

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

LAURADELLA GERALDINNE SOUSA NÓBREGA

**OBESIDADE INFANTIL: ASSOCIAÇÃO DA
AUTOAVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E RESOLUÇÃO DE
PROBLEMAS PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS
NA RESIDÊNCIA**

**JOÃO PESSOA-PB
2024**

LAURADELLA GERALDINNE SOUSA NÓBREGA

**OBESIDADE INFANTIL: ASSOCIAÇÃO DA
AUTOAVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E RESOLUÇÃO DE
PROBLEMAS PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS
NA RESIDÊNCIA**

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 Profa. Dra. Silvana Cristina dos Santos.

Coorientador: Profa. Dra. Danielle Franklin de Carvalho

**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.

N754o Nóbrega, Lauradella Geraldinne Sousa.

Obesidade infantil [manuscrito] : associação da autoavaliação de competências e resolução de problemas para identificar lacunas formativas na residência / Lauradella Geraldinne Sousa Nóbrega. - 2024.

124 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. Educação baseada em competências. 2. Residência médica e multiprofissional. 3. Estado nutricional. 4. Atenção Primária em Saúde. I. Título

21. ed. CDD 614

LAURADELLA GERALDINNE SOUSA NÓBREGA

OBESIDADE INFANTIL: ASSOCIAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS E
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS PARA IDENTIFICAR LACUNAS FORMATIVAS NA
RESIDÊNCIA

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: 21/11/2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna** (***.981.788-**), em **12/12/2024 15:14:15** com chave **e542448ab8b411ef98e106adb0a3afce**.
- **Silvana Cristina dos Santos** (***.905.388-**), em **12/12/2024 10:18:02** com chave **842927f0b88b11ef878a1a7cc27eb1f9**.
- **Ana Carolina Dantas Rocha Cerqueira** (***.759.744-**), em **12/12/2024 14:39:42** com

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

Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final
Data da Emissão: 17/12/2024



Dedico esta pesquisa aos meus pais, Francisco Geraldo e Laura, que sempre acreditaram no meu potencial. Ao meu esposo Amaury Júnior e meu filho Alexandre pela força e compreensão em todo período desse estudo.

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

Aos meus colegas de caminhada neste mestrado, Ana Paula, Élida de Fátima, José Danúzio, José Olivandro e Maysa, pelo apoio e pelas mensagens de incentivo nos momentos de dificuldades, contribuindo para que o percurso fosse feito com “Paz e Serenidade” e que “ninguém largou a mão de ninguém”.

Aos meus colegas de trabalho da Equipe Saúde da Família I Centro e coordenadores do município de Cachoeira dos Índios-PB que acreditaram em mim e compreenderem as minhas ausências em algumas situações para que me dedicasse aos estudos e em particular, aos pacientes e usuários do SUS.

RESUMO

O acompanhamento do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade, durante as ações de puericultura, é imprescindível para o diagnóstico e prevenção do sobrepeso e da obesidade infantil. O objetivo deste trabalho foi investigar a associação da autoavaliação de competências e a capacidade de resolver uma situação problema relacionada à antropometria e análise do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, envolvendo 228 residentes dos onze programas de residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil. Do total de 228 residentes, 160 (70,2%) eram do sexo feminino; solteiro(a), divorciado(a) ou viúvo(a) (63,2%), e não tinham filhos (86%). Entre os médicos, a competência mais prevalente foi a indicação de exames laboratoriais (89,3%) e a realização de aconselhamento nutricional básico (83,4%); e as que têm menos domínio estão relacionadas às abordagens educacionais (~40%). A mediana do “Escore de Competências Autorreferidas” (ECA), entre médicos que solucionaram adequadamente a situação problema e os que não tiveram sucesso na tarefa, foi de sete e cinco pontos, respectivamente; não sendo observada diferença significativa entre esses dois grupos ($p=0,106$). Já entre os residentes da RMSF, quem não soluciona a tarefa com sucesso reconhece isso, dizendo que realmente não têm domínio das competências relacionadas à prevenção e manejo da obesidade (medianas de três e cinco, respectivamente) ($p=0,002$). Ou seja, uma parte dos médicos (~13%) tem uma percepção equivocada de suas competências em relação à temática investigada. A utilização da autoavaliação combinada à resolução de problemas (Estratégia AARP) pode contribuir para identificar os profissionais que tenham lacunas formativas; direcionando a oferta de formação para um público-alvo específico. O produto técnico produzido consistiu em um relatório técnico conclusivo, no formato de portfólio para fins de divulgação, chamado “Portfólio de Resultados de Pesquisa”. Trata-se de uma síntese dos principais resultados do trabalho do grupo de pesquisa, contendo 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 (PROFSAUDE).

Palavras-Chave: Educação baseada em competências; Residência médica e multiprofissional; Estado nutricional, Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

Monitoring the nutritional status of children up to five years of age during childcareactivities is essential for the diagnosis and prevention of childhood overweight and obesity. The objective of the present research was to investigate the association between self-assessment of skills and the ability to solve a problem situation related to anthropometry and analysis of the nutritional status of children up to five years of age. This is a cross-sectional study with a quantitative approach, involving 228 residents from the eleven Residency Programs in Family andCommunity Medicine (MFC) and Multiprofessional in Family Health (RMSF) inthe state of Paraíba, Brazil. Of the total of 228 residents, 160 (70.2%) were female; single, divorced or widowed (63.2%), and had no children (86%). Among physicians, the most prevalent competency was prescribing laboratory tests (89.3%) and providing basic nutritional counseling (83.4%); and those with less mastery are related to educational approaches (~40%). The median of the “Self-Reported Competency Score” (SCS) among physicians who adequately solved the problem situation and those who were unsuccessful in the task was seven and five points, respectively; no significant difference was observed between these two groups ($p=0.106$). Among RMSF residents, those who did not successfully solve the task acknowledged this, saying that theyreally did not havemastery of the competencies related to obesity prevention and management (medians of three and five, respectively) ($p=0.002$). In other words, some physicians have a mistaken perception of their competencies in relation to the topic investigated. The use of self-assessment combined with problem-solving (AARP Strategy) can help identify professionals with training gaps, directing the training offer to a specific target audience. This is asynthesis of the main results of the research group's work, containing suggestions and recommendations for the study participants, with a view to improving the training process implemented in the residences. This master's degree final paper is the result of the stricto sensu Professional Master's Degree Programme in Family Health (PROFSAÚDE).

Keywords: Competency-based education; medical residency and multidisciplinary; nutritional status; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Reprodução do gráfico utilizado pela Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional de meninas de até cinco anos de idade.....22

LISTA DE TABELAS

Quadro 1: Descrição das categorias utilizadas para classificação do domínio de competências	20
Quadro 2: Competências relacionadas ao diagnóstico, prevenção e manejo da obesidade	23
Tabela Suplementar 1a: Distribuição dos residentes, segundo as profissões, dos programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil	24
Tabela Suplementar 1b – Distribuição dos participantes nos diferentes programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (RMFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil	22
Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.....	25
Tabela 2 – Perfil do domínio de competências e condutas relacionadas à prevenção da obesidade infantil de residentes de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.....	26
Tabela 3 – Resultados da análise bivariada mostrando a associação da autoavaliação de competências para realizar antropometria e análise do estado nutricional de crianças até dois anos com as variáveis socioeconômicas, acadêmicas e acesso a equipamentos na população de residentes em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.....	27
Tabela 4 – Resultados da análise bivariada mostrando associação de competências autorreferidas e a capacidade de resolver adequadamente uma situação problema sobre classificação do estado nutricional de crianças até dois anos por residentes da Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.....	28
Tabela 5: Resultados da análise bivariada mostrando associação de competências autorreferida e a capacidade de resolver adequadamente uma situação problema sobre classificação do estado nutricional de crianças até dois anos por residentes da	

Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.....	30
Gráfico 1: <i>Boxplot</i> dos escores das competências autoavaliadas, comparando o grupo que resolveu adequadamente a situação problema relacionada à classificação do estado nutricional de crianças até dois anos de idade, na população de residentes em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS - Atenção Primária à Saúde
- AARP – Autoavaliação com a Resolução de Problemas
- CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CNS - Conselho Nacional de Saúde
- DCNs - Diretrizes Curriculares Nacionais
- DCNTs - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- ECA - Escore de Competências Autorreferidas
- ESF - Estratégia Saúde da Família
- HDL - Colesterol de Alta Densidade
- IMC - Índice de Massa Corporal
- MACRO - Macrorregião
- MS - Ministério da Saúde
- NCHS - Centro Nacional de Estatísticas de Saúde
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PROTEJA - Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil
- PRS - Programa de Residência em Saúde
- R CORE TEAM - Software Estatístico R
- R1 - Primeiro ano de Residência
- R2 - Segundo ano de Residência
- R3 - Terceiro ano de Residência
- R4 - Quarto ano de Residência
- RMFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade
- RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO 1- CONSIDERAÇÕES GERAIS	13
1.1	INTRODUÇÃO.....	13
1.2	Objetivos.....	15
1.2.1	Objetivo geral.....	15
1.2.2	Objetivos específicos.....	15
1.3	Revisão de Literatura.....	15
1.3.1	Formação de competências.....	15
1.3.2	Antropometria e avaliação do estado nutricional.....	16
2	CAPÍTULO 2 - MÉTODOS.....	21
2.1	Tipo de estudo, população e período.....	21
2.2	Variáveis.....	21
2.2.1	Variáveis de agrupamento.....	21
2.2.2	Variáveis sociodemográficas e acadêmicas.....	23
2.3	Escore de Competências Autorreferidas (ECA).....	24
2.4	Análise estatística.....	24
2.5	Aspectos éticos	25
3	CAPÍTULO 3- RESULTADOS E DISCUSSÕES	27
3.1	Resultados.....	23
3.2	Discussão.....	33
4	CAPÍTULO 4- PRODUTO TÉCNICO.....	37
5	CAPÍTULO 5- CONCLUSÃO.....	39
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	45
	APÊNDICE B - PORTFÓLIO DE RESULTADOS DA PESQUISA.....	51
	ANEXO A - PARECER SUBSTÂNCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	52
	ANEXO B - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	53

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 Introdução

A obesidade é uma condição crônica multifatorial, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal e que acarreta sérios prejuízos à saúde ao longo da vida (WHO, 2020). Durante a primeira infância, principalmente em virtude dos cuidados pela alimentação parental, associados à má alimentação e ao sedentarismo, assim como questões culturais e socioeconômicas, a criança pode desenvolver obesidade (Baggio et al., 2021). Atualmente, uma a cada três crianças no Brasil está com sobre peso ou obesidade; e estima-se que essa proporção possa atingir cinquenta por cento do grupo entre cinco e dezenove anos em 2035. Entre as principais consequências dessa condição estão a elevação da pressão arterial, hiperglicemia e baixo colesterol HDL (colesterol de alta densidade); aumentando a chance de desenvolvimento futuro de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como hipertensão, diabetes e câncer (WOF, 2024).

Face a esse cenário, o Brasil foi um dos 25 países selecionados para participar do plano de aceleração da Organização Mundial da Saúde (OMS) para deter a epidemia de obesidade global, com o compromisso de implementar as recomendações para a prevenção e manejo da obesidade. Recomenda-se que o aleitamento materno seja exclusivo nos seis meses e, a partir de então, o início à alimentação complementar que terá papel fundamental no desenvolvimento de hábitos alimentares (Brasil, 2022). Após os seis meses, muitas mães tendem a oferecer alimentos doces às crianças, como biscoitos, achocolatados, e adicionam açúcar refinado ao leite ofertado (Reis et al., 2022), que são os principais vetores da dieta calórica, associada ao desenvolvimento de obesidade infantil.

O acompanhamento do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade, durante as ações de puericultura, é imprescindível para o diagnóstico do sobre peso e da obesidade infantil. A aferição das medidas antropométricas deve ser feita com precisão e frequência adequadas, seguindo as orientações do Ministério da Saúde (MS) brasileiro (Brasil, 2022). Em 2021, o MS brasileiro lançou a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), cujo objetivo é deter o avanço da obesidade infantil incluindo a vigilância nutricional e, em 2022,

divulgou o material instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade (Brasil, 2022b).

No cotidiano do serviço na Atenção Primária à Saúde (APS), o profissional deve atualizar-se em relação às políticas e orientações para prevenção e manejo da obesidade. Esses processos formativos ocorrem principalmente durante a realização da residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) ou Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), que são cursos de dois a três anos, financiados pelo Governo Federal, em que há uma articulação das instituições de ensino e serviços para desenvolvimento de competências profissionais voltadas à APS. Por competência, entende-se a resolução efetiva de problemas da prática profissional mobilizando conhecimentos, habilidades e valores, incluindo as emoções (Epstein; Hundert, 2002; Machin, 2022). Pouco se sabe, entretanto, como avaliar as competências dos profissionais em serviço a fim de definir melhor suas fragilidades e potencialidades, direcionando a oferta de formação continuada em serviço.

Duas estratégias poderiam ser utilizadas para identificar mais rapidamente os profissionais que precisam de cursos para atualização ou para complementar a formação em nível de graduação, a autoavaliação e a resolução de problemas. Os profissionais da área da saúde, médicos e multiprofissionais, fazem autoavaliações táticas diariamente na sua prática profissional; quando reconhecem que precisam buscar auxílio de outros especialistas ou de novas informações para tomada de decisão (Fraundorf et al., 2023). A autoavaliação, neste caso, deve ser compreendida como uma ferramenta metacognitiva ou uma competência necessária para a reflexão na prática profissional.

A utilização da autoavaliação permite verificar se o profissional tem clareza em relação às suas necessidades formativas; mas também viabiliza o processo de metacognição, quando o profissional pode reconhecer que tem uma percepção equivocada de suas próprias habilidades (Fraundorf et al., 2023). No Brasil, a resolução de problemas vem sendo utilizada nos processos de avaliação de desempenho de estudantes quando concluem a graduação (Carvalho et. al, 2021) ou para ingresso em programas de residência; sendo uma estratégia consagrada na literatura para formação de profissionais na área da saúde (Forbes et.al, 2023; Lim, 2023).

Neste trabalho, a ideia foi fazer uma descrição das competências autorreferidas para realização da antropometria e avaliação do estado nutricional de

profissionais vinculados às residências em MFC e RMSF. Nossa hipótese de trabalho considerou que a utilização da estratégia metodológica, combinando a Autoavaliação à Resolução de Problemas (AARP), pode contribuir para identificar os profissionais que tenham lacunas formativas; direcionando a oferta de formação para um público-alvo específico.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo deste trabalho foi examinar se a autoavaliação de competências, realizada por residentes em MFC e RMSF, estaria associada à capacidade de resolver uma situação problema do cotidiano relacionada à antropometria e à análise do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever as competências autorreferidas para realização da antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade.
- ✓ Verificar se há associação entre a autoavaliação e a capacidade de resolução de problema sobre a temática investigada.
- ✓ Elaborar uma síntese dos principais resultados do trabalho para compartilhamento com os participantes da pesquisa, contribuindo para produção de um relatório técnico conclusivo.

1.3 Revisão de Literatura

1.3.1 Formação de Competências

O desenvolvimento ou aprimoramento das competências e habilidades, durante a formação na graduação e residência em MFC ou RMSF, em relação à identificação de crianças com sobrepeso e obesidade, quer seja realizando medidas antropométricas ou fazendo o acompanhamento e orientação dos familiares, é fundamental para redução da prevalência dessa condição na

população. Por competência entende-se um conjunto de habilidades específicas a serem desenvolvidas no âmbito da atuação profissional e que o profissional deve estar apto a executá-las de maneira eficiente. Trata-se de mobilizar conhecimentos, procedimentos e atitudes no sentido da resolução eficaz de problemas do cotidianoprofissional (Santos, 2001, Marques, 2017).

A Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade publicou a matriz de competências para orientar a formação em cursos de residência. Em relação à questão da obesidade, o documento destaca que os residentes devem: 1) dominar a abordagem preventiva e manejo de fatores de risco cardiovasculares: tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e hipertensão, 2) dominar a realização de aconselhamento nutricional básico, 3) dominar o diagnóstico dos sinais e sintomas, o manejo terapêutico e encaminhamento apropriado ao especialista, dos problemas mais frequentes e relevantes relacionados ao aparelho digestivo (Brasil, 2019).

É importante conhecer, como dito anteriormente, o histórico familiar, a fim de identificar a correlação com alguma doença crônica, doenças transmissíveis e outras patologias congênitas associadas. A realização da anamnese e investigação das causas da obesidade são primordiais, pois são dados que embasam a definição da conduta a ser tomada em relação à saúde da criança (Martins et al., 2021). É de suma importância que a equipe multiprofissional desenvolva em conjunto ações de educação em saúde, especialmente voltada para a adesão familiar e hábitos saudáveis e o incentivo para o comparecimento à puericultura conforme o agendamento disposto. Estas características na assistência fazem com que o atendimento seja diferenciado (Müller, 2021).

Na identificação de qualquer alteração nos achados antropométricos e do estado nutricional da criança, também se destaca a importância de o profissional conhecer qual procedimento deverá ser seguido a fim de decidir se cabe indicação para médicos especialistas e atendimento especializado de nutricionista ou educador físico. Todas estas etapas fazem parte da promoção da saúde, como rege a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ferreira et al., 2019).

1.3.2 Antropometria e avaliação do estado nutricional

A realização da antropometria na primeira infância é feita na maioria dos casos, durante a puericultura, quando a criança é levada para as consultas de rotina na Unidade Básica de Saúde (UBS). Para isso, é essencial que a equipe multiprofissional esteja disposta a colaborar para o momento de avaliação antropométrica, visto que cada profissional possui um determinado papel no processo de diagnóstico (Müller, 2021). Assim, inicialmente, é importante que o profissional reconheça a necessidade de investigar o histórico clínico da criança e de seus familiares, assim como investigue o processo da gestação, hábitos alimentares e estilo de vida da família. Eventos durante a gravidez ou parto podem afetar o desenvolvimento pós-natal. Alguns estados, como icterícia persistente ou traumatismo craniano, podem afetar o metabolismo e prejudicar o crescimento (Alves et al., 2019).

A antropometria consiste em um método não invasivo e de fácil utilização, sendo usado para avaliação do estado nutricional na primeira infância e do desenvolvimento da criança (Ferreira et al., 2019). Os resultados da antropometria podem evidenciar o sobrepeso, desnutrição, riscos associados à mortalidade infantil e sinais sugestivos de outras condições clínicas. Assim, é importante fazer a antropometria e avaliar o estado nutricional das crianças como estratégia de diagnóstico e prevenção da obesidade infantil.

A antropometria em crianças avalia os seguintes parâmetros: peso, altura, perímetrocefálico, perímetro torácico e perímetro abdominal. Para a realização da antropometria na UBS, é necessário medir o perímetro cefálico até a idade de até dois anos, além de medir o peso e altura. A partir do peso e altura, é possível realizar o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e utilizar os valores de percentil para classificar o estado nutricional da criança. Para a primeira infância, existe a classificação do escore Z e o percentil de 5 anos, de 5 anos e 6 meses e de 6 anos, apresentando valores diferentes para meninos e meninas (Brasil, 2022). As referências mais usadas e citadas para classificar o estado nutricional nas décadas passadas e atuais são as curvas de crescimento propostas por Gomez, Waterlow e o National Center for Health Statistics (NCHS) e a curva de crescimento global proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006; Martins et al., 2021).

Os valores de IMC devem ser analisados considerando os padrões de crescimento da família e a história do desenvolvimento da criança. Apesar do sobrepeso na infância estar associado com um quarto dos casos da vida adulta,

sabe-se que é uma condição persistente. Quem tem obesidade na infância apresentou, em média, IMC de 41 na vida adulta; enquanto a média é de 35 para quem não tinha esse quadro (Brown et al., 2019).

No campo do registro das medidas antropométricas, há apenas um gráfico de cabeça; entretanto, há outro espaço reservado para registrar os outros parâmetros e contramedidas. Há duas ressalvas que devem ser feitas para uma análise adequada: idade e sexo precisos da criança, pois os padrões dos meninos nem sempre são iguais aos padrões das meninas (Alves et al., 2019).

Alguns cuidados devem ser levados em consideração no momento da avaliação. Deve-se manter a criança quieta, em posição imóvel para evitar que o movimento interfira no resultado. Os instrumentos também devem ser posicionados de maneira adequada, de acordo como preconiza os protocolos de avaliação antropométrica do MS. Além dos posicionamentos adequados, os equipamentos devem ser bem calibrados e de boa qualidade para garantir a elegibilidade do diagnóstico (Sousa et al., 2021).

O acompanhamento do estado nutricional da criança deve considerar o histórico familiar de sobrepeso e obesidade e os padrões de dieta da família. Deve-se avaliar o histórico de doença cardiovascular, diabetes tipo 2 ou cânceres em parentes de primeiro e segundo grau. Além disso, é importante identificar os cuidadores que são responsáveis pela alimentação da criança para fazer o levantamento dos alimentos ricos em calorias e com baixo valor nutricional a fim de serem eliminados ou substituídos na dieta. E avaliar os padrões de alimentação, como horários, lanches e local das refeições (Brasil, 2022).

O Ministério da Saúde recomenda, no instrutivo de 2022, a realização de exames laboratoriais, associados ao exame físico e diagnóstico clínico, podendo identificar doenças que podem estar relacionadas ao surgimento da obesidade como, por exemplo, a dosagem de hormônios (Brasil, 2022). Ao identificar uma criança com sobrepeso e obesidade, o profissional da saúde deve fazer a orientação com os familiares e cuidadores. Há um estigma em relação a essa condição e, por essa razão, deve-se fazer uma comunicação com cautela para não culpabilizar os familiares (Brasil, 2019). Em população de adulto obeso, quando a questão do sobrepeso é tratada nas consultas médicas, há mais probabilidade de os adultos

iniciarem esforços no controle de peso do que quando o assunto não é debatido (Brasil,2022).

A orientação aos cuidadores de crianças com sobre peso com até dois anos de idade deve ser inicialmente de manutenção de peso, já que a perda é indicada para crianças de dois a seis anos (Dietz; Robinson, 2005). O envolvimento e a motivação da família são fundamentais para o sucesso do tratamento da criança, e devem ser reforçados os comportamentos positivos. A motivação é um processo dinâmico em que os profissionais podem influenciar os familiares ao longo do tempo, e não pode ser compreendida como resultado de apenas uma intervenção ou uma única fala. Assim, é necessário prever uma sequência no acompanhamento da criança com várias interações com a família (Dietz; Robinson, 2005).

As revisões sistematizadas de estudos randomizados e controlados, retratando resultados de intervenções no estilo de vida para tratamento de obesidade na população de crianças até dois anos de idade, ainda são escassas, apontando uma lacuna da literatura (Rojo et al., 2022). Algumas estratégias comportamentais são usadas para auxiliar as famílias na mudança de comportamento em relação ao cuidado da criança: controlar o ambiente, monitorar o comportamento, estabelecer metas e recompensas para mudanças bem sucedidas. A seguir, serão resumidas as estratégias que podem ser utilizadas na orientação com as famílias com exemplos do que pode ser feito (Brasil, 2022):

1. Controle do ambiente: reduzir estímulo ao consumo de calorias, identificando na rotina da família se há consumo de bebidas adocicadas com orientação para limitar ou reduzir o consumo de açúcares com aumento da ingestão de vegetais frescos e frutas; assim como aumentar a atividade física da criança. Deve-se, caso seja possível, monitorar esses parâmetros.
2. Estabelecer metas com a família: em acordo com os pais e cuidadores das crianças, estabelecer metas de curto e longo prazo para melhoria da alimentação e prática de atividade física. É importante que os pais definam metas claramente para si que possam ser autogeridas.
3. Recompensas e resolução de problemas: elogiar quando os pais e cuidadores atingem as metas acordadas pode motivar e dar uma clara mensagem para a família; por outro lado, quando não houver avanços, é necessário refletir

necessário refletir com os cuidadores da criança sobre as barreiras para encontrar uma solução conjunta;

4. Monitoramento frequente dos resultados alcançados e dos desafios: acompanhamento das demais estratégias utilizadas, mensuração dos resultados, identificação dos desafios para o alcance das metas e realização de modificações necessárias nas estratégias.

Face ao exposto, verifica-se a necessidade do domínio de competências e habilidades pelos profissionais que atuam na APS para realização da antropometria e avaliação do estado nutricional, assim como para adoção de condutas e orientações no sentido de envolver a família e cuidadores de crianças, com ações de educação em saúde, a fim de diagnosticar e fazer a prevenção do sobre peso e obesidade infantil.

Há, entretanto, uma lacuna na literatura em relação às estratégias para levantamento das competências dos profissionais que se encontram nos serviços e sobre as necessidades de oferta de formações específicas. Por essa razão, a proposta desta pesquisa é desenvolver uma estratégia, associando a autoavaliação de competências profissionais à resolução de problemas (Estratégia AARP), que possa ser utilizada pelos programas de residência em MFC e RMSF, ou pelas instituições formadoras.

CAPÍTULO 2- MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo, população e período

Este é um estudo transversal, do tipo censitário. Inicialmente foram convocados 269 residentes, porém 228 foram considerados elegíveis de acordo com os critérios de inclusão (85% da totalidade). Os residentes encontravam-se vinculados aos 10 programas de residência em MFC e ao programa de RMSF do Estado da Paraíba, sendo 169 médicos (74,1%) e 59 multiprofissionais (25,9%). Foram incluídos todos os residentes que estavam vinculados aos programas e excluídos os participantes em férias, licença de saúde e os que não responderam aos questionários após a concordância. Os dados coletados foram obtidos por meio de questionário eletrônico durante o período de julho a dezembro de 2023. Os onze programas de residência envolvidos na pesquisa fazem parte das três macrorregiões de saúde do Estado da Paraíba, sendo oferecidos pelas secretarias de saúde municipais (SMS), em parceria com diferentes instituições de ensino superior. No material suplementar, são descritas as frequências dos participantes por profissão (Tabela Suplementar 1a) e nos diferentes programas (Tabela Suplementar 1b).

2.2 Variáveis

2.2.1 Variáveis de agrupamento

Os participantes foram convidados a responder a seguinte pergunta: “*O crescimento da prevalência da obesidade no mundo e no Brasil é um dos grandes desafios da Saúde Pública na atualidade; sendo que a investigação dessa condição deve ser iniciada na infância. Como você avalia a sua competência para realizar as medidas antropométricas e avaliação do estado nutricional em grupos de crianças com até dois anos de idade?*”;

escolhendo uma das categorias descritas no Quadro Iabaixo como resposta.

Quadro 1: Descrição das categorias utilizadas para classificação do domínio de competências.

Pontos	Descrição da competência para autoavaliação do residente
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 a antropometria e/ou avaliação do estado nutricional).
2 - Inseguro	O residente necessita do suporte do preceptor muitas vezes(precisa de ajuda para fazer ou resolver a situação).
3 - Capaz	Faz o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada (Sabe fazer ou resolve a situação).
4 - Seguro	Não demonstra dúvidas quanto à dimensão de conhecimento, faz tranquilamente, com segurança e tem domínio da situação (sabe fazer ou resolve a situação com segurança).
5 - Totalmente Seguro	Sente-se capaz de ensinar a outros profissionais esta dimensão do conhecimento (sabe fazer ou resolver a situação com segurança a ponto de ensinar outros profissionais).

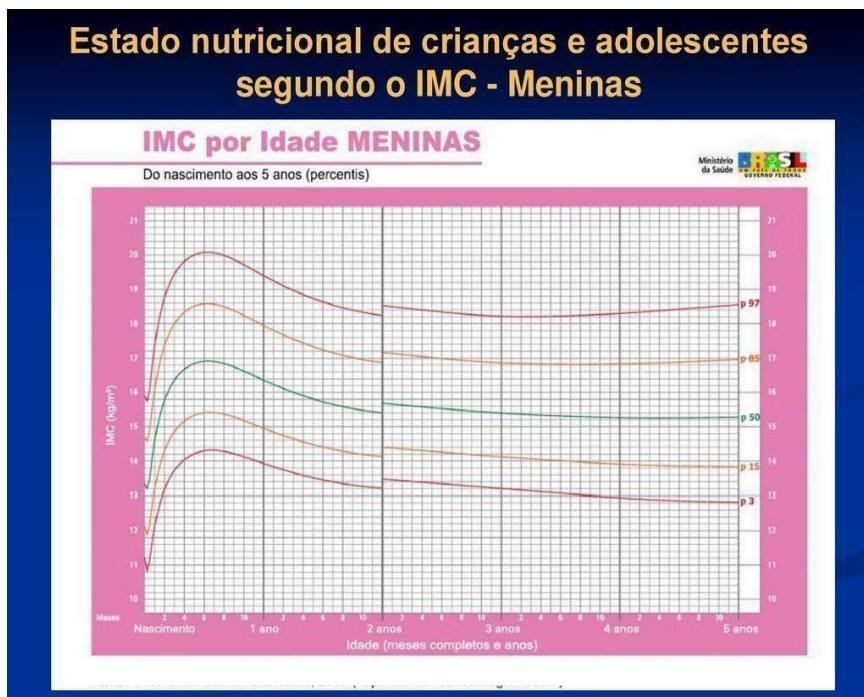
Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

As respostas 1 e 2 foram agrupadas na categoria “Inseguro” e as respostas 3,4 e 5 em “Seguro”, transformando assim as categorias da escala tipo Likert em uma escala binária para fins de análise estatística. Dessa maneira, os participantes fizeram uma autoavaliação de suas competências para fazer a antropometria e a avaliação do estado nutricional; sendo a variável transformada em binária para fins de análise estatística (variável de agrupamento categórica binária).

Em seguida, foi proposta a seguinte situação para avaliação da capacidade do residente de resolver problema relacionado à temática: “*Suponha que você tenha recebido uma criança para avaliar na Unidade Básica de Saúde, uma menina de 19 meses de idade que apresenta peso de 14,3 Kg e altura de 75,8 cm (IMC = 24,9 kg/m²). Utilizando a Figura 1, como você classificaria o estado nutricional dessa criança?*”. Os participantes poderiam escolher uma dentre as seguintes respostas: 1. magreza extrema; 2. magreza; 3. eutrofia; 4. risco de sobrepeso; sobrepeso; 6. obesidade. A categorização das respostas foi feita da seguinte forma: quem escolheu a resposta adequada foi considerado “capaz de resolver a situação” (“sim, resolveu”) e quem selecionou quaisquer outras respostas foi considerado como “não capaz de re-

resolver a situação” (“não resolveu”). Esta foi a segunda variável de agrupamento, categórica e binária.

Figura 1: Reprodução do gráfico utilizado pela Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional de meninas de até cinco anos de idade.



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006.

2.2.2 Variáveis sociodemográficas e acadêmicas

As variáveis sociodemográficas e acadêmicas utilizadas para descrever o perfil da população foram as seguintes: sexo, estado civil, ter filhos; profissão, instituição onde concluiu a graduação (pública, privada com financiamento ou privada sem financiamento), macrorregião do estado da Paraíba onde se localiza o município em que atua e experiência na APS. Além disso, foi investigado se na unidade de saúde do residente havia equipamentos para realizar antropometria, como balança antropométrica e pediátrica, fita métrica ou estadiômetro. No questionário, havia algumas questões sobre condutas e práticas relativas à temática e sobre a participação do residente em cursos e formações específicas, eventos e se faziam projetos de educação em saúde sobre a temática investigada. Por fim, foi pedido aos participantes para descreverem, em uma questão aberta, alguma experiência exitosa sobre a temática da prevenção e manejo da obesidade infantil.

2.3 Escore de Competências Autorreferidas (ECA)

Aos participantes foi oferecida uma lista com a descrição de 10 competências, selecionadas da matriz de competências e habilidades da Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (Brasil, 2020), relacionadas à problemática deste trabalho. Os residentes tinham de selecionar, dentre as dez competências da lista, aquela(s) em que se sentiam totalmente seguros para realizar na APS, a ponto de ensinar a outros profissionais. Portanto, os residentes tinham de reconhecer que tinham domínio da competência avaliada.

Cada competência da lista foi considerada uma variável categórica preditora a fim de verificar sua associação com a capacidade de resolver uma situação problema. Além disso, o somatório do número de competências selecionadas pelos participantes foi utilizado para composição do “Escore de Competências Autorreferidas” (ECA), variando de 0 até 10 pontos. No Quadro 2 abaixo, foram descritas as competências utilizadas como variáveis categóricas e para composição do ECA.

Quadro 2: Competências relacionadas ao diagnóstico, prevenção e manejo da obesidade.

1	Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas peso/altura, prega cutânea e medida cintura abdominal.
2	Utilizar gráficos de desenvolvimento pondero-estatural.
3	Realizar acompanhamento de crianças com sobre peso e obesidade infantil.
4	Reconhecer e manejar as doenças metabólicas.
5	Indicar exames laboratoriais para doenças metabólicas.
6	Fazer abordagem educacional e nutricional.
7	Realizar aconselhamento nutricional básico.
8	Valorizar a motivação do paciente.
9	Planejar ações de educação em saúde.
10	Liderar a equipe de trabalho nas ações de educação em saúde.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

2.4 Análise estatística

O banco de dados foi analisado por meio do software estatístico R (R CORE TEAM, 2018), sendo realizada a análise descritiva e bivariada, por meio do uso do

teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p<0,05$) como associação estatisticamente significativa.

2.5 Aspectos éticos

Este estudo consiste em um recorte do projeto “*Intervenção educativa: formação por competências na Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde Família (MSF) no estado da Paraíba*” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE 73484623.5.0000.5187). Durante a pesquisa observou-se os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determina as resoluções CNS 466/2012, CNS 510/2016 (em seus artigos 15, 16 e 17) do Ministério da Saúde do Brasil e Norma Operacional 001/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimentos Eletrônico (TCLE).

Tabela Suplementar 1a: Distribuição dos residentes, segundo as profissões, dos programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

RESIDENTES Profissão	Residente - 1º ano		Residente - 2º ano		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enfermagem	9	6,7	7	7,4	16	7,0
Odontologia	3	2,2	2	2,1	5	2,2
Fisioterapia	4	3,0	3	3,2	7	3,1
Farmácia	4	3,0	4	4,3	8	3,5
Nutrição	4	3,0	4	4,3	8	3,5
Medicina Veterinária	3	2,2	2	2,1	5	2,2
Psicologia	4	3,0	2	2,1	6	2,6
Terapia Ocupacional	0	0,0	1	1,1	1	0,4
Fonoaudiologia	1	0,7	2	2,1	3	1,3
Medicina	102	76,1	67	71,3	169	74,1
TOTAL	134	100,0	94	100,0	228	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Tabela Suplementar 1b: Distribuição dos participantes nos diferentes programas de Residência em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

RESIDENTES	Residente –1º ano		Residente –2º ano		Total	
Programa de Residência	n	%	n	%	n	%
MFC - SMSJP – UFPB	7	5,2	9	9,6	16	7,0
MFC - SMSMME – UFPB	3	2,2	2	2,1	5	2,2
MFC - SMSCAB – UFPB	5	3,7	2	2,1	7	3,1
MFC - SMSJP – UNIPÉ	6	4,5	5	5,3	11	4,8
MFC - SMSJP – FCM	13	9,7	7	7,4	20	8,8
MFC - SMSJP – FACEME	10	7,5	2	2,1	12	5,3
MFC - SMSCG - UFCG e/ou FACISA	15	11,2	9	9,6	24	10,5
MFC - Alto Sertão - UFCG de CAJAZEIRAS	7	5,2	4	4,3	11	4,8
MFC - Sertão – UNIFIP	25	18,7	16	17,0	41	18,0
MFC - ESP - IES SANTA MARIA	11	8,2	11	11,7	22	9,6
RMSF- SMSJP – FCM	32	23,9	27	28,7	59	25,9
TOTAL	134	100,0	94	100,0	228	100,0

Legendas: RMFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF -Residência Multiprofissional em Saúde da Família; SMS - Secretaria Municipal de Saúde; JP - João Pessoa; MME – Mamanguape; CAB - Cabedelo; CG - Campina Grande; UFPB - Universidade Federal da Paraíba; UNIPÉ - Centro Universitário de João Pessoa; FCM - Afya Faculdades de Ciências Médicas da Paraíba; FACEME - Faculdade de Medicina Nova Esperança; UFCG - Universidade Federal de Campina Grande; FACISA - Centro Universitário de Campina Grande; UNIFIP - Centro Universitário de Patos; ESP- Escola de Saúde Pública da Paraíba; IES – Instituição de Ensino Superior.

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

CAPÍTULO 3- RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Resultados

Do total de 228 residentes, 160 (70,2%) eram do sexo feminino; sem companheiro (a) (63,2%) e não tinham filhos (86,0%). Apesar da prevalência de profissionais do sexo feminino na RMSF (88,1%) ser bem maior do que na MFC (63,9%), as proporções de quem tem companheiro e filhos foram semelhantes. A maior parte dos residentes foi formada em instituição privada de ensino, com ou sem financiamento (40,8% e 18,9%, respectivamente); trabalha na região metropolitana de João Pessoa, ou Macrorregião I do Estado (58,8%), e tem de um a três anos de experiência na APS (54,4%) (Tabela 1).

Tabela 1: Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Multiprofissional em Saúde da Família(RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

Residência		MFC		RMSF		Totais	
Variáveis sociodemográficas e acadêmicas		n	%	n	%	N	%
Sexo	Feminino	108	63,9	52	88,1	160	70,2
	Masculino	61	36,1	7	11,9	68	29,8
Estado Civil	Solteiro, divorciado ou viúvo	108	63,9	36	61,0	144	63,2
	União estável ou casado(a)	61	36,1	23	39,0	84	36,8
Filhos	Não	148	87,6	48	81,4	196	86,0
	Sim	21	12,4	11	18,6	32	14,0
Quantidade de filhos	Não tem filhos	147	87,0	49	83,1	196	86,0
	Um filho	17	10,1	9	15,3	26	11,4
	Dois filhos	2	1,2	1	1,7	3	1,3
	Três filhos	3	1,8	0	0,0	3	1,3
Instituição da graduação	Pública	51	30,2	41	69,5	92	40,4
	Privada, com financiamento	80	47,3	13	22,0	93	40,8
	Privada, sem financiamento	38	22,5	5	8,5	43	18,9
Macro do município em que atua	Macro I	75	44,4	59	100,0	134	58,8
	Macro II	26	15,4	0	0,0	26	11,4
	Macro III	68	40,2	0	0,0	68	29,8
Experiência na APS	< 1 ano	45	26,6	27	45,8	72	31,6
	de 1 a 3 anos	101	59,8	23	39,0	124	54,4
	de 4 a 10 anos	17	10,1	8	13,6	25	11,0
	Mais de onze anos	6	3,6	1	1,7	7	3,1

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

A frequência das competências para realizar antropometria e avaliação do estado nutricional, autorreferidas pelos participantes, assim como as condutas adotadas no tratamento de crianças com até dois anos de idade com obesidade foi descrita na Tabela 2. Entre os médicos, a competência mais citada foi a 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.

Ao todo, 41 (24,6%) médicos 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 (49,2% e 64,4%, respectivamente) (Tabela 2). Em relação às condutas, as maiores dificuldades dos residentes diziam respeito ao acompanhamento e à reflexão junto com a família sobre as dificuldades encontradas no tratamento das crianças com obesidade.

Tabela 2: Perfil do domínio de competências e condutas relacionadas à prevenção da obesidade infantil de residentes de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

Residência	MFC		RMSF		Totais		
	n	%	n	%	n	%	
Autoavaliação de competências							
Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas peso/altura, prega cutânea e medida cintura abdominal	Não	41	24,6	29	49,2	70	30,7
	Sim	126	75,4	30	50,8	156	68,4
Utilizar gráficos de desenvolvimento pôndero-estatural.	Não	37	21,9	38	64,4	75	32,9
	Sim	132	78,1	21	35,6	153	67,1
Realizar seguimento	Não	39	23,2	13	22,0	52	22,8
	Sim	129	76,8	46	78,0	175	76,8
Reconhecer e manejar as doenças metabólicas	Não	45	26,6	46	78,0	91	39,9
	Sim	124	73,4	13	22,0	137	60,1
Indicar exames laboratoriais para doenças metabólicas	Não	18	10,7	33	55,9	51	22,4
	Sim	151	89,3	26	44,1	177	77,6
Fazer abordagem educacional e nutricional	Não	69	40,8	36	61,0	105	46,1
	Sim	100	59,2	23	39,0	123	53,9
Realizar aconselhamento nutricional básico	Não	28	16,6	23	39,0	51	22,4
	Sim	141	83,4	36	61,0	177	77,6
Valorizar a motivação do paciente	Não	107	63,3	33	55,9	140	61,4
	Sim	62	36,7	26	44,1	88	38,6
Planejar ações de educação em saúde	Não	101	59,8	21	35,6	122	53,5
	Sim	68	40,2	38	64,4	106	46,5
Liderar a equipe de trabalho nas ações de educação em saúde	Não	97	57,4	35	59,3	132	57,9
	Sim	72	42,6	24	40,7	96	42,1
Condutas para tratamento de crianças com obesidade							
Práticas de alimentação	Não	10	6,0	23	39,7	33	14,5
	Sim	157	94,0	35	60,3	192	84,2
Melhorar a alimentação e atividade física da criança	Não	37	22,2	32	55,2	69	30,3
	Sim	130	77,8	26	44,8	156	68,4
Elogiar os pais e cuidadores	Não	35	21,0	29	50,0	64	28,1
	Sim	132	79,0	29	50,0	161	70,6
Refletir sobre as dificuldades	Não	58	34,7	28	48,3	86	37,7
	Sim	109	65,3	30	51,7	139	61,0
	Não	87	52,1	36	62,1	123	53,9

	Sim	80	47,9	22	37,9	102	44,7
--	-----	----	------	----	------	-----	------

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Na Tabela 3, foram mostrados os resultados da análise de associação entre a autoavaliação da competência para realizar antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças até dois anos e as variáveis sociodemográficas e acadêmicas. No grupo dos profissionais mais “seguros”, há predominância de médicos (81,7%) em relação aos profissionais da RMSF ($p=0,001$); os quais estão concentrados na macrorregião de João Pessoa ($p=0,007$).

Tabela 3: Resultados da análise bivariada mostrando a associação da autoavaliação de competências para realizar antropometria e análise do estado nutricional de crianças até dois anos com as variáveis socioeconômicas, acadêmicas e acesso a equipamentos na população de residentes em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

Autoavaliação da competência para realizar antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças até dois anos		Inseguro		Seguro		Total		Teste
		n	%	n	%	n	%	
Perfil sociodemográfico								
Sexo		Feminino	31	72,1	125	69,4	156	70,0
		Masculino	12	27,9	55	30,6	67	30,0
		Solteiro, divorciado ou viúvo	25	58,1	117	65,0	142	63,7
Estado Civil		União estável ou casado(a)	18	41,9	63	35,0	81	36,3
		Não	38	88,4	155	86,1	193	86,5
Filhos		Sim	5	11,6	25	13,9	30	13,5
		Pública	22	51,2	69	38,3	91	40,8
Instituição da graduação		Privada, com financiamento	13	30,2	77	42,8	90	40,4
		Privada, sem financiamento	8	18,6	34	18,9	42	18,8
Tipo de residência		MFC - médicos	19	44,2	147	81,7	166	74,4
		RMSF - multiprofissionais	24	55,8	33	18,3	57	25,6
Posição do Residente no Programa		R1 - Primeiro Ano	25	58,1	107	59,4	132	59,2
		R2 - Segundo Ano	18	41,9	73	40,6	91	40,8
Experiência na APS		< 1 ano	19	44,2	52	28,9	71	31,8
		de 1 a 3 anos	20	46,5	101	56,1	121	54,3
		de 4 a 10 anos	4	9,3	21	11,7	25	11,2
		Mais de onze anos	0	0,0	6	3,3	6	2,7
Macrorregião do estado		Macro I - João Pessoa	34	79,1	97	53,9	131	58,7
		Macro II - Campina Grande	1	2,3	25	13,9	26	11,7
		Macro III - Cajazeiras	8	18,6	58	32,2	66	29,6
Acesso aos equipamentos de antropometria								
Número de equipamentos diferentes disponíveis na unidade para antropometria		Um equipamento	6	14,0	16	8,9	22	9,9
		Dois equipamentos	11	25,6	42	23,3	53	23,8
		Três equipamentos	16	37,2	69	38,3	85	38,1
		Quatro equipamentos	10	23,3	53	29,4	63	28,3
Equipamentos para antropometria na UBS		Sim	41	95,3	176	97,8	217	97,3
		Não	2	4,7	4	2,2	6	2,7
Balança antropométrica		Não	13	30,2	38	21,1	51	22,9
		Sim	30	69,8	142	78,9	172	77,1
Balança pediátrica		Não	16	37,2	53	29,4	69	30,9
		Sim	27	62,8	127	70,6	154	69,1
Fita métrica		Não	5	11,6	18	10,0	23	10,3

	Sim	38	88,4	162	90,0	200	89,7	
Estadiômetro	Não	24	55,8	96	53,3	120	53,8	
	Sim	19	44,2	84	46,7	103	46,2	,770

Testes de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (*)

Conforme mostrado na Tabela 4, 128 (79,0%) médicos e 34 (21%) dos multiprofissionais tiveram sucesso na resolução da situação problema relacionada à temática da obesidade infantil; sendo que a experiência na APS ($p=0,023$) e a macrorregião do estado (0,020) tiveram associação significativa com a variável de agrupamento. Verificou-se associação significativa no grupo que resolveu com sucesso a situação problema proposta com o número de equipamentos disponíveis na unidade de saúde para antropometria ($p<0,001$); o fato de ter equipamento na unidade ($p=0,033$) e o tipo de equipamento (Tabela 4).

Tabela 4: Resultados da análise bivariada mostrando associação da capacidade de resolver adequadamente uma situação problema sobre classificação do estado nutricional de crianças até dois anos com as variáveis socioeconômicas, acadêmicas e acesso a equipamentos na população de residentes em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

Residência	MFC (N=169)				RMSF (N=59)				Teste	
	Não		Sim		p	Não		Sim		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Resolução adequada da situação-problema sobre classificação do estado nutricional de crianças										
Autoavaliação de competências										
Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas peso/altura, prega cutânea e medida cintura abdominal	Não	8	21,6	33	25,8	18	72,0	11	32,4	0,003
	Sim	29	78,4	95	74,2	7	28,0	23	67,6	
Utilizar gráficos de desenvolvimento pondero-estatural.	Não	16	42,1	20	15,6	21	84,0	17	50,0	0,012*
	Sim	22	57,9	108	84,4	4	16,0	17	50,0	
Realizar seguimento	Não	21	55,3	51	39,8	15	60,0	23	67,6	0,548
	Sim	17	44,7	77	60,2	10	40,0	11	32,4	
Reconhecer e manejar as doenças metabólicas	Não	14	36,8	29	22,7	23	92,0	23	67,6	0,030*
	Sim	24	63,2	99	77,3	2	8,0	11	32,4	
Indicar exames laboratoriais para doenças metabólicas	Não	6	15,8	11	8,6	17	68,0	16	47,1	0,112
	Sim	32	84,2	117	91,4	8	32,0	18	52,9	
Fazer abordagem educacional e nutricional	Não	14	36,8	53	41,4	20	80,0	16	47,1	0,011
	Sim	24	63,2	75	58,6	5	20,0	18	52,9	
Realizar aconselhamento nutricional básico	Não	11	28,9	16	12,5	13	52,0	10	29,4	0,081
	Sim	27	71,1	112	87,5	12	48,0	24	70,6	
Valorizar a motivação do paciente	Não	27	71,1	78	60,9	12	48,0	21	61,8	0,297
	Sim	11	28,9	50	39,1	13	52,0	13	38,2	
Planejar ações de educação em saúde	Não	23	60,5	76	59,4	11	44,0	10	29,4	0,252
	Sim	15	39,5	52	40,6	14	56,0	24	70,6	
Liderar a equipe de trabalho nas ações de educação em saúde	Não	21	55,3	74	57,8	16	64,0	19	55,9	0,534
	Sim	17	44,7	54	42,2	9	36,0	15	44,1	
Condutas para tratamento de crianças com obesidade										
Práticas de alimentação	Não	7	18,9	2	1,6	<0,001	17	70,8	6	17,6
	Sim	30	81,1	126	98,4		7	29,2	28	82,4
Melhorar a alimentação e atividade física da criança	Não	11	29,7	25	19,5	0,187	21	87,5	11	32,4
	Sim	26	70,3	103	80,5		3	12,5	23	67,6
Elogiar os pais e cuidadores	Não	10	27,0	24	18,8	0,274	16	66,7	13	38,2
	Sim	27	73,0	104	81,3		8	33,3	21	61,8
Refletir sobre as dificuldades	Não	19	51,4	38	29,7	0,015	17	70,8	11	32,4
	Sim	18	48,6	90	70,3		7	29,2	23	67,6
Acompanhar a família	Não	22	59,5	64	50,0	0,312	22	91,7	14	41,2
	Sim	15	40,5	64	50,0		2	8,3	20	58,8

Testes de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer (*)

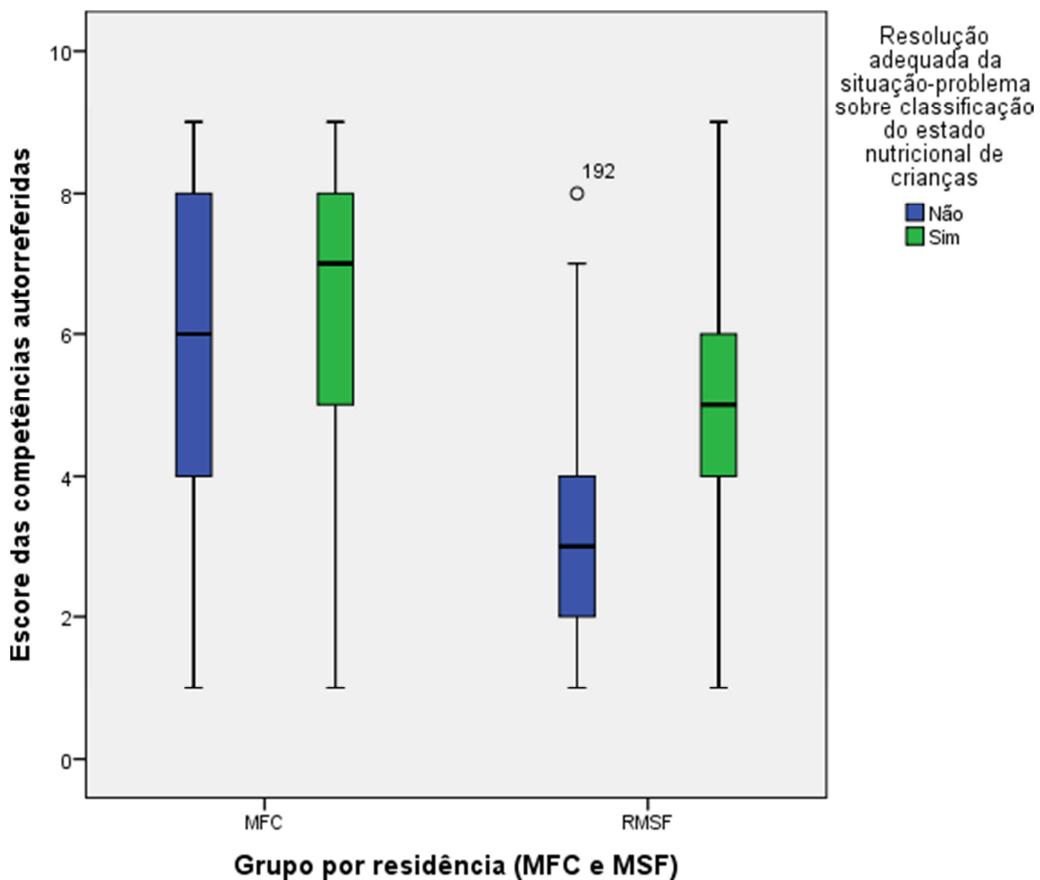
Na Tabela 5, são mostradas as diferenças em relação à autoavaliação de competências agora comparando os profissionais que realizaram adequadamente a análise do gráfico de classificação do estado nutricional e os que não tiveram sucesso na tarefa, comparativamente entre os residentes da MFC e RMSF. Dentre os 169 médicos, 22 (13%) declararam que tinham domínio da competência de utilizar gráficos; entretanto, não tiveram sucesso na resolução da situação problema proposta. Essa competência foi associada a solucionar adequadamente a situação problema proposta ($p=0,001$), assim como a competência de realizar aconselhamento nutricional básico (0,016). No caso dos multiprofissionais, quatro diferentes competências foram associadas à capacidade de resolver a situação problema adequadamente: avaliar o IMC, utilizar gráficos, reconhecer e manejar doenças metabólicas e fazer abordagem educacional e nutricional. De modo geral, uma maior proporção dos multiprofissionais reconhecem que não desenvolveram competências sobre a temática e não conseguiram responder à atividade adequadamente (Tabela 5).

Tabela 5: Resultados da análise bivariada mostrando associação de competências autorreferidas e a capacidade de resolver adequadamente uma situação problema sobre classificação do estado nutricional de crianças até dois anos por residentes da Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

Residência		MFC (N=169)				RMSF (N=59)					
Resolução adequada da situação-problemas sobre classificação do estado nutricional de crianças		Não		Sim		Teste	Não		Sim		Teste
Autoavaliação de competências		n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas peso/altura, prega cutânea e medida cintura abdominal	Não	8	21,6	33	25,8	0,607	18	72,0	11	32,4	0,003
	Sim	29	78,4	95	74,2		7	28,0	23	67,6	
Utilizar gráficos de desenvolvimento pondero-estatural.	Não	16	42,1	20	15,6	0,001	21	84,0	17	50,0	0,012*
	Sim	22	57,9	108	84,4		4	16,0	17	50,0	
Realizar seguimento	Não	21	55,3	51	39,8	0,093	15	60,0	23	67,6	0,548
	Sim	17	44,7	77	60,2		10	40,0	11	32,4	
Reconhecer e manejar as doenças metabólicas	Não	14	36,8	29	22,7	0,081	23	92,0	23	67,6	0,030*
	Sim	24	63,2	99	77,3		2	8,0	11	32,4	
Indicar exames laboratoriais para doenças metabólicas	Não	6	15,8	11	8,6	0,200	17	68,0	16	47,1	0,112
	Sim	32	84,2	117	91,4		8	32,0	18	52,9	
Fazer abordagem educacional e nutricional	Não	14	36,8	53	41,4	0,616	20	80,0	16	47,1	0,011
	Sim	24	63,2	75	58,6		5	20,0	18	52,9	

Realizar aconselhamento nutricional básico	Não	11	28,9	16	12,5	0,016	13	52,0	10	29,4	0,081
	Sim	27	71,1	112	87,5		12	48,0	24	70,6	
Valorizar a motivação do paciente	Não	27	71,1	78	60,9	0,258	12	48,0	21	61,8	0,297
	Sim	11	28,9	50	39,1		13	52,0	13	38,2	
Planejar ações de educação em saúde	Não	23	60,5	76	59,4	0,899	11	44,0	10	29,4	0,252
	Sim	15	39,5	52	40,6		14	56,0	24	70,6	
Liderar a equipe de trabalho nas ações de educação em saúde	Não	21	55,3	74	57,8	0,781	16	64,0	19	55,9	0,534
	Sim	17	44,7	54	42,2		9	36,0	15	44,1	
Condutas para tratamento de crianças com obesidade											
Práticas de alimentação	Não	7	18,9	2	1,6	<0,001	17	70,8	6	17,6	<0,001
	Sim	30	81,1	126	98,4		7	29,2	28	82,4	
Melhorar a alimentação e atividade física da criança	Não	11	29,7	25	19,5	0,187	21	87,5	11	32,4	<0,001*
	Sim	26	70,3	103	80,5		3	12,5	23	67,6	
Elogiar os pais e cuidadores	Não	10	27,0	24	18,8	0,274	16	66,7	13	38,2	0,034
	Sim	27	73,0	104	81,3		8	33,3	21	61,8	
Refletir sobre as dificuldades	Não	19	51,4	38	29,7	0,015	17	70,8	11	32,4	0,004
	Sim	18	48,6	90	70,3		7	29,2	23	67,6	
Acompanhar a família	Não	22	59,5	64	50,0	0,312	22	91,7	14	41,2	<0,001*
	Sim	15	40,5	64	50,0		2	8,3	20	58,8	

O Gráfico 1 mostra um Boxplot sintetizando os achados do trabalho. A mediana do “Escore de Competências Autorreferidas” (ECA), entre médicos que conseguiram fazer a análise do gráfico de classificação do estado nutricional, foi sete e no outro grupo, que não teve sucesso na tarefa, foi cinco pontos; não sendo observada diferença significativa entre esses dois grupos ($p=0,106$). Já entre os residentes da RMSF, quem não soluciona a tarefa com sucesso reconhece isso, dizendo que realmente não têm domínio das competências relacionadas à prevenção e manejo da obesidade (medianas de três e cinco, respectivamente); sendo observada diferença significativa entre os grupos avaliados ($p=0,002$). Esses achados podem indicar que uma parte dos médicos residentes entendem que desenvolveram as competências para avaliação de estado nutricional a ponto de ensinar outros profissionais; entretanto, não conseguiram solucionar adequadamente uma tarefa básica relacionada ao seu cotidiano profissional. Ou seja, uma parte dos resistentes superestimam as suas competências.



Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

Gráfico 1: *Boxplot* dos escores das competências autoavaliadas, comparando o grupo que resolveu adequadamente a situação problema relacionada à classificação do estado nutricional de crianças até dois anos de idade, na população de residentes em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do estado da Paraíba, Brasil.

3.2 Discussão

O presente estudo mostrou que a associação da autoavaliação de competências combinada à resolução de problemas (AARP) pode ser uma estratégia metodológica importante nos processos formativos. Ao todo, 38 (22%) médicos residentes não tiveram sucesso na resolução de um problema básico de avaliação do estado nutricional de uma criança. Neste grupo, 22 dos 169 (13%) participantes superestimaram as suas competências. Isto significa que uma parte dos médicos declararam que sabem resolver uma situação e não tiveram sucesso na tarefa; ou seja, esses médicos podem estar fazendo avaliação do estado nutricional de crianças na APS de forma equivocada. Além disso, a combinação da autoavaliação com a resolução de problemas pode apontar claramente os profissionais que têm lacunas formativas e demandam cursos de formação em serviço.

A literatura reconhece a capacidade de realizar uma autoavaliação fidedigna como uma competência essencial que os profissionais de saúde devem desenvolver. Isso é importante tanto para a autorregulação de suas atividades quanto para a tomada de decisões acertadas na prática do serviço. O médico, por exemplo, precisa, muitas vezes, reconhecer a limitação de suas competências na solução de um caso e encaminhar o usuário para outro especialista; ou ainda pode ter dúvidas sobre um diagnóstico, tendo que buscar mais informações para tomada de decisão. Ou seja, a autoavaliação está presente a todo momento no cotidiano dos profissionais da saúde, quer sejam médicos ou multiprofissionais (Fraundorf et al., 2023). No cotidiano dos serviços de saúde, portanto, é necessário investigar as competências já adquiridas, o estágio atual desse processo de desenvolvimento e identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais (Ferreira; Almeida, 2022; Fraundorf et al., 2023).

A literatura vem buscando evidências que comprovem a confiabilidade e precisão das autoavaliações (Bubenius et al., 2022); tendo sido observado resultados contraditórios. Quando, por exemplo, os profissionais fazem uma previsão sobre seus resultados em uma relação uma avaliação objetiva, eles tendem a se superestimar. A finalidade destes estudos foi verificar se 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. Os achados têm mostrado que a autoavaliação é pouco precisa ou fraca para estimar com precisão o desempenho do estudante ou profissional da saúde, além de apresentar limitações em relação ao tempo disponível dos profissionais devido a carga de pacientes, falta de treinamento ou a falta de compromisso (Almeida; Amaral, 2021; Bubenius et al., 2022; Fraundorf et al., 2023).

A literatura tem questionado a abordagem de considerar a autoavaliação como um instrumento medidor de resultados individuais, tendo sido observada uma tendência de autoavaliações menos favoráveis, ou subestimativas, quando comparadas às avaliações feitas por colegas e pacientes (Almeida; Amaral, 2021).

Mais recentemente, alguns autores têm debatido o papel da autoavaliação no contexto da reflexão na prática do profissional de saúde. O profissional deve ter consciência da falta de conhecimento ou habilidade específica para tomar uma boa decisão em relação a um determinado usuário; ou seja, deve ter competências

suficientes para resolver os problemas de forma eficaz e imediata, como também, o educador deve ser capaz de buscar as competências já desenvolvidas ou como está esse processo de desenvolvimento e que dificuldades assolam o educando (Ferreira; Almeida, 2022; Brasil, 2023). A autoavaliação, neste contexto, não está se referindo à reflexão sobre a prática, em momento posterior e deslocada dos problemas cotidianos. A reflexão na prática é sobre problemas emergentes e imediatos. Por isso, a observação da performance é crucial para avaliar o desenvolvimento de habilidades técnicas e não técnicas (Boursicot, 2021).

A eficiência da autoavaliação em programas de residência é destacada quando ela é precedida por um feedback construtivo do preceptor. Esse processo estimula a autocrítica e uma postura reflexiva no residente, permitindo que ele assuma uma atitude de autonomia e responsabilidade pelos próprios atos. A autoavaliação é fundamentada na humildade, na amorosidade e no diálogo, promove uma postura ativa no residente, incentivando-o a assumir o controle de seu próprio aprendizado. Nessa nova perspectiva, a autoavaliação não tem a finalidade de substituir as avaliações objetivas de desempenho, ou seja, uma avaliação de produto. A autoavaliação atende à necessidade de avaliar os processos formativos em melhorar a reflexão na prática, contribuindo significativamente para a eficiência do processo de aprendizagem (Souza, 2024). Ponte Neto et al. (2017) enfatizaram que a autoavaliação pode ser uma estratégia promotora da autonomia e corresponsabilização dos envolvidos nos processos educativos junto aos programas de residência.

Neste trabalho, utilizamos apenas uma única situação problema do cotidiano da APS para avaliar a competência dos participantes; pois o nosso objetivo era utilizá-la como modelo ou exemplo da metodologia ou estratégia por nós aqui proposta, que é a combinação da autoavaliação com a resolução de problemas em processos formativos (AARP). Entretanto, de acordo com Moraes (2024) nenhum método sozinho é passível de abranger todos os critérios avaliativos. As mudanças nas metodologias de ensino e a avaliação de competências impactam a formação na área da saúde, por isso a importância de um enfoque mais colaborativo e centrado no estudante, além de reconhecer os desafios associados ao desenvolvimento e à avaliação de competências ao longo do tempo (Miguel, 2022).

A combinação da AARP, de forma contínua e sistemática, durante a formação na residência médica e multiprofissional, pode contribuir para que o residente possa ter ciência mais clara do que sabe e o que não sabe fazer e resolver na sua prática cotidiana; desenvolvendo a reflexão na prática e estratégias metacognitivas - quando o residente reflete sobre como aprende. Profissionais com maior capacidade de se autoavaliar e fazer a reflexão na prática podem ser mais resolutivos na APS. Por outro lado, o uso dessa metodologia AARP pode servir para definir com mais clareza o que precisa ou não ser ensinado, e para quem ensinar, reduzindo custos para as instituições de ensino.

Neste estudo, convidamos os participantes a autoavaliarem as suas competências relacionadas à prevenção e manejo da obesidade. As competências se referem ao saber agir, mobilizar recursos, integrar conhecimentos complexos e múltiplos; bem como refere-se à capacidade de aprender e refletir sobre esse processo (Melo-Silva et al., 2023). De modo geral, cerca de 70% dos médicos participantes declararam que estavam totalmente seguros em relação à realização de cálculo de IMC, análise de gráficos, solicitação de exames e diagnóstico de doenças metabólicas, que são competências mais clínicas. Entretanto, quando abordamos as competências mais voltadas à promoção da saúde, como fazer abordagens de educação em saúde, liderar projetos, orientar e motivar as famílias, a proporção de médicos que dizem ter domínio dessas competências se reduz para cerca de 50%. Já entre os multiprofissionais, o padrão é inverso e o domínio das competências clínicas é menor do que as relacionadas à promoção da saúde. Os médicos da MFC demonstraram, como esperado, mais domínio de competências relativas à antropometria e a avaliação do estado nutricional do que os outros profissionais participantes, corroborando os resultados com Hunger et al. (2017).

As limitações deste trabalho envolvem o desenho metodológico, tendo em vista que foi utilizada, como já explicado, apenas uma situação ser problema para avaliar a capacidade dos profissionais de resolver problemas no cotidiano. O ideal seria avaliar efetivamente a capacidade do profissional de realizar antropometria e avaliação do estado nutricional em situações reais, fazendo o acompanhamento inclusive das condutas e orientações junto às famílias. Assim, em estudos futuros, recomendamos a utilização de estudos do tipo intervenção, com avaliação antes e depois de uma formação, por exemplo, para melhor compreensão de como a

autoavaliação pode desenvolvida como uma competência e como ela contribui para melhorar a reflexão na prática, metacognição e resolutividade dos profissionais na APS.

CAPÍTULO 4- PRODUTO TÉCNICO

Este capítulo, conforme orientações da Coordenação Nacional do PROFSAÚDE, deve apresentar o produto técnico desta pesquisa, que é um relatório técnico conclusivo. Conforme já foi explicado, foi utilizado o formato de portfólio porque um mesmo documento reuniu as sínteses de seis estudos diferentes que tinham em comum a população de residentes dos programas de MFC e RMSF.

O “Portfólio de Resultados de Pesquisa sobre as Residências em Medicina da Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba” é o documento no qual foi incluído o relatório técnico conclusivo desta pesquisa, especificamente no capítulo do Subprojeto 4 que trata da estratégia de associação da autoavaliação e resolução de problemas para identificação de lacunas formativas (APÊNDICE B).

A estratégia metodológica desenvolvida nesta pesquisa, a estratégia AARP (autoavaliação de competência e resolução de problemas) é em si um produto que pode ser replicado em qualquer campo de conhecimento para identificar lacunas formativas. Nosso trabalho é inovador no sentido de que, até onde é de nosso conhecimento, não identificamos nenhum outro trabalho que tenha utilizado a autoavaliação de maneira sistemática quando fizemos nesta pesquisa.

As instituições e cursos que queiram utilizar a estratégia AARP devem fazer um levantamento das competências e habilidades profissionais a serem desenvolvidas ao longo de um período de formação. Definidas as competências, deve-se fazer um instrumento para os estudantes responderem, por meio do qual fazem uma autoavaliação do domínio dessas competências. Nesse mesmo instrumento, os estudantes devem ser convidados a resolver as situações-problema relacionadas ao tema trabalhado. Em seguida, aos estudantes devem ser apresentados os dois resultados a fim de desenvolver estratégias metacognitivas de aprendizagem, já que o aprendiz poderá comparar a sua autoavaliação com os resultados objetivos da avaliação de competências, que é o resultado da resolução

de problemas. Assim, o estudante poderá fazer a regulação do seu aprendizado a partir das lacunas e fragilidades apontadas por meio da estratégia metodológica AARP.

No Apêndice B, no capítulo referente ao Subprojeto 4, descrevemos suscintamente os principais resultados da aplicação da estratégia metodológica AARP para identificar lacunas formativas em relação às competências para fazer antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças até cinco anos de idade. Como os dados mostraram, há um grupo de médicos (~13%) que estão atuando nos serviços de saúde, vinculados os programas de residência, que acreditam ter o domínio de competências a ponto de ensinar outros profissionais. Entretanto, esses médicos não conseguiram resolver uma situação problema que reproduz casos de crianças atendidas nos serviços. Essa percepção equivocada sobre o domínio de competências profissionais pode induzir ao erro médico e são verdadeiras barreiras para o aprendizado. Por essa razão, o compartilhamento e adoção da estratégia AARP nos programas de residência podem ajudar no processo de autorregulação da aprendizagem e da formação profissional.

CAPÍTULO 5- CONCLUSÃO

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

Ao iniciarmos esta pesquisa, a proposta inicial era trabalharmos questões relacionadas à puericultura. Em virtude da expertise dos docentes orientadores e do debate no grupo de pesquisa, pensamos em fazer uma avaliação prática das competências dos profissionais para realizar antropometria e avaliação do estado nutricional. Entretanto, a amostra seria pequena e não existem instrumentos validados para direcionar esse tipo de atividade avaliativa. Posteriormente, pensamos na possibilidade de fazer uma intervenção educativa, oferecendo cursos de atualização para os residentes sobre essa temática. Durante a realização dos cursos, teríamos a oportunidade de fazer atividades práticas para avaliação das competências profissionais dos participantes em relação à temática de nosso interesse. Entretanto, houve pouco interesse dos residentes (menos de 30%). Dessa situação surgiu a ideia de criarmos uma estratégia para identificar os profissionais que não tinham domínio de competências relacionadas à antropometria e avaliação do estado nutricional de crianças até dois anos e que necessitavam de cursos de formação em serviço ou atualização profissional.

Nesta pesquisa, temos dois produtos. Um deles é a estratégia metodológica AARP que propõe a associação da autoavaliação e resolução de problemas para identificar lacunas formativas. O outro produto é o Portfólio, no qual foram sintetizados os resultados da aplicação da estratégia AARP com residentes em MFCe RMSF. Esses dois produtos podem ser utilizados por coordenadores e gestores, vinculados aos programas de residência, para aprimorar os currículos de formação, incorporando novas estratégias e debates voltados ao desenvolvimento de competências, especialmente as relacionadas ao diagnóstico e manejo da obesidade infantil.

O produto elaborado pela Turma 4 do PROFSAÚDE é um modelo de como divulgar resultados de pesquisa. A intenção do grupo é fazer o convite para os participantes lerem o Portfólio, a fim de realizarmos o debate sobre os resultados. A

ideia é compartilhar os achados com quem pode realmente, a partir deles, implementar melhorias que refletirão na assistência oferecida na porta de entrada do SUS. Os residentes, coordenadores, gestores e diferentes instituições de ensino superior, por exemplo, podem fazer mudanças no projeto pedagógico ou refletir sobre ações educativas direcionadas para sanar as lacunas formativas, tendo em vista que agora terão mais clareza sobre quais são as competências que residentes e preceptores têm menos domínio.

No Portfólio, como foi descrito, há sugestões práticas de novos produtos e pesquisas que podem ser executados por gestores ou por outros pesquisadores. No debate a ser promovido nas residências, novas propostas de solução também podem vir à tona. Os impactos poderão ser avaliados em pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. G. de; AMARAL, C. G. do. Feedback formativo e aprendizagem do aluno de Medicina no contexto pediátrico: uma revisão narrativa da literatura [Internet]. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e210059, 2021.

ALVES, R. M. M. et al. Consulta de puericultura: o olhar sobre a prática do enfermeiro. **Interfaces**, v. 7, n. 1, p. 187-190, 2019.

BAGGIO, M. A. et al. Childhood obesity in the perception of children, families and health and education professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 30, e20190331, 2021.

BOURSICOT, K. Performance and workplace assessment. In: DENT, J. A.; HARDEN, R. M.; HUNT, D. A. **A practical guide for medical teachers**. 6. ed. Poland: Elsevier, 2021. p. 289-296.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 201 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROTEJA: Estratégia Nacional para Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 4, de 1º de novembro de 2023**. Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos médicos residentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2023.

BROWN, T. et al. Interventions for preventing obesity in children. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 2019. 631 p.

BUBENIUS, L. et al. Autoavaliação de estudantes de medicina do último ano sobre facetas de competência para residentes iniciantes. **BMC Medical Education**, v. 22, p. 82, 2022.

CARVALHO, A. B. et al. Análise de conteúdo de duas avaliações externas brasileiras de cursos de medicina: Enade e Revalida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, e033, 2021.

DIETZ, W. H.; ROBINSON, T. N. Overweight children and adolescents. **New England Journal of Medicine**, v. 352, p. 2100, 2005.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v. 287, n. 2, p. 226-235, 2002.

FERREIRA, F. A. et al. Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2019.

FERREIRA, I. G.; ALMEIDA, C. S. **Preceptoria médica: guia básico de ensino-aprendizagem** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2022. 110 p.

FORBES, H. M.; SYED, M. S.; FLANAGAN, O. L. The role of problem-based learning in preparing medical students to work as community service-oriented primary care physicians: a systematic literature review. **Cureus**, v. 15, n. 9, e46074, 2023.

FRAUNDORF, S. H. et al. Cognitive perspectives on maintaining physicians' medical expertise: III. Strengths and weaknesses of self-assessment. **Cognitive Research**, v. 8, p. 58, 2023.

HUNGER, R. et al. Monitoramento da avaliação antropométrica no contexto do sistema de vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde. **Revista deAPS**, v. 20, n. 2, p. 194-202, 2017.

LIM, W. K. Problem based learning in medical education: handling objections and sustainable implementation. **Advances in Medical Education and Practice**, v. 14, p. 1453-1460, 2023.

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

MARQUES, T. et al. Obesidade infantil: caracterização de uma população com seguimento hospitalar. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 44, n. 6, p. 295-300, 2017.

MARTINS, D. O. M. C. et al. Adesão às consultas de puericultura das crianças: uma intervenção na Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 24, n. 2, p. 380- 386, 2021.

MELO-SILVA, L. L. et al. **Desenvolvimento socioemocional: impactos na formação acadêmica, no trabalho e na carreira**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023. 706 p.

MIGUEL, E. R. A. Pierre Bourdieu: fortalecendo referenciais teóricos em metodologias ativas.

Espaço para Saúde, v. 23, e817, 2022.

MORAES, A. P. P. et al. Como estamos avaliando competências? Projeto de intervenção nos instrumentos avaliativos de um programa de residência em medicina intensiva. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 48, n. 3, 2024.

MÜLLER, A. B.; CONSI, B. M. Caracterização e perfil do desenvolvimento de crianças em puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família. **APS em revista**, v. 3, n. 3, p. 182-193, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Curso de capacitação sobre a avaliação do crescimento da criança**. Genebra: OMS, 2006.

PONTE NETO, O. A. et al. Autoavaliação como estratégia educativa no contexto do programa de residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 247-263, 2017.

REIS, R. A. et al. Análise da prevalência do consumo de açúcar em consultas de puericultura. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 631-640, 2022.

ROJO, M. et al. ENTREN-F family-system based intervention for managing childhood obesity: study protocol for a randomized controlled trial at primary care. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 16, n. 4, p. 319–329, 2022.

SANTOS, W. S. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 86-92, 2001.

SOUZA, C. J. A. et al. A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 60604-60625, 2021.

SOUZA, M. S. F. **Análise da avaliação 360 graus na residência médica de Medicina de Família e Comunidade: percepção de cidadãos usuários e preceptores**. 2024. 115 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Overweight and obesity**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD OBESITY FEDERATION. **Atlas Mundial da Obesidade 2024**. Londres: WOF, 2024.

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

1. MFC - SMS João Pessoa - UFPB
2. MFC - SMS Mamanguape - UFPB
3. MFC - SMS Cabedelo - UFPB
4. MFC - SMS João Pessoa – UNIPÊ
5. MFC - SMS João Pessoa - FCM
6. MFC - SMS João Pessoa – FACEME
7. MFC - SMS Campina Grande - UFCG e/ou FACISA
8. MFC - Municípios Alto Sertão - UFCG de CAJAZEIRAS
9. MFC - Municípios do Sertão – UNIFIP
10. MFC - Escola de Saúde Pública do Estado da Paraíba
11. IES SANTA MARIA

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

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

A5 - Sexo

1. Feminino
2. Masculino

A6 - Idade em anos em 2023:

A7 - Estado Civil

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

A8 - Tem filhos (as)?

1. Não
2. Sim

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

A10 - Qual a sua posição no Programa de Residência?

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

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

A12 - Sua graduação foi realizada em:

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

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

1. Menos de um ano de experiência na APS.
2. De um a três anos de experiência na APS.
3. De quatro a seis anos de experiência na APS.
4. De sete a dez anos de experiência na APS.
5. De onze a quinze anos de experiência na APS.
6. Mais de 15 anos de experiência na APS.

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

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

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

SESSÃO 3 – OBESIDADE INFANTIL

C1 - O crescimento da prevalência da obesidade no mundo e no Brasil é um dos grandes desafios da Saúde Pública na atualidade; sendo que a investigação dessa condição deve ser iniciada na infância. Como você avalia a sua competência para realizar as medidas antropométricas e avaliação nutricional em grupos de crianças até dois anos de idade?

1. **TOTALMENTE INSEGURÔ**: tenho dúvidas sobre a dimensão de conhecimento e me sinto inseguro a ponto de trazer prejuízo ao paciente ou à situação de saúde (preciso aprender a fazer).

2. **INSEGURÔ**: eu sinto a necessidade do suporte do preceptor muitas vezes

(preciso de ajuda para fazer).

3. **CAPAZ**: sinto-me capaz de fazer o mínimo necessário para ser satisfatório, sem destaque algum na competência considerada (sei fazer sem necessidade de ajuda).

4. **SEGURO**: não tenho dúvidas quanto à dimensão de conhecimento (sei fazer com segurança).

5. **TOTALMENTE SEGURO**: tenho domínio e me sinto capaz de ensinar a outros profissionais esta a dimensão do conhecimento (sei fazer com segurança e ensinar outros profissionais).

C2 - Dentre as competências listadas abaixo, qual ou quais delas você avalia que tem o domínio a ponto de atuar na APS e ensinar outros profissionais sem anecessidade de formação complementar. Assinale todas as atividades que você se sente totalmente seguro para realizar:

1. Avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC), tabelas peso/altura, prega cutânea e medida cintura abdominal.
2. Utilizar gráficos de desenvolvimento pôndero-estatural.
3. Realizar seguimento periódico para prevenção oportuna de acordo com fases de desenvolvimento da infância
4. Reconhecer e manejar as doenças metabólicas mais frequentes ou relevantes.
5. Indicar exames laboratoriais para doenças metabólicas, como: glicemias, hemoglobina glicosilada, cetonúria, proteinúria, perfil lipídico, TSH e T4 livre.
6. Fazer abordagem educacional e nutricional para pacientes obesos e com doenças metabólicas.
7. Realizar aconselhamento nutricional básico.
8. Valorizar a motivação do paciente para o autocuidado.
9. Planejar ações de educação em saúde para prevenção da obesidade infantil.
10. Liderar a equipe de trabalho para realizar ações de educação em saúde.

C3 - Na unidade de saúde à qual você encontra-se vinculado, quem faz maisfrequentemente a antropometria de crianças menores de dois anos?

1. Médico
2. Enfermeiro
3. Técnico em enfermagem
4. Agente Comunitário de Saúde
5. Outros

C4 - Em todas as consultas de puericultura com crianças menores de dois anos, você avalia o gráfico de crescimento e de peso da criança?

1. Não
2. Às vezes
3. Sim

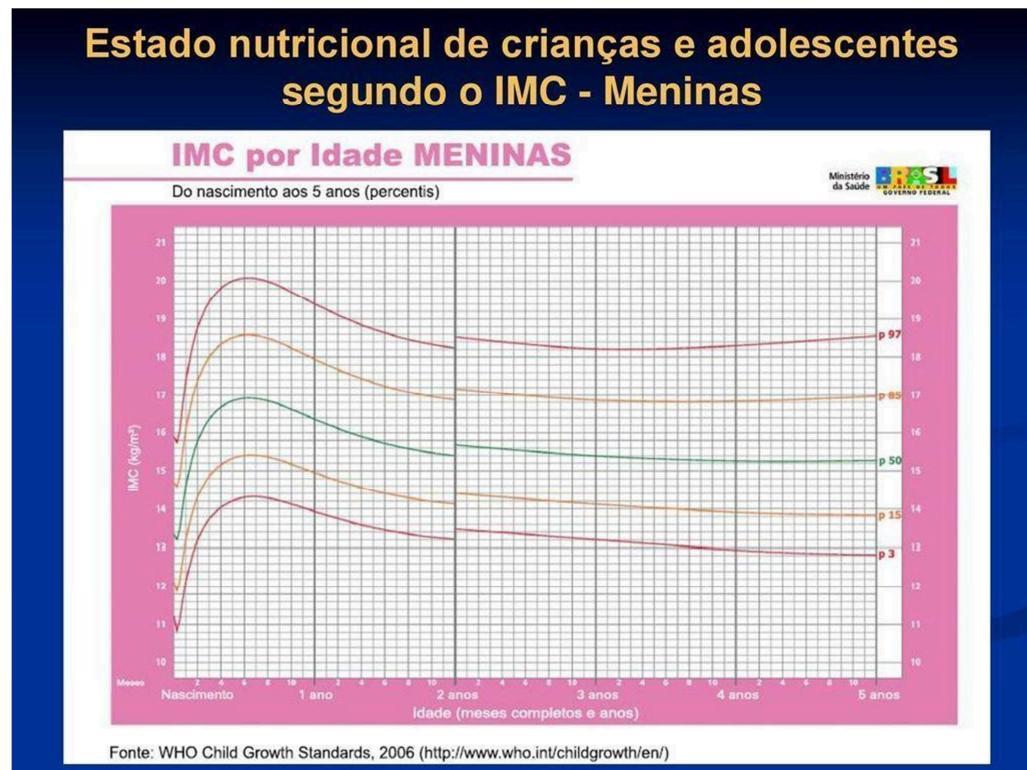
C5 - Na sua unidade, há disponibilidade de equipamentos para aferir peso e comprimento das crianças menores de dois anos? Assinale todos os equipamentos disponibilizados na unidade.

1. Não tem nenhum equipamento.
2. Balança antropométrica.
3. Balança pediátrica.
4. Fita métrica.

5. Estadiômetro.

C6 - Suponha que você tenha recebido uma criança para avaliar na Unidade Básica de Saúde, uma menina de 19 meses de idade apresenta peso de 14,3 Kg e altura de 75,8 cm ($IMC = 24,9 \text{ kg/m}^2$).

Utilizando o gráfico abaixo, como você classificaria do estado nutricional dessa criança?



1. Magreza Extrema
2. Magreza
3. Eutrofia
4. Risco de sobrepeso
5. Sobre peso
6. Obesidade

C7 - No caso estudado, você julga relevante investigar causas de sobre peso e/ou obesidade?

1. Não
2. Sim

C8 - Na sua rotina diária, ao atender uma criança em risco de obesidade ou já obesa, você investiga causas do sobre peso?

1. Não
2. Sim

C9 - Assinale a(s) conduta(s) que você utilizaria na sua rotina de trabalho para tratamento dessa criança e como orientaria os pais e cuidadores, caso seja necessário:

1. Investigo as práticas de alimentação da família para fazer a orientação nutricional básica, reduzindo consumo de bebidas e alimentos adocicados e aumentando a ingestão de vegetais frescos e frutas.
2. Estabeleço metas com a família para melhoria da alimentação e estímulo de atividade física pela criança.
3. Elogio quando os pais e cuidadores quando atingem as metas acordadas.
4. Reflito com os pais ou cuidadores da criança sobre as dificuldades para realizar as metas acordadas.
5. Realizo acompanhamento da família no tempo para avaliar resultados.

C10 - Na sua rotina, você encaminharia a criança do caso estudado para nutricionista?

1. Não
2. Sim

C11 - Durante a graduação e residência, você participou de algum projeto de Educação em Saúde ou formação complementar para prevenção da obesidade infantil?

1. Não
2. Sim

C12 - Se sim, você poderia descrever as atividades do projeto ou da formação?

C13 - Na sua rotina, existe alguma experiência exitosa de acompanhamento e desenvolvimento de crianças com risco de obesidade ou obesidade? Se sim, descreva sucintamente a experiência.

C14 - Você tem interesse em participar de uma ação de educação em saúde? A proposta é, com ajuda da Equipe da Saúde da Família da sua unidade, convidar duas crianças até dois anos de idade para realizar medidas antropométricas e avaliação do estado nutricional, fazendo o debate sobre as estratégias e possibilidade de orientação dos familiares.

1. Não tenho interesse em participar.
2. Tenho interesse em participar.

APÊNDICE B – PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA



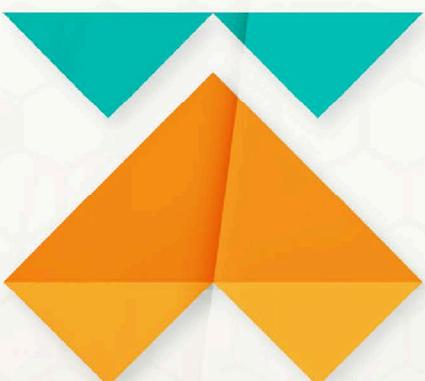
PORFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

PROFSAÚDE – TURMA 4
UEPB-ESP/SES/PB

Organizadora
Profa. Dra. Silvana Santos
Coordenação do PROFSAUDE

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 PROFAÚDE

**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 - portifólios. 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
Profª. Dra. Célia Regina Diniz

COORDENAÇÃO DO PROFSAÚDE - UEPB/ESP
Profa. Dra. Silvana Santos

MESTRANDOS AUTORES

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

ORIENTADORES E COLABORADORES

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

INFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS

PROFSAÚDE

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

UEPB

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

ESP/SES

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

SUMÁRIO

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

APRESENTAÇÃO DO PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA

O PORTFÓLIO DE RESULTADOS DE PESQUISA sobre as residências em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba é um documento que sintetiza os principais achados dos estudos realizados pelo grupo de seis mestrando 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

Tipo	Municípios (SMS)	Instituições de Ensino	_tipo de IES	n	%
MFC	João Pessoa	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	23	7,7
MFC	Mamanguape	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	7	2,3
MFC	Cabedelo	Universidade Federal da Paraíba (UFPB)	Pública	9	3,0
MFC	João Pessoa	Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ)	Privada	13	4,3
MFC	João Pessoa	Afyá 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	Afyá Faculdade de Residência Multiprofissional da Paraíba (RMSF AFYÁ)	Privada	89	29,7
Total				300	100,0
Legendas: MFC - Residência em Medicina da Família e Comunidade; RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família; SMS - Secretaria Municipal de Saúde.					

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

Procedimentos de coleta de dados

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

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

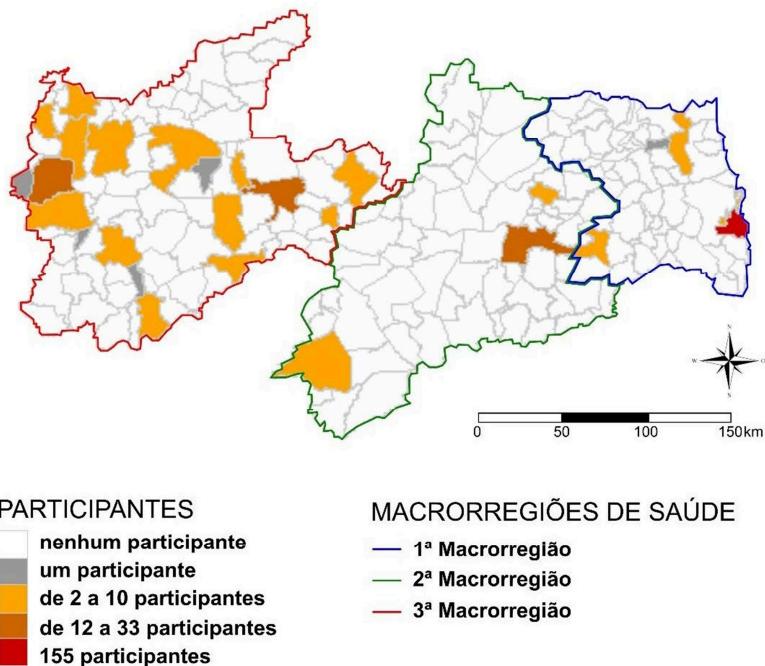


Figura 1: Mapa da distribuição de residentes e preceptores que participaram da pesquisa, vinculados aos programas de residência em Medicina da Família e Comunidade e a residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado da Paraíba. Dados do segundo semestre de 2023.

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, canto-plastia, 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 estímu-
lo, não é permitido ou não têm material). É necessário escla-
recer esse ponto.

As residências em MFC e RMSF, de forma mais colabo-
rativa, poderiam estabelecer alguns projetos de pesquisa do
tipo intervenção educativa, nos quais fossem elaboradas es-
tratégias 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 efe-
tiva dos gestores municipais, no sentido de oferecer os sub-
sídios necessários como insumos e exames especializados.

Sugere-se também a realização de parcerias com pes-
quisadores 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 com-
petências necessárias na APS em diferentes contextos, e um
debate a respeito das meta-competências e das competên-
cias regionais.

3) Implicações para participantes: para os coordena-
dores, assim como residentes e preceptores, os resultados
deste estudo oferecem uma oportunidade de refletir, criti-
camente, sobre o projeto pedagógico do programa de resi-
dência 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 incorpo-
rada 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	Coleto 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 conduita e do plano terapêutico.
Coordenação do Cuidado	Eu realizo a coordenação e ordenação do cuidado em saúde, praticando a prevenção quaternária e considerando o rastreamento, solicitação de exames complementares e tratamentos de forma apropriada, com referência e contrarreferência de pacientes nos diferentes níveis de atenção à saúde quando necessário, utilizando recursos como a telessaúde e Plano Terapêutico Singular (PTS) de forma eficaz.
Atualização profissional	Eu utilizo os meios eficazes para buscar as melhores evidências clínicas, relacionando-as aos casos que encontro no meu dia a dia de trabalho. Busco estudos, quando necessário, para aprimorar minha prática clínica, aplicando os conhecimentos adquiridos na prática de rotina da MFC.
Atenção Domiciliar	Planejo as visitas domiciliares de maneira eficiente, incluindo a revisão prévia do prontuário, o levantamento da demanda/objetivo, o contato com cuidadores, o planejamento do itinerário e a organização do material necessário. Atentando-se aos aspectos sociais, ambientais e familiares, bem como às questões relacionadas ao cuidado com o paciente. As VD são realizadas em tempo oportuno, evitando a perda de informações importantes e incluindo o registro do plano terapêutico, entrando em contato com outros membros da equipe quando necessário.
Abordagem Familiar	Tenho interesse genuíno na compreensão do contexto familiar e das dinâmicas envolvidas nos casos que atendo, utilizando o conhecimento das ferramentas da abordagem familiar, como o ciclo vital, genograma, ecomapa, identificação de padrões, tipologias familiares, entre outras, e aplicando efetivamente essas ferramentas para aprimorar a assistência que presto aos pacientes e suas famílias.

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

Competência	Descrição
Relação Profissional-Equipe	Demonstro empatia e respeito com meus colegas, compreendendo seus papéis no trabalho e a dinâmica da equipe, entendendo a hierarquia dentro do serviço e da residência, mantendo a capacidade de ser propositivo e questionador quando necessário.
Compromisso no trabalho	Mantengo 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.

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

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

Fonte: Adaptado de Menezes, 2021.

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

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

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

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

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

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

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

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

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

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

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

Fonte: pesquisa dos autores, 2023.

SUBPROJETO 4

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

PROBLEMA INVESTIGADO

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

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

SÍNTESE DOS RESULTADOS

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

situação problema relacionada à temática da obesidade infantil.

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

SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

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

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

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

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

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

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

SUBPROJETO 5

INFLUÊNCIA DO AUTOCUIDADO NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

PROBLEMA INVESTIGADO

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

Entendemos que incentivar os profissionais em processo formativo, nas residências médicas ou multiprofissionais, a reconhecer sinais que alertam sobre os riscos à sua própria saúde, bem como incentivá-los a adotar práticas saudáveis de vida, faz parte da formação baseada em competências. Esse foco formativo é importantíssimo no atual cenário brasileiro, marcado pelo envelhecimento populacional e, consequentemente, 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 Auricoloterapia de forma isolada e Auricoloterapia combinada com outras práticas. Dentre os participantes da RMSF, a prática mais usada foi Auricoloterapia combinada com outras PICS, seguidas por Auricoloterapia 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

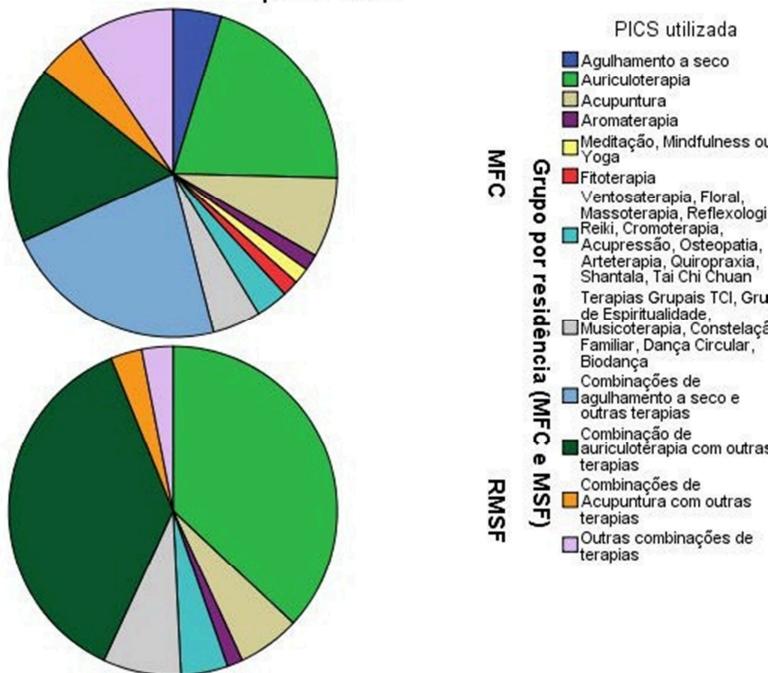


Gráfico 2: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) utilizadas na vida pessoal ou profissional por residentes e preceptores de programas em Medicina da Família e Comunidade (MFC) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do Estado da Paraíba, Brasil (Oliveira et. al, 2024).

AGRADECIMENTOS

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

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

Gratidão:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO A – PARECER 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:

Código: 13404633_5.0000_5.187

Submetido em: 25/08/2023

Instituição PropONENTE: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_2196870



ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO