



ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE SAÚDE

ALLYNE MATOS NOGUEIRA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PERCEPÇÕES DE EGRESSOS SOBRE UM
PROGRAMA REGIONALIZADO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA EM
PERNAMBUCO

CARUARU

2024

ALLYNE MATOS NOGUEIRA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PERCEPÇÕES DE EGRESSOS SOBRE UM
PROGRAMA REGIONALIZADO DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA EM
PERNAMBUCO**

Pesquisa apresentada ao Programa Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito para Defesa do Trabalho de Conclusão de Residência.

Orientadora: Me. Célia Maria Borges da Silva Santana

Coorientadora: Me. Cindy Avani Silva Ceissler

CARUARU

2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

N778p

Nogueira, Allyne Matos.

Perfil sociodemográfico e percepções de egressos sobre um programa regionalizado de residência em saúde coletiva em Pernambuco / Allyne Matos Nogueira. _ Caruaru – PE, 2024.

40 fls.

Orientador: Msa. Célia Maria Borges da Silva Santana.

Coorientador: Msa.Cindy Avani Silva Ceissler.

Artigo-TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde Pública da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE)

1. Internato e Residência. 2. Saúde Pública. 3. Regionalização da saúde. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 311.212: 314.18:614(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico de egressos e suas percepções sobre um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no estado de Pernambuco, realizado por meio de um estudo do tipo descritivo, com abordagens quantitativas, desenvolvido por meio de questionários individuais autoaplicáveis pelo *Google Forms*. Entre os resultados, destacam-se como potencialidades a singularidade do programa como única oferta para a formação de sanitaristas no interior do Estado, a permanência de egressos em municípios das regiões de saúde onde cursaram a Residência, oportunidades profissionais proporcionadas na vida pós residência. Entre as fragilidades foram apontadas questões estruturais do SUS, complexidade para uma maior integração entre a equipe pedagógica do Programa, considerando principalmente o distanciamento dos campos de prática com a sede da instituição formadora, localizada na capital do estado. A realização desta pesquisa apresentou dados que apontam subsídios para avaliar o processo de formação executado pelo Programa de Residência em questão, de 2014 a 2022, a partir da perspectiva dos egressos. No que se refere ao desenvolvimento de residências regionalizadas, sugere-se a realização de mais estudos, que venham trazer maiores contribuições na compreensão de outros aspectos envolvidos na sua operacionalização e que não foram contemplados no atual estudo.

Palavras-chave: internato e residência; saúde pública; regionalização da saúde.

SUMMARY

This work aimed to understand the sociodemographic profile of graduates and their perceptions about a Multidisciplinary Residency Program in Public Health in the state of Pernambuco, carried out through a descriptive study, with quantitative and qualitative approaches, developed through individual questionnaires self-applicable via *Google Forms*. Among the results, potentialities include the uniqueness of the program as the only offer for the training of public health professionals in the interior of the State, the permanence of graduates in municipalities in the health regions where they completed their Residency, and professional opportunities provided in post-residency life. Among the weaknesses were highlighted structural issues of the SUS, complexity for greater integration between the Program's pedagogical team, mainly considering the distance between the fields of practice and the headquarters of the training institution, located in the state capital. Carrying out this research presented data that provide support for evaluating the training process carried out by the Residency Program in question, from 2014 to 2022, from the perspective of graduates. With regard to the development of regionalized residences, it is suggested that further studies be carried out, which will bring greater contributions to the understanding of other aspects involved in their operationalization and which were not included in the current study.

Keywords: internship and residence; public health, regionalization of health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	METODOLOGIA	7
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	24
	ANEXO A – Normas da revista científica	28
	ANEXO B–Termo de consentimento livre e esclarecido	35
	ANEXO C– Questionário para Egressos	38

1 INTRODUÇÃO¹

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se constitui como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, que acontece em serviço. A RMS foi instituída pela Lei n. 11.129 de 30 de junho de 2005 e é destinada a categorias profissionais de saúde, excetuando a médica, com a finalidade de favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais de saúde no mercado de trabalho (Brasil, 2005). A residência multiprofissional funciona com dedicação exclusiva, exigindo o cumprimento de 60h semanais, sendo 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas e teórico-práticas.

Diante disso, a RMS tem o objetivo de formar profissionais que estejam alinhados com os princípios e diretrizes do SUS, sendo pautados pela construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente em saúde e reorientação das lógicas tecnoassistenciais (Carneiro *et al.*, 2021). Assim, faz-se necessário entender o processo de construção das Residências em Área Profissional da Saúde, que integram as profissões de saúde que não são a medicina.

O processo de formação na RMS intenciona a mudança do modelo de atenção à saúde de modo a construir integralidade e interdisciplinaridade, promovendo integração entre gestores, profissionais, população e os campos da saúde e educação (Silva, Araújo, 2019; Silva, 2018). Em revisão de literatura de 2019 sobre as RMS foi encontrado que a maioria das publicações são do Sudeste do Brasil e que há poucas publicações de residentes sobre suas experiências e vivências, sendo encontrado prioritariamente trabalhos de dissertação de mestrado e teses sobre o tema (Silva, Araújo, 2019).

Em 2022, Pernambuco tinha 8 (oito) COREMUS, que são as Comissões de Residência Multiprofissional em Saúde (Santana *et al.*, 2022), que integram várias residências uni e multiprofissionais em saúde, na Atenção Primária, Hospitalar e na Gestão. A maior parte dessas residências em saúde concentra-se na Região Metropolitana do Recife. Com a interiorização das universidades para o interior de Pernambuco, também foi possível interiorizar as Residências em saúde, junto ao apoio da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), que teve papel crucial nesse processo.

A ESPPE iniciou seu trabalho como Escola de Saúde Pública no movimento de redemocratização e da Reforma Sanitária que culminou na criação do SUS, em 1989, com a missão de formar os trabalhadores de nível fundamental e médio, que não tinham qualificação para as funções exercidas nos serviços de saúde (Santana *et al.*, 2022). Foi em 2013 por meio

¹Monografia em formato de artigo a ser submetido à Revista Trabalho, Educação e Saúde cujas normas encontram-se no Anexo A.

da lei estadual 15.066 que se tornou Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, ampliando sua atuação com a oferta de residências e especialização *lato sensu* (Pernambuco, 2013a).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (PRMSC-Redes) foi aprovado por meio do Edital Pró-Residência nº 28/2013, com abrangência em 8 regiões de saúde, que têm suas sedes localizadas em Goiana, Caruaru, Garanhuns, Salgueiro, Arcoverde, Serra Talhada, Afogados da Ingazeira e Ouricuri (ESPPE, 2022). Iniciou em 2014 e hoje, com quase uma década de Programa, formou 194 sanitaristas, com 56 vagas de sete categorias a cada dois anos (ESPPE, 2022). As categorias incluídas são enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. É formado por corpo docente assistencial composto por coordenação, tutoria, Orientação Clínica Pedagógica (OCP) e preceptoria, além dos professores que ministram os módulos teóricos.

A regionalização é o fio condutor deste Programa e constitui-se como um dos principais princípios do SUS, que propõe o acesso equitativo diante da desigualdade na distribuição dos equipamentos de saúde e concentração destes nos grandes centros urbanos. Em Pernambuco, em 2009 foi deflagrada a construção da regionalização no estado e em 2011 foi criado o Plano Diretor de Regionalização, que estabelece que as 12 regiões e 4 macrorregiões são definidas por critérios como análise dos fluxos assistenciais existentes; regiões potenciais de investimentos previstos pelo Governo Estadual, entre outros (Pernambuco, 2011).

Assim sendo, para melhor compreensão de como o PRMSC-Redes tem sido vivenciado na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em Pernambuco pelos residentes, torna-se necessário entender o perfil sociodemográfico e profissional pós Residência de profissionais egressos deste Programa. Além disso, também será considerado as percepções sobre o PRMSC-Redes, quanto às suas fragilidades e potencialidades, e contribuições para a vida pós Residência, por esses mesmos atores. Visto que o PRMSC-Redes foi o primeiro programa de residência regionalizado no estado e está prestes a completar 10 anos de implantação, estando em sua quinta turma, é relevante compreender as suas contribuições e colaboração no desenvolvimento da organização das Redes de Atenção à Saúde ao longo desse período, a partir dos atores que vivenciaram sua execução, entre estes, os residentes egressos.

Reconhecendo as potencialidades e fragilidades da formação que podem ser apontadas por esses atores, serão favorecidas as mudanças na condução do Programa, de forma a potencializar os recursos existentes para organização das RAS. Também é importante considerar que a Residência em saúde é um alto investimento em educação em serviço dos

governos federal e estadual, que precisa de uma contrapartida para a sociedade junto ao SUS, e é por meio de pesquisas que podemos investigar como isso está acontecendo. Diante disso, o objetivo deste trabalho é conhecer o perfil sociodemográfico dos egressos e suas percepções sobre o PRMSC-Redes na experiência de formação profissional de sanitarista.

2 METODOLOGIA

O estudo foi do tipo descritivo e com abordagens quanti-qualitativas, desenvolvido por meio de questionários individuais autoaplicáveis pelo *Google Forms*. A pesquisa descritiva visa caracterizar a população e/ou o fenômeno estudado, podendo ser incluído o objetivo de “levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população” (Gil *et al.*, 2002), como é o caso de entender a percepção dos egressos sobre o problema em questão. A pesquisa qualitativa compreende que as informações obtidas não são quantificáveis e está voltada para a interpretação dos fenômenos e atribuição de sentidos (Gil *et al.*, 2002).

O campo delimitado para o estudo é formado por oito regiões de saúde de Pernambuco que abrange e são campos de atuação do PRMSC-Redes (IV V, VI, VII, IX, X, XI e XII regiões de saúde). A população do estudo é de 194 egressos e a pesquisa foi do tipo censitária, envolvendo todos os egressos, sendo realizada do período de março a dezembro de 2023.

O formulário foi enviado por e-mails aos participantes, segundo cadastro na ESPPE. Inicialmente foi solicitada a anuência por meio de consentimento após leitura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse questionário foi solicitado que se respondesse quatro blocos de perguntas: dados sociodemográficos, dados de formação, dados profissionais e sobre o PRMSC-Redes. Estas últimas questões foram abertas e questionavam sobre experiências prévias, motivações para escolha do programa de residência, contribuições profissionais, potencialidades e fragilidades do PRMSC-Redes.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, com distribuição de frequência. Já os dados qualitativos, por meio da Análise de Conteúdo (Bardin, 1977) que é dividida em três fases: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na fase de pré-análise é preciso que haja a escolha dos documentos para serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final (Bardin, 1977). Na segunda fase, de exploração do material, é o momento de criação das categorias para análise por meio da categorização (Souza; Santos, 2020). E a última fase, de tratamento dos resultados, é a análise reflexiva e crítica que busca a significação de mensagens, debruçando-se sobre as inferências e interpretações dos resultados (Souza; Santos, 2020).

O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória (CEP/CAV), CAAE 61276222.2.0000.5208, número do parecer 5.758.306. A presente pesquisa apresenta-se enquanto recorte de projeto aprovado em edital de fomento da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia de Pernambuco (FACEPE), a partir

da chamada pública nº19/2022 do Programa Estadual de Pesquisa Aplicada ao SUS (PPSUS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), intitulado "Programa regionalizado de Residência em Saúde Coletiva: contribuições para organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Pernambuco".

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 194 egressos, foram obtidas 62 respostas, e após a exclusão de inconsistências, como respostas repetidas ou incompletas, restaram 60 respostas válidas, que corresponde a 30,9% dos egressos. A faixa etária dos participantes variou entre 27 e 49 anos, apresentando uma média de 32,9 anos e uma mediana de 32,0 anos.

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos dos respondentes, onde observa-se que uma porcentagem maior da identidade de gênero de mulher cis, representando 80% do total de egressos respondentes, sem nenhum egresso trans. Esse é um reflexo da feminização na área da saúde, frequentemente assinalado e encontrado também em outras pesquisas sobre egressos de residência multiprofissional (Kveller, Castoldi e Kijner, 2017; Pasini *et al.*, 2020).

Em relação à raça/cor, a maior porcentagem foi da raça parda, de 58,3%, seguida da raça branca com 31,7%. Esse dado difere de outro estudo com perfil de egressos, que tem a maioria autodeclarada da raça branca (Pasini *et al.*, 2020). As relações étnico-raciais e letramento racial ainda é uma temática pouco abordada nos currículos e formação em saúde no Brasil, como pode-se verificar em pesquisa sobre preenchimento do quesito raça/cor nos formulários em saúde (Araújo *et al.*, 2010). Há uma fragilidade nesse conhecimento, de modo que os dados referentes a isso podem ser questionados.

No que se refere ao estado civil, 50% dos egressos se declararam solteiros e 63,3% não possuem filhos. Relativo à renda familiar, 21,7% recebem mais do que 5 salários mínimos e quase metade dos respondentes recebem até 3 salários mínimos. A baixa remuneração é corroborada por pesquisa realizada com editais de concursos públicos para cargos na gestão do SUS, onde foi observado que o vencimento médio dos cargos foi de R\$2.866,77 e a carga horária média de 34 horas semanais (Cezar *et al.*, 2015).

Tabela 1: Dados sociodemográficos de egressos de programa regionalizado de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Pernambuco, 2024.

	n	%
Faixa Etária		
26 a 30 anos	16	26,7
31 a 35 anos	34	56,7
36 a 40 anos	7	11,7
40 anos ou mais	3	5,0
Identidade de gênero		
Homem cisgênero	12	20,0
Mulher cisgênero	48	80,0
Raça/cor		
Amarela	1	1,7
Branca	19	31,7
Indígena	1	1,7
Parada	35	58,3
Preta	4	6,7
Naturalidade (Estado)		
Pernambuco	50	83,3
São Paulo	3	5,0
Alagoas	3	5,0
Ceará	2	3,3
Paraíba	1	1,7
Rio Grande do Norte	1	1,7
Estado de Residência Atual		
Pernambuco	54	90,0
Alagoas	3	5,0
Ceará	1	1,7
Distrito Federal	1	1,7
Fora do país	1	1,7
Estado civil		
Solteira(o)	30	50,0
Casada(o)	27	45,0
União estável	2	3,3
Divorciada(o)	1	1,7
Possui filhos(as)?		
Não	38	63,3
Sim	22	36,7
Renda familiar		
até 1 SM	1	1,7
até 2 SM	11	18,3
até 3 SM	17	28,3
até 4 SM	18	30,0
Mais de 5 SM	13	21,7

Fonte: O autor.

Quanto à formação, dados apresentados na tabela 2, entre os respondentes 23,3% tinham graduação em fisioterapia e 20% em enfermagem. Também foi observado que 80% dos egressos que responderam se graduaram em Pernambuco e 61,7% respondeu que se graduou

em instituição pública. A especialização foi a maior titulação da maioria dos respondentes (83,3%), o que sugere a ausência da oferta de pós-graduação na modalidade *stricto sensu* no interior do estado, ressaltando a importância da formação regionalizada de sanitaristas que atuarão na gestão pública da saúde no estado.

A maior porcentagem quanto ao ano de ingresso na residência em relação ao tempo de conclusão da graduação, foi a que ingressou três anos ou mais após a graduação (35%), seguido de quem ingressou no ano de conclusão da graduação (28,3%). Isso reforça o objetivo da política de Residências em Saúde de favorecer a inserção de profissionais recém-formados e que é uma tendência encontrada em outras pesquisas sobre egressos de RMS (Costa Brasil, Oliveira e Vasconcelos, 2017; Pasini *et al.*, 2020; Kveller, Castoldi e Kijner, 2017).

Além disso, o PRMSC-Redes foi o primeiro programa de residência de 91,7% do total dos respondentes, tendo apenas 8,3% oriundos de outros programas de residência, fato que também reforça a importância de oportunizar a formação de sanitaristas na modalidade Residência em Saúde em local distinto da capital do estado, localizada no litoral. Do total de respondentes, 88,3% residiu no mesmo município que a cidade sede durante a residência.

Tabela 2: Dados de formação de egressos de programa regionalizado de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Pernambuco, 2024.

	n	%
(continua)		
Curso de Graduação:		
Fisioterapia	14	23,3
Enfermagem	12	20,0
Nutrição	10	16,7
Serviço Social	8	13,3
Psicologia	8	13,3
Farmácia	7	11,7
Terapia Ocupacional	1	1,7
Estado da Instituição de Graduação		
Pernambuco	48	80,0
Alagoas	2	3,3
Paraíba	6	10,0
Ceará	2	3,3
Maranhão	1	1,7
Rio Grande do Norte	1	1,7
Natureza jurídica da instituição		
Pública	37	61,7
Privada	23	38,3
Maior titulação:		
Especialização	50	83,3
Mestrado	10	16,7
	n	%
Área de concentração da maior titulação:		
Saúde Coletiva - Saúde Pública	37	61,7
Enfermagem - Enfermagem de Saúde Pública	6	10,0

Fisioterapia e Terapia Ocupacional	6	10,0
Nutrição	3	5,0
Psicologia	3	5,0
Serviço Social	2	3,3
Farmácia	2	3,3
Enfermagem	1	1,7
Ano de ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde:		
2014	12	20,0
2016	14	23,3
2018	14	23,3
2020	20	33,3
Ano da aprovação no processo seletivo da residência:		
No ano de conclusão da graduação	17	28,3
Um ano após finalizar a graduação	9	15,0
Dois anos após finalizar a graduação	13	21,7
Três anos ou mais após finalizar a graduação	21	35,0
O PRMSC-Redes foi o primeiro programa de Residência que você concluiu?		
Não	5	8,3
Sim	55	91,7
Qual programa de Residência você concluiu anteriormente?		
Coremu UFPE - Residência Multiprofissional em Saúde da Família do CCS/UFPE	1	1,7
Coremu UNIVASF - Residência em Urgência e Emergência	1	1,7
Coremu ASCES - Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família	1	1,7
Coremu UPE - Residência Multiprofissional em Saúde da Família	1	1,7
Coremu UPE - Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase na saúde da população do Campo	1	1,7
Em qual Região de Saúde você atuou durante o PRSMC-Redes?		
IV Região de Saúde – Caruaru	10	16,7
V Região de Saúde – Garanhuns	6	10,0
VI Região de Saúde – Arcoverde	5	8,3
VII Região de Saúde – Salgueiro	8	13,3
IX Região de Saúde – Ouricuri	13	21,7
X Região de Saúde - Afogados da Ingazeira	7	11,7
XI Região de Saúde - Serra Talhada	8	13,3
XII Região de Saúde – Goiana	3	5,0
Município de moradia durante a Residência mesmo da cidade sede?		
Sim	53	88,3
Não	7	11,7

Fonte: O autor.

Em relação aos dados profissionais atuais (tabela 3), entre os respondentes, 61,7% dos egressos trabalham apenas no setor público e 20% trabalham no setor público e no privado. A maioria que trabalha no setor público está atuando no âmbito estadual (38,8%), seguido do municipal (34,7%), com apenas 8,2% em âmbito regional. Também se percebeu que do total, mais da metade atua na gestão (57,1%), seguida da assistência (36,7%). Esse resultado indica que o objetivo da formação do Programa para a gestão é alcançado quando mais da metade dos egressos qualificados atuam no campo em questão.

No setor público, 83,7% têm apenas um vínculo, enquanto 16,3% têm dois vínculos de trabalho. Quanto ao tipo de vínculo, a maioria (38,8%) é contrato temporário, seguido do estatutário (34,7%). Entre os órgãos de atuação ocupados por esses egressos, a maior parte está

na Secretaria Estadual de Saúde (30,6%); seguida de Secretarias Municipais de Saúde (22,4%) e Hospitais Regionais (12,2%).

O tipo de vínculo de contrato temporário está entre os mais precarizados e que refletem a atual condição do mercado de trabalho e no SUS (Costa Brasil, Oliveira e Vasconcelos, 2017). A precarização do trabalho em saúde prejudica o bom funcionamento do sistema quando contribui para a alta rotatividade de profissionais nos serviços e insatisfação no trabalho, quando os trabalhadores de saúde precisam ser vistos como sujeitos de transformação e não meros cumpridores de tarefas (Brasil, 2006).

Há no cenário global “redução do seguro desemprego, perda da estabilidade no emprego, desvalorização do poder de compra do salário mínimo, flexibilidade salarial e da jornada de trabalho, (...)” e no Brasil, é possível observar a fragilidade da regulação do mercado de trabalho, especialmente na área da saúde (Martins; Molinaro, 2013). Outras pesquisas que falam sobre a inserção profissional de egressos de RMS no SUS também mostram a frequência desses vínculos precarizados apesar da especialização (Flor *et al.*, 2021; Costa Brasil, Oliveira e Vasconcelos, 2017).

Do total, 49% dos egressos estão trabalhando nos municípios da região onde fizeram sua residência. Considerando que quase metade dos egressos optaram por permanecer atuando nas regiões onde realizaram a residência, pode-se afirmar que o PRMSC-Redes também contribuiu significativamente para a qualificação de profissionais no interior de Pernambuco. É importante ressaltar que, mesmo aqueles que não estão nas regiões onde se graduaram, o fato de terem completado sua formação em áreas do interior é um diferencial considerável para sua atuação em diversos contextos, especialmente na Região Metropolitana da capital do estado, bem como em outros estados e mesmo no âmbito federal.

Tabela 3: Dados de atuação profissional de egressos de programa regionalizado de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Pernambuco, 2024.

	n	%
Setor produtivo da ocupação profissional atual:		
Apenas no setor privado	6	10,0
Apenas no setor público	37	61,7
Em ambos os setores, público e privado	12	20,0
Instituição filantrópica	1	1,7
Não estou trabalhando no momento	2	3,3
Pós-graduação stricto sensu	2	3,3
Considerando sua atuação no setor público, cite o âmbito do local de atuação:		
Estadual	19	38,8
Municipal	17	34,7
Regional	4	8,2
Municipal e Estadual	3	6,1
Nacional	2	4,1
Regional e Estadual	2	4,1
Municipal e Regional	2	4,1
Área de atuação:		
Gestão (considera gestores e apoio técnico)	28	57,1
Assistência	18	36,7
Assistência e Docência	1	2,0
Assistência e Conselho de Direitos	1	2,0
Educação	1	2,0
Quantidade de vínculos no setor público:		
1	41	83,7
2	8	16,3
Tipo de vínculo:		
Contrato temporário	19	38,8
Estatutário	17	34,7
Cargo em comissão	4	8,2
Estatutário e Contrato temporário	4	8,2
Contrato CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)	3	6,1
Contrato temporário e Contrato CLT (Consolidação das Leis do Trabalho)	1	2,0
Estatutário e Bolsista	1	2,0
Órgão de atuação:		
Secretaria Estadual de Saúde	15	30,6
Secretaria Municipal de Saúde	11	22,4
Hospital Regional	6	12,2
Secretaria Estadual de Educação	3	6,1
Policlínica	2	4,1
Secretaria Municipal de Saúde e Hospital Regional	2	4,1
Área indígena- Distrito Sanitário Especial Indígena Alagoas e Sergipe	1	2,0
Hospital	1	2,0
Hospital Regional e Programa mãe coruja	1	2,0
Programa Mãe coruja	1	2,0
Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho	1	2,0
Secretaria Municipal de Saúde e Policlínica	1	2,0

Secretaria Municipal de Saúde e SAD	1	2,0
Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde	1	2,0
UFPE	1	2,0
Unidade Básica de Saúde	1	2,0
O Município de atuação fica na mesma Região que fez a Residência?		
Não	25	51,0
Sim	24	49,0

Fonte: O autor.

Ainda no mesmo formulário disponibilizado por endereço eletrônico, os 60 egressos que participaram desta pesquisa responderam a cinco perguntas abertas. As respostas foram organizadas pelas categorias de análise correspondentes com os temas de cada questão, as subcategorias encontradas e sua frequência, conforme quadro abaixo:

Quadro 1: Categorias de análise das respostas às perguntas abertas

Categorias de análise	Subcategorias	Frequência	
		n	%
Experiências prévias	Sem experiência profissional	16	26,6
	Foi residente em outro programa	3	5
	Com experiência profissional prévia	41	68,3
Motivações para escolha do PRMSC-Redes	Titulação	12	20
	Experiência profissional	11	18,3
	Interesse na área	23	38,3
	Financeira	2	3,3
	Regionalização	12	20
Contribuições do PRMSC-Redes no pós-residência	Aprovação no Mestrado	2	3,3
	Oportunidades profissionais	17	28,3
	Atuação e Experiência Profissional	35	58,3
	Formação continuada	1	1,6
	Nenhuma/Não soube responder	5	8,3
Potencialidades do PRMSC-Redes	Interiorização	13	21,6
	Formação integrada à RAS ^a	36	60
	Contribuição para a RAS ^a	6	10
	Trabalho em equipe	3	5
	Propostas teórico-práticas	1	1,6
	Ampliação de oportunidades	1	1,6
Fragilidades do PRMSC	Componente prático e teórico-prático	15	25
	Preceptoria	17	28,3
	OCP ^b	3	5
	Componente teórico	8	13,3
	Condução do programa	14	23,3
	Inserção profissional pós-residência	1	1,6

Nenhuma	1	1,6
---------	---	-----

^a Rede de Atenção à Saúde, ^b Orientador Clínico Pedagógico

Fonte: O autor.

Em relação à experiência prévia, observou-se que a maioria dos respondentes tiveram atuação profissional anteriormente ao ingresso no programa de residência (68,3%), incluindo experiências em setores público e privado. Do total, 26,6% não tiveram experiência profissional prévia, resultado semelhante a outra pesquisa sobre egressos de RMS, em que 26% dos egressos não tinham experiência profissional antes da residência (Costa Brasil; Oliveira; Vasconcelos, 2017).

Quanto às motivações para escolha do PRMSC-Redes, foram encontradas cinco subcategorias: titulação, experiência profissional, interesse na área, motivação financeira e regionalização. Em relação à titulação, os respondentes expuseram o interesse em melhorar o currículo por meio da formação em modalidade residência em saúde. Já para a experiência profissional foi relatada a busca por experiência na área da gestão da saúde. A motivação financeira foi a menos citada pelos respondentes, apesar da oferta de bolsas com valores superiores à renda mensal média de profissionais da gestão pública da saúde (Cezar *et al.*, 2015).

O motivo mais indicado pelos respondentes para escolha do PRMSC-Redes foi o interesse na área, onde relatou-se o interesse nas áreas de saúde coletiva, pública e gestão em saúde. O campo da Saúde Coletiva inclui pesquisas e práticas que estão buscando delimitar sua abrangência e diferenciar-se do conceito de saúde pública. Ambos conceitos muitas vezes se confundem e há questionamento sobre as implicações de se utilizar um ou outro, em diferentes contextos, como questiona Campos (2000): “o que aquela troca de nomes revelou de novo? Que rupturas, de fato, aconteceram? O que existe de continuidade?”.

Nesse sentido, a expressão saúde coletiva vem sendo utilizada desde os anos 60 e inclui as matérias de epidemiologia, estatística, planejamento e gestão, sendo colocado a abordagem das ciências sociais e determinação social da saúde como o redimensionamento e categoria analítica privilegiada deste núcleo de saberes (Paim, Almeida-filho, 2014; Campos, 2000). Dessa forma, a saúde coletiva se inscreve no histórico de saúde pública, que tem uma trajetória de especializações anterior ao SUS com “formação de técnicos atuantes nas diversas áreas de saúde pública, como médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias, engenheiros e guardas sanitários” (Lima, Fonseca, 2004) desde os anos 30.

Também foi observado que a regionalização foi uma motivação elencada em sua maioria pelos egressos de regionais mais distantes da capital, do sertão do estado.

Considerando-se a extensão territorial do Brasil, algumas literaturas apontam a desigualdade na concentração e oferta de serviços de saúde que acompanha a má distribuição de profissionais e de cursos de graduação e pós-graduação (Sarmiento *et al.*, 2017).

Desse modo, ainda podemos ver maior concentração de serviços e residências em saúde na região Sudeste, apesar disso, de 2010 a 2015 Pernambuco foi o estado que mais concentrou residências em saúde no norte-nordeste (Sarmiento *et al.*, 2017).

Em Pernambuco, no último Edital unificado de RMS (Anexo V, UPENET) para as turmas 2024-2026 foram ofertadas no Perfil Hospitalar, na Modalidade Uniprofissional 230 vagas, tendo apenas 6 dessas para fora da Região Metropolitana do Recife (capital); no Perfil Atenção Básica e Redes de Atenção à Saúde, na Modalidade Multiprofissional 149 vagas, com 27 dessas vagas para o interior do estado, nos campus da UFPE em Vitória de Santo Antão, UPE em Garanhuns e UNIVASF em Petrolina.

No Perfil Hospitalar, na Modalidade Multiprofissional foram ofertadas 103 vagas, destas 19 são no interior do estado com vagas pela ESPPE em Garanhuns e pela UPE e UNIVASF em Petrolina; no Perfil Saúde Coletiva, Modalidade Multiprofissional 48 vagas são ofertadas na capital do estado e no Perfil Saúde Coletiva - Regionalização em Saúde são ofertadas 56 vagas distribuídas por todo o estado (do litoral ao sertão). No Perfil Saúde Coletiva Ampla Concorrência são 34 vagas localizadas mais uma vez na capital Recife.

Ao todo foram ofertadas 620 vagas na RMS com apenas 108 vagas fora da Região Metropolitana do estado, sendo dessas 108, mais da metade (56) ofertada pelo Programa de Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Saúde, objeto desta pesquisa. Tais dados reforçam a importância desse Programa de Residência ser regionalizado.

A terceira questão sobre as contribuições do PRMSC-Redes na vida pós residência encontrou 5 categorias: aprovação no Mestrado, oportunidades profissionais, atuação e experiência Profissional, formação continuada e nenhuma/não soube responder. A maior porcentagem foi para atuação e experiência profissional (58,3%), onde foram relatadas as possibilidades de compreensão da atuação no SUS:

A residência me possibilitou um olhar muito mais abrangente para minha prática, não somente no SUS, mas também no consultório, sem dúvida é um diferencial muito grande na minha formação. (Egressa da turma 2014-2016)

Olhar mais atencioso e apurado para as redes de saúde, oferta e demanda, conhecimento da história e luta do SUS, melhor posicionamento diante de questões relativas à saúde e gestão. (Egressa da turma 2016-2018)

Outra contribuição do PRMSC-Redes apontada foi oportunidades profissionais:

Oportunidade de fazer o concurso para Sanitarista no Estado de Pernambuco, o qual fui convocada para assumir após aprovação. (Egressa da turma 2016-2018)

Além de três aprovações em seleção na área da saúde no Estado de Pernambuco, o conhecimento adquirido me ajudou a ser aprovada em um concurso público, no qual atuo hoje, na área de gestão. (Egressa da turma 2018-2020)

Este resultado é corroborado com o resultado de outras pesquisas com egressos de RMS que reconhecem e consideram as contribuições dessa vivência para a vida profissional posterior e para inserção no mercado de trabalho (Carneiro *et al.*, 2021; Costa Brasil; Oliveira; Vasconcelos, 2017; Kveller; Castoldi; Kijner, 2017).

Outras contribuições relatadas foram oportunidades acadêmicas com aprovação no mestrado na área e à formação continuada por ter acesso aos cursos da plataforma EAD da ESPPE. Entretanto, também houve egressos que não souberam responder ou indicaram não haver contribuições na pós residência.

Acerca das potencialidades do PRMSC-Redes, seis subcategorias foram identificadas: interiorização, formação integrada à RAS, contribuição para a RAS, trabalho em equipe, propostas teórico-práticas e ampliação de oportunidades. A formação integrada à RAS trouxe vários aspectos da rede e fluxos de serviços, como participação em espaços de decisão, intersetorialidade e conhecer/vivenciar a rede de saúde do estado, sendo a categoria de maior porcentagem (60%).

Seguida desta subcategoria veio a interiorização, que trouxe aspectos de descentralização e regionalização, como pode ser observado a seguir:

O PRMSC-Redes foi uma excelente oportunidade de aperfeiçoamento da formação profissional de maneira qualificada e interiorizada. [...] Além disso, possibilitou o desenvolvimento de competências para o reconhecimento do perfil socio-sanitário e para o enfrentamento das necessidades de saúde no território da [...] regional. Considero uma experiência pioneira bastante exitosa para a formação de profissionais cada vez mais engajados e conscientes do seu papel de agentes promotores de uma saúde ampliada, equitativa e socialmente responsável. (Egressa da turma 2014-2016)

Como contribuição para a RAS foi incluído aspectos que tratam das possibilidades de mudanças, melhorias e fortalecimento no território, a partir da presença do PRMSC-Redes, que pode ser encontrado em respostas como:

[...] acredito que o PRMSC pode ajudar muito na melhoria das gerências regionais, principalmente no que diz respeito aos vícios relacionados às influências políticas dentro desse âmbito, que deveria prezar mais por capacidade e experiência, e menos por apadrinhamento. (Egressa da turma 2020-2022)

Esses vícios dos quais fala essa egressa são entraves para organização regional dos serviços de saúde que foram elencados em revisão sistemática feita no ano de 2017 sobre o processo de regionalização no SUS, como: a fragilidade técnica nos municípios e uma cultura política de negociação em detrimento do planejamento; clientelismo e interesses eleitorais nos municípios; falta de conhecimento sobre instrumentos de gestão; conflitos de papéis entre Regionais e Secretarias Estaduais de Saúde; dificuldade de alterar o foco da oferta para demanda; sendo onipresente a queixa de subfinanciamento (Mello *et al.*, 2017).

Além desses, podemos enumerar como desafios o modelo assistencial centrado nos procedimentos (Silva, 2014), a presença do setor privado e as disputas de mercado com foco no lucro dentro do setor público (Viana Ald'a *et al.*, 2018) e também “os ciclos eleitorais, as relações interfederativas e as pactuações regionais são processos políticos com impacto nas RAS” (Tofani *et al.*, 2021).

Em trabalho em equipe foi incluído aspectos de multiprofissionalidade, relação entre as equipes de residentes de diferentes regionais e interação com os profissionais da rede. Em propostas teórico-práticas foi incluído organização da ementa e módulos teóricos, enquanto que ampliação de oportunidades trouxe o relato sobre a melhoria do currículo e possibilidade de trabalhar na esfera da gestão apesar de originalmente vir de uma graduação com foco para assistência em saúde.

As respostas quanto às fragilidades do PRMSC-Redes apresentam aspectos quanto ao componente prático e teórico-prático; à preceptoria; fragilidades com OCP (Orientador Clínico Pedagógico); ao componente teórico; à condução do programa; na inserção profissional pós-residência. Também houve respostas que indicaram a ausência de fragilidades.

Enquadraram-se dentro da categoria fragilidades no componente prático e teórico-prático aspectos de carga horária insuficiente em alguns rodízios, fragmentação dos rodízios, pandemia e trabalho em modelo *home office* (turma 2020-2022), ausência de vinculação com os serviços, rodízios municipais apenas na sede da gerência regional, questões políticas e projetos de intervenção.

Na categoria fragilidades na preceptoria foi enquadrado questões de falta de formação de preceptoria, despreparo dos serviços e profissionais para receber residentes e resistência dos profissionais do serviço em acolher residentes. Os preceptores são os “profissionais do serviço/assistência, que, aliado a um conhecimento pedagógico, acompanham o desenvolvimento profissional de futuros profissionais de saúde” (Souza; Ferreira, 2019).

Estes atores são muito importantes no processo de integração ensino-serviço, pois contribuem ao facilitar a articulação entre teoria e prática (Souza; Ferreira, 2019). Para tal é

necessário que eles tenham formação e subsídios, sendo as IES (Instituições de Ensino Superior) responsáveis por assumir a função prioritária por isso (Souza; Ferreira, 2019). Estes profissionais devem estar integrados no planejamento político-pedagógico de programas de residências, de modo que se reconheçam protagonistas no processo de Educação Permanente em Saúde e de ensinar-aprender no processo de trabalho.

Além disso, pode-se pensar sobre o contexto de trabalho precarizado, como mencionado acima em relação aos vínculos e a falta de políticas de valorização da preceptoria nas Residências Multiprofissionais, o que pode ser ilustrado em uma das respostas de uma egressa:

Alguns serviços não possuem profissionais/preceptores preparados ou até mesmo motivados para receber um residente. Às vezes o residente era visto [como] um estudante apenas, e não um profissional. Por outro lado, a sensação era de que aqueles profissionais já atolados em diversas atribuições não possuía muito tempo para explicar e integrar o residente no processo de trabalho. (Egressa da turma 2018-2020)

Em fragilidades com orientador clínico-pedagógico (OCP), ator que funciona como uma “ponte” entre a Gerência Regional de Saúde (Geres) e a ESPPE, foi encontrada problemáticas de relacionamento, ausência e descontinuidade da atuação. O OCP é um profissional de referência de cada Gerência Regional de Saúde e “atua como um elo entre os residentes, os serviços e gestões locais, e a equipe da Sede (ESPPE)” para garantir a formação localmente (Melo, 2017).

Esses atores acompanham o desenvolvimento de atividades práticas e teórico-práticas que se dão de forma descentralizada e inclui a função de avaliação dos residentes, através de seminários e discussões temáticas trabalhadas mensalmente no Módulo de Gestão e Atenção Integral, que é um módulo transversal e com horário reservado semanalmente para ser cumprido (Melo, 2017).

Na categoria fragilidades no componente teórico foi enquadrado pouco aprofundamento no material teórico, lacunas em disciplinas como planejamento em saúde e financiamento do SUS, conteúdo e dinâmica das aulas em algumas disciplinas, pouca pesquisa e distância do local para os módulos teóricos presenciais. Em relação à distância para os módulos teóricos que ficam centralizados em uma única região, pode-se pensar de que formas descentralizar também os módulos teóricos, visto que há Instituições de Ensino Superior em mais de uma das cidades sedes do Programa. A deficiência e queixa sobre o componente teórico em residências multiprofissionais é uma constante que pode ser encontrada em pesquisa de Carneiro, Teixeira e Pedrosa (2021).

Em fragilidades na condução do programa foi inserido aspectos como comunicação entre Geres e PRMSC-Redes, verticalidade da relação ESPPE e Residentes, falta de diálogo e de assistência aos residentes, distância da Escola, que fica na capital do estado, e com o campo de prática. As respostas da turma do período da pandemia de covid-19 (turma 2020-2022) trazem esses aspectos de forma mais evidente:

distância da coordenação do programa da realidade vivenciada nas regionais, propostas de intervenção que não estão alinhadas com as necessidades dos serviços. (Egressa turma 2020-2022)

Falta de integração e comunicação da ESPPE com a Rede, muitas vezes a articulação era feita pela Geres ou pelos próprios residentes. Tivemos que nos mudar no meio da residência pra outro município [...], pois o município [sede] [...] disse não ter conhecimento sobre o recebimento dos residentes e que não havia trabalho pra nossa turma. (Egressa turma 2020-2022)

Essa subcategoria de fragilidades na condução do programa aponta para os processos de fragmentação no setor da saúde e educação, que pode ser encontrada tanto de forma micro, entre as equipes de trabalho em um mesmo setor até a forma macro, na gestão e nas CIES (Comissões Ensino-Serviço), havendo a observação de que apesar de estratégias políticas e institucionais serem viabilizadas, ainda há fragilidade e limitação na articulação entre o ensino e o serviço (Mello *et al.*, 2019). Nesse sentido, é necessário localizar tal problemática do Programa em questão, em um contexto macropolítico de disputas e fragmentação dos processos de saúde e educação e que a RMS pode ser uma estratégia de viabilização dessa integração, a fim de repensar tais processos na experiência, no fazer (Mello *et al.*, 2019).

Por fim, outras subcategorias sobre fragilidade foram acerca da inserção profissional pós-residência e nenhuma. Essa fragilidade na inserção profissional pós residência é confrontada com 28,3% de respostas falando sobre oportunidades pós residência na pergunta anterior.

É importante considerar que a RMS está inserida em uma macropolítica de gestão e cuidado em saúde, em que predominam resquícios históricos e políticos de clientelismo e de corporativismo médico (Rosa; Lopes, 2010) que marcam o modelo em que saúde é considerada ausência de doença, sem compreensão da determinação social de saúde. Desse modo, as relações de trabalho na RMS reproduzem de várias formas as já existentes no sistema de saúde, por mais que sua proposta seja de transformação, o que se configura como limites dessa formação, sendo necessário analisá-la para além de sua proposta, considerando as condições contraditórias ao longo dos anos de implantação (Silva, 2018).

Alguns desses limites apontados são a fragilidade de vínculos e o número reduzido dos profissionais, que em muitos casos levam os residentes a “suprir” essa falta; a ausência de bolsas

para preceptores, que são os profissionais que acompanham os residentes no serviço; expectativas de atuação clínica por algumas categorias profissionais; dificuldade para o trabalho coletivo; discursos e posturas corporativistas, entre outros (Silva; Dalbello-Araújo, 2019).

Além disso, é preciso destacar a prolongada carga horária do residente, com 60h semanais para cumprir, o que caracteriza exploração, ainda que haja particularidades nesse trabalho, não altera a condição de trabalhador (Silva, 2018). Essa carga horária é incompatível com a proposta da RMS e mostra como em muitos contextos a residência é mais um trabalho precarizado do que uma experiência de formação para o SUS (Silva, 2018).

Ao fazer a busca por “Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva” nos bancos de pesquisas, a literatura que aparece é de residências em saúde da família e atenção primária à saúde, não incluindo a gestão. Dessa forma, foi observado a falta de publicações sobre essa formação *lato sensu* e residências com foco em gestão de saúde. Desse modo, tal texto pretende contribuir para essa discussão e construção de saberes em saúde coletiva.

A realização desta pesquisa apresentou dados que apontam subsídios para avaliar o processo de formação produzido pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de redes de saúde nos últimos 10 anos a partir da perspectiva dos egressos. Essa avaliação precisa se tornar constante em programas de residência, de modo que possa assegurar uma formação que atenda a realidade dos diferentes contextos brasileiros, com compromisso ético-político-estético, tal qual preconiza a Política de Humanização do SUS (Brasil, 2008).

No percurso de construção desse campo, foi no ano de 2023, que houve uma importante conquista da saúde coletiva: a regulamentação da profissão sanitarista, projeto de lei apresentado por Alexandre Padilha em 2021. Segundo esta Lei, está habilitado ao exercício dessa profissão: graduados com diplomas reconhecidos pelo Ministério da Educação e revalidados no Brasil quando concluído no exterior; diplomados em mestrado e doutorado em cursos reconhecidos pela Capes; portadores de Certificado de conclusão de cursos de pós-graduação em Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde Coletiva reconhecidas pelas Comissões Nacionais de Residências (a médica e em área profissional).

Esperamos que essa formação possa ser discutida e que este trabalho seja uma contribuição para o campo, de modo que pesquisas sobre Residências Multiprofissionais em Saúde possam fortalecer e valorizar essa potente modalidade de formação em saúde.

Foi possível observar como os elogios e queixas se mantiveram ao longo das diferentes turmas, apesar de tomarem diferentes tons e formas, o que mostra que deve-se atentar a esses processos, fortalecendo as potencialidades e evoluindo com as fragilidades. Também é notório

o efeito positivo da regionalização e formação de profissionais no interior do estado, qualificando a rede de saúde em Pernambuco, visto que a maioria dos programas de residência e profissionais que se formam neles atuam nas regiões metropolitanas e capital do estado.

Dentre as limitações do estudo, cita-se a realização por meio de formulário enviado por endereço eletrônico, o que implica em uma baixa taxa de resposta e menor participação de egressos da primeira turma. Além disso, algumas respostas do formulário eletrônico não apresentaram de forma explícita o sentido pretendido pelo respondente, o que impediu a sua inserção na análise. Caso fossem realizadas entrevistas, a entrevistadora poderia ter aprofundado as respostas apresentadas. Apesar disso, foi possível construir categorias que foram afins e que correspondiam ao interesse da pesquisa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa analisou os relatos de egressos de cinco turmas de um programa regionalizado de saúde coletiva, realizado simultaneamente em oito municípios distintos do estado de Pernambuco. Foram abordados aspectos que podem orientar mudanças nas futuras turmas do programa, além de apresentar as potencialidades do PRMSC-Redes para fortalecer as RAS. Entre essas potencialidades, destacam-se a permanência de egressos na região de saúde, a singularidade do programa como única oferta para a formação de sanitaristas em determinadas regiões e as oportunidades profissionais proporcionadas.

No entanto, alguns desafios ainda são evidentes, refletindo questões estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS) para além das peculiaridades dos programas de residência, o que inclui a realidade da inserção profissional precarizada após a conclusão da formação. Esses desafios também apontam a necessidade do fortalecimento das RMS, que deve ter na consolidação de uma Política Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde respostas para as problemáticas de valorização dos atores, como gratificações para os preceptores, tutores, coordenadores e professores dos Programas e para os egressos, pontuações diferenciadas nos currículos para seleções e concursos que priorizam profissionais formados pelo SUS para o SUS.

Conclui-se que foi evidenciada nesta pesquisa a importância da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) pela iniciativa de implantar o PRMSC-Redes regionalizado, ao mesmo tempo que revela que são complexas as dificuldades relacionadas ao seu processo de desenvolvimento. É necessário traçar conjuntamente com os sujeitos envolvidos na operacionalização, estratégias para o aprimoramento do PRMSC-Redes,

considerando que ele se apresentou como contribuição para a qualificação da gestão de redes de saúde no estado de Pernambuco.

Vale ressaltar a importância da institucionalização do acompanhamento e monitoramento do processo de implementação das políticas públicas. No que se refere ao desenvolvimento de residências regionalizadas, sugere-se a realização de mais estudos, que venham trazer maiores contribuições na compreensão de outros aspectos envolvidos na sua operacionalização e que não foram contemplados no atual estudo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO C.L.F; CRUZ, L.M.F.; LOPES M.C, FERNANDES, E.C.dS. O Quesito Cor/Raça em Formulários de Saúde: A visão dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ* 2010; 18(2):241-246.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições, v. 70, 1977.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. In: *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004

BRASIL. Presidência da República. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Pro-Jovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis no 10.683, de 28 de maio de 2003, e no 10.429, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Casa Civil, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : *Desprecariza SUS* : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / *Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

BRASIL. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei No 1.821, de 17 de maio de 2021**. Dispõe sobre a regulamentação da atividade profissional de sanitário e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2283058>

CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CARNEIRO, E. M.; TEIXEIRA, L. M. S.; PEDROSA, J. I. DOS S.. A Residência Multiprofissional em Saúde: expectativas de ingressantes e percepções de egressos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. e310314, 2021.

CEZAR, D. M.; Ricaldi, I. G.; Santos, L.; *et al.* O bacharel em Saúde Coletiva e o Mundo do Trabalho: Uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Redes*, v. 1, n. 4, p. 65–73, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/622>>. Acesso em: 14 fev. 2024.

COSTA BRASIL, C. da, SANTOS DE OLIVEIRA, P. R., & Moraes Vasconcelos, A. P. S. de. (2017). Perfil e Trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. *SANARE - Revista De Políticas Públicas*, 16(1). Recuperado de <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>

CECCIM, R. B.; FEURWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41–65, jan. 2004.

FLOR, T. B. M. *et al.* Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, p. 88, 2021.

GIL, A. C. *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

KVELLER, D. B.; CASTOLDI, L.; KIJNER, L. C. A trajetória profissional dos egressos de uma Residência Profissional. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 14-19, dez. 2017.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M.O.; SANTOS, P. R. E. dos. Uma escola para a saúde. *SciELO*-Editora FIOCRUZ, 2004.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1667–1676, jun. 2013

MELO, T. C. de. *O papel do orientador clínico pedagógico na descentralização do programa de residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em gestão de redes de atenção à saúde*. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Escola de Enfermagem, 2017

MELLO A. L., TERRA, M. G., NIETSCH E. A., BACKES V. M. S., KOCOUREK S., Arnemann C. T. Integração ensino-serviço na formação de residentes em saúde: perspectiva do docente. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso março, 2024]; 28:e20170019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0019>

MELLO, Guilherme Arantes et al. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1291-1310, 2017.

PAIM, J. S.; PINTO, I. C. M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.

PASINI, Vera Lúcia *et al.* Perfil de Egressos de Residências Multiprofissionais em Saúde no Rio Grande do Sul. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 205-225, dez. 2020.

Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2020000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 fev. 2024.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2011. 20 p.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Lei nº 15.066**, de 4 de setembro de 2013. Cria a Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE). Recife, 2013a.

SARMENTO, L. F.; França, T.; MEDEIROS, K. R.; SANTOS, M. R.; NEY, M. S. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde Debate* / Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, Abr-Jun 2017

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 7, n. 3, p. 479–498, nov. 2009.

SANTANA, C. M. B. et al. Regionalização da Formação de Sanitaristas com ênfase em gestão de redes de saúde em Pernambuco: resgate histórico institucional. In: PERNAMBUCO. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. *Caminhos da Política de Gestão do Trabalho e da Gestão da Educação na Saúde para o desenvolvimento do SUS em Pernambuco*. Recife: Secretaria de Saúde, 2022. p. 447- 480.

SOUZA, S. V. de; FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, [S. l.], v. 44, n. 1, 2019. DOI: 10.7322/abcshs.v44i1.1074. Disponível em: <https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/1074>. Acesso em: 22 mar. 2024.

SILVA, S. F. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde PARA Debate* / Rio de Janeiro , n. 52, p. 165-176, out 2014

SILVA, C. A. DA .; DALBELLO-ARAÚJO, M.. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 123, p. 1240–1258, out. 2019.

SILVA, L. B.. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis*, v. 21, n. 1, p. 200–209, jan. 2018.

TOFANI L.F.N. et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 26 (10), Out 2021

VIANA Ald’al et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1791-1798, 2018

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; Paim, J. S.; Schaiber, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

ANEXO A – Instruções da revista científica aos autores

A Trabalho, Educação e Saúde (TES) é uma revista científica em acesso aberto, editada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

Instruções aos autores

Solicitamos que, antes de submeter o seu manuscrito, os autores leiam a Política_editorial da TES e a seção Sobre a revista para avaliar se seu texto está de acordo com o nosso escopo editorial.

Os manuscritos devem ser submetidos somente pelo sistema de avaliação *online* da Revista, [disponível aqui](#) . Não serão consideradas contribuições enviadas por *e-mail*.

Para o envio do texto à revista, o autor responsável deve cadastrar-se no sistema e depois cadastrar seu texto, informando o seu ORCID e os de eventuais coautores.

Ao submeter um manuscrito, é imprescindível a leitura e o atendimento das normas para publicação referidas pela revista.

Para informações adicionais, consultar os editores: revtes.epsjv@fiocruz.br

Forma e preparação de manuscritos

A revista aceita como submissões espontâneas artigos e artigos de revisão.

Os **Artigos** devem apresentar resultados de pesquisas de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Os **Artigos de revisão** devem apresentar análises críticas, sistematizadas e metodologicamente consistentes da literatura científica sobre um tema prioritário para o periódico. Deverão explicitar objetivos, fontes pesquisadas, aplicações dos critérios de inclusão e exclusão. Tamanho: 4.000 a 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios, notas de conjuntura e debates devem ainda conter um resumo em português, espanhol e inglês de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês e espanhol, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações devem, necessariamente, estar inseridos no seu devido lugar no corpo do texto e ser também enviados separadamente como material suplementar. Não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações Para elaboração das citações, *Trabalho, Educação e Saúde* (TES) baseia-se na norma NBR 10520:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com ligeiras modificações. A TES adota o sistema Autor-data, com os sobrenomes dos autores escritos em caixa alta e baixa e ano da publicação, no corpo do artigo. Exemplo: (Frigotto; Ciavatta, 2001).

A *citação direta*, no corpo do texto, de até três linhas, deve vir entre aspas duplas, sobrenome do autor e, entre parênteses, o ano e a página. Ou: citação direta, entre parênteses o nome do autor, ano e página. Aspas simples indicam citação no interior da citação. Exemplos: Minayo (2001, p. 74) descreve: “[...] a análise de conteúdo é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”.

Monografia “no sentido lato, é todo trabalho científico de ‘primeira mão’, que resulte da investigação científica” (Salomon, 1978, p. 219).

Se a citação direta exceder três linhas, deverá vir com recuo de 4 cm da margem esquerda, em corpo 11. Exemplo:

O uso intensivo da microeletrônica e a crescente automação dos laboratórios, principalmente a partir da década de 1980, vem causando mudanças importantes no processo produtivo, na organização do trabalho e nas relações sociais (Deluiz, p. 99, 1995).

Nas *citações indiretas*, a indicação da(s) página(s) consultada(s) é opcional. A citação indireta ocorre quando o autor faz um texto baseado na obra do autor consultado. Exemplo: As emoções, independentes da vinculação ou não com o ambiente organizacional, influenciam no desempenho das pessoas (Frost, 2003).

Se a citação tiver texto traduzido pelo autor, deve incluir o termo “tradução nossa”. Exemplo: “Ao final de duas semanas, avalie sua experiência” (McGraw, Deane e Francis, 2009, p. 28, tradução nossa).

No caso de citação com três autores, todos devem ser nomeados; mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink *et al.* (2001).

Para enfatizar trechos da citação, destaque-os com a expressão “grifo nosso” entre parênteses, após a chamada da citação, ou “grifo do autor”, caso o destaque já faça parte da obra consultada.

Exemplos:

A *hipótese da escassez* não explica sozinha o processo de mudança de valores de uma sociedade. (Okado; Ribeiro, 2017, p. 10, grifo do autor).

Em *termos de comportamento*, a motivação pode ser conceituada como esforço e tenacidade exercidos pela pessoa para fazer algo ou alcançar algo. (Chiavenato, 1994, p. 165, grifo nosso)

Adotar a ordem cronológica em que os documentos foram publicados, separados por ponto e vírgula, no caso de vários citados em sequência. Exemplo: (Crespo, 2005; Costa; Ramalho, 2008; Moresi *et al.*, 2010).

Referências Para elaboração das referências, a *Trabalho, Educação e Saúde* baseia-se na norma NBR 6023:2018, da ABNT, com ligeiras modificações. As referências bibliográficas devem ser elencadas, em ordem alfabética de autores, ao final do manuscrito e conter todas as obras citadas no corpo do texto, compondo assim a lista de referências, sem numeração de entrada e com espaço simples entre elas. Quando houver até três autores, todos devem ser indicados. No caso de mais de três autores, indicar apenas o primeiro, seguido da expressão *et al.* O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas. Os títulos dos periódicos devem ser escritos por extenso. O autor é responsável pela exatidão e pertinência das referências. Para os casos não exemplificados, o autor deve consultar a norma NBR 6023:2018, da ABNT. No caso de existir um número DOI para o documento, ele deve ser incluído ao final da referência. Observem-se os exemplos a seguir:

Artigo em periódico eletrônico

TESSER, Charles D.; NORMAN, Armando H.; VIDAL, Tiago B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, núm. esp. 1, p. 361-378, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SPINK, Mary J. P. *et al.* A construção da Aids-notícia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-862, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400019>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5291.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

Se não houver DOI:

FONTES. Virgínia. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. *Marx e o Marxismo*: Revista do NIEP, Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, p. 46-67, jan./jun. 2017. Disponível

em: <https://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/article/view/220>. Acesso em: 10 out. 2020.

Artigo fora de periódico eletrônico

MACHADO, Antônio B. Reflexões sobre a organização do processo de trabalho na escola. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 9, p. 27-31, jul. 1989.

CARVALHO, Jorge. Agora é o desafio local-global. Entrevistado: Peter Senge. *HSM Management*, São Paulo, n. 76, p. 50-57, set./out. 2009.

Livro e tese

GRAMSCI, Antonio. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. *Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico*. 1979. 253f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

Capítulo de livro

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

Congresso (evento) no todo

CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10., 2017, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2017. Tema: Epidemiologia em defesa do SUS: formação, pesquisa e intervenção.

Partes de congresso (Evento)

SILVA, Levy S. Uma análise experimental do impacto da seleção de atributos em processos de resolução de entidades. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE BANCO DE DADOS, 34., 2020, Fortaleza. *Anais [...]*. Fortaleza, 1994. p. 1-12.

Dados oferecidos por agências governamentais (Secretarias, Ministérios, IBGE etc.)

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública: doença pelo SARS-CoV-2: Covid-19*. Florianópolis: SES-SC, 2020.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). *Dados sobre acidentes ocupacionais com material biológico*. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (Unesco). *Política de mudança e desenvolvimento no ensino superior*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 98p.

Leis, decretos, portarias etc.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Seção 1, Brasília, DF, p. 27.839, 23 dez. 1996.

Legislação em meio eletrônico

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 1 jan. 2017.

Relatórios técnicos

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Relatórios final ou de atividades

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Boletim observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Edição Oficial, [2020]. 22 p. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_6meses.pdf. Acesso em: 27 out. 2020.

Jornal

a) Sem indicação de autoria, entra pelo título:

FÓRUM de debates discute o projeto Educando o Cidadão do Futuro. *O Globo*, Rio de Janeiro, 6 jul. 2001. Caderno 1, p. 18.

b) Com autoria:

TOURAINÉ, Alain. Uma resistência possível. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 3 jul. 2001. Mais, Caderno 7, p. 18-20.

Internet

a. *Entrevista em periódico eletrônico*:

AZZARÀ, Stefano G. Crítica ao liberalismo, reconstrução do materialismo. Entrevista com Domenico Losurdo. *Crítica Marxista*, Campinas, n. 35, p. 157-169, 2012. Disponível em: http://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/entrevista19Entrevista.pdf. Acesso em: 7 out. 2013.

b. *Reportagem em jornal eletrônico*:

NUBLAT, Johanna. 38,7% dos usuários de *crack* das capitais do país estão no Nordeste. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 19 set. 2013. Seção Cotidiano. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344256-40-dos-usuarios-de-crack-das-capitais-do-pais-estao-no-nordeste.shtml>. Acesso em: 27 set. 2013.

LIMÓN, Raúl. Pfizer afirma que sua vacina contra o coronavírus tem eficácia de 90%. *El País*, Brasil, 9 nov. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-11-09/pfizer-afirma-que-sua-vacina-contra-o-coronavirus-tem-uma-eficacia-de-90.html>. Acesso em: 18 nov. 2020.

c. *Texto disponível* (fora de revista ou jornal):

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: saúde*. Brasília: MEC, 2000. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/saude.pdf>. Acesso em: 3 out. 2013.

d. *Redes sociais*

LIMA, Nísia T. Um importante debate sobre as ações da Fiocruz no combate à pandemia da Covid 19, no momento em que a instituição comemora 120 anos. Rio de Janeiro, 22 maio, 2020. Facebook: [nisia.trindadelima](https://www.facebook.com/nisia.trindadelima). Disponível em: <https://www.facebook.com/nisia.trindadelima>. Acesso em: 29 jul.2021.

CARNEIRO, Sueli. Carta compromisso pelo direto à educação das meninas negras – Geledés. 10 jun. 2021. Twitter: [@suelicarneiro](https://twitter.com/suelicarneiro). Disponível em: <https://twitter.com/SueliCarneiro/status/1403020818544840708?s=08>. Acesso em: 30 jul. 2021.

e. *Listas de discussão*

BVS Educação Profissional em Saúde: lista de discussão. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Disponível em: <http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 1 jul. 2021.

f. *Wikipedia*

TRANSPLANTE de medula óssea. In: WIKIPEDIA: thefreencyclopedia. [San Francisco, CA: Wikimedia Foundation, 2017]. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Transplante_de_medula_%C3%B3ssea. Acesso em: 15 maio 2017.

g. *Blog*

PACKER, Abel L. *et al.* SciELO pós 20 Anos: o futuro continua aberto. In: SciELO - ScientificElectronic Library Online. *Blog Scielo em Perspectiva*. São Paulo, 19 dez. 2018. Disponível em: https://blog.scielo.org/blog/2018/12/19/scielo-pos-20-anos-o-futuro-continua-aberto/#.YNtqkuhKg_4. Acesso em: 29 jun. 2021.

h. *Live no Youtube*

ÁGORA Abrasco. Painel: desafios da proteção social em tempos de pandemia. Coordenação: Cristiani Machado. Convidados: Esther Dweck, Paola Carvalho, Eduardo Fagnani, [S. l.]: TV Abrasco, 10 jun. 2020. 1 vídeo (158 min). *Live*. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eKt8xqXJ-1Q>. Acesso em: 27 maio 2021.

Revisão de texto em língua portuguesa

A revista se reserva o direito de sugerir alterações em usos informais da língua e de corrigir variantes não padrão do português.

A responsabilidade pelos custos de revisão profissional de idioma é dos autores, a ser realizada por revisores habilitados pela revista ou por profissional de sua preferência, desde que siga o manual de estilo da TES para revisores, disponível sob demanda. A tradução para outro idioma é opcional.

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Programa regionalizado de Residência em Saúde Coletiva: contribuições para organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Pernambuco”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana de Oliveira Silva Sousa, R. Alto do Reservatório - Alto José Leal, Vitória de Santo Antão - PE, 55608-680, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE), telefone 81 99152-1536, e-mail fabiana.osilva@ufpe.br para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar). Também participam desta pesquisa as pesquisadoras (com seus contatos telefônicos):

- Dra. Emmanuely Correia de Lemos, 081 3184-4105
- Dra. Telma Maria Albuquerque Gonçalves de Melo, 081 3184-4106
- Dra. Paulette Albuquerque Cavalcanti, 081 2101-2500
- Me. Célia Maria Borges da Silva Santana, 081 3184-4100
- Me. Dara Andrade Felipe, 081 3184-4109
- Me. Luciana Camêlo de Albuquerque, 081 3184-4101
- Me. Cindy Avani Silva Ceissler, 081 3184-4092
- Me. Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira, 081 3184-4089
- Me. Neuza Buarque de Macedo, 081 3184-4089
- Me. Cíntia Priscila da Silva Ferreira, 081 3184-4101
- Me. Tais de Jesus Queiroz, 081 3184-4101
- Me. Jorgiana de Oliveira Manguera, 081 3114-4138

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo. O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (Esppe) desenvolve o PMRSC-Redes desde 2014, com 194 sanitaristas formados ao longo de quase uma década. O programa apresenta processo pedagógico focado na Gestão das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo regionalizado, interiorizado e distribuído em oito Regiões de Saúde de Pernambuco. Nesse sentido, o desenvolvimento de pesquisas que o analisem é importante, tanto para apoiar sua qualificação como também para identificar suas contribuições para a implementação das RAS no estado. Assim, a presente pesquisa objetiva analisar as contribuições do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (PRMSC-Redes) desenvolvido pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (Esppe) para a organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

- Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa por seu envolvimento com Residências em Saúde ou pesquisas envolvendo Educação em Saúde. Nesta etapa, será realizada uma oficina com mediação de pesquisador com expertise na área, por meio de grupo focal, para apresentação de documento modelo de estruturação pedagógica para apoiar o desenvolvimento, a análise e a autorização da abertura de novos programas de Residência em Saúde regionalizados, e construção de uma versão final a partir das contribuições dos participantes, as quais serão registradas neste documento modelo. Caso decida participar, este momento será realizado presencialmente em único encontro e em local amplo e respeitando as normas de biossegurança vigentes, com duração prevista de 4 horas. O encontro poderá ser gravado e serão feitas anotações sobre as falas dos participantes. A gravação e as anotações orientarão a revisão da versão final pela equipe de pesquisa.

- **RISCOS:** Os riscos da pesquisa se referem à possibilidade de danos à dimensão psicológica, uma vez que os participantes podem sentir constrangimento e/ou desconforto ao participarem da oficina de consenso. Tais riscos serão considerados, evitando-se qualquer questionamento invasivo ou constrangedor. Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de receio de emitir opiniões e percepções sobre o programa de residência, ou algum desconforto ou constrangimento no caso dos dados obtidos demonstrarem resultados insatisfatórios relacionados diretamente aos seus processos de trabalho, visto que parte da equipe de pesquisa compõe a equipe gestora da Esppe. No entanto, com o intuito de minimizá-los, todas as etapas da pesquisa serão conduzidas de maneira ética e responsável, sendo garantido o anonimato nos documentos de registro da oficina, sendo as informações adquiridas no estudo utilizadas apenas para fins de publicações e produtos técnicos.

- **BENEFÍCIOS** diretos/indiretos para os voluntários: A pesquisa não trará benefícios direto aos voluntários, todavia os benefícios indiretos gerados estarão relacionados às possíveis contribuições ao aperfeiçoamento do programa de residência estudado e a subsídios para fortalecimento da política de educação permanente e de residências em saúde no estado de Pernambuco. Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, incluindo as gravações da oficina e registros do encontro, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CAV- UFPE no endereço: Avenida das Engenharias, s/n, Prédio do Centro de Ciências da Saúde (CCS), 1o andar, sala 4 CEP: 50740-600, Cidade Universitária, Recife - PE, Brasil, V (Anexo), Tel.: (81) 2126-8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Programa regionalizado de Residência em Saúde Coletiva: contribuições para organização e estruturação das Redes de Atenção à Saúde em Pernambuco”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

ANEXO C - Questionário para Egressos

1. Dados sociodemográficos

- 1.1 Nome: _____
- 1.2 E-mail: _____
- 1.3 Contato telefônico atualizado: _____
- 1.4 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
- 1.5 Gênero: () Feminino () Masculino () Prefiro não dizer
- 1.6 Raça/cor:
- () Branca
 - () Parda
 - () Preta
 - () Amarela
 - () Indígena
 - () Outro: _____
- 1.7 Naturalidade (cidade/estado) _____
colocar estado
- 1.8 Cidade/estado de residência atual: _____
- 1.9 Estado civil: _____
- () Solteira(o)
 - () Divorciada(o)
 - () Casada(o)
 - () Viúva(o)
 - () Outros: _____
- 1.10 Possui filhos: () Sim () Não (TIRAR)
- 1.11. Renda familiar: Considere o Salário mínimo no valor de R\$1302,00):
- () Menos de 1 SM
 - () até 1 SM
 - () até 2 SM
 - () até 3 SM
 - () até 4 SM
 - () Mais de 5 SM

2. Dados de Formação

- 2.1 Curso de Graduação:
- () Enfermagem
 - () Farmácia
 - () Fisioterapia
 - () Nutrição
 - () Odontologia
 - () Psicologia
 - () Serviço Social
 - () Terapia Ocupacional
- 2.2 Instituição de Graduação: _____
- 2.3 Ano de conclusão da graduação: _____
- 2.4 Maior titulação:
- () Especialização
 - () Mestrado
 - () Doutorado
- 2.5 Área de concentração da maior titulação: _____ pegar lista da CAPES
- 2.6 Ano de ingresso no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde:
- () 2014

- 2016
- 2018
- 2020

2.7 Ano da aprovação no processo seletivo da residência:

- No ano de conclusão da graduação
- Um ano após finalizar a graduação
- Dois anos após finalizar a graduação
- Três anos ou mais após finalizar a graduação

2.8 O PRMSC-Redes foi o primeiro programa de residência que você concluiu?

- Sim
- Não

2.9 Caso sua resposta tenha sido afirmativa na questão anterior, qual programa de Residência você concluiu anteriormente? _____

2.10 Em qual Região de Saúde você atuou?

- IV Região de Saúde - Caruaru
- V Região de Saúde - Garanhuns
- VI Região de Saúde - Arcoverde
- VII Região de Saúde - Salgueiro
- IX Região de Saúde - Ouricuri
- X Região de Saúde - Afogados da Ingazeira
- XI Região de Saúde - Serra Talhada
- XII Região de Saúde - Goiana

2.11 Município de moradia durante a Residência: _____

3. Dados Profissionais

3.1 Setor produtivo da ocupação profissional atual:

- Apenas no setor público
- Apenas no setor privado
- Em ambos os setores, público e privado
- Instituição pública-privada
- Instituição filantrópica
- Não estou trabalhando no momento

Caso atue no setor público:

3.1.1 Âmbito do local de atuação no setor público:

- Municipal
- Regional
- Estadual
- Nacional
- Internacional
- Não se aplica

3.1.2 Área de atuação:

- Assistência
- Gestão
- Docência
- Não se aplica
- Outro: _____

3.1.3 Tipo de vínculo:

- Estatutário
- Contrato temporário
- Cargo em comissão
- Contrato CLT
- Não se aplica
- Outro: _____

3.1.4 Município de atuação: _____

3.1.5 Órgão de atuação: _____

SMS, SES, SEDUC etc

3.1.6 Cargo: _____

Nome do cargo ou emprego que o servidor ingressou no órgão de atuação, via concurso público ou outras formas de contrato. Exemplo: Analista em Saúde Sanitarista, Médico, Fiscal de Vigilância Sanitária etc.

3.1.7 Função: _____

Função desempenhada no órgão de atuação. Exemplo: Coordenação de Atenção Básica, Diretor de Hospital Regional etc.

4. Sobre o PRMSC-Redes

4.1 Quais foram suas experiências profissionais antes de ingressar no PRMSC-Redes? ____

4.2 Quais foram suas motivações para escolha do PRMSC-Redes? _____

4.3 Quais contribuições o PMRSC-Redes ofertou no pós-residência? _____

4.4 Escreva sobre as potencialidades que você enxergou no PRMSC-Redes: _____

4.5 Escreva sobre as fragilidades que você enxergou no PRMSC-Redes: _____