

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Paula Lopes Gomide

POTÊNCIAS E DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAIS

Santa Cruz do Sul

2023

Paula Lopes Gomide

**POTÊNCIAS E DESAFIOS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA A
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAIS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Linha de Pesquisa em Estilo de vida e saúde da família, do escolar e do trabalhador, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Promoção da Saúde.

Orientadora: Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Gomide, Paula Lopes

Potências e desafios da formação profissional para a promoção da saúde em programas de residência multiprofissionais / Paula Lopes Gomide. - 2023.

80 f. ; 30 cm.

Tese (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug.

1. Formação profissional em saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Política pública. I. Krug, Suzane Beatriz Frantz . II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug pela acolhida e pela companhia atenta e cuidadosa no decorrer do meu percurso de doutoramento nestes quatro anos intensamente vividos.

Aos colegas e professoras, integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde (GEPS) pelas experiências e conhecimentos construídos e partilhados coletivamente.

Às professoras Dra. Edna Linhares Garcia, Dra. Hildegard Hedwig Pohl, Dra. Letícia Batista da Silva e ao professor Dr. Moacir Fernando Viegas, em compartilhar os seus saberes através da generosidade na leitura e qualificação desta tese.

À Coordenação e docentes do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde que possibilitaram múltiplas aprendizagens no meu percurso de formação.

À Diretora da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (SES/ESP/RS) Terezinha Valduga Cardoso e a Chefe da Divisão Acadêmica e de Políticas Públicas de Educação em Saúde (DAPPES) e Coordenadora Geral da Residência Integrada em Saúde da ESP/RS Maria Antonia Heck pela incentivo e estímulo para que eu desenvolvesse esta formação.

Aos colegas e residentes do programa de Residência de Vigilância em Saúde da ESP/RS, em especial à Giovana Sasso Turra e Nilson Maestri Carvalho, por me acompanharem e inspirarem a seguir em frente, apesar dos desafios. Igualmente, por aceitarem e compreenderem a minha ausência quando ela foi necessária.

Às e aos colegas e residentes da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, pelas trocas e afetos produzidos nos nossos encontros e pelo desejo de prosseguir na construção de saberes e práticas de formação para a Promoção da Saúde.

O mistério das cousas?
Sei lá o que é mistério!
O único mistério é haver quem pense no mistério.
Quem está ao sol e fecha os olhos,
Começa a não saber o que é sol
E a pensar muitas cousas cheias de calor.
Mas abre os olhos e vê o sol,
E já não pode pensar em nada,
Porque a luz do sol vale mais que os pensamentos.
(Alberto Caeiro)

DEDICATÓRIA

À Luiz Carlos e Guilherme,
Vera e Péricles (*in memoriam*),
Itamira (*in memoriam*),
Meus amores de todos os dias.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO / 11

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO E OBJETIVOS / 13

1 INTRODUÇÃO / 14

2 MARCO TEÓRICO: PROMOÇÃO, FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DESCEN-
TRALIZAÇÃO EM SAÚDE / 17

2.1 A Formação profissional em saúde / 17

2.2 Breve histórico e diferentes concepções de promoção da saúde / 20

2.3 Educação permanente: política e estratégia / 24

2.4 A Formação profissional, a interprofissionalidade e a promoção da saúde:
conceitos e políticas articuladas entre si / 25

2.5 Descentralizações: das ações em saúde e das Residências multiprofissionais / 27

3 OBJETIVOS / 29

3.1 Objetivo geral / 29

3.2 Objetivos específicos / 29

CAPÍTULO II: MANUSCRITOS / 30

MANUSCRITO I / 32

MANUSCRITO II / 34

CAPÍTULO III: CONCLUSÕES GERAIS / 35

CAPÍTULO IV: NOTA À IMPRENSA / 38

CAPÍTULO V: RELATÓRIO DE CAMPO / 40

REFERÊNCIAS / 46

ANEXOS / 53

ANEXO A- NORMAS DA REVISTA MANUSCRITO I / 54

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA MANUSCRITO II / 58

ANEXO C- PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP / 76

ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO/ 80

RESUMO

Introdução: A formação profissional está presente oficialmente nas políticas públicas de saúde enquanto condição necessária para potencializar e operacionalizar a Promoção da Saúde nas redes de atenção à saúde. A possível invisibilidade da temática da Promoção da Saúde (PS) nos documentos que regulamentam e normatizam as Residências Multiprofissionais em Saúde, podem contrastar com a riqueza da experiência cotidiana dos diferentes atores na implementação de ações teórico-práticas em PS em Programas de Residência Multiprofissionais (PRMS). **Objetivo:** Analisar a temática da presença da Promoção da Saúde e suas perspectivas conceituais e metodológicas nos marcos legais dos PRMS. **Resumo Artigo 1:** A formação dos profissionais da área da saúde orientada pelo arcabouço teórico-conceitual da promoção da saúde (PS), está presente nas proposições dos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), constitutivos da agenda 2030, nos documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde e nas políticas públicas de diversos países do mundo, signatários destes documentos, entre eles Brasil e Argentina. As Residências Multiprofissionais, em ambos os países, decorrem de políticas públicas importantes para a formação profissional em saúde, e podem contribuir para o desenvolvimento da PS nos seus territórios. O objetivo deste estudo é analisar a presença da temática da Promoção da Saúde, suas perspectivas conceituais e metodológicas, nos marcos legais dos PRMS de Brasil e Argentina. Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo, sendo que os achados foram interpretados a partir de uma análise de conteúdo temática. Como resultado, destacam-se três categorias temáticas: presença da PS nos marcos legais das Residências Multiprofissionais em Saúde, alinhamento conceitual em PRMS e respeito às realidades loco-regionais. Apesar dos desafios impostos pela singularidade do processo histórico de cada país, os elementos em análise e postos em evidência quando contrastados revelam diferenças entre os países com relação à presença da PS, assim como, a ausência da explicitação da abordagem teórica referente para o conceito. A centralidade proposta na legislação argentina contrasta com o princípio da descentralização expresso na legislação brasileira. **Resumo Artigo 2:** Os Programas de Residência Multiprofissional Descentralizados (PRMD) constituem-se em uma estratégia relevante para o fortalecimento da regionalização e das redes de atenção à saúde em todo o território nacional. O processo de descentralização da formação profissional em saúde, desenvolvidos por estes programas, revela as mesmas questões e desafios vividos pela descentralização das ações em saúde, pois integram o mesmo processo. Para a superação de um destes desafios, que é a fragmentação e desintegração entre os elementos constitutivos desta formação, apresentamos a importância do alinhamento entre conceitos de diversas áreas do conhecimento, em especial da saúde e da educação, como também entre diversos planos: o jurisdicional, o planejamento político-pedagógico, o do percurso formativo singular de cada sujeito e da organização dos serviços de saúde e instituições de ensino. Trata-se de um ensaio teórico-crítico-reflexivo, que tem como objetivo analisar o alinhamento conceitual como um elemento chave para a sustentabilidade da existência das Residências Descentralizadas em Saúde, em uma perspectiva propositiva. Ao final, considera-se que o alinhamento não significa submeter os PRMD a uma ordem fixa e hierarquicamente verticalizada, mas sim dispor os elementos e reconhecê-los em um sistema dinâmico de relações. **Considerações finais:** O estudo inédito apresenta resultados que apontam para uma invisibilidade parcial da Promoção da Saúde nos marcos legais do Brasil e da Argentina, sem a manifestação explícita da concepção que a orienta ou define. Foi possível desenvolver o conceito de alinhamento conceitual como importante categoria de análise e

operativa no sentido de orientar e construir uma formação profissional em saúde que respeite as realidades locais e regionais, e tenha a Promoção da Saúde como eixo transversal. Apontase a necessidade de novos estudos que investiguem os nexos entre os contextos históricos e a formulação dos marcos legais, bem como a relação a invisibilidade da PS nos textos oficiais e as ações que consolidam a formação profissional e a Promoção da Saúde em Programas de Residência Multiprofissionais.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde. Promoção da Saúde. Internato e Residência. Sistema de Aprendizagem em Saúde. Política Pública.

ABSTRACT

Background: Professional training is officially present in public health policies as a necessary condition to enhance and operationalize Health Promotion in health care networks. The possible invisibility of the theme of Health Promotion (SP) in the documents that regulate and standardize Multidisciplinary Residency Programs in Health may contrast with the richness of the daily experience of different actors in the implementation of theoretical and practical actions in SP in Multidisciplinary Residency Programs (PRMS). **Objective:** To analyze the theme of the presence of Health Promotion and its conceptual and methodological perspectives in the legal frameworks of PRMS. **Abstract Article 1:** The training of health professionals guided by the theoretical-conceptual framework of health promotion (HP) is present in the propositions of the sustainable development goals (SDGs), constituting the 2030 agenda, in the official documents of the World Organization of Health and Pan American Health Organization and in the public policies of several countries of the world, signatories of these documents, among them Brazil and Argentina. The Multiprofessional Residencies, in both countries, result from important public policies for professional training in health, and can contribute to the development of PS in their territories. The objective of this study is to analyze the presence of the theme of Health Promotion, its conceptual and methodological perspectives, in the legal frameworks of PRMS in Brazil and Argentina. This is a documentary research of a qualitative nature, and the findings were interpreted from a thematic content analysis. As a result, three thematic categories stand out: presence of PS in the legal frameworks of Multiprofessional Residencies in Health, conceptually oriented in PRMS and respect for loco-regional realities. Despite the challenges due to the uniqueness of each country's historical process, the elements under analysis and highlighted when contrasted show differences between countries with regard to the presence of PS, as well as the absence of explicitness of the theoretical approach referring to the concept. The proposed centrality in Argentine legislation contrasts with the principle of decentralization expressed in Brazilian legislation. **Abstract Article 2:** The Decentralized Multiprofessional Residency Programs (PRMD) constitute a relevant strategy for strengthening regionalization and health care networks throughout the national territory. The process of decentralization of professional training in health, developed by these programs, reveals the same issues and challenges experienced by the decentralization of health actions, as they are part of the same process. To overcome one of these challenges, which is the fragmentation and disintegration between the constituent elements of this training, we present the importance of aligning concepts from different areas of knowledge, especially health and education, as well as between different plans: the jurisdictional, the political-planning. pedagogy, the unique training path of each subject and the organization of health services and teaching institutions. This is a theoretical-critical-reflective essay, which aims to analyze the conceptual alignment as a key element for the sustainability of the existence of Decentralized Residencies in Health, in a propositional perspective. In the end, it is considered that alignment does not mean submitting the PRMD to

a fixed and hierarchically vertical order, but rather ordering the elements and recognizing them in a dynamic system of relationships. **Final considerations:** The unpublished study presents results that point to a partial invisibility of Health Promotion in the legal frameworks of Brazil and Argentina, without the explicit manifestation of the conception that guides or defines it. It was possible to develop the concept of conceptual alignment as an important category of analysis and action in order to guide and build professional training in health that respects local and regional realities and has Health Promotion as its cross-cutting axis. There is a need for new studies that investigate the links between historical contexts and the formulation of legal frameworks, as well as the relationship between the invisibility of PA in official texts and the actions that consolidate professional training and Health Promotion in Health Programs. Multiprofessional Residence.

Keywords: Professional Training in Health. Health Promotion. Boarding and Residence. Health Learning System. Public policy.

APRESENTAÇÃO

Apresento esta tese, e como todo o texto escrito, possui uma história própria e se situa na História, isto é, situa-se no tempo e no espaço, conferindo a esta produção historicidade e particularidade, ambas dimensões articuladas entre si. A pandemia de COVID 19, evento histórico de nosso tempo, exigiu de todos e todas novos modos de ser e agir e afetou todas as instâncias de nossas vidas e como não podia deixar de ser, este trabalho não escapou ileso.

As primeiras interrogações que foram feitas inicialmente e que dispararam o processo de pesquisa estiveram presentes durante todo o percurso, porém os objetivos e outras etapas metodológicas previstas precisaram ser revistos face aos desafios impostos pela condição sócio-sanitária que as populações do mundo viveram neste período. Esta condição impediu encontros físicos, deslocamentos e exigiram dos sistemas de saúde, em especial da assistência e dos trabalhadores e trabalhadoras nela envolvidos, novas disposições no sentido de constituir esforços para salvar as vidas humanas do vírus, impossibilitando ou impedindo atividades de outra natureza que não estivessem diretamente implicadas nesta gigantesca tarefa.

Estas contínuas revisões, geraram reconfigurações da pesquisa, que originaram o modo como esta tese se apresenta, procurando preservar a questão inicial ao mesmo tempo que busca atender as exigências regimentais do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul em relação à disposição dos capítulos e componentes integrantes obrigatórios.

No capítulo I, apresento a introdução à tese onde exponho previamente o tema e a questão de pesquisa. Relaciono a minha biografia e meus vínculos afetivo-teóricos às proposições iniciais do percurso investigativo. Na sequência, explico o marco teórico ao trazer autores e autoras que sustentaram teoricamente a investigação e elenco os objetivos que orientaram a pesquisa como um todo.

No capítulo II, insiro os dois artigos que apresentam as análises, os resultados e as conclusões da investigação propriamente dita. Os artigos denominam-se: **1. O campo temático da Promoção da Saúde na Formação Profissional:** análise dos marcos legais de Brasil e Argentina sobre Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde. **2. Alinhamento conceitual como condição de sustentabilidade para Promoção da Saúde em Programas de**

Residência Multiprofissionais Descentralizados. Os artigos estão formatados nas regras das revistas escolhidas para submissão, portanto eles apresentam uma diagramação diferente do restante do corpo do texto. As regras de submissão das duas revistas, definidas para tal fim, encontram-se em anexo.

No capítulo III, apresento as conclusões gerais, ao retomar a questão inicial e sintetizar as conclusões dos dois artigos apresentados.

No capítulo IV, explicito a nota à imprensa, que relata e divulga para o público em geral, a tese e os seus resultados.

No Capítulo V, compartilho a experiência vivida no processo de pesquisa e escrita da tese, destacando os momentos principais, a partir do relatório de campo.

Na sequência estão as referências do texto da tese, excetuando-se as referências dos artigos que já os integram, e os anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO, MARCO TEÓRICO E OBJETIVOS

1 INTRODUÇÃO

A possível invisibilidade da temática da Promoção em Saúde (PS) na formação em serviço na área da saúde integra e acompanha as reflexões que faço na minha prática cotidiana enquanto coordenadora, tutora e docente do Programa de Residência Multiprofissional de Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Constato, a partir das minhas vivências, que a PS não aparece em discursos oficiais dos atores partícipes da formação, nas propostas curriculares oficiais, tampouco nas disposições legais que buscam organizar os processos de ensino-aprendizagem. Por outro lado, observo, e dentro dos limites da minha função, contribuo para a diversidade de ações que os diferentes atores (residentes, preceptores, coordenadores, usuários, gestores) realizam e que podem ser caracterizadas como ações de PS.

Nos estudos que realizei para a dissertação de mestrado intitulada *Intensões entre tensões: Descentração da Residência Integrada em Saúde* (HAUBRICH, 2015), procurei registrar o caminho traçado pelas pessoas que participaram da construção e conformação do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da ESP/RS (incluindo a pesquisadora), para a organização de novas trajetórias curriculares que surgiram com a interiorização e desinstitucionalização dos cenários de prática, onde os residentes desenvolvem a sua formação. A desinstitucionalização da Residência significou um processo de inserção dos residentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não no manicômio, para o desenvolvimento das suas atividades práticas, buscando respeitar a legislação e os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Atendendo ao princípio da descentralização e regionalização, a ESP/RS permanece oferecendo vagas para residentes, em diferentes municípios do estado, nos programas de Atenção Básica, Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Medicina de Família e Comunidade.

No percurso investigativo do mestrado relacionei a importância do deslocamento territorial para o processo de ensino-aprendizagem e desenvolvimento da Residência, pois este movimento produzia encontros com diferentes sujeitos e suas realidades. E ao mesmo tempo refleti sobre o meu deslocamento subjetivo pois naquele momento, enquanto pedagoga, havia recém-saído do espaço da sala de aula do ensino fundamental, e tinha ingressado em uma escola de saúde pública. Este processo produziu estranhamentos, perguntas, reflexões, enfim, aprendizagens, que não se encerraram, pois permaneço sustentando a possibilidade de

fazer interrogações e trazer questões, buscando estabelecer e produzir novas relações entre saúde e educação e me movimentando neste espaço intercessor. Ao ingressar no doutorado em Promoção da Saúde na Universidade de Santa Cruz do Sul, busco retomar o problema da descentralização da formação em saúde, em particular da formação dos profissionais da saúde através dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (PRMS), mas inserindo o tema da Promoção da Saúde neste processo.

A formação profissional em saúde está presente entre as proposições das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2014), nas cartas das conferências internacionais de Promoção da Saúde, na Agenda 2030 (ONU, 2015), entre outros documentos oficiais. Ela apresenta-se como condição amplamente necessária para se potencializar e operacionalizar ações de promoção de saúde e outras estratégias de saúde nos territórios. Estes registros oficiais representam a produção de diversos atores internacionais e nacionais, centralizando a produção histórica, acadêmica e política sobre o tema e explicitam diretrizes a serem implementadas e viabilizadas através de ações descentralizadas em países, regiões e municípios.

Entre as propostas de formação profissional que buscam materializar estas diretrizes, destacam-se historicamente, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) no Brasil (CECCIM, 2010; DALLEGRAVE, 2016; TORRES et al., 2019). A formação, nesta modalidade de ensino em serviço, desenvolve-se através de um amplo espectro de programas, estruturas curriculares e campos de prática diversificados. Representa uma das principais estratégias do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação profissional na área da saúde (REEVES, 2016; PEDUZZI, 2016; ARNEMANN et al., 2018), pois desenvolve-se em serviço, convocando profissionais de saúde e usuários a produzirem mudanças no modelo tecno-assistencial vigente no Brasil.

Enquanto estratégia, os PRMS integram, em sentido complementar, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que apresenta como um de seus objetivos centrais, o de transformar a rede de serviços da saúde pública brasileira, em um amplo espaço de ensino-aprendizagem no desenvolvimento das práticas cotidianas do cuidado em saúde. O conceito de Educação Permanente, presente nesta política, busca superar o paradigma da educação e saúde, onde supostamente as duas dimensões estariam apartadas e marcadas pela instrumentalização e capacitação de recursos humanos para a área da saúde. Apresenta, como proposição, a educação *em e na* saúde, voltada para o agir reflexivo e crítico,

que coloca o cotidiano do processo de trabalho em análise (CECCIM, 2004, 2005; FALKENBERG et al., 2014).

A formação dos profissionais da saúde, a partir da PNEPS e PNPS, passa a ser compreendida como uma ação finalística da política de saúde e não simplesmente um meio para se qualificar o trabalho, na medida em que abarca outras dimensões, tais como a crítica, a reflexão, a proposição, o compromisso e a competência técnica, na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, entre eles, a integralidade, a participação social e a descentralização das ações em saúde (CECCIM, 2005). De acordo com a portaria interministerial do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) n. 1077 de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009), a descentralização do espaço de formação e a regionalização constituem-se em eixos norteadores dos PRMS, pois visam contemplar, no percurso formativo dos residentes, as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde do país.

A descentralização das ações em saúde no Brasil, enquanto objeto e tema, está presente há algumas décadas, em uma variedade de estudos e pesquisas sobre a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS (ARRETCHE, 1997; MACHADO; VIANA, 2009; SOUZA; VIANA, 2014). Esta diversidade revela alguns consensos e muitos dissensos em torno dos significados atribuídos à descentralização enquanto conceito, e do impacto da descentralização na área da saúde enquanto agenda de uma política pública (PASCHE et al, 2006). Os mesmos desafios e potencialidades observados na implementação desta diretriz no decorrer da história do SUS, são igualmente observados na experiência da descentralização da formação em saúde (HAUBRICH, 2015; BARRÊTO et al., 2019).

A Promoção em Saúde, assim como a formação na área da saúde, são produzidas por sujeitos, inseridos em uma rede múltipla de relações, que pertencem a um determinado espaço. Espaço este que altera e é alterado pela rede, pois aqui está presente a concepção de espaço como processo vivido que envolve dinâmicas históricas, políticas, culturais e sociais que o alteram, e ao mesmo tempo, ele modifica estas dinâmicas, ultrapassando a sua dimensão primeiramente geográfica (SANTOS, 1988; HAESBAERT, 2016). Sendo assim, Promoção da Saúde, Descentralização e Formação Profissional já são dimensões entrelaçadas pelas políticas, pelas teorias e pelas práticas dos profissionais da área da saúde.

Portanto faz-se necessário retomar o problema da invisibilidade da PS, que nasce da minha percepção enquanto profissional de saúde, inserida em um Programa de Residência

Multiprofissional. Onde se situa esta invisibilidade e para quem a PS está invisível? Se parto da minha prática, a invisibilidade situa-se na oficialidade, ou seja, nos documentos legais que organizam e determinam as diretrizes da formação profissional em saúde em PRMS. Ao não estar presente nos textos que regulam os programas, não temos como verificar quais as concepções de PS dos agentes formuladores da política e suas proposições para o tema, e isto pode ser um fator desafiador para o desenvolvimento da PNPS no que se refere ao eixo da formação profissional em saúde, e da política como um todo.

Ao tomar o princípio do deslocar-se como fator de aprendizagem e compartilhamento de saberes, penso que produzir uma investigação sobre estes aspectos em diferentes realidades pode ser um elemento impulsionador de novos olhares e produtor de elucidações sobre a pesquisa que se pretende. Portanto se buscou posicionar duas experiências, uma nacional e outra internacional, de dois países latino-americanos em contraste, que possuem PRMS, a partir dos seus respectivos marcos legais, para se responder a seguinte questão norteadora: Como se apresenta a temática da Promoção da Saúde, e suas perspectivas conceituais e metodológicas, nos marcos legais dos PRMS?

2 MARCO TEÓRICO: PROMOÇÃO, FORMAÇÃO PROFISSIONAL E DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE

2.1 A Formação profissional em saúde

Apresentar a formação profissional em saúde requer estabelecer alguns pontos centrais no sentido de reconhecer neste tema a sua história e as múltiplas faces que vislumbramos ao analisar esta categoria conceitual. Significa muito mais que defini-la conceitualmente ou adotar um método, pois é necessário considerar os vários componentes da educação, do trabalho e da saúde articulados entre si, entre modelos, legislação, teorias, e ao mesmo tempo, reconhecer que a formação profissional é um campo de correlação de forças ideológicas, de disputa política e totalmente permeável e partícipe das transformações históricas, sendo produto e local de produção de práticas (SANTANA; CHRISTÓFARO, 2023)

O desenvolvimento científico e tecnológico constitui-se em fenômeno presente nas sociedades contemporâneas, na quase totalidade dos domínios da vida humana, tais como educação, empregabilidade, economia, ambiente, movimentos sociais e dinâmicas culturais.

As transformações advindas deste processo resultam, ao mesmo tempo, em recursos e soluções, desafios e problemas, e são vividas de forma desigual pelos sujeitos. Apesar das inequidades, a relevância dessas mudanças propiciadas pelo cenário tecnológico e científico é fato observável no cotidiano dos seres humanos.

Aliados a este conjunto de fatores, outros fenômenos se somam e imbricam-se nestes cenários de profundas mudanças, potencializando e radicalizando o processo, entre eles a globalização das relações humanas, a urbanização, e o aprofundamento das desigualdades entre ricos e pobres, nos países, nos grupos sociais ou setor de produção. O setor da saúde constitui-se em espaço privilegiado para o desenvolvimento científico e tecnológico e sua aplicabilidade, e disto resultará em inovações que irão influenciar em conceitos, parâmetros e na estrutura organizativa dos serviços que compõe os sistemas de saúde.

Portanto para entendermos a relação entre o processo de formação profissional e os sistemas de saúde, exige de nós a compreensão dos desdobramentos desta realidade contemporânea tanto para o mundo do trabalho como da educação, na conformação dos papéis a serem desempenhados e nas ações a serem desenvolvidas nestes espaços. Ao longo dos anos, vários pesquisadores se debruçaram sobre a tarefa de teorizar sobre as consequências para os serviços de saúde das mudanças atuais e os reflexos destes acontecimentos para a formação dos profissionais da saúde.

Ao se deparar com a formação profissional e seus desafios é possível elencar alguns pontos que merecem atenção, apresentados pela literatura, entre eles, distância entre os profissionais e a realidade da vida das pessoas usuárias dos serviços, pouca responsabilidade social dos profissionais, formação acrítica e centrada no núcleo profissional, intensa divisão do trabalho, interferência do mercado de trabalho nos processos formativos e duas diretrizes, modelos pedagógicos tradicionais que geram modelos assistenciais igualmente tradicionais (COSTA; BORGES, 2015; CONTERNO; LOPES, 2013).

Há algumas décadas, o Brasil vem se ocupando de desenvolver o tema da formação profissional em saúde, tanto do ponto de vista conceitual, quanto na perspectiva prática, enquanto ação e política. Estes esforços se realizam de forma anterior ao SUS, e se direcionaram na tentativa de adaptar as diferentes profissões às necessidades de saúde da comunidade e à construção e qualificação dos sistemas nacionais de saúde (COSTA; BORGES, 2015).

Desde então a formação profissional em saúde está presente nas conferências de saúde, em movimentos, políticas e iniciativas, procurando propor a reorientação dos processos educativos para as diferentes profissões que pertencem ao campo da saúde. Este processo assumirá configurações distintas, pois resultado da correlação de forças entre os diferentes grupos que compõem a cena decisória. Apesar das permanências e descontinuidades, todas estas experiências propiciaram um acúmulo histórico acerca do tema (COSTA; BORGES, 2015).

Estas experiências irão se materializar nas mudanças curriculares dos cursos de graduação, na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com significativos aportes financeiros e disponibilização de recursos humanos com o objetivo de alterar a formação de caráter reducionista e tecnicista na área da saúde (CONTERNO; LOPES, 2013).

Porém, apesar da existência destas inúmeras ações, sustentadas por políticas públicas específicas e de algumas iniciativas institucionais de caráter pontual, a perspectiva hospitalocêntrica e biologicista, que dissocia clínica e política, ainda orienta a formação dos profissionais na área da saúde, o que acarreta um enfraquecimento do próprio SUS (HORA et al., 2013). Frente a este cenário apresenta-se a necessidade de elaboração de uma formação contra-hegemônica, com a inclusão das políticas de saúde nos currículos dos cursos da área, onde se explicitem as tensões e conflitos vividos pelos movimentos sociais contemporâneos que buscam atuar na consolidação destas políticas.

Esta proposta significa reposicionar o processo formativo em uma perspectiva emancipatória, alargando os horizontes conceituais e os modos de cuidar a vida por parte dos profissionais de saúde, sem deixar de lado a aplicação dos conhecimentos científicos e da racionalidade sobre as enfermidades (HORA et al., 2013).

Os vários desafios apontados ao longo desta escrita, pela sua própria multidimensionalidade, exigem um enfrentamento articulado e sistêmico (COSTA; BORGES, 2015), através de uma proposta de formação profissional que ultrapasse a esfera técnico-científica, em direção aos aspectos estruturantes da vida social, inserindo neste contexto, os serviços de saúde e sua teia de relações intersetoriais, bem como a remodelação e transformação paradigmática do cuidado oferecido aos sujeitos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Ao mesmo tempo, exige o reconhecimento de que não basta apenas aprimorar ou modificar a capacitação e a formação dos profissionais para se alcançar mudanças nos serviços de saúde, pois estas variáveis não possuem uma relação unidirecional e binária. Há que se visualizar as condições concretas para o desenvolvimento de ações nos espaços de trabalho e as limitações impostas aos trabalhadores da saúde como um todo, em um contexto de desmonte e precarização dos serviços públicos oferecidos à população em diferentes países, entre eles o Brasil.

2.2 Breve histórico e diferentes concepções da promoção da saúde

A preocupação com a promoção da saúde do ser humano, nos seus múltiplos aspectos, assim como a prevenção às doenças, esteve e está presente em toda a História. Desde os gregos, ainda na Antiguidade, já se valorizava o desenvolvimento harmônico de todas as dimensões do humano, entre elas os aspectos físicos da saúde pessoal. Datam deste período, igualmente, os primeiros escritos que versam sobre a influência das condições de vida na saúde, localizados na trilogia *Ar, água e espaços* de Hipócrates. De Roma, herdamos a dimensão das políticas públicas e intersetoriais para a produção de saúde (WESTPHAL, 2012).

Avançando no tempo histórico, nos séculos XVII e XVIII ocorreram avanços significativos na Medicina, assim como na Saúde Pública, entre eles o microscópio. A bacteriologia e a microbiologia se consolidam como orientadoras das práticas médicas e sanitárias até os dias atuais. Os governos absolutistas do período, com suas práticas autoritárias, adotaram a “polícia sanitária” como política de saúde, obrigando os sujeitos a adotarem determinados comportamentos e os insanos e doentes a se isolarem do resto da população (CARVALHO, 2007).

Durante o século XIX, prosseguiram os avanços tanto em medicina clínica e microbiologia, quanto patologia e fisiologia. A partir do aumento alarmante das taxas de mortalidade (inclusive a infantil), em decorrência da Revolução Industrial, emergiram os conceitos de medicina social e saúde coletiva. O pai da medicina social, e para alguns, precursor da Promoção da Saúde, Rudolf Virchow, realizou um estudo sobre a epidemia de Tifo, na Prússia, em 1847-1848, em que incluiu nas análises recomendações diferentes para a época, trazendo elementos culturais, sociais e econômicos, para além dos biológicos. Apesar disto, o peso da microbiologia foi maior, estabelecendo o paradigma biomédico como

orientador no combate às doenças infecciosas, e apontando apenas para a natureza unicausal (um germe originando cada etiologia) e biológica da doença. Ou seja, saúde é ausência de doença (WESTPHAL, 2012).

Atualmente, o passado e o presente se encontram e atualizam-se no cotidiano dos profissionais de saúde. Não se pode negar os progressos advindos das ciências biológicas, mas apenas esta dimensão não é suficiente para dar conta do processo saúde-doença, face às mudanças vividas pelos seres humanos de todo o planeta (alterações ambientais, sociais, culturais, econômicas e políticas) e os desafios enfrentados neste início de século (KICKBUSCH, 2004).

Há diferentes concepções de PS coexistindo nos diferentes espaços de produção em saúde, e cada uma carrega em si a história de sua constituição. Sendo assim “a PS abarca um corpo de conhecimentos dotado de conceitos profícuos e fortes, mas também traz em seu bojo ambiguidades, limitações e omissões, apresentando-se como um dinâmico campo em construção” (SILVA-ARIOLI et al., 2013, p. 676).

A PS recebe esta denominação no início do século XX, por Henry Sigerist, sanitarista que apresentou quatro funções associadas à medicina, são elas: Promoção da Saúde, tratamento dos doentes, prevenção de doenças e reabilitação. Um dos elementos centrais das ideias de Sigerist é a Educação em Saúde, transformada em ações, de um lado e de outro, ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (LEAVELL; CLARK, 1965).

Leavell e Clark (1965) apresentam uma perspectiva contra-hegemônica da PS, a tríade-ecológica na explicação causal da história natural do processo saúde-doença. As relações estabelecidas entre o agente, o ambiente e o nível de resistência do hospedeiro irão influenciar no curso natural da doença, sendo mais ou menos difícil a cura e a recuperação, e na definição de ações de prevenção (WESTPHAL, 2012).

Esta teoria representou uma alteração paradigmática ao oferecer um modelo explicativo que valoriza as intervenções no ambiente e nos estilos de vida para a prevenção de doenças. Assim, a inovação também se fez presente na proposição de ações comunicacionais, ambientais e educativas, para além das laboratoriais, clínicas e terapêuticas. A PS, tal qual posta por estes autores, ainda existe enquanto concepção vigente para muitos profissionais de saúde (LEAVELL; CLARK, 1965).

A partir da tensão paradigmática, existente desde os primeiros tempos, se produziu outras críticas e novos modelos teóricos e de intervenção (BOMBASSARO, 1995). Estas novas reflexões originam-se dos pensadores da Medicina Social e da Saúde Coletiva, que afirmaram a determinação social do processo saúde-doença, da democratização do processo decisório na saúde, e isto posto em uma dimensão humanístico-emancipatória.

O ministro canadense Lalonde, na década de 1970, ao questionar os investimentos em saúde realizados pelo Canadá, contribuiu de forma decisiva para a construção do moderno conceito de Promoção da Saúde. As investigações, que deram origem ao *Informe Lalonde* (LALONDE, 1974), demonstraram que os fatores ambientais e os estilos de vida eram responsáveis por oitenta por cento das causas das doenças e que não havia nenhum investimento direcionado para o controle destas causas. O papel da medicina foi posto em xeque. O mesmo informe aponta as seguintes dimensões a serem consideradas na formulação de políticas públicas de saúde: ambiente, biologia humana, estilos de vida da população e o sistema de saúde (CARVALHO, 2007; WESTPHAL, 2012).

Há outros eventos, considerados históricos, que contribuíram e contribuem para a conformação da Nova PS:

1. A Conferência de Alma-Ata, em 1978, em Kazak, na antiga União Soviética, quando a saúde foi reconhecida como um direito, pela primeira vez, e a Atenção Primária à Saúde foi definida como estratégia básica.
2. Congresso Canadense de Saúde Pública, realizado em 1984, com o objetivo de avaliar o impacto dos dez anos da publicação do *Informe Lalonde* (LALONDE, 1974), e no qual foram definidos os princípios norteadores para o entendimento do que vem a ser PS, entre eles: a) abranger toda a população; b) ações sobre os determinantes sociais, econômicos, culturais, políticos e ambientais; c) articulação entre métodos e abordagens diversas; d) estímulo à participação social; d) atividade do campo social e da saúde.
3. I Conferência Internacional de PS, em 1986, em Ottawa, em que se aprovou o marco conceitual da PS, conhecido como Carta de Ottawa, que se embasa em um conceito ampliado de saúde, na múltipla causalidade do processo saúde-doença (BRASIL, 2001).

4. No ano de 2000, 189 países se comprometeram com a erradicação da pobreza, entre outros males, dando origem à uma declaração e oito objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), para serem alcançados até 2015. A partir de 2005, a Organização Mundial da Saúde criou a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde e desde então, a PS ocupa lugar central como estratégia para o enfrentamento das inequidades sociais e de saúde (CSDH, 2008). Esta mesma comissão foi criada no Brasil em 2006.

5. As quatro últimas conferências globais de Promoção da Saúde abordaram incisivamente a questão da globalização e suas consequências a serem enfrentadas e aproveitadas por todos aqueles e aquelas que trabalham com a PS e retomaram a necessidade de investir na formação dos profissionais envolvidos com esta prática, afirmando a interprofissionalidade, a integralidade e a intersetorialidade e retomando a questão social do processo saúde-doença (CARVALHO, 2007).

Por sua vez, a agenda 2030 (ONU, 2015) põe em evidência o global e o local em permanente integração e interdependência, e apresenta no terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável (ODS): “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos [...] aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento” (ONU, 2015).

No que se refere à formação dos profissionais, a PNPS apresenta em seus objetivos específicos a promoção de “processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos nesta Política, para trabalhadores, gestores e cidadãos”. Ainda, “estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde” e apresenta em um dos eixos Operacionais a Educação e Formação e em um de seus temas Prioritários a “Formação e Educação Permanente: mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da Saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde” (BRASIL, 2014, p. 14), com o objetivo de integrá-las aos espaços de educação permanente.

2.3 Educação permanente: política e estratégia

A PNPS articula-se às ações da PNEPS para potencializar e materializar as proposições de ambas. No que se refere à formação profissional, há quase uma inseparabilidade entre as duas políticas, pois a PNPS encontra na PNEPS uma estratégia formativa e mobilizadora para o desenvolvimento da Promoção da Saúde na sua dimensão teórico-prática (CECCIM, 2004).

Um dos principais objetivos da PNEPS foi o de viabilizar e disseminar a capacidade pedagógica para todas as redes que integram o SUS, reconhecendo que o cotidiano de trabalho em saúde possui uma dimensão educativa, e que esta deve ser incorporada sistematicamente às práticas de cuidado, por uma exigência ético-política em prol da transformação do modelo tecnoassistencial do SUS. Em outras palavras, materializar uma das metas mais ambiciosas da saúde coletiva brasileira, a de constituir uma rede de ensino-aprendizagem na rede pública de saúde (CECCIM, 2004, 2005; SILVA et al., 2019).

O conceito de Educação Permanente presente na política de saúde pública brasileira diferencia-se da formulação conceitual original pois ultrapassa a natureza puramente educacional da formulação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) referente à “Educação Permanente do Pessoal da Saúde”. O conceito brasileiro envolve a implicação dos trabalhadores com as diferentes situações de aprendizagens vividas nos diferentes cenários do trabalho e suas dimensões, e afirma o caráter contra-hegemônico da transformação das práticas do cuidado em saúde (ROVERE, 2005; LEITE; PINTO; FAGUNDES, 2020).

Uma das estratégias de operacionalização da PNEPS foi a institucionalização dos Pólos de Educação Permanente em Saúde enquanto instâncias e/ou dispositivos do SUS, algo inovador pois apresentou uma nova configuração ao articular os setores da educação e da saúde, e incorporar novos atores que não faziam parte, até então, das instâncias já consolidadas no SUS. Os Pólos ficaram embasados em municípios, mas com abrangência regional ao contemplar realidades e iniciativas locais, isto é, considerar os modos como a população constrói a integralidade do cuidado, a promoção da saúde individual e coletiva, a educação, a pesquisa e a comunicação em saúde (CECCIM, 2005).

O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde permanece sendo uma ferramenta potente para a transformação das práticas no âmbito do trabalho em saúde. A dimensão micropolítica do cuidado em saúde é permeada de práticas pedagógicas, e não só de ações técnicas propriamente ditas, portanto toda iniciativa que visa interferir no modelo tecnoassistencial precisa partir do reconhecimento desta dimensão. Ao reconhecer a

inseparabilidade da educação e do trabalho em saúde, afirma-se que a formação possui um fim em si mesma, enquanto constitutiva das relações entre os atores que constroem o cuidado em saúde, e não um lugar secundário ou de retaguarda (MERHY, 2005; SILVA et al., 2019).

A presença destes múltiplos atores na condução da PNEPS, possibilita a consolidação da política através do respeito às singularidades regionais, na disseminação e descentralização da capacidade pedagógica nas redes que integram o SUS. Desta forma, a formação em saúde descentraliza-se pois contempla os diferentes territórios do país, geograficamente e simbolicamente. No plano simbólico, o território é o da inscrição de sentidos outros atribuídos ao trabalho em saúde, por meio da problematização e da auto-análise individual e coletiva (CECCIM, 2005; MAROJA; ALMEIDA JÚNIOR; NORONHA, 2020).

2.4 A Formação profissional, a interprofissionalidade e a promoção da saúde: conceitos e políticas articuladas entre si

A Educação em Saúde brasileira é amparada legalmente por um extenso arcabouço legal: Constituição federal, Lei Orgânica da Saúde, Norma operacional básica de recursos humanos para o SUS, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional como legislação principal, sem falar nos inúmeros decretos, portarias, respectivas leis estaduais e municipais, e outras diretrizes. Tanto a PNPS como a PNEPS reconhecem e legitimam o trabalho como espaço de aprendizagem e a especificidade da PS no contexto da formação interprofissional (TAVARES et al., 2016).

A especificidade da PS reside na sua natureza dinâmica e complexa, pois ela exige uma formação interprofissional que ofereça a possibilidade de praticar e construí-la no saber-fazer do cotidiano no serviço, para além do emprego de técnicas ou uma simples aplicação de pressupostos teóricos no exercício de determinadas funções. Para criar e viver um processo de ensino-aprendizagem que tenha como um dos seus objetivos a produção do cuidado na perspectiva do conceito ampliado em saúde, é necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais, “o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, o cuidado com o ambiente e reorientação dos serviços de saúde” (TAVARES et al., 2016, p. 1800).

A interprofissionalidade na formação em saúde busca, entre outros objetivos, atender a complexidade do conceito ampliado de saúde, ao se efetivar através do trabalho colaborativo em equipes com a presença de diferentes profissionais. A educação interprofissional emerge

por um lado, ao reconhecermos o processo saúde-doença e seus determinantes: orgânicos, genéticos, psicossociais, culturais e sociais. E por outro, da complexidade das redes de atenção à saúde e da necessidade de gestão colaborativa destas redes e das práticas de cuidado em saúde desenvolvidas pelos profissionais que delas fazem parte (REEVES, 2008, 2016; WHO, 2010; PEDUZZI, 2016; ARAÚJO et al., 2017).

A aposta da educação interprofissional no SUS é a de romper com práticas assistenciais que são estruturadas por um processo de trabalho fragmentado e hierárquico, em que existe uma separação entre o saber e o fazer. Confirma-se enquanto prática potencializadora para o desenvolvimento de experiências inovadoras nas redes que integram o SUS, ao produzir uma reorganização e ressignificação da produção do cuidado em saúde e atribuir novos significados ao mundo do trabalho. Incorporar novas aprendizagens, ao estabelecer o trabalho colaborativo como diretriz para as práticas assistenciais, significa incluir o saber e o fazer à mesma dimensão da realidade do cotidiano dos serviços de saúde (FRANCO, 2007; ARNEMANN et al., 2018).

O referencial conceitual da educação interprofissional encontra-se entrelaçado amplamente ao referencial da Promoção da Saúde, especificamente no que se refere ao conceito ampliado de saúde e a criação de políticas públicas necessárias para promovê-la. Significa que a PS pode ser um ponto de partida para problematizar a formação na área da saúde, ao mesmo tempo que constitui em um de seus principais objetivos. A partir da abordagem desde o campo da PS, a intersetorialidade pode vir a ser um dos fundamentos para a formação profissional na área da saúde (MELLO; MOYSÉS, 2010).

O processo formativo dos profissionais de saúde ultrapassa o domínio técnico-científico dos núcleos profissionais e se estende para outros espaços de ação com impacto social. Sendo assim, alterações curriculares e novos projetos pedagógicos na área da saúde, que possuam como eixo transversal a PS, devem abarcar uma diversidade de cenários de formação em serviço e levar em consideração as necessidades locorregionais da população. Não significa o desenrolar de um processo fácil. Surgem, no percurso de institucionalização da política, especificidades educacionais, complexidades dos serviços e das instituições de ensino, multiplicidade de atores, diversidade de culturas, tensionamentos e enfrentamentos que transcendem o espaço do particular e miram no espaço mais amplo de lutas por um projeto de sociedade (MELLO; MOYSÉS; 2010; CECCIM, FEUERWERKER, 2004; ARAÚJO et al., 2017).

2.5 Descentralizações: das ações em saúde e das Residências multiprofissionais

As ações de Educação e Promoção da Saúde serão inevitavelmente descentralizadas, em relação à centralidade do arcabouço legal e teórico que sustenta a implementação destas políticas. Na área da saúde, o conceito de descentralização é investigado e desenvolvido por diversos autores. Neste trabalho destacamos as ideias desenvolvidas por Arretche (1997), Pasche et al. (2006), Machado e Vianna (2009), Souza e Viana (2014). A partir das agendas de reforma do Estado que aconteceram em praticamente todos os países ocidentais nos anos 1980, a descentralização ocupa um papel central, tanto para o campo conservador quanto para o campo progressista da política pública.

Para os conservadores, a descentralização apresentou-se como uma alternativa viável de redução do papel do Estado, tendo como consequência a redução dos encargos financeiros, seja pela privatização dos serviços públicos ou pela via do financiamento público do setor privado. Para os progressistas, a descentralização foi compreendida como uma possibilidade de avanço em práticas democráticas ao contemplar novos segmentos sociais e movimentos locais ao espaço decisório das políticas públicas. Por esta razão, a literatura sobre descentralização revela uma pluralidade de entendimentos e valores, que resultam em uma falta de consistência na delimitação do conceito (SOUZA; VIANA, 2014).

A descentralização, enquanto processo, pode ser classificada em: desconcentração, devolução e delegação. Por desconcentração compreende-se a transferência de responsabilidades e funções, sem o compartilhamento do poder decisório. Na delegação, as responsabilidades gerenciais são transferidas para organismos não-governamentais. Já na devolução, o poder decisório é transferido para esferas subnacionais, o que contribui para o seu fortalecimento. No caso brasileiro, o processo que melhor caracteriza o SUS seria o da descentralização como devolução, na medida em que buscou historicamente ampliar a autonomia das esferas estaduais e municipais em várias dimensões, entre elas a financeira e a política (PASCHE et al., 2006).

A Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), estabelece em seu artigo 198, que as ações e os serviços públicos de saúde constituem um sistema único, resultante de uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação social. Assim, a partir da conformação jurídico-institucional do SUS, a descentralização de serviços e ações na área da saúde passou a ser uma política prioritária na agenda federal da saúde no decorrer da década de 1990. O aumento

da presença de diferentes atores das esferas municipais e regionais na política pública de saúde oferecem, neste período, uma resistência às facetas neoliberais que tomavam forma na mesma política (PASCHE et al., 2006; SOUZA; VIANA, 2014).

Esta passagem, de um sistema centralizado para um sistema cujo âmbito local adquire autonomia no campo da saúde, apresenta resultados contraditórios se tomarmos o território nacional. Isto significa que as necessidades e demandas da população não estão plenamente asseguradas, pois os sistemas descentralizados de saúde apresentam uma heterogeneidade evidente nas diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para desenvolver a atenção à saúde da população (PINAYO; CARVALHO; NUNES, 2015).

Portanto, a descentralização da saúde permanece sendo um desafio para a consolidação do SUS, enquanto um dilema político estruturante do sistema. O enfrentamento a este desafio envolve a ampliação das competências técnicas, de gestão, a pactuação permanente em torno das responsabilidades federativas, equidade no acesso e utilização de serviços especializados, regulação contratual e de gestão no setor complementar, fortalecimento do controle social e do planejamento regional, entre outras ações. Porém, em todas as estratégias a esfera local é o palco privilegiado na resolução destes dilemas, sendo de fundamental importância o fortalecimento da governança local, com a presença de diferentes atores sociais (FLEURY et al., 2010).

No caso das Residências em Saúde descentralizadas, o fortalecimento da esfera local constitui-se em um dos objetivos dos programas, através da vinculação cooperativa entre as instituições de ensino e as redes públicas de saúde. De uma maneira mais geral, as Residências em Saúde no Brasil trazem, em sua proposta educativa, a formação de profissionais comprometidos com mudanças no modelo tecno-assistencial dos e nos serviços de saúde, por inserir diferentes cenários de prática como locais privilegiados para o desenvolvimento do cuidado e do ensino-aprendizagem de todos os atores envolvidos neste processo: tutores, preceptores, residentes, docentes, coordenadores, gestores e usuários. Portanto, os Programas de Residência representam para o SUS, uma estratégia primordial para a consolidação da PNPS e PNEPS, pela capilaridade oferecida pela dimensão micropolítica, e ao mesmo tempo ultrapassando os limites destas ações, atingindo todos os níveis das organizações no plano macro-institucional (HAUBRICH, 2015).

As Residências Multiprofissionais integram as diferentes estratégias que objetivam o reordenamento da formação no e para o SUS, constituindo-se em uma experiência histórica

no sentido de gerar e fortalecer posturas de questionamento e enfrentamento ao modelo biologista dominante e ao mesmo tempo, de fortalecimento de processos de produção de vida. Entender a dinâmica da centralidade das diretrizes globais e nacionais em relação à Promoção da Saúde, e a experiência local, vivida pelos coletivos dos PRMS, que constroem a política no seu fazer cotidiano, se vislumbra como uma nova possibilidade de compreensão das ações formativas e produtoras de saúde nos múltiplos territórios (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018; SILVA; NATAL, 2019).

Os cenários de prática das RMS descentralizadas, isto é, coordenadas pedagogicamente por uma instituição mas com residentes inseridos em diferentes municípios, constituem-se em espaços privilegiados“ de atuação dos mesmos na: “promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, adesão terapêutica, redução de agravos, cuidados paliativos, reabilitação, desenvolvimento de pesquisas clínicas, epidemiológicas e sociais” (TORRES *et al.*, 2019, p. 6), oferecendo aos atores dos programas (tutores, preceptores, coordenadores, residentes, usuários), experiências ricas e singulares no desenvolvimento de ações interdisciplinares, intersetoriais e inter-institucionais que possuem como fim a consolidação do cuidado em saúde (LIMA; PASSOS, 2019; RIBEIRO *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a temática da presença da Promoção da Saúde e suas perspectivas conceituais e metodológicas nos marcos legais dos PRMS.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as bases conceituais da PS circulantes nos marcos legais dos PRMS.
- b) Analisar a relação entre a formação profissional em e para a promoção da saúde em PRMS e a descentralização da formação em saúde.
- c) Contrastar experiências históricas no que se refere à formação profissional em saúde, promoção em saúde e descentralização das ações formativas.
- d) Identificar e analisar princípios pedagógicos ou conceitos-chave em textos legais que auxiliem na sustentabilidade de ações de Promoção da Saúde nos PRMS.

CAPÍTULO II
MANUSCRITOS

Revista: Education Policy Analysis Archives

(Qualis/Interdisciplinar/A1)

Área de concentração: Promoção da saúde

MANUSCRITO I

O campo temático da Promoção em Saúde na Formação Profissional: análise dos marcos legais de Brasil e Argentina sobre Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde

Paula Lopes Gomide; Suzane Beatriz Frantz Krug

Resumo: A formação dos profissionais da área da saúde orientada pelo arcabouço teórico-conceitual da promoção da saúde (PS), está presente nas proposições dos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS), constitutivos da agenda 2030, nos documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde e nas políticas públicas de diversos países do mundo, signatários destes documentos, entre eles Brasil e Argentina. As Residências Multiprofissionais, em ambos os países, decorrem de políticas públicas importantes para a formação profissional em saúde, e podem contribuir para o desenvolvimento da PS nos seus territórios. O objetivo deste estudo é analisar a presença da temática da Promoção da Saúde, suas perspectivas conceituais e metodológicas, nos marcos legais dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (PRMS) de Brasil e Argentina. Trata-se de uma pesquisa documental de caráter qualitativo, sendo que os achados foram interpretados a partir de uma análise de conteúdo temática. Como resultado, destacam-se três categorias temáticas: presença da PS nos marcos legais das Residências Multiprofissionais em Saúde, alinhamento conceitual em PRMS e respeito às realidades loco-regionais. Apesar dos desafios impostos pela singularidade do processo histórico de cada país, os elementos em análise e postos em evidência quando contrastados revelam diferenças entre os países com relação à presença da PS, assim como, a ausência da explicitação da abordagem teórica referente para o conceito. A centralidade proposta na legislação argentina contrasta com o princípio da descentralização expresso na legislação brasileira.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Promoção em Saúde. Políticas Públicas em Educação. Internato e Residência. Aprendizagem em Saúde.

Revista: Interface – comunicação, saúde, educação

(Qualis/interdisciplinar /A2)

Area de concentração: Promoção da saúde

MANUSCRITO II

Alinhamento conceitual na formação profissional em saúde como fator de sustentabilidade para a existência dos Programas de Residências Multiprofissionais Descentralizados

Paula Lopes Gomide; Suzane Beatriz Frantz Krug

Resumo: Os Programas de Residência Multiprofissional Descentralizados (PRMD) constituem-se em uma estratégia relevante para o fortalecimento da regionalização e das redes de atenção à saúde em todo o território nacional. O processo de descentralização da formação profissional em saúde, desenvolvidos por estes programas, revela as mesmas questões e desafios vividos pela descentralização das ações em saúde, pois integram o mesmo processo. Para a superação de um destes desafios, que é a fragmentação e desintegração entre os elementos constitutivos desta formação, apresentamos a importância do alinhamento entre conceitos de diversas áreas do conhecimento, em especial da saúde e da educação, como também entre diversos planos: o jurisdicional, o planejamento político-pedagógico, o do percurso formativo singular de cada sujeito e da organização dos serviços de saúde e instituições de ensino. Trata-se de um ensaio teórico-crítico-reflexivo, que tem como objetivo analisar o alinhamento conceitual como um elemento chave para a sustentabilidade da existência das Residências Descentralizadas em Saúde, em uma perspectiva propositiva. Ao final, considera-se que o alinhamento não significa submeter os PRMD a uma ordem fixa e hierarquicamente verticalizada, mas sim dispor os elementos e reconhecê-los em um sistema dinâmico de relações.

Palavras-chave: Residências em saúde. Internato e residência. Educação profissional em saúde pública. Descentralização. Políticas públicas em saúde.

CAPÍTULO III
CONCLUSÕES GERAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida deste percurso de investigação foi a invisibilidade da Promoção da Saúde em textos oficiais regulatórios sobre as Residências, observada por mim enquanto coordenadora de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Ao final deste estudo, retomo a questão inicial “Como se apresenta a temática da Promoção da Saúde, e suas perspectivas conceituais e metodológicas, nos marcos legais dos PRMS? e confirmo parcialmente a minha premissa. O tema da Promoção da Saúde se manifesta, porém sem uma clareza ou definição sobre o conceito ou entendimento da estrutura teórica que a sustenta, nos casos em que a PS está explicitamente colocada no corpo do texto. Na sua aparição indireta, igualmente não é possível visualizar as concepções presentes nos documentos legais, nem tampouco algum traço mais explícito do debate histórico sobre o conceito. Em outros textos, a PS está inexistente, quando poderia ou deveria estar.

O quanto isto interfere na consolidação da Política Nacional de Promoção da Saúde, e nas Políticas de formação para a Saúde não é possível responder no escopo deste trabalho. Apenas podemos sugerir que novas investigações possam ser feitas no sentido de verificar a influência ou interferência destas ausências no âmbito das ações desenvolvidas nos programas de Residências Multiprofissionais. Uma outra limitação importante deste trabalho, e que pode ser superada por novas investigações, é que não foi possível pesquisar os contextos históricos que geraram a elaboração de cada documento. Portanto, descobrir os nexos entre eventos e atores que formularam a política e a produção dos textos pode resultar em um trabalho de fundamental importância e que poderá preencher algumas lacunas na compreensão das causas da invisibilidade da PS nos documentos oficiais.

Durante o percurso foi possível identificar e analisar um conceito ou, como denominei, princípio-chave que pode contribuir para a sustentabilidade de uma formação profissional para a saúde, que tenha como eixo-transversal a PS. E que, ao mesmo tempo, pudesse contribuir para o desenvolvimento de um modo específico de fazer Residências em redes de saúde, que são os Programas de Residência em Saúde Descentralizados. Estou aqui trazendo o alinhamento conceitual, que além do tema da sustentabilidade, é possível pensá-lo como um disparador para a superação da dualidade centralidade versus descentralização.

O alinhamento conceitual permite a preservação dos eixos da formação e do respeito aos pressupostos teóricos que embasam e orientam as práticas pedagógicas e de saúde, e ao mesmo tempo, preserva as diferenças loco-regionais que se manifestam nos territórios onde se

desenvolvem as Residências. Um destes pressupostos pode e deve ser a Promoção da Saúde, de modo a consolidar as políticas públicas. Este conceito permitiu, no âmbito da tese, tecer relações entre realidades loco-regionais, descentralização da saúde e das Residências Multiprofissionais, formação profissional em saúde e Promoção da Saúde. Sendo assim, a tese comprova estruturalmente a força operacional do conceito e as possibilidades que ele engendra para se compreender e transformar realidades nas quais nos movemos.

Outro aspecto a se ressaltar é o ineditismo dos temas e suas respectivas abordagens metodológicas, presentes nos dois artigos que compõe a tese, para o campo dos estudos sobre Residências Multiprofissionais. O estudo que coloca dois países latino-americanos, com suas experiências singulares em análise, pode ser o primeiro do gênero no campo das Residências. O outro artigo apresenta um conceito que embora presente em falas e títulos de oficinas produzidas em diferentes esferas governamentais, ainda não foi objeto de análise para o campo da formação profissional e da educação em saúde. Este fato, ainda que aponte para a relevância da pesquisa, mostra também os desafios que foram impostos pela ausência de referências e caminhos já trilhados que pudessem ser seguidos. O caminho deste percurso foi novo, e por isto complexo e inusitado. Há muito para se descobrir, existem muitas trilhas e trilhos pela frente. Portanto encerro esta tese sem fechá-la. É como uma ponte sem início, pois muitos e muitas me antecederam. Mas igualmente não vejo o fim. E me desloco por ela, através de um trem, e nele muita gente me acompanha. Alguns e algumas desembarcam, outros e outras embarcam. E assim seguimos.

CAPÍTULO IV
NOTA À IMPRENSA

NOTA À IMPRENSA

No dia 30 de maio de 2023, a doutoranda do programa de pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Paula Lopes Gomide defendeu a tese intitulada “Potências e desafios da formação profissional para a Promoção da Saúde em Programas de Residências Multiprofissionais”. A pesquisa desenvolveu-se sob a orientação da docente do programa e coordenadora do Grupo de Educação e Pesquisa em Saúde (GEPS), Profa Dra Suzane Beatriz Frantz Krug, e teve como objetivo analisar a temática da Promoção da Saúde e suas bases conceituais e metodológicas nos marcos legais de Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde. O estudo inédito apresenta resultados que apontam para uma invisibilidade parcial da Promoção da Saúde nos marcos legais destes dois países sem a manifestação explícita da concepção que a orienta ou define. Foi possível desenvolver o conceito de alinhamento conceitual como importante categoria de análise e operativa no sentido de orientar e construir uma formação profissional em saúde que respeite as realidades locais e regionais, e tenha a Promoção da Saúde como eixo transversal.

CAPÍTULO V
RELATÓRIO DE CAMPO

Em maio de 2019 ingresso no programa de pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob a orientação da Profa Dra Suzane Beatriz Frantz Krug com a perspectiva de dar continuidade às investigações sobre formação profissional em saúde, na modalidade Residência, em programas multiprofissionais descentralizados, temática esta que estudei no mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Durante os quatro anos do doutorado pude realizar disciplinas que ofereceram subsídios e propiciaram debates que enriqueceram e alimentaram o corpus teórico, que embasou o percurso investigativo da tese.

O projeto que foi submetido e aprovado para o desenvolvimento da pesquisa que daria origem à tese era intitulado “Formação profissional para a promoção da saúde: realidade, desafios e potências da descentralização de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde” e tinha como objetivo investigar e comparar quatro programas de Residência Descentralizados, três brasileiros e um na Argentina, no que se referia à presença da Promoção em Saúde, suas concepções e práticas, no cotidiano desta formação em serviços de saúde em distintas redes, pertencentes à um determinado território regional.

No Brasil, os programas de residência multiprofissional em saúde, que se estruturam de forma descentralizada, são ofertados pelas escolas estaduais de Saúde Pública de três estados: Rio Grande do Sul, Pernambuco e Ceará. Em cada instituição a descentralização dos programas apresenta configurações diferentes, mas compartilham de uma característica fundamental para este estudo: São instituições formadoras que centralizam a organização administrativa e pedagógica dos programas, porém os campos de prática, isto é, os serviços de saúde onde se inserem os residentes para o desenvolvimento do seu percurso formativo, são descentralizados e pertencem aos diferentes municípios da rede regional de saúde dos estados.

Em virtude da pandemia de COVID-19 e dificuldades de comunicação com o Ministério da Saúde da Argentina, que na época voltava seus esforços para as ações de enfrentamento à covid-19, retiramos a etapa da pesquisa que desenvolvia entrevistas semi-estruturadas *in loco* e mantivemos a análise documental deste país. Igualmente fez-se necessário, em função da pandemia, propor a realização das entrevistas com os integrantes dos segmentos dos programas brasileiros, através de plataformas digitais, de forma virtual. Uma importante contribuição da banca de arguição do projeto foi o questionamento com relação ao fato de uma das instituições, que abriga programas de Residência, ser o meu local de trabalho. Fiz uma reflexão sobre as questões éticas e sobre os impedimentos, originados da

metodologia escolhida, de se investigar um processo no qual estou extremamente envolvida e implicada como coordenadora de um programa de Residência. Após esta reflexão, retirei a minha instituição da pesquisa.

Assim, tive que reconfigurar o desenho da pesquisa, tanto nos seus objetivos quanto em alguns elementos do desenho metodológico. Dentro das possibilidades que existiam no momento, mantive a Argentina, na etapa de análise documental, juntamente com o Brasil, e ficaram duas instituições para a realização da pesquisa semi-estruturada, com os segmentos dos programas: a Escola de Saúde Pública do Ceará e a Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

Nos primeiros contatos que estabeleci com as coordenações de residência dos dois programas descentralizados, que cada uma destas instituições possui respectivamente, elas sugeriram uma alteração no número de participantes das entrevistas. Eu tinha proposto 5 de cada programa, 1 de cada segmento (tutor, preceptor, coordenador, residente, coordenador de serviço). Elas sugeriram que fosse 5 de cada região de saúde do estado atendida pelo programa.

Esta alteração considerei pertinente, pois afinal como iria relacionar a questão territorial, aos desafios e potências da descentralização e da formação profissional para a Promoção da Saúde com um número de apenas 5 participantes por programa? Esta alteração enriqueceria muito a pesquisa, mas trouxe um problema adicional, que foi o aumento expressivo do número de participantes e uma correlação com o número necessário para conseguir estabelecer algumas relações prévias e outras que iriam surgir, pertinentes ao segmento, à região de saúde, ao programa, à instituição, às condições de saúde e de trabalho, da população, dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde, e assim por diante.

As questões prévias, da entrevista semi-estruturada, permaneceram as mesmas: O que você entende por Promoção da saúde? A Promoção da Saúde está presente na formação do programa de Residência? Se afirmativo - De que forma? Se negativo - Identifique as razões pelas quais ela não está. Na sua visão, um programa de Residência descentralizado favorece ou dificulta uma formação em Promoção da Saúde? Por quê? Qual seria o seu papel como (segmento) no programa de Residência, no que se refere às vivências teórico-práticas em Promoção da Saúde?

Foi uma decisão difícil, mas percebi que não seria possível, dentro dos prazos regulamentados pelo programa e pela CAPES, encerrar esta pesquisa de campo, fazer a

análise do material e fazer as leituras necessárias, pois a cada entrevista se confirmam categorias que exigem um sistema teórico interpretativo que eu não possuía e era necessário buscar. Portanto, para fins de defesa da tese, mantive a análise documental e os desdobramentos desta etapa metodológica.

Porém, sigo fazendo as entrevistas, pois ao fazê-las estabeleci e continuo estabelecendo um diálogo sobre os temas que circulam pelo trabalho e outros tantos assuntos com estes atores dos programas. As entrevistas estão produzindo interrogações por parte dos sujeitos em relação à Promoção da Saúde enquanto política e como pode ser a sua presença nas Residências enquanto modalidade de formação profissional. Mesmo que não tenha sido possível para a defesa da tese o fechamento desta etapa, bem como o artigo correspondente, tenho um compromisso com estas pessoas de fazer este trabalho, fazer a sistematização dos dados e produzir uma devolutiva para as escolas. Também estamos elaborando um planejamento em conjunto para fazer oficinas de trabalho, para pensarmos a PS nas Residências, escrevermos sobre este processo e organizarmos um seminário sobre o tema. Dentro do que for possível, prosseguiremos trabalhando nestas etapas.

Um dos paradoxos da pandemia é que ao mesmo tempo que dificultou a pesquisa de campo, possibilitou que eu estivesse mais presente nas atividades do Grupo de Educação e Pesquisa em Saúde (GEPS), sob a coordenação da profa Dra Suzane Beatriz Frantz Krug, me inserindo em diferentes espaços e atividades, que na presencialidade não estava sendo possível, pois resido em Porto Alegre. Estas atividades constituem-se de leituras, discussões de textos, análise do material de campo das pesquisas do grupo em andamento e escrita de resumos para eventos científicos e artigos a serem submetidos e apresentação em seminários de estudo.

Ao participar das atividades do GEPS, também foi possível estar como integrante do projeto de pesquisa do PPSUS, intitulado: Implementação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF): estudo em um Serviço Especializado em Reabilitação Física de Referência Regional do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, sob a coordenação da profa Dra Suzane Beatriz Frantz Krug.

O percurso do doutorado me possibilitou a participação nos seguintes eventos, em parceria com a orientadora, e com outras e outros integrantes do grupo de pesquisa. São eles:

1. Apresentação de trabalho: VI Seminário Científico do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da UNISC. Título: Formação Profissional para a Promoção da Saúde – os desafios da centralidade e da descentralização. (2019)
2. Apresentação de trabalho: VII Seminário Científico do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Título: Formação Profissional para a Promoção da Saúde em Programas de Residência Multiprofissionais Descentralizados. (2020)
3. Apresentação de trabalho e resumo publicado em Anais – 4º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. Título: Título: O paradigma da Interprofissionalidade: A presença da Pedagoga(o) em Equipes de Saúde. (2020)
4. Apresentação de trabalho e publicação de resumos nos Anais – (Supplements: European Journal of Public Health) – 16th World Congress on Public Health – Italia. Títulos: *Education for health promotion: the challenges of centrality and decentralization in Southern Brazil *Sociodemographic profile of people with disabilities in rural areas in Southern Brazil. *Occupational exposure to pesticides and hematological neoplasms in Southern Brazil. (2020)
5. Apresentação de trabalho – IX Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud (Montevideo – Uruguay) CIICS Títulos dos trabalhos: *Trabalho e saúde de pessoas com deficiência em zona rural *Formação profissional para a promoção em saúde: caminhos investigativos (2021)
6. Apresentação de trabalho e publicação de resumo nos Anais – V Seminário Internacional do Centro Brasileiro de Pesquisas sobre a Teoria da Justiça de Amartya Sen. Título: *A Formação dos trabalhadores da saúde em tempos pandêmicos: contribuições do pensamento de Amartya Sen (2021)
7. Apresentação de resumo como primeira autora na 24ª Conferência Mundial de Promoción de la Salud de la UIPES (Montreal – Québec). Título: La presencia de la educación profesional para la promoción de la salud en la agenda 2030 – Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2022)
8. Participação como co-autora de resumo na IIª Mostra de Projetos e Produtos Técnicos de Educação no SUS. Título: Grupos focais como dispositivos de educação permanente em saúde na transformação das práticas de trabalho em serviço de reabilitação física. (2022)

9. Participação como co-autora de resumo no 15º Congresso Internacional da Rede Unida. Título: O conceito de funcionalidade proposto na CIF, no pensamento de Amartya Sen e o cuidado em saúde: pluralidade de perspectivas. (2022)
10. Apresentação de resumo no IX Seminário Científico do Programa de Pós-Graduação da UNISC: Interdisciplinaridade na Promoção da Saúde. Título: Promoção da Saúde e Emancipação – a dimensão ética da formação profissional. (2022)
11. Elaboração e desenvolvimento da oficina: “Leitura Crítica de Artigos Científicos” para a comunidade acadêmica da UNISC e demais interessados. (2022)
12. Co-autora de capítulo do e-book: Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde: conexões de saberes e práticas nos serviços de saúde. Camila Dubow e Suzane Beatriz Frantz Krug organizadoras. Título: Perspectivas dos olhares sociais acerca das pessoas com deficiência. (2022)

Quando ingressei no Doutorado demonstrei interesse na perspectiva de vivenciar uma experiência internacional que pudesse qualificar o percurso de pesquisa, e ao mesmo tempo, oferecer uma experiência de deslocamento que possibilitasse novas aprendizagens, a partir de novas relações acadêmicas. Estabeleci contato com o Prof. Dr. Tarozzi, da Universidade de Bologna, do Centro para a Cidadania Global, ligado ao programa de doutorado em ciências do bem-estar e qualidade de vida. Estabelecemos que quando a pandemia permitisse, eu poderia fazer uma estadia de pesquisa no centro, estabelecendo uma pesquisa entre Promoção da Saúde e Cidadania Global, relacionando articulando os dois conceitos. A pandemia não permitiu.

No ano de 2022, ao reestabelecer contato, o Prof. Tarozzi me convidou para participar de uma *Summer School*, que aconteceu no mês de junho, na Itália, com o tema Educação para a Cidadania Global, com foco metodologias de revisão de literatura, para potencializar as investigações no campo. Lá, durante o curso, observei que há um espaço para se investigar Saúde Global e Cidadania Global, e que estes conceitos, de forma articulada, não tinham sido objeto de investigação deste grupo, havendo interesse por parte dos pesquisadores em iniciar algum estudo neste sentido. No retorno desta viagem, tive a oportunidade de relatar esta experiência na reunião do colegiado do programa de pós-graduação, na reunião geral do GEPS e na aula de disciplina de Promoção da Saúde, do PPGPS.

Outra experiência muito relevante para a minha formação foi o estágio de docência, que desenvolvi junto à Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), no curso de

Bacharelado em Administração com ênfase em Sistemas e Serviços de Saúde, na disciplina de Filosofia em Saúde, com a supervisão da Profa Dra Vania Roseli Correa de Mello, durante o segundo semestre letivo, de 1º de agosto a 10 de dezembro de 2022. A professora titular permitiu que eu tivesse autonomia para contribuir com o planejamento da disciplina e estimulou a criação de alguma alteração no plano de ensino que fosse coerente com os objetivos propostos. Assim, planejamos e organizamos várias atividades envolvendo metodologias ativas, com visitas a lugares históricos da saúde pública de Porto Alegre, registros fotográficos, exposição virtual do *moodle* e rodas de conversa sobre as atividades vivenciadas.

REFERÊNCIAS

- ARNEMANN, C. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 22, supl. 2, p. 1635-1646, 2018.
- ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. *In: GERSCHMAN, S. e VIANNA, M. L. W. (Orgs.) A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- ARAÚJO, T. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BARRÊTO, O. et al. Programa mais médicos e residência de medicina de família e comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 23, supl. 1, p. 1-14, 2019.
- BOMBASSARO, L. C. **Ciência e mudança conceitual**: notas sobre epistemologia e história da ciência. Porto Alegre: Edipucrs, 1995.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Revisão da Portaria MS/GM- n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 1077 de 12 de novembro de 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México, Brasília, 2001.
- CARVALHO, S. **Saúde coletiva e promoção da saúde. Sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação da capacidade pedagógica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2004.

CECCIM, R. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A.; ROCHA, C.; PASINI, V. (Orgs.).

Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECCIM, R; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COSTA, M. V. da; BORGES, F. A. O pró-pet-saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.19, n. 1, p. 753-763, 2015.

CONTERNO, S. F. R; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 11, n.3, p. 503-523, 2013.

HORA, D. L. et al. Propostas inovadoras na formação profissional para o sistema único de saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 11, n. 3, p. 471-486, 2013.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das inequidades em saúde no Brasil. Brasil, 2008.

CSDH. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: commission on social determinants of health. Final Report. Geneva: World Health Organization, 2008.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. Residências em saúde: o que há nas produções de teses e dissertações. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

DALLEGRAVE, D., CECCIM, R. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 22, n.66, p. 877-887, 2018.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, n. 24, p.213-225, 2004.

FALKENBERG, M. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.3, p. 847-852, 2014.

FLEURY, S. et al. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 28, n.6, p. 446-455, 2010.

FRANCO, T. Produção do cuidado e produção pedagógica. Integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.11, n.23, p. 427-438, 2007.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista latino-americana de enfermagem**, 1994.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E. **Preventive medicine for the doctor in his community**. Nova York: MacGraw Hill, 1965.

LEITE, C.; PINTO, I.; FAGUNDES, T. Educação permanente em saúde: reprodução ou contra-hegemonia? **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, supl. 1, p. 1-15, 2020.

LEONARDOS, A.; BRITO, A. A identidade das pesquisas qualitativas: construção de um quadro analítico. **Cadernos de Pesquisa**, n. 113. p. 7-38, 2001.

LIMA, I.; PASSOS, I. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. **Trabalho, educação e saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-22, 2019.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2016.

HAUBRICH, P. **Intenções entre tensões: a descentração da residência integrada em saúde**. 2015. 78f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

KICKBUSH, I. **The end of public health as we know it: constructing global health in the 21st century**. Lecture dedicated to Joshua Cohen in the International Congresso in Public Health, 2004.

KRÄMER, J.; MARTINS, A.; MARCHI, R. Avaliação dos programas de residência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul na percepção dos residentes. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 49, p. 1-12, 2018.

KRUG, S. **Sofrimento no trabalho:** a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde. 2006. 196f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

MACHADO, C.; VIANA, A. L. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: VIANA, Ana Luiza D; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Território**. São Paulo: Hucitec, 2009.

MAROJA, M.; ALMEIDA Jr, J.; NORONHA, C. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface:** comunicação, saúde, educação, v. 24, p. 1-11, 2020.

MEHRY, E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface:** comunicação, saúde, educação, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.

MELLO, A.; MOYSÉS, S.; MOYSÉS, S. Universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface:** comunicação, saúde, educação, v. 14, n. 34, p. 683-692, 2010.

MINAYO, M. **O Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

NETO, M.; LEONELLO, V.; OLIVEIRA, M. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos políticos-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 86, n. 4, p. 586-593, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2015. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 10 de outubro de 2021.

PASCHE, D et al. Paradoxos das políticas de descentralização em saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 20, n.6, p. 416-422, 2006.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 20, n. 6, p. 199-201, 2016.

PINAYO, E.; CARVALHO, B.; NUNES, E. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, 2016.

REEVES, S. **Developing and delivering practice-based interprofessional education**. Munich: VPM Publications, 2008.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

RIBEIRO, K. et al. Ensino nas residências em saúde: conhecimento dos preceptores sob análise de Shulman. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n.4, p. 1-9, 2020.

ROVERE, M. Comentarios estimulados por la lectura del artículo “educación permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 169-171, 2005.

SANTANA, J. P. de; CHRISTÓFARO, M. A. C. Educação, trabalho e formação profissional em saúde (Texto de orientação do curso de especialização em políticas de recursos humanos para a gestão do SUS). Impresso em 2023. 9p.

SANTOS, A. Quando comparamos para explicar: desenhos de pesquisa e sequências temporais na investigação de instituições políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 27, n. 80, 2012.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SILVA-ARIOLI, I. et al. Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013.

SILVA, L.; NATAL, S. Residência multiprofissional em saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 3, p. 1-22, 2019.

SILVA, K. et al. Análise dos discursos referentes à educação permanente em saúde no Brasil (1970 a 2005). **Trabalho, educação e saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-18, 2019.

SOUZA, L.; VIANA, A. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. In: PAIM, J.; FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 261-269.

TAVARES, M. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na saúde e necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.

TORRES, R. B. S. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, 2019.

UNRUG, M. **Analyse de contenu et acte de parole**. Paris: Ed. Universitaires, 1974.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.

WHO. World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.

WÜNSCH, D. **A construção da desproteção social no contexto histórico-contemporâneo do trabalhador exposto ao amianto**. 2004. 234f. Tese. (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

ANEXOS

ANEXO A

NORMAS DA REVISTA MANUSCRITO I

Journal: Education Policy Analysis Archives/ Arizona State University

Submission Preparation Checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

The submission pertains to educational policy, and adheres to the focus and scope of the journal.

The submission has a title, a set of 3-5 keywords, an abstract of no more than 200 words, and total text of no more than 10,000 words (2,000 words if a commentary). This word count does not include references (maximum of 50), or text written into tables, figures, or other graphic displays (no more than 5).

The text is submitted in a single file, formatted with 1" margins (2.54 cm) on all sides, flush left, in Microsoft Word, RTF, or PDF format (including tables, figures, or other graphic displays).

The main text is double-spaced, written in 12-point (preferably Garamond) font, contains no numbered or bulleted paragraphs, and adheres to the guidelines of 7th Edition of the Publication Manual of the American Psychological Association (APA), unless otherwise specified.

The prose is written in readable, professional English, Spanish, or Portuguese (chosen usage must be consistent), and has been appropriately proofread for grammar (e.g., active voice, limited personification) and conventions (e.g., spelling, punctuation, capitalization, paragraphing). Non-native speakers of English submitting manuscripts in English are strongly encouraged to use a copyediting service prior to submission.

The submission is entirely the work of the Author(s) and the first and last name, affiliation, e-mail address, and ORCID of Author(s) are included with the submission.

The submission is fully blinded, with Author names and all identifying information removed. If Author(s) are cited, only "Authors(s)" and Year are to be used in the text and references. Acknowledgements and information embedded in the automatic functions of word processing programs (e.g., Author(s)' names in file "properties") must be removed, and the file should not contain any comments or tracked changes.

The submission is not under consideration for publication by another journal, nor has it been previously published, unless an explanation of a special circumstance is provided in Comments to the Editor.

If the research detailed in the text involved human participants, the Author(s) complied with the applicable ethical and legal obligations for their countries, including approvals from appropriate institutional review boards (IRBs). IRB approval should be indicated in the methods section, or elsewhere (e.g., a footnote). Author(s) understand their professional obligation to maintain notes and data sets for a minimum of three years after publication.

The First Author of the manuscript agrees to participate as a reviewer for EPAA/AAPE, especially if the manuscript is accepted.

Author(s) confirm that there are no conflicts of interest to report.

All necessary permissions for extensive excerpts, original or revised figures, etc. have been acquired prior to submission.

EPAA/AAPE does not charge Author(s) a fee to publish, and we ask Author(s) to assist in the final formatting of their accepted articles. This assistance includes inserting the final, accepted version in the EPAA/AAPE journal template, in accordance with the EPAA/AAPE style guide, and conducting a final proofreading of the article 3-4 weeks prior to official publication. Lack of assistance on the part of Author(s) will, at minimum, cause a delay in publication.

SPECIAL NOTE: Given increasing numbers of submissions and varying demands required of editors and reviewers, EPAA/EPAA will not process submissions in English, Spanish, or Portuguese as per the following dates, each year:

- mid-December to mid-January

- the month of July

Author Guidelines

To maximize your article's discoverability and search results through search engine optimization, consider the following:

*Do not use long article titles

*Pick 5-8 keywords using a mix of generic and more specific terms on the article subject(s)

*Include some keywords in the title of the article

*Use the maximum amount of keywords in the first two sentences of the abstract

*Use some of the keywords in level 1 headings

Revista: Arquivos de Análise de Políticas Educacionais/Universidade Estadual do Arizona

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE PREPARAÇÃO DE ENVIO

Como parte do processo de submissão, os autores devem verificar a conformidade de sua submissão com todos os itens a seguir, e as submissões podem ser devolvidas aos autores que não aderirem a essas diretrizes.

A submissão pertence à política educacional e segue o foco e o escopo da revista.

A submissão tem um título, um conjunto de 3-5 palavras-chave, um resumo de não mais de 200 palavras e um texto total de não mais de 10.000 palavras (2.000 palavras se for um comentário). Esta

contagem de palavras não inclui referências (máximo de 50) ou texto escrito em tabelas, figuras ou outras exibições gráficas (não mais que 5).

O texto é enviado em um único arquivo, formatado com margens de 1" (2,54 cm) em todos os lados, alinhado à esquerda, no formato Microsoft Word, RTF ou PDF (incluindo tabelas, figuras ou outras exibições gráficas).

O texto principal está em espaço duplo, escrito em fonte 12 (de preferência Garamond), não contém parágrafos numerados ou com marcadores e segue as diretrizes da 7ª Edição do Manual de Publicação da American Psychological Association (APA), a menos que especificado de outra forma.

A prosa é escrita em inglês profissional legível, espanhol ou português (o uso escolhido deve ser consistente) e foi devidamente revisada para gramática (por exemplo, voz ativa, personificação limitada) e convenções (por exemplo, ortografia, pontuação, capitalização, paragrafação). Os falantes não nativos de inglês que enviam manuscritos em inglês são fortemente encorajados a usar um serviço de edição de texto antes da submissão.

A submissão é inteiramente obra do(s) Autor(es) e o nome e sobrenome, afiliação, endereço de e-mail e ORCID do(s) Autor(es) estão incluídos na submissão.

A submissão é totalmente cega, com os nomes dos autores e todas as informações de identificação removidas. Se o(s) Autor(es) for(em) citado(s), no texto e nas referências devem ser usados apenas "Autor(es)" e Ano. Agradecimentos e informações incorporadas nas funções automáticas dos programas de processamento de texto (por exemplo, nomes do(s) autor(es) nas "propriedades") do arquivo devem ser removidos e o arquivo não deve conter comentários ou alterações controladas.

A submissão não está sendo considerada para publicação por outro periódico, nem foi publicada anteriormente, a menos que uma explicação de uma circunstância especial seja fornecida em Comentários ao Editor.

Se a pesquisa detalhada no texto envolveu participantes humanos, o(s) autor(es) cumpriram as obrigações éticas e legais aplicáveis em seus países, incluindo aprovações dos comitês de revisão institucional (IRBs) apropriados. A aprovação do IRB deve ser indicada na seção de métodos ou em outro local (por exemplo, uma nota de rodapé). O(s) autor(es) entende(m) sua obrigação profissional de manter notas e conjuntos de dados por no mínimo três anos após a publicação.

O Primeiro Autor do manuscrito concorda em participar como revisor da EPAA/AAPE, especialmente se o manuscrito for aceito.

O(s) autor(es) confirma(m) que não há conflitos de interesse a relatar.

Todas as permissões necessárias para trechos extensos, figuras originais ou revisadas, etc. foram obtidas antes do envio.

A EPAA/AAPE não cobra do(s) autor(es) uma taxa para publicar, e pedimos ao(s) autor(es) que ajudem na formatação final de seus artigos aceitos. Essa assistência inclui a inserção da versão final aceita no modelo de periódico da EPAA/AAPE, de acordo com o guia de estilo da EPAA/AAPE, e a realização de uma revisão final do artigo 3 a 4 semanas antes da publicação oficial. A falta de assistência por parte do(s) Autor(es) irá, no mínimo, causar um atraso na publicação.

OBSERVAÇÃO ESPECIAL: Dado o número crescente de envios e as diversas demandas exigidas de editores e revisores, a EPAA/EPAA não processará envios em inglês, espanhol ou português nas seguintes datas, a cada ano:

- meados de dezembro a meados de janeiro
- o mês de julho

DIRETRIZES PARA O AUTOR

- Para maximizar a capacidade de descoberta e os resultados de pesquisa do seu artigo por meio da otimização do mecanismo de pesquisa, considere o seguinte:
- Não use títulos longos de artigos
- Escolha de 5 a 8 palavras-chave usando uma mistura de termos genéricos e mais específicos sobre o(s) assunto(s) do artigo
- Inclua algumas palavras-chave no título do artigo
- Use a quantidade máxima de palavras-chave nas duas primeiras frases do resumo
- Use algumas das palavras-chave nos títulos de nível 1

ANEXO B

NORMAS DA REVISTA MANUSCRITO II

Revista: Interface – Comunicação, Saúde, Educação

Submissão:

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, de acesso aberto, exclusivamente eletrônica, editada pela Universidade Estadual Paulista – Unesp, (Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu). Tem como missão publicar artigos e outros materiais relevantes sobre a Educação e Comunicação nas práticas de saúde, a formação de profissionais de saúde (universitária e continuada) e a Saúde Coletiva em sua articulação com a Filosofia, as Artes e as Ciências Sociais e Humanas, que contribuem para o avanço do conhecimento nessas áreas.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação integra a coleção de periódicos indexados na base SciELO e adota o sistema ScholarOne Manuscripts para submissão e avaliação de manuscritos (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Prioriza abordagens críticas e inovadoras e a pesquisa qualitativa e não cobra taxas para submissão e acesso aos artigos. Publica apenas textos inéditos e originais, sob a forma de artigos de demanda livre, analíticos e/ou ensaísticos, revisão de temas atuais, resenhas críticas, relatos de experiência, debates, entrevistas; e veicula cartas e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Também publica temas relevantes e/ou emergentes, desenvolvidos por autores convidados, especialistas no assunto. Não são aceitas traduções de textos publicados em outro idioma.

Os manuscritos submetidos passam por um processo de avaliação de mérito científico por pares, utilizando critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas ad hoc, pesquisadores da área do escopo do trabalho submetido, de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Interface segue os princípios da ética na publicação científica contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE) – <http://publicationethics.org> e utiliza o sistema Turnitin para identificação de plágio, licenciado pela Unesp.

Todo o conteúdo de Interface, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo CC-BY. Mais detalhes, consultar no site:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

A submissão de manuscritos é feita apenas online, pelo sistema ScholarOne Manuscripts. (<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>). Para mais detalhes sobre a submissão no sistema ScholarOne Manuscripts acesse o Guia do Autor:

(<https://clarivate.com/webofsciencegroup/download/41692/>)

Recomenda-se a leitura atenta das Instruções antes dos autores submeterem seus manuscritos à Interface, uma vez que a submissão está condicionada ao atendimento às normas adotadas pelo periódico. O não atendimento dessas normas poderá acarretar a rejeição da submissão na análise inicial.

SEÇÕES DA REVISTA

- Editorial – texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até duas mil palavras).
- Dossiê – conjunto de textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais de interesse para a revista (até seis mil palavras).
- Artigos – textos analíticos resultantes de pesquisas originais teóricas ou empíricas referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).
- Revisão – textos de revisão da literatura sobre temas consagrados pertinentes ao escopo da revista (até seis mil palavras).
- Debates – conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil e quinhentas palavras; réplica: até mil e quinhentas palavras).
- Relatos de experiência – textos embasados teoricamente que descrevam e analisem criticamente experiências relevantes para o escopo da revista (até cinco mil palavras).
- Entrevistas – depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).
- Resenhas – textos de análise crítica de publicações lançadas no Brasil ou exterior nos últimos dois anos, expondo novos conhecimentos além do simples resumo da publicação, sob a forma de livros, filmes ou outras produções recentes e relevantes para os temas do escopo da revista (até três mil palavras).
- Criação – textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.
- Notas breves – notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores e obituários com análise da obra e contribuição científica do homenageado (até duas mil palavras).
- Cartas ao editor – comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota

- Na contagem de palavras do texto incluem-se referências, quadros e tabelas e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, sem exceção, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a ordem de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido

Notas

- O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.
- As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.
- As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

- Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.
- Em documentos do Microsoft Office, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.
- Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do Adobe Acrobat.

- Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

- Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a cinco. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A autoria implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: a) concepção e delineamento do trabalho ou participação da discussão dos resultados; b) redação do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo; c) aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

Nota

- O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a três.

4 A página inicial do manuscrito (Documento principal) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

- Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.
- Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

- Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.
- Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

6 Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar apenas o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, em caso de imagens de pessoas deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos (torre) podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (Photoshop ou Corel Draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), com seus respectivos créditos ou legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

- No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado Apêndice [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou Anexo (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

10 Interface adota as regras da Convenção de Vancouver como estilo para citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

- A revista Interface Comunicação, Saúde, Educação alinha-se aos critérios da chamada Ciência Aberta e adotará paulatinamente seus princípios e suas práticas. Esse procedimento implica na:
- Adesão dos autores, facultativa, à divulgação de seus artigos no formato preprint.
- Recomendação aos autores da divulgação dos dados primários da pesquisa que deram origem a seu artigo em repositórios certificados.
- Valorização dos avaliadores, pela abertura de seus pareceres, quando assim desejarem.
- Na apresentação do manuscrito é importante saber o que constitui um preprint e como pode proceder para se integrar nessa primeira etapa da Ciência Aberta.
- O preprint disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela a sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de preprints (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

1 A submissão do manuscrito pode ser feita ao servidor SciELO preprints (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um doi que irá garantir sua divulgação internacional imediata.

2 Concomitantemente, caso o autor queira, pode submetê-lo à Interface Comunicação, Saúde, Educação. Os dois processos são compatíveis.

3 É possível optar por apresentar o manuscrito apenas à Interface Comunicação, Saúde, Educação. A submissão a repositório preprint não é obrigatória.

4 O processo de submissão é feito apenas on-line, no sistema ScholarOne Manuscripts. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “Autor” e iniciar o processo de submissão.

Nota

- No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “Editar Conta”,

localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como Áreas de expertise.

5 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para upload no sistema.

6 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

- Autor principal: vínculo institucional (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas um e-mail (preferencialmente institucional). ID do ORCID.
- Coautores: vínculo institucional (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

Notas

- Os dados de todos os autores devem incluir, obrigatoriamente, o ID do ORCID (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema ScholarOne, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar pelo menos a instituição a que o autor pertence e a sua função.
- Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.
- Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

Graduando do curso de ... Pós-graduando do curso..., indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

- Titulação, cargo e função dos autores não devem ser informados.
- Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.
- Exemplo: autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se Porto-Foresti, Fabio.
- Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (Documento principal), em campo específico do formulário de submissão.

Nota

- Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (Documento principal), em campo específico do formulário de submissão.

7 O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), na língua original do manuscrito e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

8 Ao fazer a submissão, em Página de Rosto, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como conflito de interesses deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito não envolva pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em Página de Rosto, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

9 Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

10 Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em Página de Rosto, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: a) concepção e delineamento do trabalho ou participação da discussão dos resultados; b) redação do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores

11 No caso de submissão de Resenha, em Página de Rosto o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor(es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor(es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (Documento principal), em campo específico do formulário de submissão.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

12 No item Contribuição à Literatura o autor deverá responder à seguinte pergunta:

O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

Nota

- Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho e o seu diálogo com a literatura internacional; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

13 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

14 Todo autor de manuscrito submetido à Interface – Comunicação, Saúde, Educação, deve preencher o Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta, disponível no sistema ScholarOne Manuscripts no momento da submissão. Ressalte-se que, caso o autor tenha depositado os dados de sua pesquisa em um repositório, deverá mencionar nesse documento a URL e seu respectivo link

AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

- Interface adota a política editorial estrita de avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares. Ressalta-se que a política de avaliação por pares acontecerá adotando-se os mesmos critérios para manuscritos com submissão em servidores de Preprints ou em outras plataformas
- Pré-avaliação: todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio e publicação no formato preprint (mediante o preenchimento do Formulário de Conformidade com a Ciência Aberta no momento da submissão), só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:
 - atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
 - dialoguem com a literatura internacional em torno do tema do artigo;
 - apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

Revisão por pares: o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão por pares (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas ad hoc, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram pequenas mudanças e/ou correções. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

Notas

- Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.
- A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Edição de artigo aprovado: uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, e o ID do ORCID, como já indicado no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS;
- revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;
- em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, antes das Referências, do item Contribuições dos autores, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS;
- em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das Referências, no item Agradecimentos.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

Notas

- Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.
- Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, publicados em um único volume ao ano, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, on-line e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções Dossiê, Artigos, Revisão e Relatos de experiência.

- 1 Para manuscritos com até 5000 palavras: R\$ 800,00
- 2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: R\$ 900,00
- No valor não está incluído o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse. Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.
- O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

NORMAS VANCOUVER

citações e referências

CITAÇÕES NO TEXTO

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

Exemplo:

Segundo Teixeira¹

De acordo com Schraiber²...

Casos específicos de citação

1 Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2 Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

Exemplo:

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” 2 (p. 13).

Notas

- No caso de a citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo:

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” 1 (p. 47).

- No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

Exemplo:

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”⁹ (p. 149)

- Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

Exemplo:

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

3 Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. 2 (p. 42)

Nota

Fragmento de citação no texto

- utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

REFERÊNCIAS (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus: <http://www.nlm.nih.gov>.

- As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo.
- A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:
- Dar um espaço após ponto.
- Dar um espaço após ponto e vírgula.
- Dar um espaço após dois pontos.
- Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

EXEMPLOS:

LIVRO

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

Exemplo:

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Sem indicação do número de páginas.

Notas

– Autor é uma entidade: SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

- Séries e coleções: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Exemplos:

- Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação do programa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

- Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

Exemplos:

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

** Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

Exemplos:

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

Exemplo:

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: www.google.com.br

* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

Exemplos:

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

Exemplo:

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

ARTIGO EM JORNAL

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

Exemplo:

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

CARTA AO EDITOR

Autor [cartas]. Periódico (Cidade). ano; v(n.): página inicial-final.

Exemplo:

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

ENTREVISTA PUBLICADA

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

Exemplo:

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):715-27.

- Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

Exemplo:

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):715-27.

DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

- Com paginação: Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. *Cardiovasc Res*. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

Sem paginação: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota

- Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em
http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

OUTRAS OBSERVAÇÕES

TÍTULOS E SUBTÍTULOS

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma [subtítulo],

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar [sub-subtítulo]

e assim sucessivamente.

Nota

- Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

Exemplo: 1 Introdução, 2 Metodologia... Fica apenas Introdução, Metodologia...

PALAVRAS-CHAVE

Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por (a), indicadas entre parênteses.

Nota

- Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

3 No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser (c)).

Nota

- Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO

- Devem estar entre aspas (aspas duplas).
- Interface não utiliza negrito ou itálico para destaque.
- Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.
- Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)

Emprega-se caixa alta:

- 1 No início de período ou citação.
- 2 Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.
- 3 Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

Nota

- Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com caixa baixa: o nordeste do Rio Grande do Norte.

4 Na palavra estado, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

5 Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

6 Em siglas:

- se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;
- se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

Nota

- Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

7 Na primeira letra de palavras que indicam datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

8 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

9 Na primeira letra de palavras que indicam áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

10 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

11 Na primeira letra de todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

12 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

13 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

14 Na primeira letra de palavras que indicam acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

15 Na primeira letra de palavras que indicam nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

EMPREGA-SE CAIXA BAIXA:

1 Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

2 Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

USO DE NUMERAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez;
- dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...
- quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.
- unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

ESCREVER EM ALGARISMOS NUMÉRICOS:

- a partir do número 11;
- quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

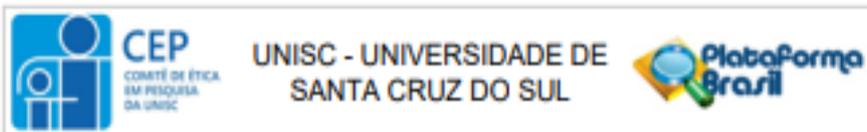
USO DE CARDINAIS

Escrever por extenso:

- de zero a dez.

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Formação profissional para a promoção da saúde: realidade, desafios e potências da descentralização de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

Pesquisador: PAULA LOPES GOMIDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54188121.5.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.169.335

Apresentação do Projeto:

A formação profissional está presente oficialmente nas políticas públicas de saúde enquanto condição necessária para potencializar e operacionalizar a Promoção da Saúde nas redes de atenção à saúde. Entre os atores que viabilizam este processo destacam-se os sujeitos que integram os Programas de Residência Multiprofissional (PRM). A possível invisibilidade da temática da Promoção da Saúde (PS) nos registros oficiais dos PRMs, podem contrastar com a riqueza da experiência cotidiana dos diferentes atores destes programas na implementação de ações teórico-práticas em PS. A partir da compreensão de que a centralidade das proposições das políticas públicas de saúde e a descentralização das ações formativas e interprofissionais da área da saúde pertencem ao mesmo processo, apresenta-se a seguinte questão de pesquisa: Como as diretrizes da formação profissional em saúde, presentes nas políticas públicas da área, desenvolvem-se em diferentes cenários descentralizados de Programas de Residência Multiprofissional em saúde?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o desenvolvimento das estratégias descentralizadas de educação interprofissional em Promoção da Saúde nos territórios relacionando-as à centralidade das diretrizes de formação profissional presentes nas políticas públicas na área da saúde.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-000
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7080 **E-mail:** cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5-189.335

Objetivo Secundário:

a) Identificar os desafios e potencialidades da descentralização das ações de formação em saúde dos PRMS nos territórios e da centralidade das políticas de Promoção da Saúde; b) Descrever o desenvolvimento do processo de formação em Promoção da Saúde presente nas ações formativas dos PRMs; c) Identificar os conceitos de Promoção da Saúde presentes nas ações formativas dos PRMs; d) Analisar a relação entre a formação profissional em e para a promoção da saúde nos PRMs e a presença ou ausência desta temática no currículo oficial; e) Analisar a coerência do referencial teórico da Educação em Saúde dos currículos dos PRMS, do ponto de vista ético e epistemológico, com as diretrizes da Promoção da Saúde; f) Identificar o desenho curricular necessário para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios bem descritos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e comparativo, com abordagem qualitativa. A população da pesquisa será constituída por dois programas de residência em saúde descentralizados do país, ofertados pela Escola de Saúde Pública do Ceará e Escola de Saúde Pública de Pernambuco. A coleta de dados deste estudo será realizada através de duas etapas: Entrevista semi-estruturada e levantamento documental e os dados serão analisados através de análise temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos termos obrigatórios estão de acordo com os exigidos pelo CEP

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Alerta-se o pesquisador responsável para a necessidade de realizar e encaminhar ao CEP-UNISC, via Plataforma Brasil, os Relatórios Parciais de Acompanhamento da Pesquisa e o Relatório Final de Acompanhamento da Pesquisa. Os formulários para os relatórios estão disponíveis no link do CEP-

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário CEP: 96.815-900

UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.189.005

UNISC (<https://www.unisc.br/pt/pesquisa/comite-de-etica>), aba Documentação, Arquivo "Modelo de Relatório Parcial ou Final de Pesquisa". É o mesmo formulário para ambos os relatórios (as marcações no próprio formulário é que diferem, a depender da natureza do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1871806.pdf	07/12/2021 14:53:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto.pdf	07/12/2021 14:48:10	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto_de_tese.pdf	07/12/2021 14:47:20	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_tese_final.pdf	07/12/2021 14:45:42	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito
Outros	autorizacao_ceara.pdf	07/12/2021 14:44:24	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito
Outros	autorizacao_pemambuco.pdf	07/12/2021 14:44:07	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito
Outros	Carta_apresentacao.pdf	07/12/2021 14:38:04	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/12/2021 14:26:58	PAULA LOPES GOMIDE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 16 de Dezembro de 2021

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2293 - Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário CEP: 96.815-900
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51) 3717-7680 E-mail: cep@unisc.br

ANEXO D
COMPROVANTE DE SUBMISSÃO – MANUSCRITO I

19/05/2023, 11:48

Gmail - [AAPE] Agradecimento pela Submissão



Paula Lopes Gomide <plgomidehau@gmail.com>

[AAPE] Agradecimento pela Submissão

3 mensagens

EPAA/AAPE via Open Journal Systems <noreply@journals.publicknowledgeproject.org>

17 de maio de 2023 às
21:44

Responder a: EPAA/AAPE <epaa@asu.edu>

Para: PAULA GOMIDE <plgomidehau@gmail.com>

Prezado/a PAULA GOMIDE,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "O campo temático da Promoção em Saúde na Formação Profissional: : análise dos marcos legais de Brasil e Argentina sobre Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde" para Arquivos Analíticos de Políticas Educativas. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://epaa.asu.edu/index.php/epaa/authorDashboard/submission/8194>

Login: paula-gomide

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Obrigado,
EPAA/AAPE