

### Competências em Promoção da Saúde na Residência Multiprofissional: Domínios do Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação e Pesquisa


Competencies for health promotion in multiprofessional residency programs: Diagnosis, Planning, Implementation, Evaluation and Research Domains (abstract: p. 15)

Competencias en Promoción de la Salud en la Residencia Multiprofesional: Dominios Diagnóstico, Planificación, Implementación y Evaluación e Investigación (resumen: p. 15)

Jéssica Pinheiro Carnáuba<sup>(a)</sup>

<Jessicarnauba91@hotmail.com> 

Marcelo José Monteiro Ferreira<sup>(b)</sup>

<marceloferreira@ufc.br> 

<sup>(a)</sup> Pós-graduando do Programa de Pós-Graduação (doutorado profissional), Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renastf), Universidade Federal do Ceará (UFC). Avenida da Universidade, 2853, Benfica. Fortaleza, CE, Brasil. 60020-181.

<sup>(b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, UFC. Fortaleza, CE, Brasil.

Para que as ações de promoção da saúde possam impulsionar mudanças na saúde dos usuários, faz-se necessário o desenvolvimento de competências que auxiliem na sua efetivação. O estudo avaliou os limites e as potencialidades para a incorporação dos domínios Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação e Pesquisa do *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* (CompHP) na realidade de uma residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Pesquisa qualitativa realizada com residentes, tutores e preceptores. Foi utilizada a Hermenêutica de Profundidade, à luz da Análise de Discurso. O desenvolvimento de competências nos domínios do Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação e Pesquisa foram estratégicos para a formação dos residentes. Elas apresentaram potencial para a implementação e qualificação das ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Por outro lado, lacunas durante o processo formativo dos residentes não possibilitaram uma maior clareza para a aquisição dessas competências.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Educação continuada. Estratégia Saúde da Família. Educação baseada em competências. Planejamento em saúde.

## Introdução

A promoção da saúde (PS) é um campo complexo e polissêmico que engloba um amplo arcabouço teórico-prático. Dentre seus objetivos, destaca-se o de enfrentar os macro e microdeterminantes do processo saúde-doença-cuidado, de modo a qualificá-los em favor da melhoria das condições sanitárias da população<sup>1</sup>.

Para que a PS possa impulsionar mudanças que impactem positivamente na saúde dos usuários, é necessário que os profissionais da saúde tenham uma formação capaz de desenvolver nesses profissionais habilidades e atitudes que auxiliem na efetivação de suas ações<sup>2</sup>. Nesse sentido, é importante definir as competências profissionais necessárias, de modo a viabilizar a sua incorporação ao cotidiano de trabalho na atenção à saúde<sup>3</sup>.

A fim de sistematizar e especificar os princípios essenciais da PS<sup>3</sup>, foi elaborado o projeto *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP)*<sup>4</sup>. Essa iniciativa foi baseada na organização de um consenso fundamentado a partir dos principais interessados no campo da PS na Europa<sup>5</sup>.

O CompHP está organizado em nove domínios: (1) Liderança, (2) Diagnóstico, (3) Planejamento, (4) Implementação, (5) Avaliação e Pesquisa, (6) Advocacia para a Saúde, (7) Comunicação, (8) Possibilidade de Mudanças e (9) Mediação por meio de Parcerias<sup>6,7</sup>. Esses domínios lidam com as competências específicas para o desenvolvimento de habilidades necessárias para a efetivação das ações em PS, articulando-as a especificidades de cada realidade socio sanitária<sup>6,7</sup>.

No Brasil, as ações de PS estão contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que objetiva promover a equidade; e a melhoria da qualidade de vida e de saúde das populações<sup>8</sup>. Trata-se de uma estratégia impulsionadora de mudanças nos modos de vida e de adoecimento capaz de contribuir para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde. Desse modo, a Atenção Primária em Saúde (APS), de modo geral, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), em específico, são espaços estratégicos para o desenvolvimento das ações em PS nos territórios<sup>9</sup>.

No contexto da ESF, as residências multiprofissionais em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) ganham destaque para o desenvolvimento de ações em PS. Seu caráter de formação pelo trabalho, impulsionado pela estratégia da Educação Permanente (EP), possibilita efetivar mudanças significativas no modelo de atenção à saúde na APS. Além disso, busca o desenvolvimento de competências centradas nas necessidades de saúde, configuração de práticas orientadas para a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), atuação interprofissional e institucionalização dos fundamentos da Reforma Sanitária Brasileira<sup>9,10</sup>.

No referencial CompHP, os domínios de Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação e Pesquisa possuem estreita relação com as RMSFC. Essa aproximação está relacionada à configuração das residências, que têm como principais estratégias a territorialização e o planejamento participativos; cogestão; compartilhamento do processo de trabalho; e atuação de acordo com os princípios da APS<sup>11</sup>.

Diversos estudos já realizaram avaliações das ações em PS, tomando como base o referencial CompHP<sup>12-14</sup>. Apesar disso, ainda persistem lacunas na produção do conhecimento sobre os domínios de Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação e Pesquisa, em especial no contexto das residências multiprofissionais. Dentre elas, destacam-se a ausência da percepção dos próprios profissionais sobre a importância do desenvolvimento de competências de PS no âmbito da sua própria formação e o envolvimento de um pequeno quantitativo de pessoas no estudo. Desse modo, faz-se necessária a condução de novas pesquisas com o intuito de ampliar o referencial teórico-prático sobre esta temática, sobretudo nas residências multiprofissionais em Saúde<sup>15</sup>.

Nesse sentido, o presente artigo objetivou avaliar os limites e as potencialidades para a incorporação dos domínios Diagnóstico; Planejamento; Implementação; e Avaliação e Pesquisa do CompHP na realidade de uma RMSFC.

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, ancorado no referencial teórico do manual de Competências Principais em Promoção da Saúde do CompHP<sup>6</sup>. Foi desenvolvido entre os meses de junho a agosto de 2019 e teve como cenário investigativo um programa RMSFC no estado do Ceará, nordeste do Brasil.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) está organizada em dois componentes, sendo um hospitalar e outro comunitário. Este último é composto por três ênfases: Saúde da Família, Saúde Coletiva e Saúde Mental Coletiva<sup>16</sup>. Diante da diversidade de cenários de prática, optamos pela ênfase de Saúde da Família e Comunidade, por considerá-la estratégica para o desenvolvimento de habilidades e atitudes em PS no âmbito da APS.

Fizeram parte do estudo residentes (R), preceptores (P) e tutores (T) do programa de RMSFC, totalizando 21 participantes. Os tutores eram um enfermeiro e um profissional de educação física, ambos com especialização em Saúde da Família. Os preceptores tinham formação de acordo com a categoria profissional dos residentes: Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Nutrição. Os preceptores e tutores possuíam pelo menos dois anos experiência de atuação na residência e os residentes estavam no segundo ano de formação.

Para a realização desta pesquisa, adotamos a conjunção de três técnicas diferentes. Inicialmente, procedemos com a análise documental, como forma de reunirmos evidências do material disponível para a fundamentação teórico-conceitual da pesquisa. Nesse processo, recorremos à análise do Projeto Político Pedagógico da RMSFC, bem como dos textos de referência para a formação dos residentes. Em seguida, realizamos um total de cinco grupos focais (GF), visando promover a troca de experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho; e permitindo gerar diálogos e troca de experiências entre os participantes<sup>17</sup>. Por fim, diante de algumas lacunas identificadas no *corpus* textual reunido, conduzimos mais quatro entrevistas semiestruturadas (E), sendo duas com residentes, uma com tutor e outra com preceptor. Os roteiros para a condução das entrevistas foram elaborados pelos pesquisadores com base nas Competências em Promoção da Saúde (CPS)<sup>6</sup>.



Para a interpretação do material qualitativo, utilizamos o referencial teórico da Hermenêutica de Profundidade (HP)<sup>18</sup>. A escolha justificou-se por adentrarmos no universo dos símbolos produzidos pela linguagem de sujeitos que estão inseridos em um contexto socio-histórico específico<sup>18</sup>.

Em seguida, procedemos com a Análise de Discurso (AD), que procura “descrever, explicar e avaliar criticamente os processos de produção, circulação e consumo dos sentidos”<sup>19</sup> (p. 7). No caso desta pesquisa, a AD foi conduzida a partir dos contextos social e histórico que permearam as falas dos atores do estudo, de maneira crítica e em conformidade com o referencial teórico-metodológico CompHP<sup>6</sup>. Por fim, foi acordado entre os participantes que os discursos oriundos das transcrições seriam tratados de maneira coletiva.

O estudo foi realizado em consonância com a Resolução n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde<sup>20</sup>, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará com o número 3.313.043.

## Resultados e discussão

### Diagnóstico

No domínio do Diagnóstico, é importante detectar as necessidades e potencialidades dos usuários da ESF em seus contextos socioculturais, econômicos e hábitos de vida<sup>6</sup>.

Para os residentes, o diagnóstico do território acontece por meio do processo de territorialização em saúde, no qual os profissionais passam a conhecer os locais em que irão atuar:

As cinco primeiras semanas dos residentes são para a territorialização. Então eles têm cinco semanas para vivenciar, sentir e conversar com as pessoas do território, se apresentar e entender os aspectos culturais, políticos, sociais que envolvem aquele território. (E-T)

A gente identificou que o importante através da territorialização é onde andamos e conhecemos todas as comunidades. (GF-R)

Quando os residentes entram na RMSFC, ocorre o primeiro módulo teórico-conceitual, lançando as bases para desencadear o processo de territorialização, que deverá ocorrer no lócus de atuação profissional<sup>21</sup>. Posteriormente, os residentes são alocados nas unidades de saúde nas quais desenvolverão suas atividades, iniciando na prática o reconhecimento do território.

Esse percurso formativo está alinhado às premissas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define a territorialização em saúde como uma atribuição essencial da ESF<sup>22</sup>. Dessa forma, esse processo vai para além do delineamento de um recorte geográfico-espacial, dando lugar a um conceito de território-vivo. Nele, incluem-se as dimensões populacionais, epidemiológicas e socio sanitárias, de modo a promover a corresponsabilidade do cuidado e ações compartilhadas de saúde entre profissionais e usuários<sup>23</sup>.

A formação no âmbito da RMSFC permite que a territorialização seja um dos alicerces fundantes para o desenvolvimento de suas atividades no âmbito da APS. É considerada o ponto de partida, a partir do qual irão derivar todas as atividades desenvolvidas durante o percurso de formação.

Além disso, a territorialização permite aos profissionais de saúde, de modo geral, e aos residentes, em específico, oportunidades para o reconhecimento das necessidades de saúde das populações. Por fim, há a possibilidade de contribuir com a universalização do acesso e com a resolução de problemas, de modo a fomentar a atenção integral à saúde<sup>24</sup>.

Por outro lado, é comum que, muitas vezes, o processo de territorialização em saúde se resume a uma divisão geográfica do território. Nesses casos, geralmente as populações dispõem de pouca representatividade e participação no curso dos processos. Disso resulta uma compreensão limitada das reais necessidades de saúde dos usuários. Tal contexto torna ainda o processo de cuidado mais verticalizado e, muitas vezes, resumido a uma agenda-padrão de serviços oferecidos em dias específicos. Como corolário, enfraquece os princípios que orientam o cuidado integral no âmbito da APS<sup>24</sup>.

## Planejamento

Para o CompHP, o Planejamento é descrito como o desenvolvimento de metas para a PS que possam ser implementadas e dimensionadas a partir do diagnóstico dos territórios<sup>6</sup>

No âmbito da RMSFC, o planejamento das ações acontece a partir dos produtos da territorialização:

As ações são planejadas a partir do processo de territorialização, e as oficinas com as pessoas envolvidas levantam as demandas, elencam as prioridades e constroem a agenda com base nessas prioridades. (E-T)

O planejamento participativo pode ser comparado ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), reforçando o envolvimento comunitário<sup>25</sup>. Na realidade da ESF, o PES é considerado um dos métodos mais apropriados a esse modelo de atenção. Isso acontece devido ao fato de essa estratégia ser capaz de incentivar reflexões e debates, contribuindo para adaptações pertinentes, além de determinar metas e objetivos baseados na identidade organizativa dos atores envolvidos.

Além disso, ocorre o mapeamento participativo dos territórios, realizado com os usuários por meio de oficinas. Estas podem ser conduzidas juntamente com atores-chave das comunidades em equipamentos sociais estratégicos do território. Estão incluídos nesse processo instituições sociais, escolas e associações, que poderão gerar importantes parcerias para o desenvolvimento das ações para além dos muros das unidades de saúde<sup>26</sup>.

A partir desses encontros, ocorre a problematização das realidades, visando à construção de um projeto comum e adequado às necessidades de saúde da população<sup>26</sup>. Dessa forma, deve ser garantida a participação de todos os envolvidos no processo de os, desde usuários; passando pelo controle social e movimentos sociais; até trabalhadores e gestão. Nesse ensejo, com a garantia da participação dos coletivos, as forças são multiplicadas, assim como as possibilidades, desde que os participantes estejam organizados para tais finalidades<sup>25</sup>.

Posteriormente, os residentes constroem suas agendas de trabalho com vistas a responder às necessidades de saúde elencadas. A construção das agendas deve corresponder aos produtos reunidos durante o diagnóstico dos territórios e estar alinhada à dinâmica das Unidades de Saúde. Além disso, deve possibilitar reflexões críticas acerca dos processos de trabalho, levando em consideração a prática interprofissional colaborativa, gestão participativa, integralidade e interdisciplinaridade, que devem nortear a prática em serviço<sup>27</sup>.

Outra ferramenta que auxilia no planejamento diz respeito à Sala de Situação em Saúde (SDSS). Ela permite que os residentes avaliem os indicadores de saúde em suas unidades, bem como o impacto das ações implementadas:

Nós temos a sala de situação, que, através da análise dos dados coletados, é construída e atualizada periodicamente e serve como um parâmetro para melhorar e para planejar também as ações que virão depois. (E-P)

A SDSS facilita a utilização de informações capazes de embasar decisões de acordo com a realidade epidemiológica e sanitária de cada território<sup>28</sup>. Nesse sentido, auxilia os processos de tomada de decisões, servindo tanto a gestores para avaliação dos programas e serviços de saúde quanto para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde no âmbito da APS<sup>28</sup>.

Para garantir a eficácia da SDSS, os residentes são orientados a elaborá-la e alimentá-la em equipe, com participação interprofissional. Quanto às informações utilizadas, devem ser considerados os dados individuais e coletivos, passando por aqueles relativos a gestão, serviço, território, trabalhadores e usuários. Esse momento também deve ocorrer a partir das vivências da equipe, em que novos indicadores deverão emergir a partir da potencialidade do trabalho interprofissional<sup>29</sup>.

Por conseguinte, a construção da SDSS permite entender e elencar indicadores dos serviços e das localidades em que os residentes atuam, trazendo informações presentes desde a territorialização até a rotina dos serviços. Também possibilita perceber a produção de saúde por parte dos profissionais, especialmente a atuação dos residentes, sendo importante para instigar processos reflexivos em relação às atividades desenvolvidas e seus impactos nos territórios de atuação<sup>29</sup>.



Além dessas ferramentas de planejamento, os residentes possuem um espaço semanal em suas agendas, reservado para planejar as ações em equipe. Esse espaço é estratégico e contribui com o planejamento em saúde, pois possibilita a análise contínua das mudanças que ocorrem nos territórios, proporcionando dinamicidade aos processos de trabalho:

Todas as segundas-feiras a gente planeja, a gente se senta – a [equipe de] Saúde da Família e o Nasf – então a gente tem determinada atividade, trabalhamos com o grupo, para roda de conversa, essas coisas. Então a gente planeja o que é que a gente vai usar, o que nós vamos fazer, a nossa técnica. Nós estabelecemos metas desde a territorialização. (GF-R)

Dentro da proposta da residência, o que eu acho interessante é que temos um turno que é específico para isso, então é nesse turno que a gente vai planejar as ações a serem desenvolvidas. (E-P)

Um diferencial da RMSFC é a garantia de um espaço semanal para o planejamento das ações<sup>30</sup>. Ao levar em consideração que as necessidades do território mudam constantemente, os serviços de saúde devem ser adaptados a essas variações. Nesse sentido, o planejamento deve acompanhar a rotina de trabalho do residente durante todo o seu processo formativo.

Por outro lado, outros estudos apontam dificuldades no planejamento nas equipes da ESF. Dentre os principais motivos, destacam-se o excesso de trabalho, pressão por produtividade, número insuficiente de profissionais e recursos deficientes que, muitas vezes, prejudicam a efetivação das ações<sup>30,31</sup>.

Assim, faz-se necessário que sejam garantidos os espaços para que as equipes planejem suas ações. Esse enfoque é essencial para a comunicação e o fortalecimento da atuação colaborativa, além de facilitar a execução das ações, já que há tempo para melhor organizá-las.

## Implementação

No referencial CompHP, implementar ações em PS significa pôr em prática atividades efetivas e eficientes, adequadas à cultura e pautadas em valores éticos, em trabalho conjunto com atores e parceiros sociais<sup>6</sup>. Durante o percurso de formação dos residentes, várias oportunidades de realizar ações em PS são geradas, entre as quais mereceram destaque consultas individuais e compartilhadas; atividades em salas de espera; grupos temáticos de educação em saúde; e ações intersetoriais:

Por meio tanto dos atendimentos individuais da equipe, atendimentos compartilhados, e da educação em saúde podemos promover saúde nos territórios. (E-P)



Implementamos salas de espera ou fazemos um grupo de gestante, um grupo de hiperdia, de idoso, e vamos fazendo dessa forma nossas ações. (E-R)

A gente trabalha muito em grupos, salas de espera, nas escolas também, a gente vai às creches. Às vezes, participamos de algumas ações em outros equipamentos, como o Cras. (GF-R)

Os grupos de educação em saúde são considerados uma importante estratégia. Apesar das dificuldades que podem emergir ao se trabalhar com um público com diferentes personalidades e histórias, essa ferramenta tem demonstrado resultados positivos enquanto uma ação de PS, de prevenção de agravos e de educação das comunidades<sup>32</sup>.

Dentre as suas potencialidades, destacam-se o compartilhamento de experiências entre profissionais e usuários; e a valorização do saber popular e de diferentes formas e significados de cuidado. Desse modo, os saberes das comunidades se integram ao conhecimento científico, ampliando as possibilidades de atenção integral à saúde<sup>33</sup>.

Os residentes também utilizam estratégias que favorecem o envolvimento das comunidades, tornando o aprendizado ativo e dinâmico, a partir da Educação Popular em Saúde (EPS):

Eu tenho formação em Educação Popular em Saúde. Então a questão do círculo de cultura, de primeiro ouvir o que aquela pessoa sabe sobre aquele assunto [...]. A gente sempre utiliza isso porque na realidade é mais uma troca do que um repassar de conhecimento, porque tanto eles ensinam muito a gente, como nós também contribuimos, atrelando também coisas a que eles sabem. (E-R)

Ao adotarem os princípios da EPS, os residentes trazem à luz essa importante estratégia para a prática de PS. Esse embasamento, a partir de métodos, tecnologias e saberes, contribui para a ampliação da participação dos usuários no desenvolvimento e implementação de práticas e conhecimentos em PS no âmbito do SUS<sup>34</sup>.

Além disso, a utilização da EPS como estratégia para a PS tem sido apontada como forma de gerar reflexões e debates com os usuários sobre a realidade em que vivem. Por meio desse aporte, é possível promover autonomia, dignidade e responsabilidade dos indivíduos, além de ser um importante instrumento para a capacitação das comunidades sobre seus direitos e deveres, especialmente em relação à defesa do SUS<sup>35</sup>.

A EPS é realizada em parceria com a população, a partir de processos pedagógicos e dos saberes tradicionais relacionados às suas vivências. Nessas ações em saúde, são incorporadas a forma como os sujeitos vivenciam os processos de sentir, agir e pensar, sendo estes a base para a participação dos atores sociais na gestão em saúde. Nesse contexto, a EPS concebe práticas que auxiliam na construção da autonomia dos sujeitos como cidadãos e atores de sua própria história, qualificando as práticas de PS<sup>34</sup>. Assim, é possível compreender que as ações em PS realizadas no âmbito da RMSFC apresentam um importante caráter pedagógico ao passo que são percebidas como uma oportunidade de aprendizado mútuo entre profissionais e usuários:





Não é apenas passar o conhecimento, não só passar, mas também aprender com os usuários, porque, quando vamos fazer alguma educação em saúde, nós informamos o que sabemos e, às vezes, a gente aprende junto com eles. (GF-R)

Esse compartilhar de conhecimentos demonstra que os profissionais residentes aprendem a valorizar a sabedoria popular, bem como a cultura das comunidades em que atuam. As ações de PS proporcionam também uma troca de saberes, capazes de auxiliar, inclusive, na condução terapêutica, compartilhado inquietações e incertezas<sup>36</sup>. Além disso, é possível obter mais entendimento em relação aos temas abordados e à prevenção dos problemas em saúde. Nesses momentos, também ocorre a produção de novos sentidos em relação ao processo saúde-doença, a partir da cultura e do diálogo<sup>37</sup>.

## Avaliação e Pesquisa

Neste domínio, os residentes são estimulados a utilizarem as melhores evidências científicas para subsidiar suas ações nos territórios. Além disso, também realizam rodas de campo e núcleo como estratégia para compartilhar limites e potencialidades vivenciadas no cotidiano do trabalho<sup>6</sup>.

Nas rodas sempre são disparados os artigos que a gente deve ler. Então, a gente tem uma ideia a partir do artigo que a gente leu, discutiu, dado pela residência, então a gente utiliza os conhecimentos que vemos nesses artigos para conhecer a nossa realidade na prática, e é tão importante. (GF-R)

Para os residentes, o constante diálogo entre teoria e prática é fundamental para promover reflexões sobre situações-problema identificadas no cotidiano dos serviços de saúde. São importantes ainda para auxiliarem na problematização das suas próprias práticas profissionais, contribuindo para pensar alternativas capazes de serem incorporadas na resolução de problemas do cotidiano dos serviços.

Dessa forma, a atuação profissional também se torna uma prática teórico-reflexiva, subsidiando e alimentando a produção do conhecimento<sup>38</sup>, identificada como escassa pelos residentes:

É tanto que os nossos [Trabalhos de Conclusão de Residência] TCR, agora muitos são embasados em trabalhos que a gente fez nos territórios, porque, quando a gente foi buscar algo de teórico que pudesse contribuir para isso, a gente viu essa necessidade, a carência. (GF-R)

Os residentes percebem a necessidade de desenvolver pesquisas abordando suas experiências a partir do que vivenciam no serviço, a fim de suprir algumas lacunas de estudos relacionados às atividades práticas. Para tanto, optam também pela utilização de metodologias participativas, capazes de problematizar sua própria realidade ao mesmo tempo que buscam alternativas.



Emerge desse contexto o TCR, que, assim como os demais programas de pós-graduação *lato sensu*, é de caráter obrigatório. Na RMSFC, o TCR é guiado pela Resolução n. 2/2015, de 16 de março de 2015, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu)<sup>39</sup>, devendo ser orientado, acompanhado e avaliado pela coordenação do curso. Além disso, o TCR objetiva sistematizar aprendizados teóricos e práticos, desencadeados a partir de um objeto de estudo, incentivando a pesquisa científica, em articulação com os interesses do SUS<sup>40</sup>.

Como resultado desses processos, espera-se um crescimento nas publicações de trabalhos derivados dos programas de residências multiprofissionais em Saúde no Brasil. Além disso, abrem-se oportunidades para o desenvolvimento de estudos mais aprofundados, como os de dissertações e teses.

Nesse sentido, os TCR muitas vezes são o ponto de partida para a divulgação das ações desencadeadas pela RMSFC para a comunidade científica. Auxiliam, portanto, na construção do conhecimento mais direcionado para as práticas profissionais, qualificando os serviços e fortalecendo a construção do conhecimento no âmbito do SUS<sup>41</sup>.

## Considerações finais

Nosso estudo avaliou quatro dos principais domínios do CompHP, utilizando como cenário investigativo a realidade da RMSFC. Dessa forma, foi possível investigar as potencialidades e desafios para o desenvolvimento de habilidades e atitudes em PS durante o processo formativo da residência.

Emergiram enquanto potencialidades deste processo investigativo o trabalho interprofissional; o reconhecimento do território; e uso de ferramentas de planejamento e gestão. Também foi possível ampliar a compreensão do CompHP enquanto um importante referencial teórico-metodológico para o desenvolvimento das CPS na formação profissional.

Por outro lado, nossa pesquisa demonstrou que ainda se faz necessário avançar para uma maior integração envolvendo ensino, serviço e comunidade. É preciso ampliar a escuta das necessidades de saúde das populações, de modo a desenvolver práticas de cuidado alinhadas às suas demandas.

Também apontamos para a necessidade de uma interlocução mais sistemática entre as competências em PS e o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Este debate não pode se restringir apenas à dimensão teórica, muito menos ficar circunscrito a uma orientação curricular. É preciso ressignificá-lo na forma de práticas profissionais, capazes de reverberar em intervenções-ações que melhorem a qualidade de vida das populações. Por fim, identificamos a necessidade de se realizar novos estudos sobre o desenvolvimento de competências profissionais em PS, adotando como cenário de pesquisa as residências multiprofissionais.



## Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

Agradecemos a todas as pessoas que participaram, de forma direta e indireta, da produção desta pesquisa, em especial, às professoras que compuseram a banca examinadora: Profa. Dra. Kelen Gomes Ribeiro e Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; aos professores e alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família Renasf/UFC; e aos residentes, preceptores e tutores da residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da ESP-CE que inspiraram a escrita deste artigo.

## Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editor

Franklin Delano Soares Forte

### Editor associado

Antonio Germane Alves Pinto

### Submetido em

15/10/21

### Aprovado em

16/09/22



## Referências

1. Buss PM, Chamas C, Faid M, Morel C. Desenvolvimento, saúde e política internacional: a dimensão da pesquisa & inovação. *Cad Saude Publica*. 2016; 32 Supl 2:1-12.
2. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(6):1799-808.
3. Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Glob Health Promot*. 2009; 16(2):12-20.
4. Silva KL, Araújo FL, Santos FBO, Andrade AM, Basilio NC, Sena RR. O que vem se falando por aí em competências no ensino da promoção da saúde na formação do enfermeiro? *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):286-93.
5. Speller V, Parish R, Davison H, Zilnyk A. *CompHP professional standards for health promotion handbook*. Paris: IUHPE; 2012.
6. Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry MM. *The CompHP core competences framework for health promotion handbook*. Paris: IUHPE; 2011.
7. Pinheiro DGM, Scabar TG, Maeda ST, Fracolli LA, Pelicioni MCF, Chiesa AM. Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saude Soc*. 2015; 24(1):180-8.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRB, Amaral EMS. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):132-8.
10. Zapatka SA, Conelius J, Edwards J, Meyer E, Brienza R. Pioneerina primary care adult nurse practitioner interprofessional fellowship. *J Nurse Pract*. 2014; 10(6):378-86.
11. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Projeto pedagógico - programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2012.
12. Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(6):1799-808.
13. Sobral ILL, Machado LDS, Gomes SHP, Pequeno AMC, Nuto SAS, Machado MFAS. Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde. *Rev Bras Promoç Saude*. 2018; 31(2):1-7.
14. Machado MH, Ximenes Neto FRG. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1971-80.
15. Evangelista SC, Machado LDS, Tamboril ACR, Moreira MRC, Viana MCA, Machado MFAS. Percurso das ações de promoção da saúde na residência multiprofissional: análise à luz de um referencial europeu. *Tempus*. 2016; 10(4):69-82.
16. Ceará (Estado). Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Edital n° 49/2016 - processo seletivo na modalidade residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde - 2017. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2016.
17. Barbour R. Grupos focais. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação. 9a ed. Petrópolis: Vozes; 2011.



19. Pinto MJ. Comunicação e discurso: introdução a análise de discurso. São Paulo: Hacker Editores; 1999.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
21. Araújo Filho PA. Aos trancos e barrancos - uma avaliação participativa sobre a formação na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade [dissertação]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará; 2017.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
23. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saude*. 2010; 8(3):387-406.
24. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(8):2253-62.
25. Parente JRF. Planejamento participativo em saúde. *Sanare*. 2011; 10(1):54-61.
26. Ceará (Estado). Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Manual pedagógico território e saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; 2018.
27. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Manual do módulo colaboração interprofissional e processo de trabalho em saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2018.
28. Albuquerque IM'AN, Santos LTV, Dias FIS, Lopes CR. Sala de situação para tomada de decisão: percepção dos profissionais que atuam na Atenção Básica à saúde de Sobral - Ceará. *Sanare*. 2013; 12(2):40-6.
29. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Tutorial de atividade produto sala de situação em saúde. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2018.
30. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Edital nº 29/2017 - processo seletivo para os programas de residência em área profissional da saúde, na modalidade multiprofissional e uniprofissional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2017.
31. Pereira MAD, Lima BC, Donnini DA, Oliveira VC, Gontojo TL, Renno HMS. Gerenciamento de enfermagem em sala de vacina: desafios e potencialidades. *Rev Enferm UFSM*. 2019; 9(32):1-18.
32. Menezes KKP, Avelino PR. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cad Saude Colet*. 2016; 24(1):124-30.
33. Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23 Supl 1:1709-20.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de educação popular em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
35. Raimondi GA, Paulino DB, Mendes Neto JP, Diniz LF, Rosa GFC, Limirio V Jr, et al. Intersetorialidade e educação popular em saúde: no SUS com as escolas e nas escolas com o SUS. *Rev Bras Educ Med*. 2018; 42(2):73-8.
36. Rodrigues LP, Mendonça FTNF, Escoura C, Lopes PFG, Ferreira MA, Santos AS. Sala de espera: espaço para educação em saúde. *Refacs*. 2018; 6(3):500-7.
37. Becker APS, Rocha NL. Ações de promoção à saúde em sala de espera: contribuições da psicologia. *Geraiis (Univ Fed Juiz Fora)*. 2018; 12(1):37-50.



38. Ferreira MJM, Rigotto RM. Contribuições epistemológicas/metodológicas para o fortalecimento de uma (cons)ciência emancipadora. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(10):4103-11.
39. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Módulo integrado construção do conhecimento. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2018.
40. Ceará (Estado). Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Regulamento do trabalho de conclusão de curso (TCC) de pós-graduação lato sensu. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2014.
41. Dallegrave D, Ceccim RB. Healthcare residency: what has been produced in theses and dissertations? *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):759-76. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000030>.



For health promotion actions to drive change, health professionals need to develop relevant competencies. This study assessed the limitations and potential for incorporating the domains Diagnosis, Planning, Implementation, Evaluation and Research of the *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP)* into the reality of a multiprofessional residency program in family and community health. We conducted a qualitative study with residents, tutors, and preceptors using the depth-hermeneutical approach and discourse analysis. The development of competencies in the diagnosis, planning, implementation, evaluation and research domains was key to resident training. The competencies showed potential for implementation and improvement in the quality of health promotion actions in primary care. However, gaps in the training process meant that the residency program did not provide greater clarity for the acquisition of these competencies.

**Keywords:** Health promotion. Continuing education. Family Health Strategy. Competency-based education. Health planning.

---

Para que las acciones de Promoción de la Salud puedan dar impulso a cambios en la salud de los usuarios, es necesario el desarrollo de competencias que ayuden en su realización. El estudio evaluó los límites y las potencialidades para la incorporación de los dominios Diagnóstico, Planificación, Implementación, Evaluación e Investigación del *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (CompHP)* en la realidad de una Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y Comunidad. Investigación cualitativa realizada con residentes, tutores y preceptores. Se utilizó la Hermenéutica de Profundidad a la luz del Análisis de Discurso. El desarrollo de competencias en los dominios Diagnóstico, Planificación, Implementación, Evaluación e Investigación fueron estratégicos para la formación de los residentes. Ellas presentaron potencial para la implementación y calificación de las acciones de promoción de la salud en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. Por otro lado, las brechas durante el proceso formativo de los residentes imposibilitaron una mayor claridad en la adquisición de estas competencias.

**Palabras clave:** Promoción de la Salud. Educación continuada. Estrategia Salud de la Familia. Educación basada en competencias. Planificación de salud.