



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

**ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ SOUZA**

**INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS: LACUNAS E POTENCIALIDADES  
FORMATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO  
PARAÍBA**

**JOÃO PESSOA – PB**

**2024**

**ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ SOUZA**

**INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS: LACUNAS E POTENCIALIDADES  
FORMATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO  
PARAÍBA**

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<sup>ª</sup>. Dra. Silvana Cristina dos Santos

**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Renata Valéria Nóbrega

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.

S729i Souza, Élide de Fátima Diniz.

Inventário de competências [manuscrito] : lacunas e potencialidades formativas nas residências em medicina da família e comunidade e multiprofissional em saúde da família no Estado da Paraíba / Élide de Fátima Diniz Souza. - 2024.  
119 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. Dra. Silvana Cristina dos Santos, Coordenação do Curso de Ciências Biológicas - CCBSA".

1. Atenção primária à saúde. 2. Competência profissional. 3. Medicina de família e comunidade. 4. Saúde da família. I. Título

21. ed. CDD 614

ÉLIDA DE FÁTIMA DINIZ SOUZA

INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS: LACUNAS E POTENCIALIDADES  
FORMATIVAS NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO PARAÍBA

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 Mestra 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:

- **Silvana Cristina dos Santos** (\*\*\*.905.388-\*\*), em **03/12/2024 13:58:29** com chave **d1f42462b19711efb86d2618257239a1**.
- **Daiane Medeiros da Silva** (\*\*\*.544.443-\*\*), em **06/12/2024 14:05:26** com chave **49fd2004b3f411efaebf06adb0a3afce**.
- **Alexandre Medeiros de Figueiredo** (\*\*\*.565.684-\*\*), em **04/12/2024 06:10:07** com chave **8e35e5b6b21f11efaa1b2618257239a1**.

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:** 17/12/2024

**Código de Autenticação:** 98e726



"A Deus, por ser minha fortaleza, guia e fonte de sabedoria, e por me dar a oportunidade de renascer, aprender e conquistar. Sua presença me deu forças para superar as dificuldades e me permitiu chegar até aqui. Toda minha gratidão por me abençoar com saúde, fé e a chance de alcançar este sonho."

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos, e à minha coorientadora, Profa. Dra. Renata Valéria Nóbrega, por todo o apoio, orientação e sabedoria ao longo deste processo. A cada um dos docentes do ProfSaúde/ UEPB, que ampliaram meus conhecimentos e contribuíram significativamente para a minha formação. E os docentes participaram da banca de qualificação e de defesa, pelo conhecimento partilhado e pelas valiosas contribuições ao meu trabalho.

Aos meus colegas mestrandos, que caminharam ao meu lado nesta jornada de desafios e conquistas, compartilhando experiências, construindo saberes e oferecendo companheirismo ao longo dessa caminhada.

Aos residentes em MFC e RMSF, preceptores, preceptoras, coordenadores, coordenadoras, instituições e à ESP-PB, que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Aos meus pais, Edmundo e Maria de Fátima, por todo o amor e apoio incondicional que me inspiram diariamente.

Ao meu esposo, Victor, pela paciência, carinho e incentivo constantes, sendo meu maior parceiro em todas as conquistas.

À minha filha, Anna Beatriz, minha luz e maior inspiração, que me motiva a seguir em frente e ser uma pessoa melhor a cada dia.

Aos meus irmãos, Erika e Edmundo, e seus cônjuges, Wisley e Roberta, por sempre estarem ao meu lado, compartilhando alegrias e desafios.

À Equipe de Saúde da Família Vila Saúde, especialmente à USF Jardim Itabaiana II, por serem parte fundamental da minha jornada profissional, onde aprendi, cresci e me transformei na profissional que sou hoje.

Aos meus residentes, em especial Maria Carolina, Camila, Merlayne, Lisandra, Jackeline, Neirice, Alana, Milena e Lidiane, pela confiança e pelo aprendizado mútuo que marcou profundamente minha trajetória como preceptora.

Aos meus amigos queridos, Larissa, Marina, Nathalia, Marlos, Gabriela e Milena, pelo apoio, companheirismo e por tornarem essa jornada mais leve e significativa.

Aos estudantes que tive a honra de acompanhar nos estágios, por cada momento de troca e aprendizado, que tanto enriqueceram minha prática profissional.

A todos, minha eterna gratidão e carinho.

**“Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender” (Freire, 2003)**

## RESUMO

Este estudo investigou as competências de residentes e preceptores em programas de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). A hipótese deste trabalho considerou que a autoavaliação de competências pode constituir um instrumento útil na formação dos profissionais da área da saúde, contribuindo para o processo de transição de currículos acadêmicos para currículos que respondam melhor às necessidades dos sistemas de saúde. Estudo transversal de abordagem quantitativa, em que foi aplicado um questionário estruturado com participação de 300 residentes e preceptores de onze programas de MFC e RMSF no estado da Paraíba - Brasil. Foram avaliadas 34 competências profissionais, sendo produzidos escores a partir do somatório das pontuações da escala tipo *likert*, variando de 0 até 170 pontos. A análise estatística descritiva mostrou a frequência em relação ao domínio de cada uma das 34 competências entre residentes e preceptores. A análise bivariada foi utilizada para comparar as diferenças entre esses dois grupos e para avaliar a concordância entre a autoavaliação dos residentes e a avaliação dos mesmos feita por seus pares. A maioria dos participantes era do sexo feminino (69,7%), não tinha companheiro (a) (53,7%) e nem filhos (76%). O escore de competências foi maior no grupo de preceptores ( $p=0,003$ ), do sexo masculino ( $p=0,008$ ) e com maior a experiência na APS ( $p=0,003$ ). Entre os médicos, a mediana do escore de autoavaliação do residente foi 123 enquanto a de avaliação do residente pelo preceptor foi de 140 ( $p<0,001$ ). Já no caso da RMSF, não houve diferença significativa entre a mediana da autoavaliação do residente (134,5) e na avaliação do residente pelo preceptor (130,0) ( $p=0,483$ ). O “Inventário de Competências”, produzido por meio da autoavaliação, mostrou-se uma ferramenta útil e rápida para identificação de potencialidades e fragilidades formativas de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde. O produto técnico produzido consistiu em um relatório técnico conclusivo, no formato de portfólio para divulgação, com uma síntese dos achados do trabalho do grupo de pesquisa, sugestões e recomendações para os participantes do estudo, visando melhorias no processo formativo implementado nas residências. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

**Palavras- Chave:** Atenção Primária à Saúde; Competência Profissional; Medicina de Família e Comunidade; Saúde da Família

## ABSTRACT

This study investigated the competences of residents and preceptors in Family and Community Medicine (FCM) and Multiprofessional Family Health Residency (MMHR) programmes. The hypothesis of this study was that self-assessment of competences can be a useful tool in the training of health professionals, contributing to the process of transition from academic curricula to curricula that respond better to the needs of health systems. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, in which a structured questionnaire was administered to 300 residents and preceptors from eleven FCM and FHMR programmes in the state of Paraíba - Brazil. Thirty-four professional competences were assessed and scores were produced from the sum of the likert scale scores, ranging from 0 to 170 points. Descriptive statistical analysis showed the frequency of residents and preceptors mastering each of the 34 competences. Bivariate analysis was used to compare the differences between these two groups and to assess the agreement between the residents' self-assessment and that of their peers. The majority of participants were female (69.7%), had no partner (53.7%) and no children (76%). The competences score was higher in the group of preceptors ( $p=0.003$ ), males ( $p=0.008$ ) and those with more experience in PHC ( $p=0.003$ ). Among doctors, the median resident self-assessment score was 123, while the resident assessment by the preceptor was 140 ( $p<0.001$ ). In the case of the RMSF, there was no significant difference between the median of the resident's self-assessment (134.5) and the resident's assessment by the preceptor (130.0) ( $p=0.483$ ). The 'Competence Inventory', produced through self-assessment, proved to be a useful and quick tool for identifying the training potential and weaknesses of professionals working in Primary Health Care. The technical product produced consisted of a conclusive technical report, in the form of a portfolio for dissemination, summarising the findings of the research group's work, as well as suggestions and recommendations for the study participants, with a view to improving the training process implemented in the residencies. This Master's Degree Final Paper is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

**Keywords:** Primary Health Care; Professional Competence; Family and Community Medicine; Family Health

## LISTA DE TABELAS

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

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da população do estudo.

Tabela 2: Resultados da análise sobre as diferenças em relação às médias do “Escore de Avaliação de Competências I” para as diferenças variáveis sociodemográficas, acadêmicas e profissionais.

Tabela 3A: “Inventário de Competências” para residência em Medicina da Família e Comunidade, comparando a autoavaliação de residentes (R) e preceptores (P).

Tabela 3B: “Inventário de Competências” para residência Multiprofissional em Saúde da Família, comparando a autoavaliação de residentes (R) e preceptores (P).

Tabela 4A: “Inventário de Competências” – comparação da autoavaliação do residente (AR) e da avaliação do residente pelo preceptor (AP) na MFC.

Tabela 4B: “Inventário de Competências” – comparação da autoavaliação do residente (AR) e da avaliação do residente pelo preceptor (AP) na RMSF.

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

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AP - Avaliação do Residente pelo Preceptor
- APS - Atenção Primária à Saúde
- AR- Autoavaliação do Residente
- CAEE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CNRM - Conselho Nacional de Residência Médica
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais
- DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DIU - Dispositivo Intrauterino
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- ESP - Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba
- IAC - Instrumento de Avaliação de Competências para área da Saúde da Família e Comunidade
- IES - Instituições de Ensino Superior
- IPS - Intervenções Psicossociais
- KS - Kolmogorov–Smirnov
- MACRO – Macrorregião
- MFC - Medicina da Família e Comunidade
- ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
- R1 - Residentes do primeiro ano
- R2 - Residentes do segundo ano
- RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família
- SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TMC - Transtornos Mentais Comuns
- UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Introdução</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Objetivos</b>	<b>16</b>
<b>1.2.1 Objetivo geral</b>	<b>16</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos</b>	<b>16</b>
<b>1.3 Revisão de literatura</b>	<b>17</b>
<b>1.3.1 Aspectos gerais sobre formação de competências</b>	<b>17</b>
<b>1.3.2 Formação de competências profissionais na área da saúde</b>	<b>18</b>
<b>1.3.3 Formação de competências nas residências</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 2 – MÉTODOS</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Tipo de estudo e população</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Instrumento de coleta de dados</b>	<b>23</b>
<b>2.3 Variáveis</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Análise estatística</b>	<b>27</b>
<b>2.5 Aspectos éticos</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Resultados</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Discussão</b>	<b>38</b>
<b>CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO</b>	<b>120</b>

## CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

### 1.1 Introdução

No Brasil, os programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) têm a finalidade de formar profissionais para atuar na Atenção Primária à Saúde (APS). Em 2020, o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) aprovou a Matriz de Competências para os programas de residência em MFC; sendo obrigatória a atualização dos projetos pedagógicos dos programas de residência a partir de março de 2022 (Brasil, 2020; Carvalho, 2020; Flor, 2022). No caso da RMSF, a matriz de competências dos cursos ainda se encontra em debate entre os especialistas e a comunidade acadêmica.

Os projetos pedagógicos dos programas de residência são definidos por uma instituição de ensino superior com base nas orientações do CNRM, entretanto, os residentes desempenham um papel estratégico na integralidade do cuidado ao resolver, na maior parte do tempo, problemas do cotidiano dos serviços de saúde (Bernardo, 2020; Izecksohn, 2017). Por estarem inseridos diretamente nos serviços, os residentes conseguem identificar e explicitar melhor as competências que têm ou não para enfrentar os desafios da APS. As residências são, portanto, espaços privilegiados para se investigar e refletir sobre os processos formativos.

Desde a década de 80, as orientações curriculares para diferentes cursos na área da saúde estão baseadas no desenvolvimento de competências profissionais. Por competência, entende-se a mobilização habitual e criteriosa de conhecimentos, habilidades e valores, incluindo as emoções, para resolução de problemas da prática profissional, de maneira clara e eficaz, visando o benefício individual e coletivo (Miller, 1990; Epstein E Hundert, 2002; Albanese *et. al*, 2010; Machin, 2022). Essas competências são definidas com maior participação de especialistas de instituições de ensino superior (IES). No entanto, alguns autores têm argumentado que os currículos deveriam ser orientados a partir das necessidades de formação profissional, observadas dentro dos sistemas de saúde (Frenk *et al.*, 2010). Esse novo enfoque busca fortalecer a educação interprofissional e o trabalho colaborativo. Como realizar essa transição, passando de currículos mais acadêmicos, elaborados dentro das IES, para um novo modelo que atenda mais rapidamente às necessidades formativas dos serviços de saúde?

Uma das estratégias que pode contribuir para responder esses questionamentos é a utilização da autoavaliação. No cotidiano do serviço, o profissional da saúde, muitas vezes, depara-se com casos para os quais não se sente totalmente seguro para resolver, buscando

auxílio de outros especialistas ou buscando informações; ou o profissional pode ter dúvidas sobre um diagnóstico e conduta, tendo que tomar decisões em situações complexas. Ou seja, o profissional faz constantemente autoavaliações tácitas que podem revelar, nesse processo, as competências que têm e as que lhe faltam para lidar com os problemas do cotidiano profissional (Fraundorf *et al.*, 2023).

As pesquisas tradicionais, envolvendo autoavaliação, têm buscado compreender quanto os estudantes são capazes de avaliar a si próprios em relação aos seus pares, ou de avaliar os seus próprios pontos fortes e fracos uns em relação aos outros, ou ainda de prever seu aproveitamento em testes ou avaliações. (León, 2023). A autoavaliação, neste caso, é vista como uma medida de desempenho ou resultado individual. Por essa razão, esses estudos buscaram verificar a confiabilidade e precisão das autoavaliações em diferentes contextos e diversidade de estratégias metodológicas (Gordon, 1991 E 1992; Wald *et. al*, 2002; Parker *et. al*, 2004; Davis *et al*, 2006; McGill *et al*, 2011; Abadel *et. al*, 2013; Bußenius *et al*, 2022 Heim *et al*, 2023). Os resultados desses estudos são relativamente contraditórios; pois os estudantes, quando convidados a fazer uma previsão sobre o seu desempenho, tendem a se superestimar; por outro lado, utilizando outras abordagens, como avaliação por pares, os estudantes podem subestimar o seu desempenho. Face a essas evidências, a literatura tem tratado a autoavaliação como um instrumento frágil e fraco para mensurar desempenho (Fraundorf *et al.*, 2023).

A autoavaliação, entretanto, pode ser compreendida em outra perspectiva, como uma ferramenta metacognitiva ou até uma competência necessária para a reflexão na prática profissional (Eva e Regehr, 2005, 2007 e 2011; Tang, 2023). A autoavaliação envolveria um processo de reflexão pessoal pautado na revisão orientada da prática e da experiência; visando ao aperfeiçoamento dos julgamentos sobre o próprio nível atual de conhecimentos e habilidades (Eva e Regehr, 2005, 2007 e 2011; Stenov, 2017). A autoavaliação de competências, associada às estratégias metacognitivas de aprendizagem, oferece uma compreensão abrangente das fragilidades e potencialidades na formação do profissional da área de saúde, capacitando-os a gerir de forma eficaz o processo de educação em serviço (Fraundorf *et. al*; 2023). De modo análogo, a autoavaliação feita por um conjunto amplo de estudantes, ou de profissionais no serviço, pode revelar necessidades formativas institucionais ou dos sistemas de saúde (Peterson *et. al*, 2012). Estudos têm defendido a tese de que as fortalezas e fragilidades de programas educacionais podem ser revelados por meio do julgamento agregado de autoavaliações feitas por um conjunto de estudantes ou de profissionais de saúde (Peterson *et al*, 2012; Stenov, 2017; Tang, 2023).

Neste trabalho, a ideia foi utilizar a autoavaliação para fazer um inventário de competências dos programas de residência em MFC e RMSF. Um inventário de competências é uma ferramenta que lista e avalia as habilidades, conhecimentos e atitudes necessárias para o desempenho eficaz em uma determinada área profissional. No contexto deste estudo, o inventário de competências foi elaborado com base nas autoavaliações realizadas pelos residentes e preceptores, permitindo um levantamento detalhado das capacidades desenvolvidas ao longo dos programas de residência. Essa abordagem ajuda a identificar tanto os pontos fortes quanto as áreas que necessitam de melhoria nos currículos atuais.

A hipótese do estudo considera que a autoavaliação de competências pode constituir um instrumento útil para monitorar o desenvolvimento de competências na formação dos profissionais da área da saúde, contribuindo para o processo de transição de currículos acadêmicos para currículos que respondam melhor às necessidades dos sistemas de saúde. Ao utilizar autoavaliações para criar um inventário de competências, é possível obter um panorama mais claro sobre o que funciona bem e o que precisa ser ajustado nos programas de formação, facilitando a adaptação dos currículos às demandas práticas do setor de saúde.

O produto técnico deste estudo foi elaborado em um relatório técnico conclusivo, apresentado em formato de portfólio, que sintetiza os achados do grupo de pesquisa. Esse material será compartilhado com a comunidade acadêmica e gestores das residências, com o objetivo de fomentar o debate sobre estratégias, ações e políticas voltadas à melhoria da qualidade na formação profissional das residências voltadas à Atenção Primária à Saúde (APS).

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Identificar as potencialidades e fragilidades dos processos formativos em nível institucional, produzindo um inventário de competências profissionais das residências em MFC e RMSF do estado da Paraíba

### **1.2.2 Objetivos específicos**

1. Produzir um inventário de competências profissionais das residências em MFC e RMSF.
2. Sintetizar os resultados em um relatório técnico conclusivo, no formato de um portfólio, para divulgação junto aos participantes do estudo, coordenadores e gestores vinculados aos programas de residência do Estado da Paraíba.

## 1.3 Revisão de literatura

### 1.3.1 Aspectos gerais sobre formação de competências

Os currículos baseados em competências é uma tendência crescente na educação, principalmente na formação profissional. Esses currículos começaram a ser debatidos a partir de 1960, em virtude da necessidade de enfatizar o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes que os estudantes precisavam para serem bem-sucedidos em suas vidas pessoais e profissionais, ao invés de se concentrar apenas no conteúdo teórico genérico. Essa abordagem educacional tem sido entendida como uma maneira de preparar os estudantes ou profissionais para enfrentar os desafios do mundo real e se adaptar às mudanças sociais, tecnológicas e de mercado (Demo, 2016)

O conceito de competência tem sido amplamente utilizado para elaboração de currículos em diversas áreas, como educação, gestão de recursos humanos, psicologia, entre outras. Esse conceito vem sendo utilizado no lugar da definição de conteúdos mínimos ou objetivos de aprendizagem por retratar mudanças no processo de produção de conhecimento, na economia, na organização do trabalho, no modo de gerenciar as empresas e na relação com a tecnologia. Mais recentemente, o conceito foi ampliado para incluir não apenas habilidades técnicas, mas também habilidades sociais e emocionais, bem como a capacidade de adaptar-se a novas situações e mudanças (resiliência) (Lima, 2021).

Segundo o educador suíço Philippe Perrenoud, "as competências são habilidades que permitem aos indivíduos realizar tarefas e resolver problemas em situações novas ou não familiares, com a combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes". Ele argumenta que, com a globalização e a emergência de novas tecnologias, as empresas passaram a buscar trabalhadores que conseguem resolver problemas, tendo competências e habilidades que respondem mais rapidamente aos avanços tecnológicos e ao crescimento exponencial do conhecimento (Perrenoud, 2000). Além disso, Perrenoud enfatiza a importância de se trabalhar com competências de forma contextualizada, levando em consideração as particularidades de cada situação e demandas do mercado de trabalho. Para ele, o desenvolvimento de competências não é uma tarefa exclusiva do ensino formal, mas também pode ser alcançado por meio de experiências práticas, *feedbacks* e autoavaliação (Perrenoud, 2000)

Nessa perspectiva, a finalidade da aprendizagem passa a ser o desenvolvimento de competências e os conteúdos são o meio para atingí-la. Este enfoque tem sido utilizado por sua capacidade de preparar melhor os estudantes para enfrentamento do mundo do trabalho (Deluiz, 2012).

Um dos desafios para desenvolvimento dos currículos é a definição das competências e habilidades que devem ser formadas durante um determinado período de aprendizagem. Essas competências são agrupadas em categorias, como habilidades de pensamento crítico, comunicação e colaboração. “Os currículos baseados em matrizes de competências estão centrados na definição clara de resultados esperados e em como os alunos podem adquirir as competências para alcançá-los” (Lima, 2021). Ao identificar as competências específicas que os alunos precisam desenvolver em um período de tempo, é mais fácil atingir um determinado objetivo de aprendizagem (Santos, 2015). Além disso, os currículos baseados em matrizes de competências são projetados para serem flexíveis e adaptáveis, permitindo que os alunos aprendam de várias maneiras e apliquem o conhecimento em situações reais (Davis, 2006). A ênfase é colocada no desenvolvimento de habilidades e competências práticas, que são valiosas não apenas para a carreira dos alunos, mas também para suas vidas pessoais e sociais (Bittencourt, 2020)

Dessa forma, a abordagem baseada em competências é centrada no aluno e visa desenvolver habilidades práticas, além de conhecimentos teóricos. Isso permite que os alunos se tornem mais autônomos e tenham a capacidade de lidar com situações complexas no mercado de trabalho e em outras áreas de suas vidas.

### **1.3.2 Formação de competências profissionais na área da saúde**

As mudanças curriculares voltadas à formação de competências começaram a se desenvolver na educação médica na década de 1970, refletindo mudanças nos modelos de prática médica, nos sistemas de saúde e nas expectativas sociais. Almejava-se uma “visão mais pragmática e orientada para o resultado da formação médica, com um foco mais claro na capacidade de aplicar conhecimento e habilidades na prática clínica”. (Davis, 2006). A formação médica no Brasil, assim como a das demais profissões da saúde, enfrenta desafios em relação às exigências de novos perfis profissionais, pois as propostas advindas com a Reforma Sanitária e a implantação SUS vêm sendo agregadas de modo insatisfatório aos currículos dos cursos, que não conseguem responder rapidamente às necessidades dos serviços de saúde.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para diferentes cursos em nível de graduação na área da saúde baseiam-se em matrizes de competências; as quais também vêm sendo utilizadas para orientar a formação em nível de residência médica e multiprofissional. O ensino por competências implica desenvolver no estudante a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para solucionar problemas de forma eficiente no âmbito do trabalho e na vida cotidiana (BEN, 2017). A certificação em diferentes níveis de ensino

expressa a legitimação social dessas pessoas que passam a ser reconhecidas como capazes de atuar e resolver problemas específicos em sua profissão (Gontijo *et al.*, 2013).

Para atender a tais necessidades, as DCNs para os cursos de graduação na área da saúde vem passando por frequentes atualizações e, no âmbito da graduação em Medicina, as diretrizes vigentes orientam a formação por competências alinhadas às necessidades atuais das populações e delineadas em eixos estruturantes. Em consonância com essas orientações, o projeto pedagógico de curso (PPC) elaborado por cada instituição de ensino superior (IES) deve ser capaz de proporcionar a aquisição gradual e acumulativa de competências ao longo da formação, de acordo com etapas e cenários vivenciados durante o curso (Brasil, 2014). As matrizes de competências também são utilizadas, por exemplo, em exames nacionais, como o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), nos quais são utilizadas situações problema para avaliação de competências desenvolvidas ao longo da formação em nível de graduação.

### **1.3.3 Formação de competências nas residências**

No Brasil, os programas de residência em MFC e RMSF têm a finalidade de formar profissionais para atuar na APS. Esses programas vêm crescendo em número e relevância, tendo em vista a necessidade de especialização dos profissionais para atender demandas das populações atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A formação desses profissionais deve contribuir para a reflexão e revisão do modelo assistencial, pois formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade, permitindo a contribuição para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006). A aquisição ou desenvolvimento de competências profissionais e do trabalho em equipe na APS contribui, portanto, para a resolutividade do serviço.

A matriz de competências de programas de residência é definida pelo Ministério da Saúde e atualizada periodicamente para atender às demandas do sistema de saúde. De acordo com a Portaria nº 1.907/2019, a matriz de competência tem como objetivo "definir as competências gerais e específicas para a formação dos médicos e demais profissionais de saúde na área de saúde da família e comunidade" (Brasil, 2019). Abrange áreas como atenção à saúde, gestão em saúde, educação em saúde, pesquisa em saúde e integração entre as áreas profissionais. Segundo a portaria, as competências devem incluir conhecimentos teóricos e práticos, habilidades técnicas e comportamentais, além de valores éticos e humanísticos. Em 2020, o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) aprovou a Matriz de Competências

para os programas de residência em MFC; sendo obrigatória a atualização dos projetos pedagógicos dos programas de residência a partir de março de 2022 (Brasil, 2020; Carvalho, 2020; Flor, 2022).

A matriz de competência é uma ferramenta fundamental para a formação dos profissionais da saúde, especialmente na residência médica e multiprofissional. De acordo com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a matriz de competência é um documento que apresenta as competências esperadas dos residentes durante o período de formação, nela define as habilidades e conhecimentos que os profissionais devem ter para atuar na atenção primária à saúde. A matriz de competência visa nortear a elaboração do plano de ensino, possibilitar a avaliação e orientar a formação do residente.

A função de uma matriz de competências é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar. Considerando-se a essencialidade do que está na matriz, a recursividade no ensino é o que estrutura e garante, de certo modo, atingir as expectativas de modo processual e continuado. Por isso, os domínios e subdomínios da formação do médico precisam ser permanentemente revisitados em diferentes contextos de ocorrência e de complexidade em termos de exigências de relações, de reflexão e de argumentação. A matriz sinaliza aquilo que é responsabilidade coletiva, e não de um período do curso, disciplina ou docente (Brasil, 2014).

Entre as competências específicas para a residência em saúde da família e comunidade, destacam-se a capacidade de planejar, implementar e avaliar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento de doenças agudas e crônicas, além do desenvolvimento de atividades de gestão e organização do trabalho em equipe multiprofissional. Os residentes são avaliados regularmente em relação ao seu desempenho em cada uma das competências definidas na matriz, e devem demonstrar habilidade e conhecimento em todas as áreas antes de concluir o programa de residência. Essa matriz de competência é essencial, portanto, para garantir a qualidade da formação dos profissionais de saúde e para prepará-los para atuar na atenção primária à saúde da comunidade, que é um dos pilares do sistema de saúde brasileiro.

De acordo com a CNRMS (2018), "a matriz de competência da residência médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade é uma ferramenta importante para o desenvolvimento de uma formação crítica e reflexiva, que contemple as necessidades da população e as demandas do Sistema Único de Saúde". Ela é entendida como uma ferramenta de gestão de educação em saúde que visa aprimorar a qualidade da formação dos profissionais da área (Brasil, 2019); preparando-os para atuar em equipes interdisciplinares e para enfrentar

os desafios da prática profissional. Segundo a Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) (2017), "a matriz de competência é uma ferramenta essencial para garantir que a formação dos residentes seja de alta qualidade e esteja alinhada às necessidades do sistema de saúde".

No Brasil, a residência multiprofissional em saúde, em conformidade com as premissas da Política Nacional de Promoção da Saúde, têm evidenciado um potencial considerável no processo de formação, capacitação e desenvolvimento de competências para promoção da saúde. A formação em nível de residência pode promover alterações na prática assistencial, capacidade de trabalho em equipe, troca de saberes e práticas; contribuindo para construção de uma nova realidade de saúde para comunidade (Teixeira, 2022).

O campo de atuação dos residentes é o território da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se constitui como a principal estratégia para a consolidação da APS e efetivação das práticas de promoção da saúde, conforme previsto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Deste modo, os residentes, vinculados às equipes da ESF, promovem ações e práticas de proteção e promoção à saúde, conforme as necessidades territoriais, pautadas nos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2017).

Debater o processo formativo de profissionais da saúde, com o foco na promoção da saúde e no desenvolvimento de competências, é uma das tarefas que se coloca para a formação inicial na interface entre o ensino e os processos de trabalho em saúde; buscando promover um ensino que propicie contínua reflexão sobre as contradições dos contextos e que se aproxime das necessidades de saúde dos sujeitos do cuidado e reconheça e respeite seus valores, experiências e conhecimentos (Brasil, 2006).

Desenvolver competências consiste em conferir ao profissional diversos recursos cognitivos relacionados ao saber fazer, saber ser, saber agir. Em relação à promoção da saúde, especificamente, competência é definida como uma associação sinérgica de conhecimentos, habilidades e atitudes, que possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas com excelência, considerando um padrão (Nascimento, 2010). No campo da promoção da saúde, o desenvolvimento de competências contribui para a formação de profissionais mais eficazes; incentiva a prestação de serviços baseados em evidências, ética, justa, padronizada e focada no cuidado ao cliente, família e comunidade; e constitui a base para a prática responsável e garantia de qualidade, atendendo aos princípios disparados em Ottawa (Brasil, 2006).

No contexto brasileiro, o desenvolvimento de competências em promoção da saúde alinha-se aos pressupostos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), responsável por desenvolver as ações de promoção da saúde no território, assegurando sua consonância com

os princípios e diretrizes do SUS. Diversos países e organizações têm se empenhado no desenvolvimento de competências para a promoção da saúde, dentre eles, Nova Zelândia, Escócia, Israel, Canadá e Austrália têm contribuído mais fortemente nesta discussão (Carvalho, 2020).

Ribeiro (2022), desenvolveu instrumentos para avaliação e acompanhamento das condições de formação de programas de residência em MFC. A matriz de competências serve como referência para a elaboração do Projeto Pedagógico dos Programas de residência, orientando a seleção de conteúdos, metodologias de ensino, atividades práticas e avaliação da aprendizagem. Ao desenvolver os instrumentos de avaliação, foram selecionadas as competências que deveriam ser avaliadas ao longo do programa de MFC. Ele mapeou as competências descritas na matriz e definiu indicadores específicos para cada uma delas, que puderam ser observados e mensurados durante o processo de formação dos residentes. Esses indicadores incluem, por exemplo, a capacidade do residente de realizar uma anamnese completa, de elaborar um plano de cuidado para o paciente, de trabalhar em equipe interdisciplinar, entre outros aspectos relevantes para a prática da MFC.

Os instrumentos de avaliação podem ser aplicados periodicamente ao longo do programa de residência para verificar o progresso dos residentes em relação às competências profissionais na matriz. Essa avaliação contínua permite identificar pontos fortes e áreas de melhoria nos programas de MFC, bem como fornecer *feedback* aos residentes e direcionar instruções educacionais para aprimorar sua formação. Dessa forma, a utilização da matriz de competências pelos instrumentos que fornece uma abordagem mais objetiva e sistemática para avaliar e acompanhar as condições de formação em programas de MFC, garantindo que os residentes adquiram as habilidades necessárias para o exercício pleno da especialidade (Ribeiro, 2022).

Outro exemplo de pesquisa que considera a matriz de competências é a de Menezes (2021) intitulada "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". Este trabalho teve como objetivo principal criar uma metodologia de avaliação que permita medir as competências dos residentes que estão se especializando em RMFC.

Nessa tese, é proposta a construção de um instrumento avaliativo, que pode ser um interativo ou uma escala de avaliação, para mensurar as competências específicas dos residentes de medicina de família e comunidade. Esse instrumento foi elaborado de forma a abranger as principais áreas de atuação e habilidades necessárias nessa especialidade. Além disso, a tese

também busca desenvolver um manual de orientação que auxilie os avaliadores na utilização do instrumento e na interpretação dos resultados. Esse manual fornece orientações claras sobre como aplicar a avaliação, como pontuar as competências e como utilizar os resultados para fornecer feedback e orientação aos residentes (Menezes, 2021).

A residência em MFC é uma área da Medicina que se concentra no atendimento de saúde abrangente e contínua a indivíduos e famílias em uma comunidade. Para garantir a qualidade do treinamento dos residentes nessa especialidade, é fundamental ter um sistema de avaliação adequado que permita identificar as competências e habilidades necessárias para o exercício da profissão.

## **MÉTODOS**

### **2.1 Tipo de estudo e população**

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi tipo censo, constituída por 300 residentes e preceptores vinculados aos 10 programas de residência em MFC e um programa de RMSF do Estado da Paraíba (Brasil). Ao todo, participaram deste estudo 82% dos 366 preceptores e residentes elegíveis do estado. Os critérios de inclusão foram ser residente regularmente matriculado em programa do estado da Paraíba; e foram excluídos os que estavam em férias, licença de saúde e os que não preencheram o instrumento do estudo. Os dados foram coletados durante o período de julho a dezembro de 2023.

A maior parte dos programas de residência em MFC e RMSF resulta de uma parceria entre municípios e instituições de ensino superior, públicas ou privadas. No estado da Paraíba, a Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba (ESP) oferece programas de residência médica e multiprofissional, articulando parcerias com IES de Ensino Superior e vários municípios no estado. Dessa maneira, os dez programas de residência em MFC atendem 30 municípios diferentes, sendo oferecidos por instituições de ensino superior públicas e privadas. Há, portanto, uma diversidade expressiva de instituições, municípios e de modelos de gestão das residências em MFC e RMSF no Estado da Paraíba, Brasil.

### **2.2 Instrumento de Coleta de Dados**

Nesta pesquisa, foi utilizado o instrumento de avaliação por competências do residente de MFC proposto por Menezes (2021), que foi modificado e adaptado pelo nosso grupo de pesquisa. As adaptações foram realizadas para sintetizar e reduzir, o máximo possível, a

descrição das competências. E, para utilizá-lo junto à RMSF, foram realizadas modificações pertinentes para adaptá-lo à equipe multiprofissional. Assim, neste trabalho, o instrumento foi intitulado de “*Instrumento de Avaliação de Competências para área da Saúde da Família e Comunidade*” (IAC). No Quadro I, foi reproduzido o instrumento utilizado na pesquisa com os médicos da residência em MFC.

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.
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.
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.
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 tele consultas 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.
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 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	Reflico 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 Meneses, 2021.

O participante poderia fazer uma autoavaliação de suas próprias competências ou avaliar outro profissional, considerando para cada uma das 34 competências do instrumento IAC. As categorias da autoavaliação eram baseadas em uma escala tipo *Likert*, com uma pontuação que variava de 1 a 5, no caso da MFC; e de 0 a 5, no caso da RSFC; tendo em vista que o programa envolve profissionais com diferentes formações, assim uma ou mais competências podem não estar no escopo daquela profissão, sendo possível assinalar “não se aplica” (N/A) como resposta. O somatório da pontuação das respostas foi utilizado para criar

um escore, “*Escore de Avaliação de Competências*”, que poderia totalizar 170 pontos. A descrição de cada uma das categorias de respostas da escala tipo *Likert* foi reproduzida a seguir:

1. Totalmente inseguro: o profissional demonstra dúvidas quanto à dimensão de conhecimento; sentindo-se inseguro, trazendo, muitas vezes, prejuízo ao paciente ou à situação de saúde (não consegue ou sabe resolver a situação ou fazer o procedimento).
2. Inseguro: o profissional necessita do suporte do preceptor muitas vezes (precisa de ajuda para resolver a situação ou fazer o procedimento).
3. Capaz: o profissional faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada (sabe resolver a situação ou fazer o procedimento).
4. Seguro: o profissional não demonstra dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e tem domínio da situação (sabe resolver ou fazer com segurança).
5. Totalmente seguro: o profissional sente-se capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento (sabe resolver e fazer com segurança e ensinar outros profissionais).

O instrumento da pesquisa foi aplicado no formato de questionário estruturado, utilizando formulário eletrônico. O questionário continha variáveis sociodemográficas e o instrumento de avaliação de competências (IAC) para MFC ou para RMSF. Os pesquisadores solicitaram aos coordenadores dos programas um período, durante as aulas teóricas, para explicar e aplicar o instrumento; garantindo, dessa forma, a participação de um maior número de profissionais, esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa e respostas que representassem a opinião do participante sem influência dos pares. Com os preceptores, foram realizadas reuniões via eletrônico para esclarecimentos sobre a pesquisa.

Foram utilizadas duas estratégias de coleta de dados diferentes. De início, o questionário foi respondido por todos os 300 residentes e preceptores participantes desta pesquisa com a finalidade de produzir um retrato das competências na residência autorreferidas (autoavaliação), comparando o escore entre residentes e preceptores. Na segunda estratégia, ao todo 71 preceptores participantes dos programas, sendo 41 da MFC e 30 da RMSF, foram convidados a responder um segundo questionário para avaliar dois residentes utilizando o mesmo instrumento IAC. Dessa forma, foi possível, neste caso, fazer a análise de concordância entre a autoavaliação do residente (AR) e a avaliação do residente pelo preceptor responsável por seu acompanhamento na unidade de saúde (AP).

### 2.3 Variáveis

As variáveis consideradas como dependentes são cada uma das competências do instrumento de pesquisa (IAC) que poderiam pontuar de 0 a 5 pontos. O somatório das pontuações das 34 competências do IAC constitui o “*Escore da Avaliação de Competências*” do IAC, resultando em um valor total que reflete o desempenho global do profissional. Este escore resultou da autoavaliação do participante (residente ou preceptor); ou, alternativamente, da avaliação do residente pelo preceptor. Considerando que foram aplicados dois questionários diferentes, um com amostra de 300 participantes (residentes e preceptores) e outro com amostra de 71 respondentes, referindo-se aos 71 residentes avaliados por seus preceptores; será utilizada a descrição “*Escore de Avaliação de Competências I*” para se referir à primeira amostra de 300 participantes; e “*Escore de Avaliação de Competências II*” para se referir ao grupo de 71 respostas de autoavaliação de residentes e 71 respostas de avaliação de residentes por preceptores.

As variáveis sociodemográficas foram sexo, idade, estado civil, ter ou não filhos, número de filhos, instituição onde foi realizada a graduação (pública, privada com financiamento, privada sem financiamento) e tempo de formado; grupo da residência (MFC ou RMSF), posição na residência (residente ou preceptor); a experiência na APS (< 1 ano, de 1 a 3 anos, de 4 a 6 anos, de 7 a 10 anos, de 11 a 15 anos e > 15 anos) e a macrorregião do Estado onde atua (Macrorregião I ou Macro I corresponde ao entorno de João Pessoa, Macro II abrange a macrorregião de Campina Grande e a Macro III, Cajazeiras no sertão e alto sertão do estado).

### 2.3 Análise estatística

O banco de dados foi analisado por meio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2018), sendo realizadas as análises descritiva e inferencial. De início, foi realizado o teste Kolmogorov–Smirnov (Teste KS) com os dois escores, sendo observada distribuição normal apenas para o “*Escore de Avaliação de Competências I*” (300 participantes); sendo utilizados testes paramétricos (Teste T e ANOVA) para avaliar diferenças em relação ao escore entre os grupos analisados. A análise comparativa entre autoavaliação de residentes e preceptores, para cada uma das competências analisadas no IAC, foi realizada por meio do Teste de Mann-Whitney (Teste U); sendo comparadas as autoavaliações de residentes e preceptores e; posteriormente, a autoavaliação dos residentes (AR) em relação à avaliação dos preceptores (AP). Neste caso, as diferenças não significativas entre esses dois grupos (AR e AP) indicariam a concordância entre os dois grupos. O nível de significância adotado foi de 95% (valor de “p” menor do que 0,05).

## **2.4 Aspectos éticos**

Os participantes receberam informações fornecidas sobre os propósitos da pesquisa e manifestaram seu consentimento voluntário. A coleta de dados só teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em total conformidade com os princípios éticos estabelecidos para estudos envolvendo seres humanos, conforme as resoluções CNS 466/2012, CNS 510/2016 (em seus artigos 15, 16 e 17) e Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo 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", recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob protocolo CAAE: 73484623.5.0000.5187.

## **CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **3.1 Resultados**

Do total de 300 participantes, 211 participantes estavam vinculados aos dez programas de residência em MFC e 89 eram da RMSF; sendo 71 preceptores e 229 residentes. A maioria era do sexo feminino (69,7%), não tinha companheiro (a) (53,7%) e nem filhos (76%). A média da idade dos médicos foi 31,12 anos ( $\pm 5,96$ ) e dos profissionais da RMSF foi de 34,75 anos ( $\pm 10,17$ ); tendo os preceptores concluído a graduação em média de 9,0 anos ( $\pm 7,0$ ). Ao todo, 43,3% dos participantes concluíram o curso em instituição pública e 38% em instituição privada com financiamento; sendo observado que 18,7% custearam sua formação com recursos próprios. No tocante ao tempo de experiência na APS, a maior parte (45,38%) dos respondentes tinham de 1 a 3 anos de experiência; 24% dos respondentes tinham menos de um ano na APS e o restante (27%) mais de quatro anos. A maior parte dos médicos (56,4%) está interiorizada com 35 (16,6%) atuando na Macrorregião II (região de Campina Grande) e 84 (39,8%) na Macrorregião III (sertão e alto sertão) do estado da Paraíba (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico da população do estudo.

		Residência em Medicina da Família e Comunidade								Residência Multiprofissional em Saúde da Família								Participantes (N=300)	
		Posição no Programa de Residência								Posição no Programa de Residência									
		R1		R2		Preceptor		Total		R1		R2		Preceptor		Total		TOTAL	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo	Feminino	71	69,6	37	54,4	22	53,7	130	61,6	28	87,5	24	88,9	27	90,0	79	88,8	209	69,7
	Masculino	31	30,4	31	45,6	19	46,3	81	38,4	4	12,5	3	11,1	3	10,0	10	11,2	91	30,3
Estado Civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	66	64,7	42	61,8	13	31,7	121	57,3	19	59,4	17	63,0	4	13,3	40	44,9	161	53,7
	União estável ou casado(a)	36	35,3	26	38,2	28	68,3	90	42,7	13	40,6	10	37,0	26	86,7	49	55,1	139	46,3
Filhos	Não	91	89,2	57	83,8	25	61,0	173	82,0	27	84,4	21	77,8	7	23,3	55	61,8	228	76,0
	Sim	11	10,8	11	16,2	16	39,0	38	18,0	5	15,6	6	22,2	23	76,7	34	38,2	72	24,0
Instituição da graduação	Pública	26	25,5	25	36,8	22	53,7	73	34,6	18	56,3	23	85,2	16	53,3	57	64,0	130	43,3
	Privada, com financiamento	45	44,1	36	52,9	16	39,0	97	46,0	11	34,4	2	7,4	4	13,3	17	19,1	114	38,0
	Privada, sem financiamento	31	30,4	7	10,3	3	7,3	41	19,4	3	9,4	2	7,4	10	33,3	15	16,9	56	18,7
Macro do município em que atua	Macro I	47	46,1	28	41,2	17	41,5	92	43,6	32	100	27	100	30	100	89	100	181	60,3
	Macro II	15	14,7	11	16,2	9	22,0	35	16,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	11,7
	Macro III	40	39,2	29	42,6	15	36,6	84	39,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	84	28,0
Experiência na APS	< 1 ano	45	44,1	0	0,0	0	0,0	45	22,5	27	84,4	0	0,0	0	0,0	27	30,3	72	24,0
	de 1 a 3 anos	42	41,2	59	86,8	9	30,0	110	55,0	3	9,4	20	74,1	3	10,0	26	29,2	136	45,3
	de 4 a 6 anos	10	9,8	6	8,8	0	0,0	16	8,0	2	6,3	4	14,8	2	6,7	8	9,0	24	8,0
	de 7 a 10 anos	1	1,0	1	1,5	12	40,0	14	7,0	0	0,0	2	7,4	5	16,7	7	7,9	21	7,0
	de 11 a 15 anos	2	2,0	1	1,5	3	10,0	6	3,0	0	0,0	1	3,7	6	20,0	7	7,9	13	4,3
	> 15 anos	2	2,0	1	1,5	6	20,0	9	4,5	0	0,0	0	0,0	14	46,7	14	15,7	23	7,7

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Os resultados em relação às diferenças entre a média do “*Escore de Avaliação de Competências I*”, autorreferida pelos participantes, para as variáveis sociodemográficas foram descritos na Tabela 2. O escore foi maior no grupo do sexo masculino ( $p=0,008$ ); no grupo de preceptores quando comparado aos residentes ( $p=0,003$ ); entretanto, não foi verificada diferença significativa entre os residentes do primeiro e segundo anos (R1 e R2). Quanto maior a experiência na APS, também foi maior a média do escore entre os participantes ( $p=0,003$ ). Os participantes que concluíram sua graduação em instituições privadas autodeclaram mais domínio de competências do que quem se formou em instituição pública ( $p=0,001$ ). Os participantes da RMSF tiveram média menor do escore de autoavaliação de competências do que os médicos vinculados à residência em MFC ( $p<0,001$ ) (Tabela 2). Esta residência está localizada na Microrregião I do Estado (João Pessoa) e, em virtude disso, o programa pode ter contribuído para escore médio menor nessa região em relação às demais macrorregiões (II e III).

Tabela 2: Resultados da análise sobre as diferenças em relação às médias do “*Escore de Avaliação de Competências I*” para as diferenças variáveis sociodemográficas, acadêmicas e profissionais.

ESCORE DE AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS I		Média	Desvio padrão	Teste T*/ANOVA*
Sexo	Feminino	119,2	22,0	0,008*
	Masculino	126,6	22,6	
Estado Civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	120,47	120,47	0,435
	União estável ou casado(a)	122,50	122,50	
Filhos	Não	122,4	22,2	0,008*
	Sim	118,2	23,0	
Instituição da graduação	Pública	116,9	22,5	0,001**
	Privada, com financiamento	127,2	21,5	
	Privada, sem financiamento	120,3	21,7	
Grupo por residência (MFC e RMSF)	MFC (residentes e preceptores)	128,3	19,3	<0,001*
	RMSF (residentes e preceptores)	105,0	20,8	
Grupo por categoria (Residentes e Preceptores)	Residentes (MFC e RMSF)	119,3	21,8	0,003*
	Preceptores (MFC e RMSF)	128,2	23,1	
Posição no Programa de Residência	R1	118,2	21,6	0,405
	R2	120,7	22,1	
Macrorregião do município em que atua	Macro I – João Pessoa	117,2	23,3	<0,001**
	Macro II – Campina Grande	121,1	15,2	
	Macro III - Cajazeiras	130,7	20,3	
Programa de Residência	MFC - SMSJP - UFPB	138,6	17,0	<0,001**
	MFC - SMSMME - UFPB	131,1	18,6	
	MFC - SMSMME - UFPB	126,0	21,2	
	MFC - SMSJP - UNIPÊ	131,6	20,8	
	MFC - SMSJP - FCM	118,7	15,8	
	MFC - SMSJP - FACEME	131,3	21,5	
	MFC - SMSMME - UFPB	120,0	15,3	
	MFC - Alto Sertão - UFCG de CAJAZEIRAS	123,0	24,4	
	MFC - Sertão - UNIFIP	134,5	17,0	
	MFC - ESP - IES SANTA MARIA	125,5	20,4	
	MULTIPROFISSIONAL - SMSJP - FCM	105,0	20,8	
Experiência na APS	< 1 ano	113,1	22,0	0,003**
	de 1 a 3 anos	124,2	21,3	

	de 4 a 6 anos	113,9	20,2	
	de 7 a 10 anos	128,0	28,6	
	de 11 a 15 anos	126,9	13,6	
	> 15 anos	122,0	21,6	
<b>Pretensão de continuar atuando na APS</b>	Não	121,5	20,0	0,982
	Sim	121,4	23,4	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A Tabela 3A e 3B ilustra o “*Inventário de Competências*” para atuação na APS, comparativamente entre os residentes e preceptores dos programas avaliados. Observou-se uma proporção maior de preceptores que se autoavaliaram como totalmente seguros para todas as 34 competências avaliadas em relação aos residentes. Dentre os médicos vinculados às residências em MFC, foram observadas diferenças significativas entre residentes e preceptores em 22 das 34 competências avaliadas. Neste grupo, não foram verificadas diferenças significativas em relação às competências de registro, comunicação e questões éticas.

Interessante que, quando avaliados os procedimentos, como a inserção de DIU, 55,4% dos residentes e 45,2% dos preceptores se autoavaliaram como totalmente inseguros para sua realização. No Estado da Paraíba, sete (4,2%) residentes e três (7,1%) dos preceptores se consideraram totalmente seguros e capazes de ensinar outros profissionais a realizarem a inserção de DIU na APS. Esses resultados exemplificam como o “*Inventário de Competências*” pode ser utilizado para identificar lacunas e potenciais formadores que se encontram no sistema de saúde. As tabelas 3A e 3B ilustra, portanto, de maneira bastante sintética e direta, quem tem ou não domínio de competências e para quais competências é necessário envidar esforços de formação continuada.

O “*Inventário*” para os multiprofissionais da RMSF apresenta diferenças interessantes quando comparado ao dos médicos, como mostrado na Tabela 3B. Em apenas 6 das 34 competências avaliadas foram observadas diferenças significativas entre residentes e preceptores. Isto pode ser explicado, pois foi realizada uma adaptação do instrumento utilizado para médicos; sendo que, no grupo dos multiprofissionais, geralmente os enfermeiros fazem atividades mais parecidas com os médicos. Entretanto, as competências avaliadas não estão no escopo das demais profissões, que devem ter instrumentos específicos.

Tabela 3A: “Inventário de Competências” para residência em Medicina da Família e Comunidade, comparando a autoavaliação de residentes (R) e preceptores (P).

	Residência em Medicina da Família e Comunidade											N=	Teste U (R x P)
	T.Inseguro		Inseguro		Capaz		Seguro		T. Seguro		n		
	Grupo	n	%	n	%	n	%	n	%	n		%	p
Anamnese com MCCP	R	0	0,0	1	0,6	25	14,8	66	39,1	77	45,6	169	,001
	P	0	0,0	0	0,0	2	4,8	9	21,4	31	73,8	42	
Exame Físico global	R	0	0,0	3	1,8	35	20,7	72	42,6	59	34,9	169	,014
	P	0	0,0	0	0,0	6	14,3	12	28,6	24	57,1	42	
Diagnósticos na APS	R	0	0,0	8	4,7	44	26,0	67	39,6	50	29,6	169	,012
	P	0	0,0	0	0,0	8	19,5	12	29,3	21	51,2	41	
Exames e Prevenção Quaternária	R	0	0,0	3	1,8	35	20,7	73	43,2	58	34,3	169	,001
	P	0	0,0	0	0,0	4	9,5	12	28,6	26	61,9	42	
Planejamento de conduta integrado	R	0	0,0	6	3,6	39	23,1	80	47,3	44	26,0	169	,001
	P	0	0,0	0	0,0	4	9,5	16	38,1	22	52,4	42	
Prontuário SOAP	R	1	0,6	4	2,4	27	16,0	53	31,4	84	49,7	169	,341
	P	0	0,0	1	2,4	3	7,1	15	35,7	23	54,8	42	
Coordenação do Cuidado	R	1	0,6	15	8,9	63	37,3	62	36,7	28	16,6	169	,004
	P	0	0,0	2	4,8	7	16,7	21	50,0	12	28,6	42	
Atualização profissional	R	1	0,6	7	4,1	51	30,2	69	40,8	41	24,3	169	,020
	P	0	0,0	0	0,0	9	22,0	15	36,6	17	41,5	41	
Atenção Domiciliar	R	1	0,6	10	5,9	58	34,3	57	33,7	43	25,4	169	,010
	P	0	0,0	1	2,4	5	11,9	22	52,4	14	33,3	42	
Abordagem Familiar	R	7	4,1	19	11,2	65	38,5	38	22,5	40	23,7	169	<0,001
	P	0	0,0	1	2,4	8	19,0	16	38,1	17	40,5	42	
Resolutividade	R	0	0,0	14	8,3	46	27,2	71	42,0	38	22,5	169	,013
	P	0	0,0	1	2,4	8	19,0	16	38,1	17	40,5	42	
Temáticas emergentes e recorrentes	R	0	0,0	7	4,1	34	20,1	73	43,2	55	32,5	169	,040
	P	0	0,0	1	2,4	2	4,8	21	50,0	18	42,9	42	
Comunicação Preceptor-Residente	R	6	3,6	10	5,9	29	17,2	70	41,4	54	32,0	169	,003
	P	0	0,0	0	0,0	5	11,9	14	33,3	23	54,8	42	
Comunicação em Saúde	R	0	0,0	2	1,2	22	13,0	58	34,3	87	51,5	169	,198
	P	0	0,0	0	0,0	2	4,8	15	35,7	25	59,5	42	
Educação em Saúde	R	1	0,6	7	4,1	49	29,0	59	34,9	53	31,4	169	,040
	P	0	0,0	1	2,4	7	16,7	15	35,7	19	45,2	42	
Ética profissional	R	0	0,0	1	0,6	11	6,5	52	30,8	105	62,1	169	,357
	P	0	0,0	0	0,0	4	9,5	8	19,0	30	71,4	42	
Relação Profissional-Equipe	R	0	0,0	1	0,6	16	9,5	49	29,0	103	60,9	169	,133
	P	0	0,0	0	0,0	3	7,1	8	19,0	31	73,8	42	
Compromisso no trabalho	R	0	0,0	2	1,2	18	10,7	54	32,0	95	56,2	169	,826
	P	0	0,0	0	0,0	4	9,5	14	33,3	24	57,1	42	
Sigilo profissional	R	1	0,6	1	0,6	16	9,5	50	29,6	101	59,8	169	,175
	P	0	0,0	0	0,0	1	2,4	12	28,6	29	69,0	42	
Responsabilidade social	R	1	0,6	8	4,8	40	23,8	58	34,5	61	36,3	168	,003
	P	0	0,0	1	2,4	6	14,3	8	19,0	27	64,3	42	
Realização de procedimentos	R	2	1,2	10	6,0	41	24,4	59	35,1	56	33,3	168	,011
	P	0	0,0	0	0,0	6	14,3	15	35,7	21	50,0	42	
Lavagem Otológica	R	7	4,1	12	7,1	21	12,4	27	16,0	102	60,4	169	,428
	P	1	2,4	0	0,0	6	14,3	8	19,0	27	64,3	42	
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	R	92	55,4	34	20,5	23	13,9	10	6,0	7	4,2	166	,189
	P	19	45,2	9	21,4	8	19,0	3	7,1	3	7,1	42	
Exérese	R	62	36,9	33	19,6	33	19,6	19	11,3	21	12,5	168	,014
	P	9	21,4	9	21,4	6	14,3	6	14,3	12	28,6	42	
Sutura	R	17	10,1	12	7,1	28	16,6	36	21,3	76	45,0	169	,831
	P	5	11,9	3	7,1	6	14,3	10	23,8	18	42,9	42	
Cantoplastia	R	61	36,1	26	15,4	29	17,2	19	11,2	34	20,1	169	,116
	P	10	23,8	7	16,7	9	21,4	3	7,1	13	31,0	42	
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	R	50	29,9	45	26,9	27	16,2	17	10,2	28	16,8	167	,007
	P	7	16,7	6	14,3	9	21,4	10	23,8	10	23,8	42	
Aplicação de ATA	R	82	49,1	30	18,0	27	16,2	18	10,8	10	6,0	167	<0,001
	P	7	16,7	7	16,7	6	14,3	9	21,4	13	31,0	42	
Territorialização	R	4	2,4	25	14,9	71	42,3	38	22,6	30	17,9	168	<0,001
	P	0	0,0	0	0,0	9	21,4	17	40,5	16	38,1	42	
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	R	2	1,2	13	7,7	54	32,1	60	35,7	39	23,2	168	,002
	P	0	0,0	0	0,0	8	19,5	16	39,0	17	41,5	41	

Competência Cultural	R	17	10,1	47	28,0	64	38,1	20	11,9	20	11,9	168	,001
	P	0	0,0	5	11,9	18	42,9	12	28,6	7	16,7	42	
Atividades Coletivas	R	13	7,8	36	21,6	55	32,9	40	24,0	23	13,8	167	,001
	P	0	0,0	2	4,8	17	40,5	11	26,2	12	28,6	42	
Aprendizagem autogerida	R	1	0,6	6	3,6	35	20,8	66	39,3	60	35,7	168	,086
	P	0	0,0	0	0,0	5	11,9	18	42,9	19	45,2	42	
Fluxo de Cuidado	R	1	0,6	12	7,2	46	27,5	57	34,1	51	30,5	167	,122
	P	0	0,0	0	0,0	9	21,4	18	42,9	15	35,7	42	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Tabela 3B: “Inventário de Competências” para residência Multiprofissional em Saúde da Família, comparando a autoavaliação de residentes (R) e preceptores (P).

	Grupo	Residência Multiprofissional em Saúde da Família												Teste U (R x P)	
		N/A		T.Inseguro		Inseguro		Capaz		Seguro		T. Seguro			p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anamnese com MCCP	R	0	0,0	0	0,0	2	3,4	9	15,3	22	37,3	26	44,1	59	,576
	P	1	3,3	0	0,0	0	0,0	5	16,7	8	26,7	16	53,3	30	
Exame Físico global	R	16	27,1	2	3,4	5	8,5	12	20,3	14	23,7	10	16,9	59	,153
	P	6	21,4	0	0,0	0	0,0	5	17,9	11	39,3	6	21,4	28	
Diagnósticos na APS	R	13	22,0	1	1,7	8	13,6	15	25,4	17	28,8	5	8,5	59	,126
	P	4	13,8	0	0,0	4	13,8	6	20,7	9	31,0	6	20,7	29	
Exames e Prevenção Quaternária	R	8	13,6	2	3,4	4	6,8	10	16,9	21	35,6	14	23,7	59	,235
	P	6	20,7	0	0,0	0	0,0	5	17,2	4	13,8	14	48,3	29	
Planejamento de conduta integrado	R	20	33,9	2	3,4	4	6,8	9	15,3	19	32,2	5	8,5	59	,120
	P	5	17,2	0	0,0	2	6,9	8	27,6	9	31,0	5	17,2	29	
Prontuário SOAP	R	2	3,4	1	1,7	2	3,4	12	20,3	22	37,3	20	33,9	59	,254
	P	1	3,4	0	0,0	0	0,0	6	20,7	8	27,6	14	48,3	29	
Coordenação do Cuidado	R	5	8,5	1	1,7	15	25,4	23	39,0	10	16,9	5	8,5	59	<0,001
	P	1	3,3	0	0,0	1	3,3	8	26,7	10	33,3	10	33,3	30	
Atualização profissional	R	0	0,0	0	0,0	5	8,5	19	32,2	20	33,9	15	25,4	59	,449
	P	1	3,3	0	0,0	0	0,0	9	30,0	11	36,7	9	30,0	30	
Atenção Domiciliar	R	0	0,0	0	0,0	3	5,1	22	37,3	15	25,4	19	32,2	59	,035
	P	2	6,9	0	0,0	1	3,4	3	10,3	6	20,7	17	58,6	29	
Abordagem Familiar	R	0	0,0	1	1,7	8	13,8	13	22,4	16	27,6	20	34,5	58	,357
	P	1	3,3	0	0,0	0	0,0	8	26,7	9	30,0	12	40,0	30	
Resolutividade	R	1	1,7	2	3,4	4	6,8	15	25,4	21	35,6	16	27,1	59	,218
	P	1	3,3	0	0,0	0	0,0	7	23,3	11	36,7	11	36,7	30	
Temáticas emergentes e recorrentes	R	0	0,0	0	0,0	8	13,6	12	20,3	20	33,9	19	32,2	59	,269
	P	0	0,0	0	0,0	1	3,3	10	33,3	4	13,3	15	50,0	30	
Comunicação Preceptor-Residente	R	7	11,9	1	1,7	4	6,8	11	18,6	18	30,5	18	30,5	59	,171
	P	2	6,7	1	3,3	0	0,0	4	13,3	11	36,7	12	40,0	30	
Comunicação em Saúde	R	1	1,7	2	3,4	0	0,0	13	22,0	17	28,8	26	44,1	59	,868
	P	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	20,0	12	40,0	12	40,0	30	
Educação em Saúde	R	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	16,9	20	33,9	29	49,2	59	,072
	P	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	6	20,0	21	70,0	30	
Ética profissional	R	0	0,0	0	0,0	1	1,7	2	3,4	18	30,5	38	64,4	59	,215
	P	1	3,3	0	0,0	0	0,0	2	6,7	3	10,0	24	80,0	30	
Relação Profissional-Equipe	R	1	1,7	0	0,0	0	0,0	5	8,5	13	22,0	40	67,8	59	,375
	P	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	5	16,7	23	76,7	30	
Compromisso no trabalho	R	0	0,0	0	0,0	2	3,4	4	6,8	13	22,0	40	67,8	59	,067
	P	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7	2	6,7	26	86,7	30	
Sigilo profissional	R	0	0,0	0	0,0	1	1,7	5	8,5	13	22,0	40	67,8	59	,197
	P	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	5	16,7	24	80,0	30	
Responsabilidade social	R	0	0,0	0	0,0	4	6,8	15	25,4	16	27,1	24	40,7	59	,023
	P	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	13,3	7	23,3	19	63,3	30	
Realização de procedimentos	R	13	22,0	1	1,7	1	1,7	5	8,5	14	23,7	25	42,4	59	,365
	P	3	10,0	0	0,0	0	0,0	4	13,3	9	30,0	14	46,7	30	
Lavagem Otológica	R	48	82,8	4	6,9	2	3,4	0	0,0	1	1,7	3	5,2	58	,573
	P	22	78,6	1	3,6	0	0,0	2	7,1	1	3,6	2	7,1	28	
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	R	54	93,1	3	5,2	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	,014
	P	21	75,0	2	7,1	1	3,6	2	7,1	1	3,6	1	3,6	28	
Exérese	R	54	93,1	3	5,2	1	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	,534
	P	25	89,3	2	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	28	
Sutura	R	54	91,5	0	0,0	1	1,7	2	3,4	0	0,0	2	3,4	59	,108
	P	22	78,6	3	10,7	0	0,0	1	3,6	0	0,0	2	7,1	28	
Cantoplastia	R	56	96,6	0	0,0	2	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	58	1,000
	P	27	96,4	1	3,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	
	R	50	84,7	3	5,1	5	8,5	1	1,7	0	0,0	0	0,0	59	,439

Drenagem de abscesso e colocação de dreno	<b>P</b>	22	78,6	2	7,1	2	7,1	0	0,0	2	7,1	0	0,0	28	
Aplicação de ATA	<b>R</b>	54	93,1	0	0,0	1	1,7	2	3,4	0	0,0	1	1,7	58	,627
	<b>P</b>	25	89,3	3	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	28	
Territorialização	<b>R</b>	1	1,7	2	3,4	4	6,8	10	16,9	18	30,5	24	40,7	59	,166
	<b>P</b>	1	3,3	0	0,0	0	0,0	4	13,3	9	30,0	16	53,3	30	
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	<b>R</b>	0	0,0	1	1,7	15	25,9	19	32,8	13	22,4	10	17,2	58	<0,001
	<b>P</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	10	33,3	17	56,7	30	
Competência Cultural	<b>R</b>	3	5,1	4	6,8	12	20,3	22	37,3	11	18,6	7	11,9	59	,001
	<b>P</b>	2	6,7	0	0,0	0	0,0	9	30,0	9	30,0	10	33,3	30	
Atividades Coletivas	<b>R</b>	2	3,4	3	5,1	9	15,3	18	30,5	18	30,5	9	15,3	59	<0,001
	<b>P</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	13,3	13	43,3	13	43,3	30	
Aprendizagem autodirigida	<b>R</b>	0	0,0	1	1,7	2	3,4	7	11,9	22	37,3	27	45,8	59	,110
	<b>P</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0	8	26,7	19	63,3	30	
Fluxo de Cuidado	<b>R</b>	0	0,0	2	3,4	4	6,8	11	18,6	25	42,4	17	28,8	59	,002
	<b>P</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	6,9	10	34,5	17	58,6	29	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Na Tabela 4A, são mostrados os resultados da comparação entre a autoavaliação do residente (AR) e a avaliação do residente pelo preceptor (AP). Neste caso, era esperado que houvesse maior concordância possível entre os dados e, portanto, não houvesse diferenças significativas entre as duas formas de avaliação. Observa-se claramente que os residentes têm uma autoavaliação mais rigorosa de suas próprias competências (subestimam) quando comparados à avaliação de suas competências feitas pelos preceptores. Por exemplo, no caso da inserção de DIU, enquanto 41 (60,3%) dos residentes declararam que são completamente inseguros para fazer esse procedimento; na opinião dos preceptores, esse valor se reduz à praticamente metade (32,4%). Por outro lado, enquanto apenas um residente se considerou totalmente seguro e capaz de formar outros profissionais, na opinião dos preceptores, esse número subiu para sete residentes que supostamente estariam preparados para fazer e ensinar o procedimento.

Em ambos os programas (MFC e RMSF), observou-se que, das 34 competências avaliadas, na maior parte delas (19 ou 20 competências, respectivamente) não houve diferença significativa entre AR e AP, sendo as respostas, portanto, concordantes (Tabela 4A e 4B). No caso da MFC, as competências mais básicas, voltadas para avaliação clínica do paciente e diagnóstico, tiveram diferenças entre a autoavaliação do residente e a avaliação do preceptor. Interessante que em todos os casos, o preceptor superestima a competência do residente e/ou o residente se subestima.

Tabela 4A: “Inventário de Competências” – comparação da autoavaliação do residente (AR) e da avaliação do residente pelo preceptor (AP) na MFC.

	Avaliador	MFC										N = 71	Teste U (AR x AP)
		TI		I		C		S		TS			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anamnese com MCCP	AR	0	0,0	1	1,4	13	18,3	23	32,4	34	47,9	71	,016
	AP	0	0,0	0	0,0	2	2,9	24	34,3	44	62,9	70	
Exame Físico global	AR	0	0,0	4	5,6	12	16,9	29	40,8	26	36,6	71	,048
	AP	0	0,0	1	1,4	9	12,7	24	33,8	37	52,1	71	
Diagnósticos na APS	AR	0	0,0	6	8,5	19	26,8	23	32,4	23	32,4	71	,044
	AP	0	0,0	0	0,0	13	18,3	29	40,8	29	40,8	71	
Exames e Prevenção Quaternária	AR	0	0,0	3	4,2	17	23,9	26	36,6	25	35,2	71	,106
	AP	0	0,0	1	1,4	11	15,5	27	38,0	32	45,1	71	
Planejamento de conduta integrado	AR	0	0,0	2	2,8	18	25,4	31	43,7	20	28,2	71	,066
	AP	0	0,0	0	0,0	11	15,5	33	46,5	27	38,0	71	
Prontuário SOAP	AR	1	1,4	3	4,2	11	15,5	22	31,0	34	47,9	71	,327
	AP	0	0,0	1	1,4	14	19,7	15	21,1	41	57,7	71	
Coordenação do Cuidado	AR	0	0,0	8	11,3	26	36,6	26	36,6	11	15,5	71	,004
	AP	0	0,0	3	4,2	15	21,1	33	46,5	20	28,2	71	
Atualização profissional	AR	1	1,4	4	5,6	24	33,8	25	35,2	17	23,9	71	,002
	AP	0	0,0	2	2,8	11	15,5	28	39,4	30	42,3	71	
Atenção Domiciliar	AR	1	1,4	8	11,3	21	29,6	24	33,8	17	23,9	71	,012
	AP	0	0,0	1	1,4	14	19,7	33	46,5	23	32,4	71	
Abordagem Familiar	AR	3	4,2	9	12,7	25	35,2	16	22,5	18	25,4	71	,001
	AP	1	1,4	1	1,4	15	21,1	25	35,2	29	40,8	71	
Resolutividade	AR	0	0,0	5	7,0	16	22,5	34	47,9	16	22,5	71	,268
	AP	0	0,0	2	2,8	20	28,2	23	32,4	26	36,6	71	
Temáticas emergentes e recorrentes	AR	0	0,0	4	5,6	11	15,5	31	43,7	25	35,2	71	,855
	AP	0	0,0	1	1,4	16	22,9	26	37,1	27	38,6	70	
Comunicação Preceptor-Residente	AR	1	1,4	6	8,5	12	16,9	28	39,4	24	33,8	71	,023
	AP	0	0,0	2	2,8	9	12,7	24	33,8	36	50,7	71	
Comunicação em Saúde	AR	0	0,0	1	1,4	4	5,6	31	43,7	35	49,3	71	,202
	AP	0	0,0	0	0,0	10	14,1	32	45,1	29	40,8	71	
Educação em Saúde	AR	0	0,0	3	4,2	23	32,4	25	35,2	20	28,2	71	,424
	AP	1	1,4	2	2,8	18	25,4	27	38,0	23	32,4	71	
Ética profissional	AR	0	0,0	0	0,0	3	4,2	30	42,3	38	53,5	71	,105
	AP	0	0,0	0	0,0	3	4,2	20	28,2	48	67,6	71	
Relação Profissional-Equipe	AR	0	0,0	0	0,0	6	8,5	22	31,0	43	60,6	71	,825
	AP	0	0,0	0	0,0	5	7,0	22	31,0	44	62,0	71	
Compromisso no trabalho	AR	0	0,0	1	1,4	8	11,3	24	33,8	38	53,5	71	,063
	AP	0	0,0	0	0,0	4	5,6	19	26,8	48	67,6	71	
Sigilo profissional	AR	0	0,0	1	1,4	6	8,5	22	31,0	42	59,2	71	,190
	AP	0	0,0	0	0,0	3	4,3	19	27,1	48	68,6	70	
Responsabilidade social	AR	0	0,0	4	5,6	19	26,8	25	35,2	23	32,4	71	,303
	AP	0	0,0	1	1,4	16	22,5	28	39,4	26	36,6	71	
Realização de procedimentos	AR	1	1,4	2	2,8	25	35,2	20	28,2	23	32,4	71	,014
	AP	0	0,0	2	2,8	9	12,7	29	40,8	31	43,7	71	
Lavagem Otológica	AR	4	5,6	3	4,2	6	8,5	13	18,3	45	63,4	71	,235
	AP	1	1,4	4	5,6	13	18,3	16	22,5	37	52,1	71	
Inserção de DIU e Implante contraceptivo	AR	41	60,3	14	20,6	11	16,2	1	1,5	1	1,5	68	<0,001
	AP	23	32,4	10	14,1	28	39,4	3	4,2	7	9,9	71	
Exêrese	AR	28	40,6	13	18,8	13	18,8	6	8,7	9	13,0	69	,003
	AP	12	16,9	9	12,7	28	39,4	12	16,9	10	14,1	71	
Sutura	AR	12	16,9	5	7,0	10	14,1	16	22,5	28	39,4	71	,880
	AP	1	1,4	8	11,3	22	31,0	15	21,1	25	35,2	71	
Cantoplastia	AR	26	36,6	13	18,3	10	14,1	7	9,9	15	21,1	71	,062
	AP	12	16,9	7	9,9	29	40,8	14	19,7	9	12,7	71	
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	AR	23	33,3	20	29,0	12	17,4	4	5,8	10	14,5	69	<0,001
	AP	6	8,5	9	12,7	32	45,1	16	22,5	8	11,0	71	
Aplicação de ATA	AR	36	52,2	12	17,4	9	13,0	4	5,8	8	11,6	69	<0,001
	AP	10	14,1	8	11,3	38	53,5	5	7,0	10	14,1	71	
Territorialização	AR	3	4,2	11	15,5	28	39,4	19	26,8	10	14,1	71	<0,001
	AP	0	0,0	2	2,9	21	30,0	27	38,6	20	28,6	70	
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	AR	0	0,0	8	11,3	22	31,0	27	38,0	14	19,7	71	,001
	AP	0	0,0	1	1,4	10	14,3	36	51,4	23	32,9	70	

Competência Cultural	AR	7	9,9	22	31,0	25	35,2	8	11,3	9	12,7	71	<0,001
	AP	2	2,8	9	12,7	25	35,2	22	31,0	13	18,3	71	
Atividades Coletivas	AR	7	10,0	10	14,3	25	35,7	18	25,7	10	14,3	70	,175
	AP	3	4,2	5	7,0	31	43,7	19	26,8	13	18,3	71	
Aprendizagem autogerida	AR	0	0,0	3	4,2	14	19,7	29	40,8	25	35,2	71	,098
	AP	1	1,4	0	0,0	8	11,3	30	42,3	32	45,1	71	
Fluxo de Cuidado	AR	0	0,0	6	8,5	23	32,4	20	28,2	22	31,0	71	,080
	AP	0	0,0	3	4,2	12	16,9	31	43,7	25	35,2	71	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Tabela 4B: “Inventário de Competências” – comparação da autoavaliação do residente (AR) e da avaliação do residente pelo preceptor (AP) na RMSF.

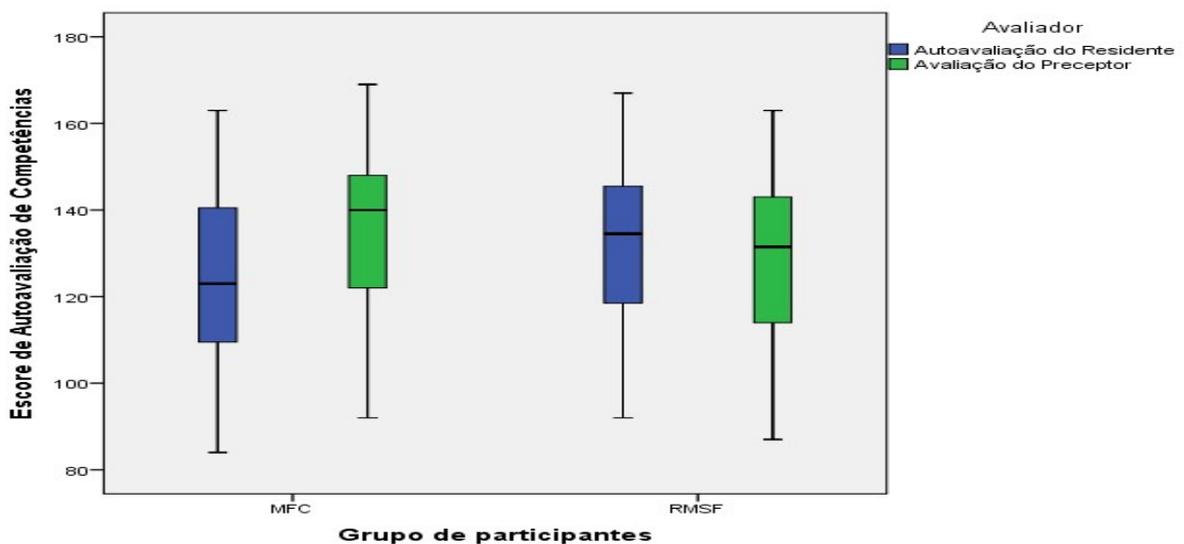
	Grupo	RMSF												Teste U (AR x AP)	p
		N/A		TI		I		C		S		TS			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anamnese com MCCP	AR	0	0,0	0	0,0	1	1,9	7	13,5	22	42,3	22	42,3	52	,004
	AP	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	1,9	14	26,9	36	69,2	52	
Exame Físico global	AR	16	30,8	1	1,9	2	3,8	11	21,2	12	23,1	10	19,2	52	<0,001
	AP	7	13,5	0	0,0	1	1,9	1	1,9	17	32,7	26	50,0	52	
Diagnósticos na APS	AR	14	26,9	0	0,0	6	11,5	11	21,2	12	23,1	9	17,3	52	<0,001
	AP	4	7,7	0	0,0	0	0,0	7	13,5	14	26,9	27	51,9	52	
Exames e Prevenção Quaternária	AR	12	23,1	0	0,0	5	9,6	8	15,4	14	26,9	13	25,0	52	,005
	AP	6	11,5	1	1,9	1	1,9	4	7,7	15	28,8	25	48,1	52	
Planejamento de conduta integrado	AR	19	36,5	2	3,8	1	1,9	8	15,4	17	32,7	5	9,6	52	<0,001
	AP	8	16,7	0	0,0	3	6,3	2	4,2	15	31,3	20	41,7	48	
Prontuário SOAP	AR	2	3,8	1	1,9	1	1,9	10	19,2	23	44,2	15	28,8	52	<0,001
	AP	2	3,8	1	1,9	0	0,0	0	0,0	14	26,9	35	67,3	52	
Coordenação do Cuidado	AR	9	17,3	0	0,0	1	2,0	16	30,8	10	19,2	4	7,7	52	<0,001
	AP	3	5,8	0	0,0	1	1,9	5	9,6	19	36,5	24	46,2	52	
Atualização profissional	AR	0	0,0	0	0,0	3	5,8	15	28,8	19	36,5	15	28,8	52	,001
	AP	2	3,8	0	0,0	0	0,0	6	11,5	12	23,1	32	61,5	52	
Atenção Domiciliar	AR	0	0,0	0	0,0	1	1,9	19	36,5	15	28,8	17	32,7	52	,001
	AP	0	0,0	0	0,0	2	3,8	4	7,7	13	25,0	33	63,5	52	
Abordagem Familiar	AR	0	0,0	1	2,0	9	18,4	7	14,3	15	30,6	17	34,7	49	<0,001
	AP	0	0,0	0	0,0	2	3,8	1	1,9	16	30,8	33	63,5	52	
Resolutividade	AR	1	1,9	2	3,8	4	7,7	10	19,2	23	44,2	12	23,1	52	,001
	AP	1	1,9	0	0,0	0	0,0	7	13,5	15	28,8	29	55,8	52	
Temáticas emergentes e recorrentes	AR	0	0,0	0	0,0	7	13,5	14	26,9	14	26,9	17	32,7	52	,004
	AP	1	1,9	0	0,0	1	1,9	6	11,5	15	28,8	29	55,8	52	
Comunicação Preceptor-Residente	AR	5	9,6	1	1,9	6	11,5	7	13,5	13	25,0	20	38,5	52	<0,001
	AP	0	0,0	0	0,0	2	3,8	2	3,8	13	25,0	35	67,3	52	
Comunicação em Saúde	AR	1	1,9	2	3,8	0	0,0	10	19,2	15	28,8	24	46,2	52	,084
	AP	2	3,8	0	0,0	0	0,0	3	5,8	16	30,8	31	59,6	52	
Educação em Saúde	AR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	17,3	18	34,6	25	48,1	52	,069
	AP	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	3,8	16	30,8	33	63,5	52	
Ética profissional	AR	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	3,8	16	30,8	33	63,5	52	,163
	AP	0	0,0	0	0,0	1	1,9	2	3,8	9	17,3	40	76,9	52	
Relação Profissional-Equipe	AR	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	7,7	16	30,8	32	61,5	52	,088
	AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	10	19,2	40	76,9	52	
Compromisso no trabalho	AR	0	0,0	0	0,0	1	1,9	4	7,7	11	21,2	36	69,2	52	,555
	AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	12	23,1	38	73,1	52	
Sigilo profissional	AR	0	0,0	0	0,0	1	1,9	5	9,6	12	23,1	34	65,4	52	,064
	AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8	8	15,4	42	80,8	52	
Responsabilidade social	AR	0	0,0	0	0,0	3	5,8	15	28,8	12	23,1	22	42,3	52	,086
	AP	0	0,0	0	0,0	4	7,7	4	7,7	15	28,8	29	55,8	52	
Realização de procedimentos	AR	12	23,1	0	0,0	1	1,9	6	11,5	11	21,2	22	42,3	52	,067
	AP	3	5,9	1	2,0	0	0,0	3	5,9	18	35,3	26	51,0	51	
Lavagem Otológica	AR	43	87,8	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	4	8,2	49	,366
	AP	37	80,4	1	2,2	2	4,3	2	4,3	1	2,2	3	6,5	46	
	AR	48	98,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	,040

Inserção de DIU e Implante contraceptivo	AP	41	<b>87,2</b>	1	2,1	1	2,1	2	4,3	0	0,0	2	4,3	47	
Exérese	AR	47	<b>95,9</b>	1	2,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	,354
	AP	42	<b>91,3</b>	2	4,3	1	2,2	0	0,0	1	2,2	0	0,0	46	
Sutura	AR	48	<b>92,3</b>	0	0,0	1	1,9	0	0,0	0	0,0	3	5,8	52	,261
	AP	39	<b>84,8</b>	1	2,2	0	0,0	2	4,3	1	2,2	3	6,5	46	
Cantoplastia	AR	48	<b>98,0</b>	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	49	,275
	AP	43	<b>93,5</b>	1	2,2	0	0,0	1	2,2	1	2,2	0	0,0	46	
Drenagem de abscesso e colocação de dreno	AR	43	<b>82,7</b>	3	5,8	5	9,6	1	1,9	0	0,0	0	0,0	52	,905
	AP	38	<b>82,6</b>	2	4,3	3	6,5	1	2,2	2	4,3	0	0,0	46	
Aplicação de ATA	AR	46	<b>93,9</b>	0	0,0	1	2,0	1	2,0	0	0,0	1	2,0	49	,944
	AP	43	<b>93,5</b>	1	2,2	0	0,0	0	0,0	2	4,3	0	0,0	46	
Territorialização	AR	0	0,0	2	3,8	4	7,7	7	13,5	18	34,6	21	40,4	52	,187
	AP	0	0,0	0	0,0	3	5,9	2	3,9	22	43,1	24	47,1	51	
Rede de Atenção à Saúde (RAS)	AR	0	0,0	1	2,0	1	2,0	11	21,2	16	30,8	24	46,2	52	<0,001
	AP	0	0,0	0	0,0	1	1,9	11	21,2	16	30,8	24	46,2	52	
Competência Cultural	AR	1	1,9	5	9,6	8	15,4	21	40,4	11	21,2	6	11,5	52	<0,001
	AP	0	0,0	0	0,0	4	7,8	12	23,5	17	33,3	18	35,3	51	
Atividades Coletivas	AR	2	3,8	4	7,7	7	13,5	11	21,2	21	40,4	7	13,5	52	<0,001
	AP	2	3,8%	0	0,0	0	0,0	9	17,3	16	30,8	25	48,1	52	
Aprendizagem autodirigida	AR	0	0,0%	1	1,9	1	1,9	3	5,8	17	32,7	30	57,7	52	,757
	AP	0	0,0%	0	0,0	1	2,0	5	9,8	17	33,3	28	54,9	51	
Fluxo de Cuidado	AR	0	0,0%	2	3,8	2	3,8	9	17,3	18	34,6	21	40,4	52	,685
	AP	3	5,8%	4	7,7	2	3,8	1	1,9	18	34,6	24	46,2	52	

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A Figura 1 mostra os *boxplots* referentes ao “*Escore de Avaliação de Competências IP*”, comparando o resultado da autoavaliação do residente (AR) e avaliação do residente pelo preceptor (AP). No caso da MFC, a mediana do escore de autoavaliação de competências do residente foi 123 enquanto a mediana do escore de avaliação do residente pelo preceptor foi de 140, sendo essa diferença significativa quando feito o teste de Mann-Whitney ( $p < 0,001$ ). Já no caso da RMSF, não houve diferença significativa entre a mediana da autoavaliação do residente (134,5) e na avaliação do residente pelo preceptor (130,0) ( $p = 0,483$ ).

Figura 1: “*Escore de Avaliação de Competências IP*”



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

### 3.2 Discussão

Neste estudo, foi realizado o levantamento de competências profissionais por meio de autoavaliação, sendo produzido, pela primeira vez na literatura, um "Inventário das Competências" de residentes e preceptores, vinculados às residências em MFC e RMSF do estado da Paraíba no Brasil. A categoria “totalmente seguro”, neste estudo, foi considerada como a capacidade do profissional de ensinar uma determinada competência aos estudantes de programas de residência. No “Inventário de Competências”, foi possível identificar quem tem potencial para atuar como formador no estado. A identificação das potencialidades e das lacunas formativas é crucial para o desenvolvimento de programas de treinamento específicos, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados na APS e fortalecer a formação continuada dos profissionais de saúde. Além disso, essa estratégia pode ser replicada para quaisquer outros cursos de graduação ou pós-graduação, desde que se tenha clareza e uma descrição sucinta das competências que se pretende formar.

Quando se compara os resultados da autoavaliação de residentes (aprendizes) e preceptores (profissionais mais experientes), verificamos que, como esperado, há diferença nas avaliações; sendo mais positivas entre os preceptores para a maior parte das competências avaliadas. A experiência desempenha um papel crucial na tomada de decisão rápida, pois os médicos podem confiar em sua intuição para fazer diagnósticos precisos (Fraundorf *et. al*; 2023; Jebram *et al.*, 2023). Essas intuições muitas vezes são baseadas em conhecimento tácito, ou seja, conhecimento adquirido de forma não explícita e difícil de articular. Os médicos experientes muitas vezes utilizam heurísticas, que são atalhos mentais ou regras práticas, para tomar decisões rápidas e eficazes, mesmo em situações complexas. Essas heurísticas são desenvolvidas ao longo da carreira e permitem aos profissionais de saúde lidarem com a incerteza e a pressão do ambiente clínico, contribuindo para uma prática clínica eficiente e segura (Fraundorf *et. al*; 2023)

Os nossos achados evidenciaram diferenças significativas entre a autoavaliação dos residentes e a avaliação de pares, feita pelos preceptores. Verificou-se uma tendência dos residentes a subestimar suas competências, ou alternativamente, dos preceptores superestimar o desempenho dos residentes; corroborando o estudo de Prediger *et al.* (2019) que comparou as avaliações de supervisores, residentes e enfermeiros sobre as competências de estudantes de Medicina. Na literatura, inúmeros estudos mostraram que os estudantes tendem a se superestimar quando fazem uma previsão sobre seu próprio desempenho; entretanto, quando são utilizadas avaliações por pares ou externas, os resultados são mais contraditórios, podendo também serem observadas subestimativas de desempenho (Gordon, 1991 e 1992; Wald *et. al*,

2002; Parker et. al, 2004; Davis *et al*, 2006; McGill *et. al*, 2011; Abadel *et. al*, 2013; Bußenius *et al*, 2022 Heim *et. al*, 2023). A subestimação ou superestimação podem ser influenciadas por diversos fatores, incluindo a autoconsciência e autoeficácia do estudante, a experiência clínica, o feedback recebido e a cultura educacional, e o método utilizado na pesquisa (Bußenius *et al.*, 2022).

Esses achados, evidenciando a subestimativa dos residentes ou superestimativa dos preceptores em relação ao domínio de um conjunto amplo de competências, sublinham a importância de mecanismos de *feedback* contínuo e de estratégias pedagógicas que fomentem a “reflexão sobre a prática” (pensar sobre o que foi feito) e a “reflexão na prática” (pensar sobre o que se está fazendo imediatamente); além do debate sobre os processos de aprendizagem, aquisição e avaliação de competências no contexto do serviço de saúde (Eva e Regehr, 2005, 2007 e 2011; Frenk *et. al*, 2010; Machin, 2022). A experiência profissional e a familiaridade com a prática clínica podem influenciar a percepção das competências. Portanto, é crucial que os programas de residência incluam mecanismos de autoavaliação e avaliação externa que promovam uma visão equilibrada e realista das capacidades dos residentes.

O “Inventário de Competências” mostrou que há uma necessidade urgente de reforçar a formação em áreas específicas, como procedimentos clínicos e intervenções psicossociais. As lacunas identificadas, especialmente em competências relacionadas à execução de procedimentos, como a inserção de DIU, e a utilização de intervenções psicossociais no manejo de transtornos mentais comuns, destacam a necessidade de revisão e aprimoramento dos currículos de residência, focando mais nas necessidades das populações atendidas nos serviços de saúde. Em uma pesquisa com médicos residentes da MFC em Minas Gerais, foram identificadas várias lacunas na formação relacionada ao uso de intervenções psicossociais (IPs) no manejo de transtornos mentais comuns (TMC). Os residentes relataram que a residência contribuiu pouco para desenvolver competências em IPs para TMC, evidenciando fragilidades no ensino desses temas (Meirelles, 2021).

Em Portugal, os médicos se sentem menos preparados em áreas como emergências médicas, procedimentos práticos e princípios legais (Grilo, 2015); já no Brasil, em um estudo sobre habilidades de comunicação clínica, foram observadas lacunas formativas em relação aos processos subjetivos da consulta, como a percepção de fenômenos inconscientes, transferência e contratransferência entre residentes da MFC (Tenório, 2023). Esses achados sugerem que a formação médica pode estar mais focada no ensino de diagnósticos e tratamentos, com menos ênfase nos aspectos subjetivos e na comunicação interpessoal (Bernardo, 2020; Meirelles, 2021; Tenório, 2023).

Esses achados evidenciam a distância existente entre as necessidades de formação para resolver problemas do serviço e os currículos acadêmicos. As instituições de ensino, em parceria com os serviços, podem se debruçar sobre os resultados do “Inventário de Competências”, fruto desta pesquisa, para avaliar as estratégias a serem utilizadas para sanar as lacunas formativas e melhor aproveitar o potencial de formadores que se encontram nos serviços de saúde. Muitos profissionais que fazem apenas assistência têm potencial de atuar como formadores ou preceptores, e este potencial de formadores pode ser revelado por meio da aplicação do instrumento de autoavaliação utilizado neste trabalho.

Uma das dificuldades para composição do “Inventário” foi definir o conjunto de competências profissionais que seriam avaliadas. A matriz de competências aprovada pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) em 2020 é muito extensa e isto acarreta alguns desafios na sua implementação e avaliação prática. A revisão criteriosa dessas competências, priorizando aquelas mais relevantes e diretamente aplicáveis à prática clínica, pode facilitar a avaliação e melhorar a formação dos residentes. Por outro lado, há que se refletir sobre o desenvolvimento das competências de trabalho interprofissional, colaborativo e em equipes e na formação de lideranças que são necessárias nos serviços de saúde. As competências de comunicação, relacionamento interpessoal e interprofissional, colaboração e aspectos psicoemocionais são pouco trabalhadas nos currículos acadêmicos (Frenk *et. al*, 2010; Machin, 2022). Além disso, uma reflexão é necessária para debater as “metacompetências”, que são aquelas comuns aos multiprofissionais que atuam em equipe da APS. E, também, sobre competências que são regionalizadas. Por exemplo, no Nordeste Brasileiro, há tradição de casamentos consanguíneos com maior prevalência de doenças genéticas de herança recessiva (Reis *et. al*, 2023). Os profissionais dessa região precisam ser formados para lidar com essa problemática na APS.

As limitações deste trabalho envolvem o desenho metodológico. Um estudo transversal e de abordagem quantitativa não pode revelar, por exemplo, as concepções ou percepções dos respondentes a respeito do que é uma competência ou o que é sentir-se seguro para realizar um procedimento. Há, certamente, uma multiplicidade de entendimentos em virtude da polissemia do conceito de competência e de autoavaliação que podem, eventualmente, ter influenciado nos resultados. As diferentes profissões de saúde têm suas especificidades, como é o caso do cirurgião-dentista, nutricionista, fisioterapeuta e a maior parte, tanto de residentes quanto de preceptores, não desenvolvem as competências avaliadas pelo IAC porque não estão no escopo dos seus cursos de graduação. As diferenças foram observadas em competências mais relacionadas à gestão, em que os preceptores têm mais experiência.

## CAPÍTULO 4 – PRODUTO TÉCNICO

Neste capítulo, conforme as orientações da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, foi incluído o produto técnico elaborado pelo grupo de pesquisa. Trata-se de um relatório técnico conclusivo, apresentado no formato de um portfólio, que sintetiza os principais achados dos seis projetos de pesquisa desenvolvidos pelos seis mestrandos da Turma 4. O conteúdo completo do relatório técnico, denominado “Portfólio de Resultados de Pesquisa”, foi incluído nos apêndices deste trabalho, para que os leitores e avaliadores possam ter uma visão abrangente do conteúdo da publicação. O produto também foi disponibilizado em uma versão eletrônica para ampla divulgação. O capítulo referente ao **Inventário de Competências** deste documento corresponde ao relatório técnico resultante deste trabalho.

A escolha de sintetizar os resultados no formato de portfólio, integrando os trabalhos da Turma 4, foi motivada por discussões sobre a translação do conhecimento e o uso de evidências científicas por gestores. Refletimos sobre como tornar os achados mais acessíveis aos participantes da pesquisa, residentes, preceptores, coordenadores e gestores, uma vez que se tratava de seis projetos distintos com seis artigos científicos. Nos perguntamos se os participantes estariam dispostos a ler todos esses artigos e como facilitar o acesso aos resultados. Assim, nossa busca foi por uma forma mais prática de apresentação que pudesse fomentar o debate sobre os resultados no contexto das residências.

Durante essas discussões, tomamos como referência o “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre Zika”, publicado pela Fiocruz em julho de 2022, que serviu de inspiração para a criação do nosso produto técnico. O “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre as Residências em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional no Estado da Paraíba” foi finalizado e está em fase de diagramação e publicação. O documento em PDF será compartilhado com os participantes da pesquisa, e quatro eventos estão sendo organizados para discussão pública dos resultados. Além disso, o portfólio será apresentado no II Congresso Paraibano de Atenção Primária à Saúde, organizado pela Escola de Saúde Pública da Paraíba (SES-PB) em 2025, e em outros eventos da área. O documento também servirá como referência para a definição dos temas de pesquisa da Turma 5 do PROFSAÚDE.

## CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho explorou o desenvolvimento de competências nos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) no estado da Paraíba, por meio da autoavaliação de residentes e preceptores. A autoavaliação foi utilizada como ferramenta para criar um "Inventário de Competências", permitindo uma análise detalhada das potencialidades e fragilidades no processo formativo.

Os resultados evidenciaram a relevância da autoavaliação como um instrumento metacognitivo, que pode contribuir para o aprimoramento da formação profissional ao revelar lacunas e pontos fortes no desenvolvimento das competências exigidas na Atenção Primária à Saúde (APS). A comparação entre as autoavaliações dos residentes e as avaliações dos preceptores demonstrou, como esperado, diferenças significativas, sugerindo que os residentes tendem a subestimar suas habilidades, enquanto os preceptores, com base em sua maior experiência, apresentam uma visão mais positiva das competências desenvolvidas.

Além de fornecer subsídios para o ajuste dos currículos às demandas práticas dos serviços de saúde, o inventário produzido neste estudo poderá orientar a criação de programas de formação continuada, contribuindo para o fortalecimento da APS e para a melhoria dos serviços prestados à população. A estratégia de autoavaliação também mostrou potencial para ser replicada em outros contextos educacionais, permitindo um acompanhamento mais detalhado da evolução das competências em diferentes fases da formação profissional.

O produto técnico resultante deste estudo, em formato de portfólio, sintetiza os achados de pesquisa e será compartilhado com gestores e coordenadores dos programas de residência, fomentando o debate sobre estratégias e políticas para aprimorar a formação em saúde no Brasil. A partir dessas contribuições, espera-se que este trabalho ajude a consolidar a residência como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências e para a construção de uma prática profissional mais alinhada às necessidades do sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

ABADEL, F. T.; HATTAB, A. S. How does the medical graduates' self-assessment of their clinical competency differ from experts' assessment? **BMC Medical Education**, v. 13, n. 24, 2013. DOI: 10.1186/1472-6920-13-24.

ALBANESE, M. A. et al. Building a competency-based curriculum: the agony and the ecstasy.

**Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, v. 15, p. 439-454, 2010.

BEN, A. J. et al. Rumo à educação baseada em competências: construindo a matriz do internato em Medicina de Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-16, 2017. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1354](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1354).

BERNARDO, M. D. S. et al. Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, e20190635, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0635.

BITTENCOURT, C.; LIMA, M. R.; CARVALHO, L. M. Currículo baseado em competências: concepções e perspectivas. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 10, p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/15501>. Acesso em: 03 mar. 2023.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Terapia Ocupacional**. Brasília, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Matriz de competências para residência médica e multiprofissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a**

**organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº CNE/CES 3/2014, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.** Brasília, 2014.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 9, de 30 de dezembro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2020. Seção 1, p. 1-3.

BUßENIUS, L. et al. Final-year medical students' self-assessment of facets of competence for beginning residents. **BMC Medical Education**, v. 22, n. 82, 2022. DOI: 10.1186/s12909-021-03039-2.

CARVALHO, M. A. P.; GUTIÉRREZ, A. C. Fifteen years of Multiprofessional Residency in Family Health at Primary Health Care: contributions from Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2013-2022, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232021266.44132020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. Resolução CNRMS nº 2, de 27 de agosto de 2018. **Dispõe sobre a matriz de competência da residência médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.** Brasília, DF: Ministério da Educação, 2018.

Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. **JAMA**, v. 296, n. 9, p. 1094-1102, 2006. DOI: 10.1001/jama.296.9.1094.

DELUIZ, N. **Currículo por competências: teoria e prática.** São Paulo: Pearson, 2012.

DEMO, Pedro. **Educação e conhecimentos: fundamentos epistemológicos**. São Paulo: Atlas, 2016.

Epstein RM, Hundert EM. Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**. 2002;287(2):226–235. doi:10.1001/jama.287.2.226

EVA, K. W.; REGEHR, G. Exploring the divergence between self-assessment and self-monitoring. **Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, v. 16, n. 3, p. 311-329, 2011.

EVA, K. W.; REGEHR, G. Knowing when to look it up: a new conception of self-assessment ability. **Academic Medicine**, v. 82, n. 10, p. S81-S84, 2007.

EVA, K. W.; REGEHR, G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. **Academic Medicine**, v. 80, n. 10, p. S46-S54, 2005.

FLOR, T. B. M. et al. Analysis of professional training in Multiprofessional Health Residency Programs in Brazil from the perspective of residents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 281-290, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023281.11292022.

FRAUNDORF, S.H., Caddick, Z.A., Nokes-Malach, T.J. et al. Cognitive perspectives on maintaining physicians' medical expertise: III. Strengths and weaknesses of self-assessment. **Cogn. Research** 8, 58 (2023). <https://doi.org/10.1186/s41235-023-00511-z>.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27a ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GONTIJO, E. D. et al. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022013000400008>.

GORDON, M. J. A review of the validity and accuracy of self-assessments in health professions training. **Academic Medicine**, v. 66, n. 12, p. 762-769, 1991.

GORDON, M. J. Self-assessment programs and their implications for health professions training. **Academic Medicine**, v. 67, p. 672-679, 1992.

GRILO DIOGO, P.; BARBOSA, J.; FERREIRA, M. A. A pilot Tuning Project-based national study on recently graduated medical students' self-assessment of competences—the TEST study. **BMC Medical Education**, 2015.

HEIM, M. et al. Measuring informal workplace learning outcomes in residency training: a validation study. **BMC Medical Education**, v. 23, n. 1, p. 549, 2023. DOI: 10.1186/s12909-023-04529-1.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Currículos baseados em competências: uma nova forma de organização curricular**. Brasília: IPEA, 2013.

IZECKSOHN, M. M. V. et al. Preceptoría em medicina de família e comunidade: desafios e conquistas em uma atenção básica em andamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 925-934, 2017.

JEBRAM, L. et al. Matching of advanced undergraduate medical students' competence profiles with the required competence profiles of their specialty of choice for postgraduate training. **BMC Medical Education**, 2023.

LEÓN, S. P.; PANADERO, E.; GARCÍA-MARTÍNEZ, I. How accurate are our students? A meta-analytic systematic review on self-assessment scoring accuracy. **Educational Psychology Review**, v. 35, p. 106, 2023. DOI: 10.1007/s10648-023-09819-0.

LIMA, A. O conceito de competência na elaboração de currículos. **Revista de Educação**, v. 15, n. 2, p. 45-54, 2021. Disponível em: <https://www.revistaeducacao.com.br/artigos/o-conceito-de-competencia-na-elaboracao-de-curriculos>. Acesso em: 23 nov. 2022.

MACHIN, R. et al. Diversity and difference: health professional training challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, 2022. DOI: 10.1590/1413-812320222710.07332022.

MCGILL, D. A.; VAN DER VLEUTEN, C. P. M.; CLARKE, M. J. Supervisor assessment of clinical and professional competence of medical trainees: a reliability study using workplace data and a focused analytical literature review. **Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, v. 16, p. 405-425, 2011. DOI: 10.1007/s10459-011-9296-1.

MEIRELLES MENDES, F. D.; SARAIVA CAMPOS, E. M.; WENCESLAU, L. D. Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na medicina de família e comunidade: autopercepção de competências e demandas de aprendizagem por residentes de Minas Gerais. **Revista APS**, v. 25, supl. 1, p. 109-134, 2021.

MENEZES, R. A. 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. Porto Alegre, 2021.

MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. **Academic Medicine**, v. 65, supl. 9, p. 63-67, 1990. DOI: 10.1097/00001888-199009000-00045.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>. Acesso em: 20 dez. 2022.

PARKER, R. W.; ALFORD, C.; PASSMORE, C. Can family medicine residents predict their performance on the in-training examination? **Family Medicine**, v. 36, n. 10, p. 705-709, 2004.

PERRENOUD, Philippe. **Construir competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PERRENOUD, Philippe. **Dez novas habilidades para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PETERSON, L. N. et al. The readiness for clerkship survey: can self-assessment data be used to evaluate program effectiveness? **Academic Medicine**, v. 87, n. 10, p. 1355-1360, 2012. DOI: 10.1097/ACM.0b013e3182676c76.

PREDIGER, S. et al. Interprofessional assessment of medical students' competences with an instrument suitable for physicians and nurses. **BMC Medical Education**, v. 19, n. 46, 2019. DOI: 10.1186/s12909-019-1473-6.

REIS, L. C. et al. Consanguinity and genetic diseases in Brazil: an overview. **International Journal of Medical Reviews**, v. 10, n. 1, p. 435-446, 2023.

RIBEIRO, L. G. **Desenvolvimento de instrumento para avaliação e acompanhamento das condições de formação em Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade**. Ribeirão Preto, 2022.

SANTOS, L. B. O uso das matrizes de competências na elaboração de planos de ensino. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, n. 60, p. 583, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Matriz de competência em medicina de família e comunidade**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2017.

STENOV, V. et al. The potential of a self-assessment tool to identify healthcare professionals' strengths and areas in need of professional development to aid effective facilitation of group-based, person-centered diabetes education. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 1, p. 166, 2017. DOI: 10.1186/s12909-017-1003-3.

TANG, Z.; SHIKAMA, Y.; OTANI, K. Comparison of student self-assessment and teacher assessment of medical interview performance during bedside learning. **Fukushima Journal of Medical Science**, v. 69, n. 1, p. 21-28, 2023. DOI: 10.5387/fms.2023-03.

TEIXEIRA, M. B.; BRANDÃO, A. L.; CASANOVA, A. O. Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19: a experiência da residência

multiprofissional em saúde da família. Organizadoras: Mirna Barros Teixeira, Ana Laura Brandão e Angela Casanova. 1. ed. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022.

TENÓRIO, M. E. C. et al. Habilidades de comunicação clínica: análise da autoavaliação dos residentes de medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 1, e026, 2024. DOI: 10.1590/1981-5271v48.1-2023-0150.

WARD, M.; GRUPPEN, L.; REGEHR, G. Measuring self-assessment: current state of the art. **Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice**, v. 7, n. 1, p. 63-80, 2002.

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### SESSÃO 1:

#### PESQUISA PROFSAÚDE 2023 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ONLINE

Prezado(a),

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

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

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

Você não será remunerado(a), visto que sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário(a), e não gera também custos. A qualquer momento, o(a) Sr.(a) poderá solicitar o cancelamento de sua participação, obtendo maiores informações com a 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, você pretende ou pretendia continuar trabalhando na APS?

A15 - Após a conclusão da residência, 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?

A18 - Em que momento você tomou a decisão de fazer carreira Saúde da família na APS?

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

A20- Após concluir a residência, 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?

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: AUTOAVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A seguir serão descritas algumas dimensões e competências que devem ser formadas durante o período da residência ou especialização. Você deve ler cuidadosamente a descrição de cada uma delas e se autoavaliar, utilizando uma das categorias descritas a seguir:

1. **TOTALMENTE INSEGURO:** demonstra dúvidas quanto à dimensão de conhecimento; sentindo-se inseguro, trazendo, muitas vezes, prejuízo ao paciente ou à situação de saúde (não consegue fazer)
2. **INSEGURO:** necessita do suporte do preceptor muitas vezes (precisa de ajuda para fazer)
3. **CAPAZ:** faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada (Sabe fazer)
4. **SEGURO:** não demonstra dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e tem domínio da situação (sabe fazer com segurança)
5. **TOTALMENTE SEGURO:** sente-se capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento (sabe fazer com segurança e ensinar outros profissionais).

E1. 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.

E2. 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.

E3. 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.

E4. 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.

E5. Faço a prescrição e desprescrição 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.

E6. Registro os prontuários de forma organizada seguindo a estrutura SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan); e busco revisá-los antes do atendimento; tornando claro o registro da conduta e do plano terapêutico.

E7. 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.

E8. 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.

E9. 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.

E10. 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.

E11. 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.

E12. 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.

E13. 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.

E14. 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.

E15. 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.

E16. 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.

- E17. 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.
- E18. 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.
- E19. 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.
- E20. 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
- E21. 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.
- E22. Executo a lavagem otológica em minha prática profissional.
- E23. Executo a inserção de DIU e implante contraceptivo subdérmico em minha prática profissional.
- E24. Executo a exérese de cistos, lipomas ou modularidades.
- E25. Executo pequenas suturas.
- E26. Executo a cantoplastia.
- E27. Executo a drenagem de abscesso e colocação de dreno.
- E28. Executo a aplicação de ATA (ácido tricloroacético) 80-90%.
- E29. 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.
- E30. 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.
- E31. Identifico eficazmente 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.

E32. 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.

E33. 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.

E34. 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.

## 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**

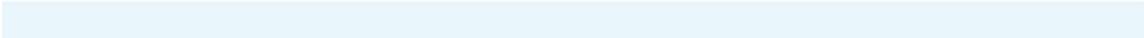
Vanessa Meira Cintra

**REITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

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

**COORDENAÇÃO DO PROFSAÚDE - UEPB/ESP**

Profa. Dra. Silvana Santos

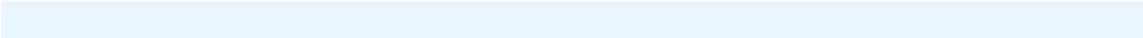


**MESTRANDOS AUTORES**

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

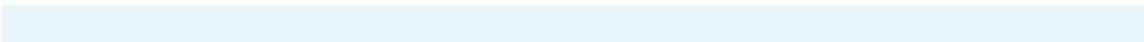
O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é um programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde da Família, apresentado à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e aprovado em 2016. O mestrado é oferecido 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 (CEFOP). 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) .....	<b>18</b>
<b>SUBPROJETO 2</b>	
SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA. . . .	<b>23</b>
<b>SUBPROJETO 3</b>	
INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS.....	<b>29</b>
<b>SUBPROJETO 4</b>	
UMA ESTRATÉGIA PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS: A ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS . . . .	<b>50</b>
<b>SUBPROJETO 5</b>	
INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	<b>55</b>
<b>SUBPROJETO 6</b>	
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) . . . .	<b>60</b>
<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 mestrandos do PROFSAÚDE. O questionário foi aplicado ao longo do segundo semestre de 2023, como parte das atividades dos programas de residência, de forma presencial ou remota. Neste momento, aproveitamos a oportunidade para apresentar o mestrado profissional PROFSAÚDE para os participantes da pesquisa, tendo em vista que os egressos das residências têm perfil adequado para realizar esse curso de mestrado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

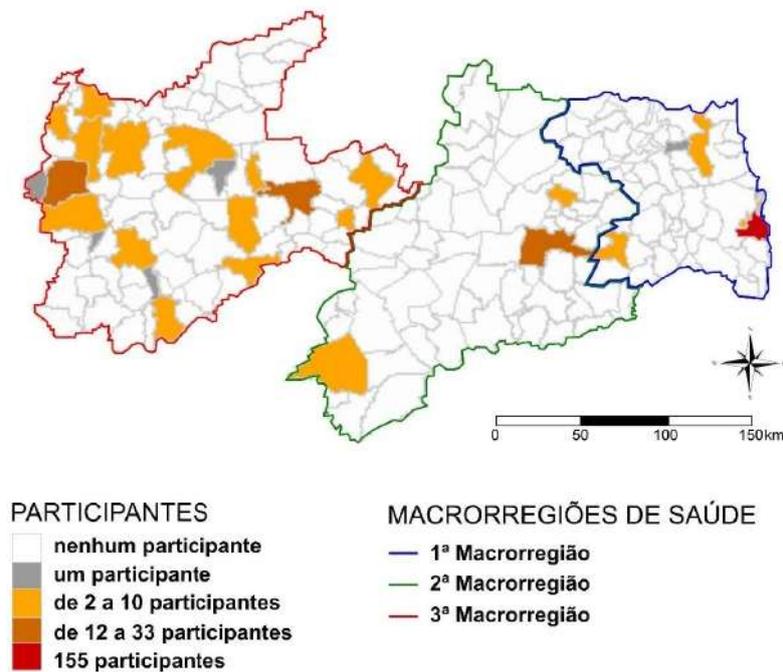


Figura 1: Mapa da distribuição de residentes e preceptores que participaram da pesquisa, vinculados aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade e a residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba. Dados do segundo semestre de 2023.

## SUBPROJETO I

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

#### PROBLEMA INVESTIGADO

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

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

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

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

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

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

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

## SUBPROJETO 2

### SATISFAÇÃO DOS RESIDENTES COM OS CURSOS DE RESIDÊNCIA

#### PROBLEMA INVESTIGADO

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

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

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

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

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

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

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

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

## SUBPROJETO 3

### INVENTÁRIOS DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

#### PROBLEMA INVESTIGADO

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

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

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

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

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

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

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

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

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

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

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<b>Competência</b>	<b>Descrição</b>
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 declararam que não têm domínio de competências voltadas à Educação em Saúde para manejo e prevenção da obesidade. Nesse sentido, faz-se necessário efetivamente criar uma plataforma com cursos e orientações, inclusive com vários exemplos e casos para fazer a formação dos profissionais

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

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

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

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

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

## SUBPROJETO 5

### INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

#### PROBLEMA INVESTIGADO

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

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

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

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

### SÍNTESE DOS RESULTADOS

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

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

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

## SUBPROJETO 6

### PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

#### PROBLEMA INVESTIGADO

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

## SÍNTESE DOS RESULTADOS

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

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

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

## SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

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

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

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

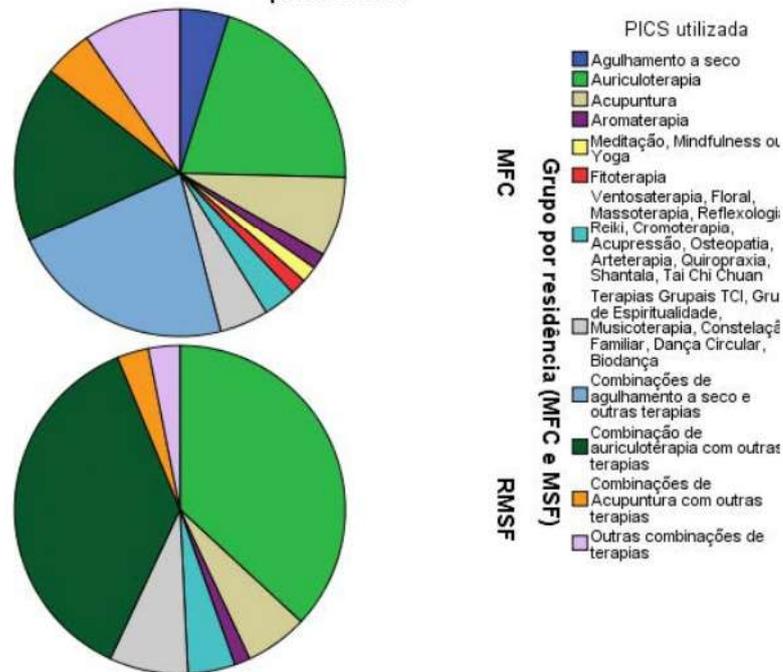


Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs) utilizadas na vida pessoal ou profissional por residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil (Oliveira et. al, 2024).

## AGRADECIMENTOS

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

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

Gratidão:

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

**DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA:**

Título da Pesquisa: Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado da Paraíba.  
 Pesquisador Responsável: Silvana Cristina dos Santos.  
 Área Temática:  
 Versão: 1  
 CAAE: 73484623.5.0000.5197  
 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  PE\_COMPROVANTE\_RECEPCAO\_3196870



## ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO



### PEER REVIEW TIMELINE

Follow the progress of your submission.

This submission is **UNDER REVIEW**  
at *BMC Medical Education*

Version 2 created 23 Oct, 2024

-  Submission checks complete  
On 23 Oct, 2024
-  Submitted to *BMC Medical Education*  
On 23 Oct, 2024
-  Preprint in production at Research Square