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde. Em 1990, foi criado o SUS e, em 2006, foi estabelecida a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Os saberes e práticas de tratamento orientais, e baseados em saberes populares, foram incorporados como tratamentos complementares ao estabelecido pela Ciência. Desde então, as PICS vêm ganhando visibilidade principalmente devido ao esforço de grupos de trabalho consagrados a organizar projetos e políticas para a área (Júnior, 2016).

A PNPIC contempla atualmente as 29 possibilidades de cuidado, a saber: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação familiar,

Cromoterapia, Dança circular, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de mãos, Medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Plantas medicinais – fitoterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de florais, Termalismo social/crenoterapia e Yoga (Brasil, 2018).

A PNPIC priorizou a inserção das PICS na APS, pois os profissionais da ESF são os seus maiores promotores no SUS. Segundo o último informe do Ministério da Saúde, a oferta de PICS, em 2016, existia em 9.470 estabelecimentos de saúde distribuídos em 56% (3.097) dos municípios brasileiros; e na APS, em 54% deles. A oferta desses serviços estava concentrada nas capitais, principalmente nas regiões Sul e Nordeste (Brasil, 2020).

No estudo sistematizado por Sousa e Tesser (2017) em cinco grandes municípios brasileiros, foram identificados quatro tipos básicos de inserção das PICS no SUS e na APS. O primeiro é a prática da PICS por profissionais da APS, que tiveram formação ou foram capacitados para oferecer este serviço no local onde atuam. Nesse caso, o perfil da demanda e o acesso às PIC tendem a ser os mesmos da APS; já que há integração da PICS com o atendimento médico do serviço. O segundo é a prática por profissionais da APS que se dedicam exclusivamente às PICS, sendo o acesso mais restrito e há necessidade de referência; o terceiro tipo diz respeito aos profissionais matriciadores que atendem de forma individualizada ou coletiva, em um atendimento único sem continuidade; o quarto tipo reflete os serviços de PICS em ambientes especializados, não raras vezes isolados da APS.

Descrever o perfil dos profissionais que praticam as PICS na APS é um desafio. A maioria das práticas podem ser realizadas por profissionais sem registro específico ou vínculo formal com a oferta da PICS nos serviços de saúde (Tesser et al, 2018). Profissionais com registro específico em PICS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) são poucos (4.104), com predominância de acupunturistas (médicos, 8,4%, e fisioterapeutas, 19%) e homeopatas (médicos, 31,8%) (Tesser et al, 2018).

Em uma pesquisa realizada por Thiago e Tesser (2011) foi avaliada a concepção de 177 médicos e enfermeiros das ESF em Florianópolis (SC) a respeito das PICS. Os resultados apontaram que 88,7% dos profissionais não conheciam as diretrizes de implantação das PICS; contudo 81,4% concordavam com sua inclusão no SUS, e a maioria (59,9%) demonstrou interesse em capacitações para utilizarem as PICS nos serviços de saúde. Esses dados evidenciam que há espaço para formação e para ampliação da oferta das PICS nos serviços de saúde.

A literatura aponta evidências da efetividade das PICS. A acupuntura contribui no tratamento das dores em articulação temporomandibular, osteoartrite, neuralgia do trigêmeo, gastrite, enxaqueca e demandas de saúde mental (Vickers et al., 2004); além de parestesia, hemiplegia e obesidade (Cabyoglu, Hergen E Tan, 2006). Em relação ao uso de fitoterápicos, um estudo randomizado envolvendo 109 pacientes de Diabetes Mellitus Não-insulino-dependente mostrou que o pó de cássia (*Cinnamomum cassia*) diminuiu os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) (Crawford, 2009). Outro trabalho mostrou o efeito protetor do medicamento homeopático *Chelidonium majus* sobre o fígado (Banerjee et al., 2010). No mapa de evidências disponibilizando na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Instituto de Saúde de São Paulo (2021) mostrou resultados favoráveis à prática de diferentes tipos de meditação e *mindfulness* para doenças cardiovasculares, com redução significativa da pressão arterial sistólica e diastólica, bem como benefícios em transtornos depressivos.

Além das evidências favoráveis ao uso de PICS para terapia individual, existem dados mostrando efetividade das PICS para terapia em grupos, como é o caso da TCI. Este tratamento foi criado por pesquisadores de Fortaleza, no Nordeste brasileiro, e foi a terapia não-individual mais citada no último relatório do Ministério da Saúde sobre PICS (Brasil, 2020).

No estudo de Tesser, Souza e Nascimento (2018), a TCI foi a quarta PICS (10,4%) mais ofertada pelas equipes de APS no Brasil, estando atrás apenas das práticas corporais da medicina tradicional chinesa (16,6%), plantas medicinais e fitoterapia (14,9%) e acupuntura (12,7%). A importância da TCI como PICS pode ser justificada em virtude da elevada prevalência de transtornos psiquiátricos na população e demanda por cuidados contínuos na APS (Menezes et al., 2019; Silveira; Vieira, 2009). Entretanto, para formação em TCI, são necessários dois anos para formação com a realização de rodas de conversa presencialmente no município de Fortaleza, o que demanda o investimento, em média, de R \$4.000,00 reais (quatro mil reais).

Em estudo realizado por Nascimento e Oliveira (2016), no Rio Grande do Norte, dos 66 equipamentos de saúde da APS, 37 ofertavam alguma PICS realizada em grupos, sendo identificadas 15 modalidades, a saber: relaxamento, meditação e yoga, Tai Chi Chuan, grupos de suporte mútuo, cuidadores de Alzheimer, tenda do conto, grupo de prosa com mulheres, grupo de bordadeiras, grupo de idosos, grupo de caminhadas, grupo de terapia e arte, grupos de contação de histórias, terapia comunitária e teatro do oprimido. Os autores salientaram o relato dos entrevistados em relação à falta de interesse de gestores e de espaços de formação, justificando que os facilitadores desenvolveram redes de apoio e trocas de saberes com a comunidade ou mesmo serviços circunvizinhos.

Para oferta de PICS na APS, é necessário investimento em formação profissional e adequação de espaços para as práticas. Entretanto, a publicação da PNPIC não foi acompanhada pelo estabelecimento de linhas de fomento e orçamento para sua execução na APS; sendo uma das poucas políticas de saúde que foi aprovada sem orçamento específico (Silva et al, 2020). A partir de 2018, para o financiamento das atividades de PICS nos serviços da APS, é necessário informar a realização de PICS e recursos federais são enviados ao Fundo Nacional de Saúde e direcionados aos estados, Distrito Federal e municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada (Brasil, 2018).

Quando da criação da PNPICS, foi publicado um edital para fomento de pesquisa em 2013, a chamada MCTI/CNPq/MS – SCTIE – Decit. Nº. 07/2013, que contemplou pesquisadores de 10 estados. Os projetos investigaram as seguintes PICS: acupuntura (26%), fitoterapia (21%), auriculoterapia (10%), medicina antroposófica (4%), homeopatia (2%), meditação (2%), investigação de mais de uma PIC (16%); e 19% não especificaram nenhuma PICS (Tesser et al, 2018).

Segundo Barbosa et al (2001), a formação em graduação dos cursos em saúde tem proporcionado poucos espaços para conhecimento, formação e vivências em PICS. O autor investigou como discentes do quinto ano do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás compreendiam o uso de PICS, mostrando que a maioria deles não recebeu informações ou observaram a utilização dessas práticas nos serviços de saúde. De fato, a maioria tinha a percepção das PICS como enganação ou placebo. Bomtempo & Carneiro (2010) investigaram estudantes do segundo e décimo segundo períodos de medicina da mesma universidade, acerca do uso de fitoterapia, mostrando que 43,2% dos discentes acreditavam na sua eficácia e efetividade. Este achado estava associado ao fato de professores da instituição fazerem a prescrição de fitoterápicos e oferecerem disciplinas optativas com essa temática para os graduandos.

Nos cursos de graduação brasileiros, ainda há pouca oferta de disciplinas para formação em PICS (Nascimento et al, 2018). Por exemplo, em seis instituições de ensino superior no Rio de Janeiro, em 2014, verificou-se a oferta de apenas 46 disciplinas que abordavam PICS em cursos de saúde e a maior parte vinculada a projetos de extensão universitária. As disciplinas se concentravam mais em cursos de medicina, farmácia e enfermagem, com perfil de opcional e informativa. Isto ressalta a dificuldade de inserção do conteúdo em currículos formais, o que restringe também a investigação técnico-científica da efetividade desses tratamentos complementares (Nascimento et al, 2018).

Em relação à formação em nível de pós-graduação, o Ministério da Saúde dispõe de várias estratégias de formação e educação dos profissionais de saúde: o sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), o Programa Nacional de Telessaúde, o Programa de Educação Permanente pelo Trabalho para a Saúde, cursos de especialização e mestrado profissionalizante, que tem inserido disciplinas sobre fitoterapia e outras PICS (Gontijo; Nunes, 2017).

Na matriz de competências na Residência em MFC e pós-graduação, deve-se enfatizar os atributos da APS, como acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Brasil, 2020). Com tais pressupostos, as PICS estariam como dispositivos de cuidado que auxiliam na abordagem integral, seguimento terapêutico e fortalecimento de vínculos entre membros da equipe da APS. Segundo Christensen & De Barros (2010), há interesse em capacitações sobre o tema, o que demonstra atitudes positivas em relação à qualificação profissional. Entretanto, para inclusão das PICS nos currículos da Residência em MFC, há necessidade de formação de tutores e preceptores na temática.

Em síntese, verifica-se que desde 2006, quando foi criado o PNPIC, há abertura para oferta de práticas complementares nos serviços de saúde. A ampliação dessa oferta esbarra na ausência de profissionais habilitados e de recursos financeiros para adequação de espaços nos serviços de saúde, além da falta de interesse de gestores. Por outro lado, as instituições de ensino ainda ofertam poucas disciplinas voltadas à formação de profissionais em PICS, geralmente são disciplinas optativas ou experiências em projetos de extensão universitária. Face ao exposto, neste projeto, pretende-se mapear as ações de PICS realizadas por residentes em MFC e multiprofissional no Estado da Paraíba e investigar os fatores que contribuíram a oferta desses tratamentos na APS.

## CAPÍTULO 2 – MÉTODOS

### 2.1 Tipo de Estudo e população

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, que envolveu residentes e preceptores vinculados aos 10 programas de RMFC e à RMSF do Estado da Paraíba elegíveis para participar desta pesquisa. A investigação contemplou um projeto maior e abarcou seis propostas de pesquisa, 10 coordenadores e/ou supervisores, bem como docentes, dos cursos de residência foram entrevistados e responderam a questionários para levantamento de informações sobre o histórico dos programas, o Projeto Pedagógico do Programa (PPP), uso das matrizes de competências na elaboração do PPP e para avaliação, potencialidades e fragilidades dos cursos.

O produto da pesquisa consistiu em um Relatório Técnico no formato de *e-book* com a descrição dos cursos de residência do Estado, potencialidades e lacunas em relação à formação e recomendações para melhoria dos cursos. Além disso, como resultado do diálogo dos pesquisadores com coordenadores, residentes e preceptores, serão realizadas proposições e recomendações de ações, programas e políticas para melhoria da APS no Estado. O estudo envolveu uma população de 300 residentes e preceptores vinculados aos 10 programas de RMFC e à RMSF do Estado da Paraíba eram elegíveis para participar desta pesquisa.

Os programas de residência envolvidos na pesquisa foram os seguintes: na macrorregião de João Pessoa (I), programas oferecidos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em parceria com as secretarias municipais dos municípios de João Pessoa, Mamanguape e Cabedelo; pelo Centro Universitário de João Pessoa, Faculdades de Ciências Médicas, Faculdade Nova Esperança em parceria com as secretarias municipais de João Pessoa e municípios da região metropolitana. Na macrorregião II do Estado, os programas da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e o Centro Universitário FACISA em parceria com o município de Campina Grande. Na macrorregião III do Estado, as parcerias da UFCG, do Centro Universitário UNIFIP, da Escola de Saúde Pública da Paraíba e do Centro Universitário Santa Maria com municípios do sertão e alto sertão do Estado da Paraíba. A pesquisa foi realizada no Estado da Paraíba no período de agosto de 2023 até junho de 2024.

### 2.2 Variáveis

A variável dependente da pesquisa foi “*utiliza ou utilizou alguma PICS na sua vida pessoal ou profissional*”, sendo possível responder “sim” ou “não”. As variáveis

sociodemográficas, de formação acadêmica e de saúde foram: sexo (feminino e masculino), idade, estado civil (solteiro, divorciado ou viúvo ou união estável ou casado(a), tem filhos (as) (não ou sim), tipo de residência (MFC ou RMSF), profissão, posição no programa de residência (R1 ou primeiro ano, R2 ou segundo ano, preceptor ou tutor).

As variáveis relacionadas às percepções e aos aspectos acadêmicos foram: ouviu falar em PICS (não ou sim), descrição da experiência com PICS na vida pessoal, durante a graduação, durante a residência e na UBS ou município onde o participante atua. Com a finalidade de descrever melhor e fazer análise estatística, as alternativas de respostas foram transformadas em variáveis dicotômicas, sendo que “sim” significa que aquela alternativa foi assinalada pelo respondente. Dessa maneira, foram definidas as seguintes variáveis: não tive nenhuma experiência com PICS na graduação, havia uma disciplina sobre PICS no curso (obrigatória ou optativa), participei de um projeto de extensão sobre PICS, participei de um projeto de pesquisa sobre PICS, participei de eventos que tinham atividades relacionadas às PICS), as PICS foram trabalhadas na residência, nas aulas teóricas ou nas práticas, teria interesse em realizar formação em alguma das PICS para conhecer mais profundamente a ponto de aplicá-la no serviço, no serviço do município onde o participante atua há oferta de tratamentos utilizando alguma das PICS.

### **2.3 Análise estatística**

Os dados foram analisados por meio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2023), sendo realizada análise descritiva e inferencial. As variáveis de agrupamento foram “usa PICS na vida pessoal ou profissional”, “tipo de residência” (MFC ou RMSF) ou “posição na residência” (residente ou preceptor); sendo utilizado o Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para verificar se havia associação entre as variáveis preditoras e a variável de agrupamento. Considerou-se o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) como diferença estatisticamente significativa.

### **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 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eletrônico (TCLE).

## CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 3.1 Resultados

Do total de 300 respondentes deste estudo a taxa de resposta foi 82,41%, 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. A menor parte dos participantes (22%) declarou que nunca ouviram falar e também não usam PICS no seu cotidiano; e 2 (2,2%) tiveram resposta contraditória, pois disseram que já utilizam as PICS, mas que nunca ouviram falar nelas (Tabela 1). 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; enquanto, na RMSF, foram 45 respostas positivas dentre 89 respondentes, ou seja, 50,5% do grupo de multiprofissionais.

Ao todo, 206 (70,1%) participantes eram mulheres, 158 (53,7%) eram solteiros, divorciados ou viúvos e sem filhos (76,2%). Não foi verificada associação entre a variável de agrupamento em relação ao sexo, estado civil e ter filhos (Tabela 1). Verificou-se que 157 (54,0%) dos residentes e preceptores afirmaram que se cuidam diária ou frequentemente, 190 (64,6%) declararam ter um estado de saúde bom ou razoável e 209 (71%) tinham uma autopercepção da saúde mental como boa ou razoável. Entretanto, quando considerados esses aspectos relativos à saúde, não foram observadas associações entre os grupos (Tabela 1).

Tabela 1: Resultados da análise descritiva e bivariada sobre quem utiliza ou não as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na vida pessoal e profissional, no grupo de residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil.

		Utiliza ou utilizou PICS na vida pessoal ou profissional																			Teste p
		RMFC (N=211)						RMSF (N=89)						RESPONDENTES (N=300)							
		Não		Sim		Subtotal		Não		Sim		Subtotal		Não		Sim		TOTAL RELATIVO			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ouvir falar em PICS	Não	28	24,6	2	4,2	30	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	22,0	2	2,2	30	13,6	<0,001*	
	Sim	86	75,4	46	95,8	132	60,0	13	100,0	45	100,0	58	26,4	99	78,0	91	97,8	190	86,4		
Sexo	Feminino	88	65,2	40	56,3	128	43,5	19	95,0	59	86,8	78	26,5	107	69,0	99	71,2	206	70,1	0,682	
	Masculino	47	34,8	31	43,7	78	26,5	1	5,0	9	13,2	10	3,4	48	31,0	40	28,8	88	29,9		
Estado Civil	Sem companheiro(a)	80	59,3	38	53,5	118	40,1	10	50,0	30	44,1	40	13,6	90	58,1	68	48,9	158	53,7	0,116	
	União estável ou casado(a)	55	40,7	33	46,5	88	29,9	10	50,0	38	55,9	48	16,3	65	41,9	71	51,1	136	46,3		
Filhos	Não	109	80,7	61	85,9	170	57,8	12	60,0	42	61,8	54	18,4	121	78,1	103	74,1	224	76,2	0,426	
	Sim	26	19,3	10	14,1	36	12,2	8	40,0	26	38,2	34	11,6	34	21,9	36	25,9	70	23,8		
Autocuidado referido	Eventualmente	62	46,6	33	46,5	95	46,6	9	45,0	30	44,8	39	44,8	71	46,4	63	45,7	134	46,0	0,897	
	Diariamente	71	53,4	38	53,5	109	53,4	11	55,0	37	55,2	48	55,2	82	53,6	75	54,3	157	54,0		
Estado de saúde físico	Ruim	19	14,1	8	11,3	27	13,1	2	10,0	7	10,3	9	10,2	21	13,5	15	10,8	36	12,2	0,622	
	Bom	84	62,2	43	60,6	127	61,7	17	85,0	46	67,6	63	71,6	101	65,2	89	64,0	190	64,6		
	Muito bom	32	23,7	20	28,2	52	25,2	1	5,0	15	22,1	16	18,2	33	21,3	35	25,2	68	23,1		
Autopercepção da saúde mental	Ruim	21	15,6	8	11,3	29	14,1	2	10,0	11	16,2	13	14,8	23	14,8	19	13,7	42	14,3	0,945	
	Bom	95	70,4	47	66,2	142	68,9	15	75,0	52	76,5	67	76,1	110	71,0	99	71,2	209	71,1		
	Muito bom	19	14,1	16	22,5	35	17,0	3	15,0	5	7,4	8	9,1	22	14,2	21	15,1	43	14,6		
Posição no Programa (R1, R2 e Preceptores)	R1	75	55,6	24	33,8	99	33,7	8	40,0	23	33,8	31	10,5	83	53,5	47	33,8	130	44,2	<0,001	
	R2	41	30,4	24	33,8	65	22,1	5	25,0	22	32,4	27	9,2	46	29,7	46	33,1	92	31,3		
	Preceptor	19	14,1	23	32,4	42	14,3	7	35,0	23	33,8	30	10,2	26	16,8	46	33,1	72	24,5		
Graduação	Saúde Coletiva	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	<0,001*	
	Enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	40,0	25	36,8	33	11,2	8	5,2	25	18,0	33	11,2		
	Odontologia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	5	7,4	6	2,0	1	,6	5	3,6	6	2,0		
	Fisioterapia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	8	11,8	10	3,4	2	1,3	8	5,8	10	3,4		
	Farmácia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	9	13,2	10	3,4	1	,6	9	6,5	10	3,4		
	Nutrição	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	8	11,8	11	3,7	3	1,9	8	5,8	11	3,7		
	Medicina Veterinária	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	2	2,9	5	1,7	3	1,9	2	1,4	5	1,7		
	Psicologia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	5	7,4	6	2,0	1	,6	5	3,6	6	2,0		

	Terapeuta Ocupacional	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,9	2	,7	0	0,0	2	1,4	2	,7
	Biomedicina ou Biologia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Assistente Social	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	,3	0	0,0	1	,7	1	,3
	Educação Física	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Fonoaudiologia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	3	4,4	4	1,4	1	,6	3	2,2	4	1,4
	Médico	135	100,0	71	100,0	206	70,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	135	87,1	71	51,1	206	70,1
Instituição da graduação	Pública	35	25,9	37	52,1	72	24,5	9	45,0	48	70,6	57	19,4	44	28,4	85	61,2	129	43,9
	Privada, com financiamento	69	51,1	26	36,6	95	32,3	6	30,0	11	16,2	17	5,8	75	48,4	37	26,6	112	38,1
	Privada, sem financiamento	31	23,0	8	11,3	39	13,3	5	25,0	9	13,2	14	4,8	36	23,2	17	12,2	53	18,0
Experiência na Atenção Primária à Saúde	< 1 ano	31	23,8	13	20,0	44	15,5	7	35,0	19	27,9	26	9,2	38	25,3	32	24,1	70	24,7
	de 1 a 3 anos	76	58,5	31	47,7	107	37,8	4	20,0	22	32,4	26	9,2	80	53,3	53	39,8	133	47,0
	de 4 a 10 anos	15	11,5	15	23,1	30	10,6	6	30,0	9	13,2	15	5,3	21	14,0	24	18,0	45	15,9
	Mais de 11 anos	8	6,2	6	9,2	14	4,9	3	15,0	18	26,5	21	7,4	11	7,3	24	18,0	35	12,4
Pretensão de continuar atuando na APS	Não	62	45,9	18	25,4	80	27,2	1	5,0	10	14,7	11	3,7	63	40,6	28	20,1	91	31,0
	Sim	73	54,1	53	74,6	126	42,9	19	95,0	58	85,3	77	26,2	92	59,4	111	79,9	203	69,0
Macrorregião de atuação no estado da Paraíba	Macro I - João Pessoa	43	31,9	47	66,2	90	30,6	20	100,0	68	100,0	88	29,9	63	40,6	115	82,7	178	60,5
	Macro II - Campina Grande	23	17,0	12	16,9	35	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23	14,8	12	8,6	35	11,9
	Macro III - Cajazeiras	69	51,1	12	16,9	81	27,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	69	44,5	12	8,6	81	27,6

Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (\*) quando células tinham valores menores do que 5.

Fonte: próprio autor, 2024.

Quando analisados a experiência profissional, a instituição formadora e região de atuação, verificamos associações significativas. Os preceptores, que têm mais experiência e pretendem continuar atuando na APS, utilizam mais PICS do que os residentes. Por exemplo, dentre o grupo que não utiliza PICS, 83 (53,5%) eram R1 e com pouca experiência na APS, 46 (29,7%) R2 e 26 (16,8%) eram preceptores com mais experiência na APS.

As instituições públicas de ensino contribuem mais para formação de usuários das PICS, tendo sido observada associação significativa ( $p < 0,001$ ). Observou-se, por exemplo, que 85 (61,2%) dos respondentes que utilizam PICS eram de instituições públicas de ensino; 37 (26,6%) de instituição privada com financiamento e 17 (12,2%) de instituição privada sem financiamento. Ao todo, 82,7% de quem faz uso dessas práticas estão na região metropolitana de João Pessoa (Tabela 1).

O Gráfico 1 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 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 PICS grupais como Musicoterapia, Constelação Familiar, Dança Circular e Biodança.

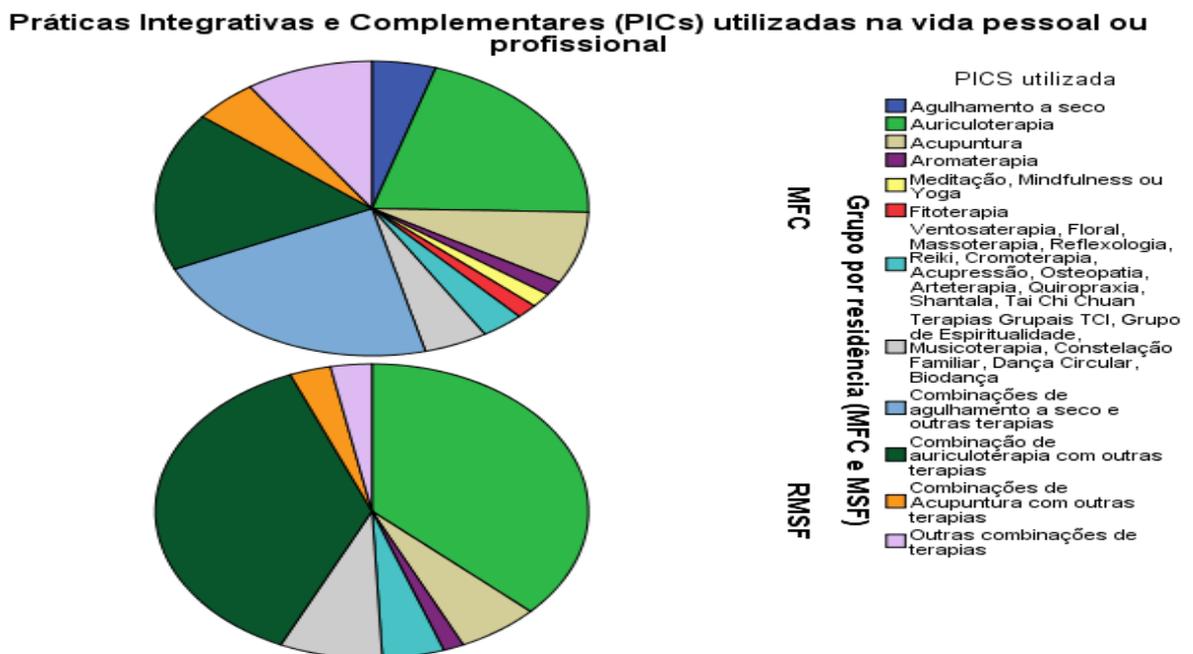


Gráfico 1: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) utilizadas na vida pessoal ou profissional por residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e

Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil. Fonte: próprio autor, 2024.

Na Tabela 2, foram mostrados os achados em relação às diferentes experiências pessoais, acadêmicas e profissionais que podem ou não influenciar no uso das PICS. A experiência com PICS na vida pessoal contribui para sua utilização futura ( $p < 0,001$ ). No grupo de respondentes que usam PICS, 44 (31,7%) afirmaram ter várias experiências com a temática na graduação e, no grupo que não faz uso de PICS, 20 (12,9%) disseram ter tido essas experiências, sendo observadas associações significativas ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2: Descrição e associação das experiências pessoais, acadêmicas e profissionais com a utilização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na vida pessoal e profissional, entre residentes preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil.

		Utiliza ou utilizou PICS				Teste p	Grupo por residência				Teste p	Posição no Programa				Teste p
		Não		Sim			RMFC		RMSF			Residente		Preceptor		
		n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Experiência com PICS na vida pessoal</b>	Nenhuma experiência pessoal	154	99,4	104	74,8	<b>&lt;0,001*</b>	198	94,3	64	72,7	<b>&lt;0,001*</b>	191	84,5	71	98,6	<b>0,001*</b>
	Uso eventual e quando necessário	0	0,0	3	2,2		3	1,4	0	0,0		3	1,3	0	0,0	
	Prática diária (meditação, yoga) para redução de estresse e melhora do sono	1	,6	32	23,0		9	4,3	24	27,3		32	14,2	1	1,4	
<b>Experiência com PICS graduação</b>	Nenhuma experiência na graduação	106	68,4	57	41,0	<b>&lt;0,001*</b>	116	55,2	51	58,0	<b>0,018*</b>	123	54,4	44	61,1	<b>&lt;0,001*</b>
	Disciplina sobre PICS	26	16,8	23	16,5		40	19,0	9	10,2		40	17,7	9	12,5	
	Projeto de extensão e/ou pesquisa	1	,6	6	4,3		3	1,4	4	4,5		3	1,3	4	5,6	
	Participei de eventos sobre PICS	2	1,3	9	6,5		4	1,9	7	8,0		1	,4	10	13,9	
	Várias atividades (disciplina e/ou eventos e/ou projetos)	20	12,9	44	31,7		47	22,4	17	19,3		59	26,1	5	6,9	
<b>Descrição do tipo de experiência com PICS na graduação</b>	Não respondeu	133	85,8	79	56,8	<b>&lt;0,001*</b>	150	71,4	66	75,0	<b>0,957</b>	162	71,7	54	75,0	<b>0,830*</b>
	Citou a PICS (Auriculoterapia, Meditação, Massoterapia, Reiki, Fitoterapia)	5	3,2	11	7,9		12	5,7	4	4,5		13	5,8	3	4,2	
	Experiência de curta duração (aulas teóricas, oficinas, práticas eventuais, congressos, ambulatórios)	7	4,5	21	15,1		20	9,5	8	9,1		23	10,2	5	6,9	
	Experiência de média ou longa duração (projetos de pesquisa, extensão, PET e/ou disciplinas, estágio e práticas na residência)	10	6,5	28	20,1		28	13,3	10	11,4		28	12,4	10	13,9	
<b>PICS na residência</b>	Não	96	61,9	39	28,1	<b>&lt;0,001</b>	108	51,4	31	35,2	<b>0,011</b>	113	50,0	26	36,1	<b>0,043</b>
	Sim	59	38,1	100	71,9		102	48,6	57	64,8		113	50,0	46	63,9	
<b>Experiência PICS na residência</b>	Nenhuma experiência na residência	123	79,4	58	41,7	<b>&lt;0,001*</b>	143	68,1	42	47,7	<b>&lt;0,001*</b>	145	64,2	40	55,6	<b>0,017</b>
	Citou a PICS (Auriculoterapia, Meditação, Massoterapia, Reiki, Fitoterapia)	9	5,8	19	13,7		13	6,2	15	17,0		20	8,8	8	11,1	

	Aulas teóricas e/ou práticas, observações eventuais na UBS e/ou Centro de PICS; entretanto, o respondente não afirma estar habilitado a realizar PICS	20	12,9	49	35,3		39	18,6	30	34,1		54	23,9	15	20,8	
	Curso ou formação em que o respondente afirma estar habilitado a realizar PICS	3	1,9	13	9,4		15	7,1	1	1,1		7	3,1	9	12,5	
<b>Interesse em formação PICS</b>	Não	76	49,7	30	21,6	<b>&lt;0,001</b>	85	40,9	23	26,4	<b>0,019</b>	91	40,4	17	24,3	<b>0,014</b>
	Sim	77	50,3	109	78,4		123	59,1	64	73,6		134	59,6	53	75,7	
<b>Município utiliza PICS</b>	Não	89	59,7	34	24,5	<b>&lt;0,001</b>	112	55,4	12	13,8	<b>&lt;0,001</b>	103	47,5	21	29,2	<b>0,007</b>
	Sim	60	40,3	105	75,5		90	44,6	75	86,2		114	52,5	51	70,8	
<b>IES ou município incentiva realização das PICS</b>	Não	105	70,0	54	38,8	<b>&lt;0,001</b>	131	64,9	29	33,0	<b>&lt;0,001</b>	131	60,1	29	40,3	<b>0,003</b>
	Sim	45	30,0	85	61,2		71	35,1	59	67,0		87	39,9	43	59,7	
<b>Experiência com PICS no município</b>	Não respondeu	148	95,5	70	50,4	<b>&lt;0,001*</b>	168	80,4	53	60,2	<b>0,001</b>	186	82,7	35	48,6	<b>&lt;0,001</b>
	Observações ou vivências com outros profissionais no serviço	3	1,9	38	27,3		24	11,5	17	19,3		27	12,0	14	19,4	
	Experiência ou estágio/rodízio em centros especializados (Centro da Harmonia, Equilíbrio do Ser)	4	2,6	31	22,3		17	8,1	18	20,5		12	5,3	23	31,9	
<b>Como você entende a inserção das PICS na Atenção Primária à Saúde</b>	Não respondeu	94	60,6	27	19,4	<b>&lt;0,001</b>	102	48,8	22	25,0	<b>&lt;0,001</b>	107	47,6	17	23,6	<b>&lt;0,001*</b>
	Expressam juízo de valor negativo com ou sem justificativa ("limitadas", "desnecessária", "frágeis", "difíceis")	15	9,7	12	8,6		20	9,6	7	8,0		22	9,8	5	6,9	
	Expressam juízo de valor positivo com ou sem justificativa ("essenciais", "necessárias", "válidas", "importantes")	46	29,7	100	71,9		87	41,6	59	67,0		96	42,7	50	69,4	
Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (*) quando células tinham com valores menores do que 5.																

Fonte: próprio autor, 2024.

Verificou-se que experiências de média ou longa duração na graduação com a temática também contribuem para que o profissional faça uso das PICS ( $p < 0,001$ ). No grupo dos que usam PICS, 100 (71,9%) relataram ter tido alguma experiência com a temática na residência; entretanto, essa experiência não habilita o profissional a realizar a prática integrativa no serviço, tendo em vista que necessitam de formação prévia. A maior parte desse grupo tem interesse em formação complementar na temática (Tabela 2). O Gráfico 2 mostra as PICS de interesse para formação futura.

### Práticas Integrativas e Complementares (PICs) de interesse para formação futura

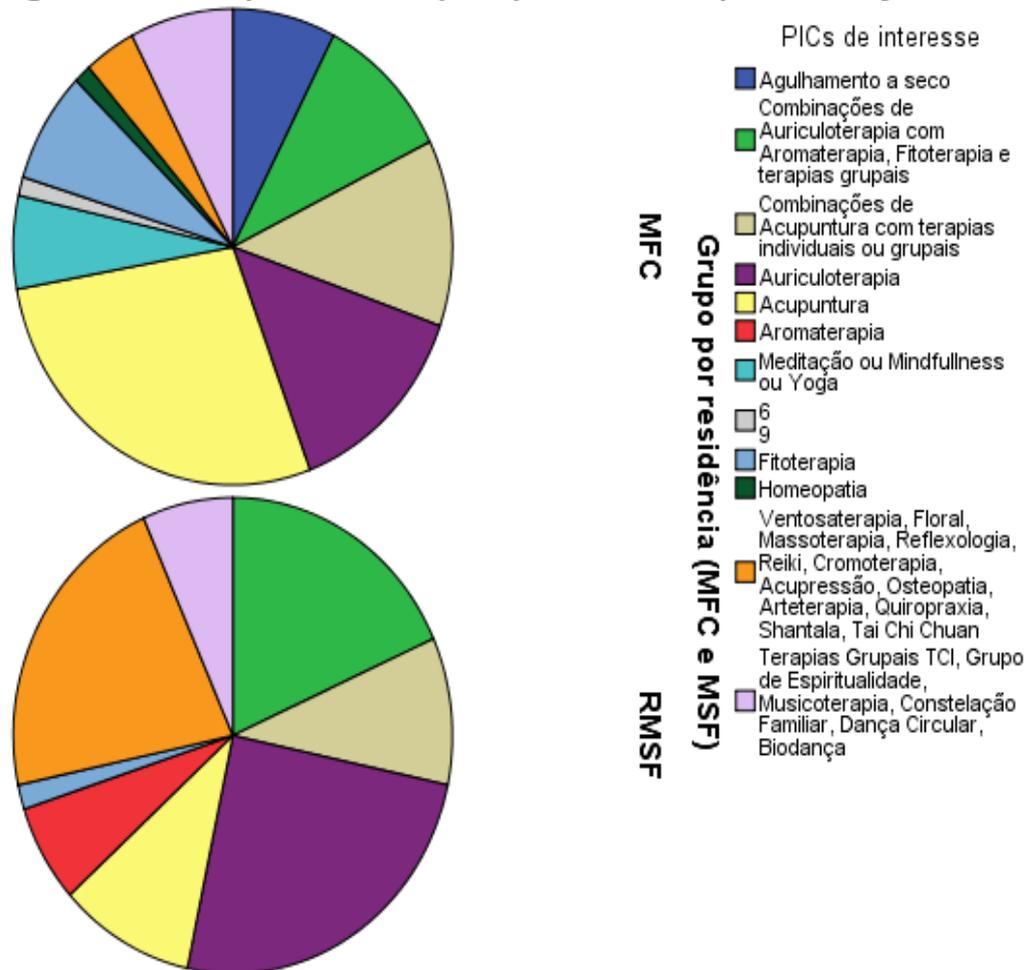


Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) de interesse para formação futura citadas pelos residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil. Fonte: próprio autor, 2024.

Ao serem questionados se os municípios onde os participantes trabalham faziam uso de PICS, as respostas entre o grupo que faz uso de PICS e os que não fazem teve associação significativa ( $p < 0,001$ ). O grupo que faz uso de PICS vê de forma mais positiva o incentivo do município ou instituição de ensino superior em relação às PICS e relatam mais experiências também. Por exemplo, enquanto 31 (22,3%) dos participantes, incluídos no grupo que faz uso de PICS, afirmaram ter experiências como estágios e/ou rodízios em centros especializados nas práticas integrativas; apenas 4 (2,6%) do grupo que não faz uso de PICS relataram terem tido essas experiências (Tabela 2).

Quando questionados em relação ao seu entendimento da inserção das PICS na APS, houve associação significativa ( $p < 0,001$ ). Enquanto 100 (71,9%) dos participantes que usam PICS na vida pessoal ou profissional expressaram juízo de valor positivo em relação a essas práticas, considerando-as "essenciais", "necessárias", "válidas" ou "importantes"; no grupo que não faz uso das PICS, essa proporção foi bem menor, sendo 29,7% dos respondentes desse grupo. Verifica-se, portanto, que a experiência com PICS, na vida pessoal, durante a graduação ou no serviço é bastante importante para sua valorização e utilização na prática profissional (Tabela 2).

Na Tabela 2, também foram comparadas as experiências acadêmicas e profissionais entre os residentes vinculados aos programas de MFC e RMSF. Verificou-se que, entre os médicos, 198 (94,3%) não tinham nenhuma experiência com PICS na vida pessoal; enquanto, entre os participantes da RMSF, essa proporção foi de 72,7%, sendo essa associação significativa ( $p < 0,001$ ). Os achados apontam a experiência durante a residência, por meio de aulas teóricas ou práticas, observações eventuais na UBS ou centro de PICS, contribui para que essas práticas sejam utilizadas pelo profissional. Verificou-se também que a experiências com a temática durante a graduação não tiveram associação significativa entre os médicos e profissionais da RMSF. Ou seja, no caso da RMSF, são as experiências na formação em nível de residência que mais contribuem para o profissional fazer uso de PICS.

### 3.2 Discussão

Este é o primeiro trabalho que faz um retrato do uso das PICS envolvendo dez diferentes programas de residência em MFC e RMSF no estado da Paraíba; analisando os fatores que contribuem para sua inserção nos serviços de saúde. Ao todo, 30% dos participantes utilizam ou já utilizaram alguma PICS em sua vida pessoal ou profissional. Destaca-se que, 40% dos médicos declararam que nunca tinham ouvido falar em PICS. Apenas 5,7% dos médicos participantes relataram alguma experiência com PICS na vida pessoal, enquanto essa proporção foi de 28,3% para os profissionais vinculados à RMSF. A aceitação das PICS pode ter relação com a formação; tendo em vista que os enfermeiros demonstram mais abertura para uso dessas práticas do que os médicos. Alguns autores têm apontado a falta de conhecimento e de habilidades específicas para sua indicação como uma das principais dificuldades de acesso às PICS nos diversos níveis de atenção (Andrade, Costa, 2010; Ruela et al, 2019).

Neste trabalho, observou-se que os preceptores, que em sua maioria foi formada em IES públicas, com mais experiência na APS, utilizam mais PICS do que os residentes. Ao todo, cerca de 61% dos participantes que usam ou utilizam PICS na sua vida pessoal ou profissional concluíram sua graduação em IES públicas. Nascimento e colaboradores 11 mostraram, por exemplo, um crescimento de cerca de 300% na oferta de disciplinas que contemplam as PICS na graduação em saúde das IES públicas de 2000 até 2015. O cenário de formação em PICS no estado da Paraíba é, portanto, um pouco diferente do que é observado no restante do Brasil. Alguns autores apontam que a formação profissional em diferentes práticas integrativas ocorre predominantemente por meio de cursos de especialização oferecidos por instituições privadas de ensino (Azevedo, Pelicioni, 2012; Sousa et al, 2012; Teixeira, Lin, 2013)

Os achados deste trabalho indicam que mais de 80% de quem fez ou faz uso de PICS encontra-se na Macrorregião I do Estado da Paraíba, que abrange os municípios em torno da capital João Pessoa. Além disso, verificou-se que as experiências como estágios e/ou rodízios em centros especializados contribuem significativamente para a formação profissional nas PICS. Esses achados podem ser explicados pelo fato da maior parte de quem faz uso de PICS estar vinculada à RMSF e a existência de uma política pública voltada para PICS no município. Desde o ano de 2020, vigora uma lei em João Pessoa que estabelece espaços oficiais de saúde para oferta de PICS, a exemplo do centro especializado “Equilíbrio do Ser”. Este centro oferta diferentes PICS e espaços de formação para residentes que se encontram vinculados aos programas da região metropolitana (Paraíba, 2020).

Segundo dados do Relatório de Monitoramento Nacional de PICS nos Sistemas de Informação em Saúde (Brasil, 2020), a oferta de PICS encontra-se concentrada nas capitais. Apesar de alguns estados, como o de Goiás, ter estabelecido uma política estadual para PICS, assim como alguns municípios, a exemplo de João Pessoa, isso não necessariamente garante a oferta das PICS em toda extensão do território e a política em si não tem sido suficiente para estimular a formação de profissionais habilitados para oferta de PICS (Silva, Barros, 2021; Silva, Oliveira, 2023). Ainda não existem estudos que avaliem de maneira mais sistemática como as diferentes experiências de implantação de PICS tem impactado a sua oferta nos serviços. Por exemplo, seria interessante explorar em profundidade experiências semelhantes à de João Pessoa de criação de um centro especializado em PICS (“Equilíbrio do Ser”); buscando compreender como esses centros especializados contribuem para habilitação de profissionais e oferta efetiva de PICS na APS.

Apesar da experiência durante a residência, quer seja por meio de aulas teóricas ou práticas, observações eventuais na UBS ou centro de PICS, contribuir para que o profissional tenha mais conhecimento sobre essas práticas; na maior parte dos casos, essa formação não habilita o profissional para ofertar a PICS no serviço. Na residência em MFC e RMSF, os profissionais se aproximam dessas práticas; tendo que realizar uma especialização específica para desenvolver as competências e habilidades necessárias para sua oferta no serviço. Na revisão de literatura Ruela et al (2019) sobre o acesso e utilização das PIC no âmbito do SUS, foi evidenciado mais conhecimento sobre as PICS a partir da criação da PNPICS; contudo, os autores argumentam que é necessário incentivar mais a formação para melhorar o acesso às essas práticas junto aos serviços de saúde no âmbito do SUS.

Segundo Santos e Tesser (2012), entretanto, a formação profissional não seria suficiente para a implantação das PICS na APS. Esse processo deve ocorrer com o envolvimento de diferentes atores (gestores, profissionais e usuários) e o fomento à gestão participativa, construção da integralidade, ampliação responsável e cuidadosa das práticas e saberes no cuidado, bem como o registro e avaliação das experiências. Portanto, é um processo complexo que envolve a definição de lideranças, regulamentação, formação permanente em serviço, definição sobre acesso e fluxo de atendimento, registro e avaliação das experiências. O engajamento conjunto de gestores, usuários e profissionais de saúde é importante para a implementação da PNPIC e resultados do cuidado em saúde, permitindo que os serviços de saúde adaptem a programação às realidades sociais, institucionais e políticas da área (Habimorad et al, 2020; Melo et al, 2022).

As PICS mais conhecidas e citadas pelos residentes e preceptores da RMFC e RMSF do estado da Paraíba, como Agulhamento a seco, Auriculoterapia, Acupuntura, Aromaterapia, Meditação e Fitoterapia, foram também as práticas e procedimentos mais realizados nas redes ambulatorial e hospitalar no Brasil, corroborando os dados da literatura (Aroucha, 2012; Barros et al, 2018; Aguiar et al, 2019; Mattos et al, 2018). Por exemplo, de 2017 a 2019, foram realizados 1.395.935 de procedimentos de acupuntura com inserção de agulhas e 492.005 sessões de auriculoterapia (BRASIL, 2020). A justificativa para uso do agulhamento a seco realizada por participantes deste trabalho foi feita com base em observações de melhora física, complementar ao tratamento farmacológico e com possibilidade de ser utilizado em diversas frentes de adoecimentos. O Agulhamento a Seco atinge os receptores polimodais das unidades motoras; os quais são mais efetivos em induzir a analgesia quando estimulados (Carvalho et al, 2017).

Neste trabalho, parte dos participantes demonstrou interesse em formação complementar para habilitação em PICS. Na literatura, observa-se um crescente interesse dos pesquisadores em compreender como as PICS contribuem no tratamento de algumas doenças, especialmente os transtornos psiquiátricos. Algumas PICS são, por exemplo, recomendadas para manejo dos sintomas de ansiedade e depressão em adultos que vivem com câncer, mostrando que intervenções baseadas em mindfulness, ioga, relaxamento, musicoterapia, reflexologia e aromaterapia (usando inalação) tratam sintomas durante o tratamento ativo (Carlos et al, 2023; Mora Álvarez et al, 2023; Bhattacharya et al, 2023; Szuhany, Simon, 2022; Zhou et al, 2020; Goldberg et al, 2018, Hofmann, Gómez, 2017). Ensaios clínicos randomizados envolvendo adultos com transtornos de ansiedade evidenciaram a redução do estresse com a prática mindfulness. Esta forma de meditação mostrou-se uma opção de tratamento bem tolerada, com eficácia comparável a um medicamento de primeira linha para pacientes com transtornos de ansiedade (Hoge et al, 2023; Haller et al, 2021; Hoge et al, 2013). Algumas PICS grupais têm sido indicadas para melhoria da qualidade de vida e bem-estar físico e mental (Antunes, Fraga, 2021).

No mundo, observa-se uma valorização crescente das PICS que têm impactado a formação de profissionais e sua oferta nos serviços de saúde. Por exemplo, na Suíça, cerca de 46% dos médicos têm alguma formação em “Medicina Tradicional ou Complementar” (MCA ou PICS, no Brasil); e, em outros países do ocidente, verificou-se aumento crescente no uso de ervas medicinais e tratamentos quiropráticos, assim como da acupuntura (Frass et al, 2012). Em vários países, durante a graduação, têm sido oferecidas disciplinas ou formação específica em MCA, a exemplo das escolas médicas dos Estados Unidos, Canadá, México, Reino Unido,

Alemanha, Taiwan, Japão e Coréia (Broom et al, 2013; Cahcim, 2024). Brokaw et al (2002) constataram um aumento acentuado nos últimos anos em cursos de acupuntura, fitoterapia, meditação/relaxamento, espiritualidade/oração, quiropraxia, homeopatia e nutrição/dietética em escolas médicas dos Estados Unidos. Em parte, essa valorização é resultado dos investimentos financeiros, como aqueles oferecidos pelo “National Center for Complementary and Alternative Medicine” (NCCAM-NIH). Esta instituição tem fomentado projetos de pesquisa e educação sobre MCA a fim de atender à crescente demanda da população (Lee et al, 2007; Pearson et al, 2007).

As limitações deste trabalho dizem respeito ao fato de uma boa parte dos participantes não terem respondido às perguntas, tendo em vista que a resposta era facultativa. Possivelmente, os participantes que não responderam não têm nenhuma vivência ou interesse pelas PICS. Por se tratar de um estudo transversal, os dados fazem um retrato temporal do uso das PICs na vida pessoal e profissional dos profissionais quando foram questionados sobre o tema. Assim, não é possível fazer relações de causa e efeito com esse tipo de dado.

## CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO

Neste capítulo, conforme orientações da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, foi incluído o produto técnico produzido pelo grupo de pesquisa. Trata-se de um relatório técnico conclusivo, no formato de um portfólio, com uma síntese dos principais achados dos seis projetos de pesquisa que foram desenvolvidos pelos seis mestrados da Turma 4. O conteúdo integral do relatório técnico, chamado “Portfólio de Resultados de Pesquisa”, foi incluído nos apêndices deste trabalho a fim de que os leitores e avaliadores possam ter ideia da totalidade do conteúdo da publicação. O capítulo referente à PICS deste documento corresponde ao relatório técnico fruto deste trabalho.

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. 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 do Estado da Paraíba” encontra-se concluído (APÊNDICE B). O documento em PDF será compartilhado com os participantes da pesquisa e estão sendo organizados quatro eventos para debate público dos resultados. Além disso, o documento também será apresentado no II Congresso Paraibano de Atenção Primária à Saúde organizado pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (SES-PB) em 2025 e outros eventos da área. O documento também será utilizado pela Turma 5 do PROFSAÚDE para definição de seus temas de pesquisa.

## CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, buscamos apresentar reflexões sobre o produto técnico, abordando aspectos como divulgação, implantação, aplicação, contribuições, recomendações e outras potencialidades práticas no campo profissional, conforme sugerido pela Coordenação Nacional do PROFSAÚDE.

No início desta pesquisa, não tínhamos informação a respeito de quantos profissionais vinculados às residências em MFC e RMSF utilizam as PICS e se essa utilização ocorria apenas na vida cotidiana ou se os profissionais tinham habilitação para ofertar o tratamento nos serviços de saúde. Inicialmente, nosso objetivo era descrever as práticas de PICS que eram realizadas no âmbito da unidade de saúde onde atuava em Cajazeiras. Contudo, ao longo do processo, percebemos a escassez de informações sobre a formação de competências relacionadas à temática das PICS. Face a isto, tomamos a decisão de fazer um diagnóstico amplo sobre o uso das PICS nas residências e dos fatores associados a esse uso.

Nosso produto traz um retrato ou diagnóstico das residências em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Saúde da Família (RMSF) no Estado, algo que não existia até então. Produzimos um amplo diagnóstico sobre a questão da formação de competências, como os residentes e preceptores estão cuidando de sua própria saúde e as implicações disso para o atendimento aos usuários do SUS nas áreas onde atuam; incluindo, nesse retrato, a utilização das PICS.

O produto desenvolvido pela Turma 4 do PROFSAÚDE serve como um modelo para divulgar os resultados da pesquisa aos participantes, gestores e coordenadores. A ideia é compartilhar os achados dos diferentes estudos desenvolvidos com residentes, coordenadores, gestores e instituições de ensino superior. Com isso será possível refletir sobre ações educativas que abordem as lacunas formativas, agora que temos clareza sobre quais competências residentes e preceptores dominam menos. No Portfólio, conforme descrito, estão incluídas sugestões práticas para novos produtos e pesquisas que podem ser realizadas por gestores ou outros pesquisadores. Durante os debates nas residências, novas propostas de soluções também podem surgir, e os impactos dessas iniciativas poderão ser avaliados em pesquisas futuras.

A ESF com as equipes interprofissionais são fundamentais para uma lógica assistencial integral e na forma como se produz cuidado territorial em saúde. Sabendo que mudanças institucionais não se dão de maneira rápida, faz-se necessário estimular os debates sobre as PICS no âmbito da RMFC e RMSF. O trabalho em equipe junto às comunidades, especialmente as mais vulneráveis, demanda relações solidárias, respeitadas, com ênfase na

comunicação, compartilhamento, parceria, interdependência e equilíbrio de poderes. A temática das PICS envolve falar sobre acolhimento, estímulo à autonomia e corresponsabilidade do cuidado em saúde, sendo possível refletir sobre a mudança da lógica assistencial colaborativa. Nosso trabalho mostrou a relevância das experiências durante a graduação e nas residências para aproximação ou para habilitação do profissional que atua na APS em relação às PICS.

Para se pensar na consolidação das PICS nos cenários da APS, é necessário considerar as diversas influências que interferem nesse processo, a exemplo do interesse das gestões, políticas institucionais, sujeitos envolvidos (e suas competências), cultura local e organizacional etc. A oferta e consolidação das PICS na APS é um processo complexo, que demanda profissionais que tenham competências e habilidades para desenvolvê-las; mas também é preciso envolver gestores, equipes da ESF e a população de usuários dos serviços.

## Referências

- AGUIAR, J.; KANAN, L.; MASIERO, A. V. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 1205-1218, 2019.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: Práticas Integrativas e Complementares sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ANTUNES, P. C.; FRAGA, A. B. Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4217-4232, 2021.
- AROUCHA, E. B. L. Práticas Integrativas e Complementares: o interesse em formação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **[Monografia]**. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.
- AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F. Práticas integrativas e complementares: desafios para a educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 361-378, 2012.
- BANERJEE, A. et al. Chelidonium majus 30C and 200C in induced hepato-toxicity in rats. **Homeopathy**, v. 99, n. 3, p. 167-176, 2010.
- BHATTACHARYA, S.; HOFMANN, S. G. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. **Clinics in Integrated Care**, v. 16, p. 100-138, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Parecer CNE/CP9/2001** - Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Brasília: MEC, 2001.

BRASIL. **Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde**. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Ministério da Saúde – julho, 2020.

BRASIL. Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Ministério da Saúde, julho, 2020.

BRASIL. **Resolução CNRM 9/2020** – Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil. CNRM: Brasília – DF, 2020.

BRASIL. **Resolução SES 1/2015** – Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. CNRM: Brasília – DF, 2015.

BRASIL. **Resolução SES 2/2012** – Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. CNRMS: Brasília – DF, 2020.

BROKAW, J. J. et al. The teaching of complementary and alternative medicine in U.S. medical schools: a survey of course directors. **Academy Medicine**, v. 77, n. 9, 2002.

BROOM, A.; ADAMS, J. Uma sociologia da educação em saúde integrativa. In: NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I., eds. **Intercâmbio solidário de saberes em saúde: Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 139-153.

CABYOGLU, Mehmet T.; HERGEN, Neyhan; TAN, Uner. The treatment of obesity by acupunctur. **International Journal Neuroscience**, v. 116, n. 2, p. 165-175, 2006.

CAHCIM [Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine]. **Curriculum in integrative medicine: a guide for medical educators**. Minnesota: Cahcim, 2004.

CARLSON, L. E. et al. Integrative oncology care of symptoms of anxiety and depression in adults with cancer: Society for Integrative Oncology–ASCO Guideline. **Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 28, p. 4562-4591, 2023.

CARVALHO, A. V. de et al. The use of dry needling in the treatment of cervical and masticatory myofascial pain. **Revista Dor**, v. 18, n. 3, p. 255–260, jul. 2017.

CHRISTENSEN, M. C.; DE BARROS, N. F. Medicinas alternativas e complementares no ensino médico: revisão sistemática. **Rev Bras Educ Med**, v. 34, n. 1, p. 97-105, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; et al. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

CRAWFORD, Paul. Effectiveness of cinnamon for lowering hemoglobin A1C in patients with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 22, n. 5, p. 507-512, 2009.

DE MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. [s.l.] SciELO - Editora FIOCRUZ, 2018.

- DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Bol Técnico Senac.**, v. 27, n. 3, p. 1101-1110, 2001.
- FRASS, M. et al. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. **The Ochsner Journal**, v. 12, n. 1, p. 45-56, 2012.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GOLDBERG, S. B. et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 59, p. 52-60, 2018.
- HABIMORAD, P. H. L. et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 395-405, 2020.
- HALLER, H. et al. A systematic review and meta-analysis of acceptance-and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 20385, 2021.
- HOFMANN, S. G.; GÓMEZ, A. F. Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. **Psychiatric Clinics**, v. 40, n. 4, p. 739-749, 2017.
- HOGUE, E. A. et al. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**, v. 80, n. 1, p. 13-21, 2023.
- HOGUE, E. A. et al. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 74, n. 8, p. 16662, 2013.
- ISSP. Instituto de Saúde de São Paulo. Fiocruz Brasília: Instituto Veredas. **Mapa de Evidências sobre Meditação e Mindfulness**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS. Março 2021.
- JUNIOR, E. B.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, A. C. O.; L.; SCHNEKENBERG, G. F. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 44, p.36-51, 2021.
- LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo : Atlas, 2017.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001.
- LIMA, I. F. S.; et al. Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm**, USP, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-952, 2012.
- MATTOS, G. et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3735-3744, 2018.

- MELO, A. V.; SANT'ANA, G. R.; BASTOS, P. R. H. O. Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 6, p. 2397-2406, 2022.
- MENEZES, A. L. do A. et al. Narrativas de sofrimento emocional na Atenção Primária: contribuições para uma abordagem integral culturalmente sensível em Saúde Mental Global. **Interface**, Botucatu, v. 23, 2019.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, n. 65, 2003.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MINAYO, M. C. S. A abordagem da violência na formação médica. **Bras. Educ. Méd.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, jan/dez. 1995.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Hermenêutica-Dialética como Caminho do Pensamento Social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MORA ÁLVAREZ, M. G. et al. Effects of web-based mindfulness training on psychological outcomes, attention, and neuroplasticity. **Scientific Reports**, v. 13, n. 1, p. 22635, 2023.
- NASCIMENTO, M. C.; ROMANO, V. F.; CHAZAN, A. C. S.; et al. Formação em práticas integrativas e complementares em saúde: desafios para as universidades públicas. **Trab. educ. saúde.**, v. 16, n. 2, p. 751-772, 2018.
- NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 272-281, jul./set., 2016.
- NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. Práticas integrativas e complementares grupais e o diálogo com a educação popular. **Psicologia em Pesquisa – UFJF**; v. 11, n. 2, p. 89-97, 2017.
- OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). **Washington, D.C: OPAS**, 2007.
- PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde, Paraíba 2020-2023*. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2020.
- PERRENOUD, Philippe. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva**. 2. ed. São Paulo. CERVE/FFLCH/USP, 1983.
- RUELA, L. de O. et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4239-4250, 2019.

SANTOS, A. C. D. Elaboração e validação de uma matriz de competências em práticas integrativas e complementares em saúde para um programa de terceiro ano opcional de Residência em Medicina de Família e Comunidade. **Dissertação** (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz., 2019.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 2008.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3011-3024, 2012.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Rer. Brasileira de Edu Méd.**, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2011.

SBMFC. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**. JÚNIOR, N. L. organizador. Rio de Janeiro: SBMFC, 2015.

SILVA, G. K. F.; et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: trajetória e desafios em 30 anos do SUS. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2020.

SILVA, P. H. B. da et al. Formação profissional em Práticas Integrativas e Complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 399-408, 2021.

SILVA, P. H. B.; OLIVEIRA, E. S. F. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções dos profissionais sobre a oferta dos serviços na região metropolitana de Goiânia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, 2023.

SILVEIRA, D.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, fev. 2009.

SOUSA, I. M. C. de; BODSTEIN, R. C. de A.; TESSER, C. D.; SANTOS, F. de A. da S.; HORTALE, V. A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina tradicional e complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev latino-am enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

SOUZA, Z. R.; BIELLA, J. **Currículo Baseado em Competências**. Natal: SESI, 2010.

SZUHANY, K. L.; SIMON, N. M. Anxiety disorders: a review. **JAMA**, v. 328, n. 24, p. 2431-2445, 2022.

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A. Educação médica em terapêuticas não convencionais. **Revista de Medicina**, v. 92, n. 4, p. 224-235, 2013.

TESSER, C. D; et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 174-188, set, 2018.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-257, 2011.

VALLA, V. V. **Globalização e saúde no Brasil**: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In E. M. Vasconcelos (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001.

VICKERS, Andrey J. et al. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomized trial. **British Medical Journal**, v. 328, p. 744-746, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. 39<sup>a</sup> ed. Geneve: WHO, 2014.

ZHOU, X. et al. Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatry Research**, v. 289, p. 113002, 2020.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### SESSÃO 1:

#### PESQUISA PROFSAUDE 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 Profª Drª 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 - Em qual dos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC), abaixo listados, você está vinculado?

A5 - Sexo

A6 – Idade em anos em 2023:

A7 - Estado Civil

A8 - Tem filhos (as)?

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

A10 - Qual a sua posição no Programa de Residência?

A11 - Em que ano você concluiu a sua graduação?

A12 - Sua graduação foi realizada em:

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?

A14d - Ao concluir o seu curso de residência em MFC, você pretende ou pretendia continuar trabalhando na APS como MFC?

A15 - Após a conclusão da residência em MFC, você pretende ou pretendia fazer outra especialização ou residência?

A16 - Se SIM, qual a especialização ou residência você pretende ou queria fazer?

Texto de resposta longa

A17 - Qual a sua principal motivação para realizar a residência em MFC?

A18 - Em que momento você tomou a decisão de fazer carreira como MFC na APS?

A19 - Caso você pretenda continuar como MFC atuando na APS, qual o tipo de vínculo de trabalho hoje é mais atrativo para você?

A20- Após concluir a residência em MFC, o que mais te **MOTIVA** a continuar na APS?

A21 - Você tem interesse em fazer curso para atuar como preceptor?

A22 - Ao finalizar o seu curso de residência, você tem interesse em fazer curso de mestrado profissional ou acadêmico para atuar como formador de recursos humanos?

A23 -Na nova edição do Programa Mais Médicos, há previsão para formação dos bolsistas em Mestrado Profissional ou Acadêmico. Essa possibilidade de fazer o mestrado pode ser uma motivação para você continuar atuando na APS?

A24- Qual dos fatores abaixo mais te **DESMOTIVA** a continuar trabalhando na APS?

A25 - Em qual município você reside? (Nome da cidade e estado, caso não seja a Paraíba)

A26 - Em qual município da Paraíba você trabalha atualmente como residente?

A27 - O município onde você atua como residente fica localizado em qual das macrorregiões do Estado?

### SESSÃO 3 – PICS

D1d - Você já ouviu falar em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)?

1. Não
2. Sim

D2d - Você utiliza ou utilizou alguma PICS na sua vida pessoal ou profissional?

1. Não
2. Sim

D3 – Se sim, qual foi (s) PIC(s)? Caso não utilize “N/A” ou não se aplica.

D4 - Descreva a sua experiência com PICS na sua vida pessoal. (Ou “N/A” caso não tenha nenhuma experiência).

D5 - Assinale a(s) alternativa(s) abaixo que representa(m) a sua experiência com PICS durante o curso de graduação.

1. Não tive nenhuma experiência com PICS na graduação.
2. Havia uma disciplina sobre PICS no curso (obrigatória ou optativa).
3. Participei de um projeto de extensão sobre PICS.
4. Participei de um projeto de pesquisa sobre PICS.
5. Participei de eventos que tinham atividades relacionadas às PICS.

D6 - Descreva brevemente a sua experiência com PICS na graduação. Qual ou quais PICS foram trabalhadas, como foi o processo de formação; e se a formação ofertada habilita o profissional a realizar a prática no serviço. (Ou “N/A” caso não tenha nenhuma experiência).

D7 - Uma das competências a serem desenvolvidas nos cursos de residência em Medicina de Família e Comunidade é “compreender as Práticas Alternativas e Complementares (PICS)”. Até o momento, no seu curso de residência, essa temática foi trabalhada nas aulas teóricas ou nas práticas?

1. Não
2. Sim

D8 - Descreva a sua experiência com PICS no curso de residência. Qual ou quais PICS foram trabalhadas, como foi o processo de formação; e se a formação ofertada habilita o profissional a realizar a prática no serviço. (Ou “N/A” caso não tenha nenhuma experiência).

D9 - Você teria interesse em realizar formação em alguma das PICS para conhecer mais profundamente a ponto de aplicá-la no serviço?

1. Não
2. Sim

D10 - Qual das PICS você teria interesse em uma formação específica?

D11 - No serviço desse município ao qual você encontra-se vinculado atualmente, há oferta de tratamentos utilizando alguma das PICS?

1. Não
2. Sim

D12 - Na universidade ou no município onde você faz a residência, há algum tipo de incentivo para a realização das PICS?

1. Não
2. Sim

D13 - Descreva a sua experiência com PICS no município no qual você trabalha atualmente. (Ou “N/A” caso não tenha nenhuma experiência).

D14 - Considerando a sua experiência prévia, como você entende a inserção das PICS na Atenção Primária à Saúde?

D-15 Gostaríamos de saber qual o melhor dia e horário da semana para você participar de entrevistas ou outras atividades da pesquisa. Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Todos os dias a noite.

Todos os dias a tarde, das 15

Segundas e quartas de noite, a partir das 19h.

Terças e quintas, a partir das 19h.

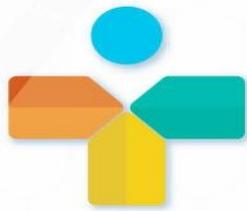
Segundas e quartas, de tarde, das 15 até 16:30h.

Terças e quintas, de tarde, das 15:00 até 16:30h.

Sexta-feira de manhã ou tarde.

Sexta-feira de tarde.

## 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**

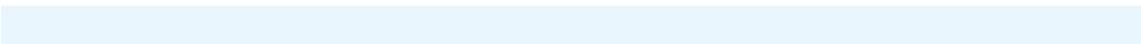
Vanessa Meira Cintra

**REITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Célia Regina Diniz

**COORDENAÇÃO DO PROFSAÚDE - UEPB/ESP**

Profa. Dra. Silvana Santos

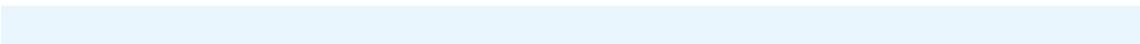


**MESTRANDOS AUTORES**

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

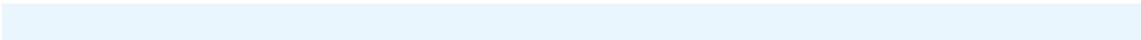
O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, apresentado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e aprovado em 2016. O mestrado é oferecido 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

<b>APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA.....</b>	<b>8</b>
<b>POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....</b>	<b>13</b>
<b>SUBPROJETO 1</b>	
PRETENSÃO DO MÉDICO EM PERMANECER ATUANDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) .....	18
<b>SUBPROJETO 2</b>	
SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA.....	23
<b>SUBPROJETO 3</b>	
INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS.....	29
<b>SUBPROJETO 4</b>	
UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS: A ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS .....	50
<b>SUBPROJETO 5</b>	
INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	55
<b>SUBPROJETO 6</b>	
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS).....	60
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>

## APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

○ **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 mestrandos 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

<b>Tipo</b>	<b>Municípios (SMS)</b>	<b>Instituições de Ensino</b>	<b>Tipo de IES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
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 (UNIPÉ)	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
<b>Total</b>				<b>300</b>	<b>100,0</b>
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 mes-trandos 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

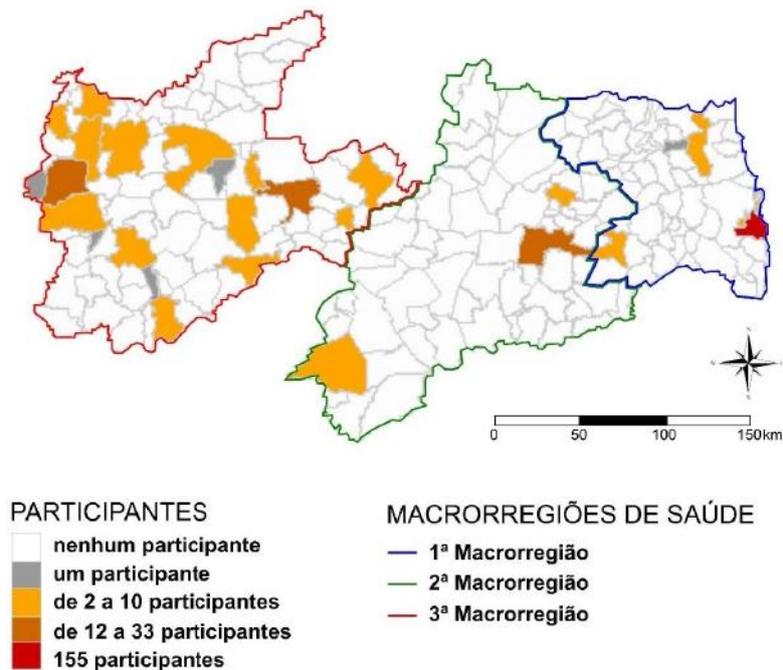


Figura 1: Mapa da distribuição de residentes e preceptores que participaram da pesquisa, vinculados aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade e a residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba. Dados do segundo semestre de 2023.

## 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.

<b>Competência</b>	<b>Descrição</b>
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%

## 42

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%

## 43

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%

44

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.

45

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%

46

		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%

47

		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%

## 48

		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.

## 49

## **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 declaram 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

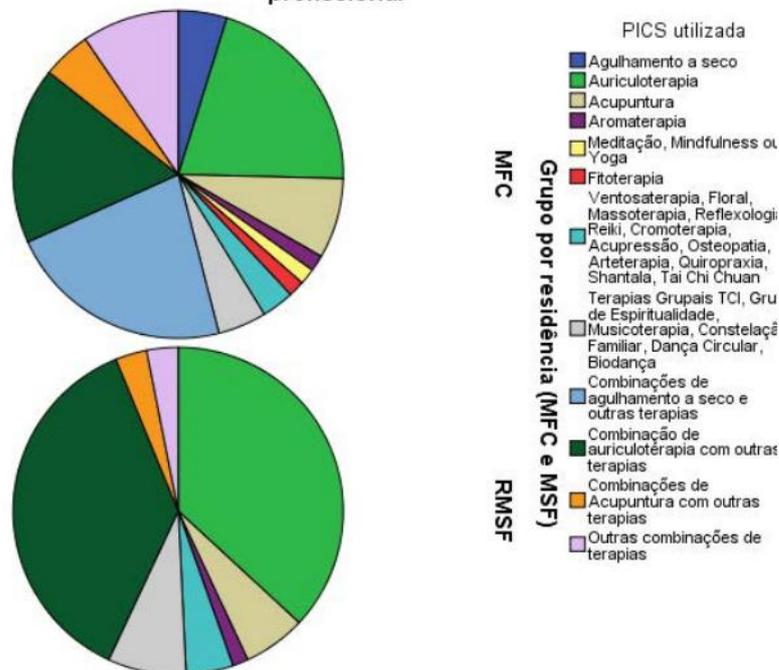


Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) utilizadas na vida pessoal ou profissional por residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil (Oliveira et. al, 2024).

## 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 (UFCCG).

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, MAYSÁ 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	
<b>- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA</b>	
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

[Hygeia] Agradecimento pela submissão

 no-reply@sistemas.ufu.br 22:22  
Para Você ...

José Olivandro Duarte de Oliveira:

Obrigado por submeter o manuscrito, "PRÁTICAS INTEGRATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL NA PARAÍBA, BRASIL" ao periódico Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão:  
<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/authorDashboard/submission/75933>

Usuário: olivandroduarte

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Flávia de Oliveira Santos