

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

O PAPEL SOCIAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE

CURITIBA

2018

LORAINÉ MELISSA DAL-RI

**O PAPEL SOCIAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José de Souza e Silva

CURITIBA

2018

Dal-Ri LM. O papel social da residência multiprofissional em saúde [Trabalho de Conclusão de Residência]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.

RESUMO

Quando se fala em Residência, tanto a médica quanto a multiprofissional, o senso comum sobre seu objetivo é de que profissionais poderão se formar em uma área específica através do trabalho em um serviço de saúde, juntando assim educação e prática. Entretanto, o dia a dia das Residências se mostra controverso a esse senso comum. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar o papel da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em relação à sua formação pelo trabalho. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas entre julho e dezembro de 2017, com quatro residentes, de profissões diferentes e que ingressaram em anos diferentes, como forma de levantar dados sobre o objeto em estudo. As entrevistas foram gravadas, depois transcritas e por fim analisadas. As perguntas tinham a finalidade de captar o cotidiano dos entrevistados e a análise buscou caracterizar a relação entre a formação e a prática, com o intuito de compreender se a Residência estava realmente realizando uma formação pelo trabalho. A partir da análise das entrevistas pode-se perceber que quanto à educação, existe ausência de preceptoria e tutoria e falta de tempo para o estudo; e quanto à prática, que existe uma substituição de força de trabalho por residentes e falta de condições de trabalho. Assim, apesar de a formação dos profissionais residentes ser a premissa principal, o objetivo da residência parece ser a precarização do trabalho em saúde, visto que o residente é um profissional mais barato, com menos direitos e em uma relação mais frágil de trabalho.

Palavras-chave: Capitalismo; Educação; Emprego; Internato não Médico.

Dal-Ri LM. O papel social da residência multiprofissional em saúde [Trabalho de Conclusão de Residência]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.

ABSTRACT

When it comes to Residency, both medical and multiprofessional, common sense about its goal is that professionals can graduate in a specific area through work in a health service, thereby bringing together education and practice. However, the day-to-day life of the Residency proves controversial to this common sense. Thus, the present study aimed to analyze the role of Multiprofessional Residency in Family Health in relation to their training through work. Semi-structured interviews were conducted between July and December of 2017, with four residents of different professions who joined in different years as a way to collect data about the object under study. The interviews were recorded, then transcribed and finally analyzed. The questions were aimed at capturing the daily life of the interviewees and the analysis sought to characterize the relationship between training and practice, in order to understand if the Residency was actually doing training through work. From the analysis of the interviews it can be noticed that regarding the education, there is absence of preceptory and tutoring and lack of time for the study; and as for the practice, that there is a replacement of the workforce by residents and lack of working conditions. Thus, although the training of resident professionals is the main premise, the objective of residence seems to be the precariousness of health work, since the resident is a cheaper professional with less rights and a more fragile working relationship.

Keywords: Capitalism; Education; Employment; Internship, Nonmedical.

SUMÁRIO

ARTIGO	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO 1	22
ANEXO 2	27
ANEXO 3	34

ARTIGO

O papel social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família¹

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família se propõe qualificar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) através da formação em serviço. Para isso, os residentes trabalham sob a supervisão de outro profissional e devem contar com auxílio pedagógico. Durante 24 meses cumprem 4.608 horas práticas e 1.152 horas de aulas teóricas, acarretando em uma carga horária de sessenta horas semanais. Para ingressar na residência concorrem à edital de instituições públicas ou privadas, vinculadas ou não às instituições de ensino e recebem bolsa do Ministério da Saúde (MS) ou Ministério da Educação (MEC). Após os dois anos, esses profissionais recebem certificado de especialista, podendo trabalhar no SUS ou no setor privado. Entretanto, os debates atuais envolvendo a residência têm questionado se realmente está acontecendo essa formação em serviço, ou seja, não é uma certeza se a residência está cumprindo sua proposta. Os Fóruns de Residências vem reivindicando durante os encontros regionais e nacionais algumas mudanças, como a redução das sessenta horas, remuneração dos preceptores, criação e consolidação de uma Política Nacional de Residências em Saúde. Todavia, podemos observar dois grupos distintos que compõem os Fóruns, um que defende a proposta inicial das residências e alterações que beneficiem as condições durante a formação, já outro que compactua com o modelo atual e corrobora para que se mantenha dessa forma. Assim, buscamos analisar se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem cumprido seu papel de formação em saúde.

Histórico: Residência Médica e Multiprofissional

Em 1889, foi criado no Departamento de Cirurgia da Universidade de John's Hopkins nos Estados Unidos, um sistema de forma regular para o treinamento cirúrgico

¹ Artigo foi submetido ao periódico: *Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health* (CSP). Manuscrito formatado de acordo com as normas específicas do periódico (acessado em: 16/02/2018).

de médicos recém-formados, que se consolidou quando posteriormente a obtenção do certificado passou a ser exigência para o exercício da medicina, esse sistema foi denominado residência médica ¹.

No Brasil, o Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977 e Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981 regulamentam que a residência em medicina é uma modalidade de ensino de pós-graduação para médicos, caracterizada por estabelecer uma atuação por especialidade ². Na mesma época em que se regulamentou a residência médica, época em que o Brasil vivia uma ditadura civil-militar, as pessoas envolvidas no processo de Reforma Sanitária questionaram o modelo de saúde que estava ocorrendo, o modelo curativo e assistencial com o aumento do número de hospitais e a concentração da assistência nesse espaço. Dessa forma, o movimento de reforma buscou ampliar a concepção de saúde e renovar as práticas do setor ³. Mas apenas em 1999 o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, com o apoio de pessoas provenientes do Movimento Sanitário, reativaram os projetos para as residências com foco na atenção básica ⁴.

Nesse contexto, surgem também os programas de residência multiprofissional em saúde, que propõe a orientação de profissionais com qualificação ética e profissional, observando a necessidade de todas as profissões da saúde, assim definidas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional ^{5,6}. Também surge como estratégia para consolidar as mudanças proposta pelo Sistema Único de Saúde, que previam a descentralização do modelo médico-assistencial restritivo ⁷.

Hoje em dia, a formação dos residentes se baseia nas diretrizes propostas na Portaria n. 198 GM/MS de 13 de fevereiro de 2004, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde ⁸. Essa política propõe que a formação no setor da saúde deve estar ligada às relações entre ensino e serviços, proposta já pautada no processo da Reforma Sanitária ⁹. Após a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) em 2009, foi feita uma resolução específica, que abordou as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em área profissional de saúde ^{10,11}.

De acordo com Closs ¹² alguns dos resultados positivos da residência, são “a ampliação do acesso a serviços de saúde, a melhoria dos indicadores de saúde das populações atendidas, bem como a potencialidade de reorientação do modelo

assistencial”, visto que as diretrizes dos programas sinalizam para a ampliação das práticas de saúde e para a superação da atuação curativa. Entretanto, não existem apenas benefícios listados sobre a residência, por exemplo, a mesma autora, coloca que há uma “tendência de precarização e focalização de serviços sociais contida nesses programas, ou seja, a lógica de racionalização de recursos com assistência em saúde através da priorização de serviços básicos”¹².

Rodrigues¹³ afirma que a ausência de espaço para a preceptoria e reuniões, pode ter como decorrência a cobrança pela responsabilidade no atendimento das demandas, e que isso prejudica a formação dos residentes, podendo também levar ao assédio moral e respectivo adoecimento. As principais consequências do assédio moral são o adoecimento, desemprego, aposentadoria e até a morte, e um dos cenários que propicia o assédio, é o excesso de oferta de mão-de-obra pela redução dos postos de trabalho¹⁴. Além das questões existentes durante o processo de formação, há também a inserção desses especialistas no trabalho. Na pesquisa realizada por Melo et al.¹⁵, egressos pontuaram dificuldades como o não reconhecimento das competências adquiridas e o número de vagas escassas no SUS.

No ano de 2014, a Resolução n. 7 da CNRMS regulamentou os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas¹⁶. A CNRMS, por intermédio do canal de informação do MEC, publicou o Comunicado 09/06/2016, afirmando que as capacitações destes avaliadores iniciariam no final do mês de junho de 2016¹⁷. Na mesma página, há o Comunicado-2008 que é um convite para o cadastramento de avaliadores até 11 de março de 2011, e ainda, o Comunicado 28/07/2015 que divulga o resultado final da seleção de avaliadores do edital n. 5, de 22 de janeiro de 2015 da CNRMS^{18, 19}. Apesar de todas as informações sobre o processo de seleção dos avaliadores, não se encontrou documentos com resultados ou pareceres em relação aos programas.

Enquanto alguns autores trouxeram como objetivo e proposta da residência a formação de recursos humanos para o SUS, qualificação profissional na área da saúde e aperfeiçoamento do modelo de atenção à saúde, outros autores citaram como realidade a precarização do SUS, com substituição de força de trabalho, sobrecarga de trabalho e adoecimento.

Atualmente o Brasil conta com 1.170 programas de residência multiprofissional em saúde²⁰, em vista disso, podemos observar que a proposta de uma formação através do serviço é interessante para a sociedade capitalista, visto que proporciona substituir

um trabalhador com carteira assinada por outro trabalhador que é um estudante, que precisa dedicar 48 horas das 60 horas semanais da sua formação para o serviço. É um profissional facilmente substituído, não tem custos como um trabalhador contratado ou estatutário, pois não lhe é pago 13º salário, rescisão e outros encargos trabalhistas. De acordo com Antunes ²¹ “a atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores ‘centrais’ e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e seja demitida sem custos”. Outro fator é a necessidade do cumprimento de 100% da carga horária, portanto, mesmo com licença ou afastamento para tratamento de saúde, essas horas devem ser repostas.

Realidade do local do estudo

O programa em estudo iniciou em 2002 com a parceria entre universidade e secretaria municipal de saúde de um município da região metropolitana de Curitiba-PR, onde os residentes desenvolveram a carga horária prática nas Unidades de Atenção Básica à Saúde – nessa ocasião as bolsas eram subsidiadas pelo Ministério da Saúde. No início a residência contou com profissionais cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e nutricionistas; e no ano de 2005 foi incluído o profissional farmacêutico. Com a publicação da Portaria Conjunta n. 1 MEC/MS, de 24 de fevereiro de 2010, o MEC passou a ser o órgão financiador das bolsas de residências ²². Em 2016, foi estabelecida parceria com mais um município na região metropolitana, e também foram incluídos o profissional médico veterinário e terapeuta ocupacional.

Método

Utilizamos entrevistas semiestruturadas como forma de levantar dados sobre o objeto em estudo. Foram entrevistados quatro residentes que concordaram participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade do participante e dos pesquisadores. Foram realizadas individualmente em local que garantisse privacidade e anonimato, sendo elas gravadas e, por conseguinte transcritas. Os residentes entrevistados trabalham em unidades de saúde de duas cidades da região metropolitana, são farmacêuticos, médicos veterinários e terapeutas ocupacionais que ingressaram no programa entre os anos de 2016 e 2017. As perguntas eram abertas e tinham a finalidade de captar o cotidiano dos entrevistados,

com o intuito de verificar se o papel preconizado nos documentos oficiais de formação em serviço estava sendo efetivado na prática. Foi perguntado sobre a rotina de trabalho e estudos e de que forma isso se distribui na semana, também foi perguntado sobre como se dão as relações entre os profissionais e os professores na supervisão e resolução de dúvidas.

A análise realizada sobre as entrevistas “constitui-se na relação entre a singularidade (o indivíduo) e a universalidade (o gênero humano), a qual se concretiza através das múltiplas mediações determinadas pelas relações sociais específicas do contexto (a particularidade) em que esse indivíduo está inserido”²³, com o intuito de compreender o objeto na sua totalidade, pois é nessa relação que se encontra a maior aproximação da realidade²⁴. O resultado que se buscou nessa pesquisa não foi a precisão do conhecimento, mas a profundidade da penetração e a participação ativa tanto do investigador quanto do investigado²⁵.

As limitações encontradas no estudo estão associadas à relação dos pesquisadores com o objeto do estudo que pode ter prejudicado o andamento do cronograma da pesquisa. Buscou-se realizar um maior número de entrevistas, de forma a abranger um maior número de visões sobre o objeto, incluindo assim não só residentes, mas também preceptores e trabalhadores dos serviços. No entanto, com a exaustiva carga horária tanto dos participantes da pesquisa quanto dos pesquisadores, houve dificuldade em realizar as entrevistas devido à incompatibilidade de horários, indisponibilidade de sala que conservasse privacidade e cancelamento de agendamento prévio.

Este artigo é resultado do Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família. O projeto do estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), obtendo parecer favorável em 26 de junho de 2017, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 67811417.5.0000.0102. Todo o valor financeiro gasto para, e durante a realização da pesquisa foram de total responsabilidade dos pesquisadores. Não houve financiamento externo ou conflito de interesses.

Resultados

Buscamos com este estudo verificar se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família está de fato proporcionando uma formação em serviço. Para isso foram realizadas entrevistas com quatro residentes, sendo um do primeiro ano (R1) e três do segundo ano (R2) e para preservar a identidade dos participantes atribuímos as letras A, B, C e D para cada entrevistado, seguido do número 1 para os R1 e o número 2 para os R2.

De acordo com a legislação vigente, um dos quesitos para que ocorra essa formação é o acompanhamento do residente e preceptor por um tutor. Conforme a Resolução n. 2, de 13 de abril de 2012 da CNRMS a função de tutor

caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos ¹¹.

A partir das entrevistas pudemos verificar se a tutoria tem ocorrido como planejado. Segundo o entrevistado B1, esse auxílio pedagógico nem sempre ocorre, assim o residente busca sozinho a resolução das dúvidas.

A gente tenta suporte no tutor de área ou no tutor de campo, mas não temos um feedback positivo disso. Mas como falei anteriormente, quando tenho dúvidas, eu vou procurar sozinho mesmo tirar essas dúvidas. Vejo se alguém da área tem conhecimento, se não a gente se vira sozinho mesmo.
Entrevistado B1.

O entrevistado B1 reforça esse entendimento afirmando que não há definição dos papéis de cada um.

Ambos ficam perdidos, tanto os tutores porque são muito novos no programa aqui [...] e também o preceptor é perdido, não sabe qual é o papel dele. E tem essa confusão de papéis, qual o papel do tutor, qual o papel do preceptor, qual o nosso papel como residente, o que a gente pode fazer, o que a gente não pode fazer, qual o papel do município, e isto é importante deixar bem claro, porque somos residentes e não pertencemos ao município.
Entrevistado B1.

A fala do participante C2 veio ao encontro do entrevistado B1, onde ele diz que apesar de haver um tutor, ele não sabe elucidar suas dúvidas ou ajudar na inserção no local de trabalho.

Geralmente as coisas que eu tenho que fazer pra levar pra sala é relacionado a isso, que nenhum tutor sabe, entendeu? Tá muito perdido. E não sabe como nos ajudar porque ele não tem experiência nessa área, a gente tem mais experiência que ele. A parte prática como residente é chegar no horário, é, tentar me enfiar nas coisas, tipo, tentar ver o que que a unidade tá fazendo, e tipo, se candidatar pra ajudar e tipo, puxar o pessoal lá pra fazer a discussão de caso, fazer a consulta compartilhada. É sempre, tipo, um ir atrás das coisas, senão não vai atrás das coisas você não faz nada. Entrevistado C2.

O entrevistado D2 acredita que esse problema se dá devido à falta de experiência prática dos tutores e professores, pois para ele, a teoria não faz relação com a realidade.

Então a questão maior, é que os professores da residência, não só o tutor, mas os demais professores que a gente tem aula, eles são acadêmicos, eles tão na academia, eles não tão vendo a realidade do serviço, então muitas vezes o tutor traz a questão teórica que eu falo desde sempre 'o papel tudo aceita' que é lindo na teoria, mas na nossa realidade não convém, então às vezes a tutoria mais atrapalha. Entrevistado D2.

As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por

a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; b.um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa; c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional ¹¹.

Quanto à formação teórica, parte obrigatória da formação em serviço, que deve totalizar vinte por cento da carga horária, correspondendo a doze horas semanais, o entrevistado B1 nos três trechos abaixo fez referência à falta de tempo, falta da relação entre teoria e realidade e o cansaço.

Em relação à parte teórica, a gente não tem muito tempo para poder teorizar as coisas. A gente até tenta, mas a gente não tem tempo, aliás, não temos tempo para ter essa teoria. As aulas que seriam o suporte técnico que a gente tem, são muito amplas, muito vagas. Não é algo que consigo ter na minha prática, é algo que só vejo na teoria na aula que é muito pouco e não é aplicável ao meu campo de trabalho. Na parte teórica eu sou mais autodidata, ir mesmo atrás, estudar sozinho, pesquisar, porque esta parte teórica da residência, a gente não tem, seja da minha área quanto da geral. E disso eu sinto falta, desse aporte teórico. A gente tem que correr atrás sozinho. E tem a ver com a realidade o nosso campo de pesquisa. É muito variável aqui [...], aqui é uma realidade, lá no centro é outra realidade. Às vezes a gente fica discutindo algo que é irreal e não vai poder aplicar aqui. Entrevistado B1.

Em relação à parte teórica, eu sinto falta de uma teoria, de ter um embasamento teórico do que a gente vivencia aqui, porque nada do que a gente vê nas aulas são aplicáveis, muito pouco. As aulas são muito vagas e colocam aulas só para encher a carga horária e é uma perda de tempo, porque a gente fica lá até tarde, cansados e é algo que não tem um retorno para gente. Entrevistado B1.

Geralmente é cansativo o fato de ter que vir para cá, o deslocamento até aqui e depois ir para as aulas. O que cansa mais é a aula. Porque muitas vezes as aulas não são tão produtivas, depois de um dia de trabalho, que também não é lá essas coisas. Tem que sair daqui e ir para Curitiba ter aula até 20:00h-20:30h, e às vezes a aula não é tão proveitosa como deveria ser. Acho que é basicamente isso. Entrevistado B1.

Já o entrevistado C2 quando questionado sobre a formação teórica, pareceu não dar muita importância, o que pode ser percebido no trecho abaixo.

A parte teórica é ir pra aula, marcar presença lá, e fazer um trabalho em grupo. Entrevistado C2.

Quanto à formação prática, apesar de a residência ser um curso de especialização caracterizado principalmente por ensino em serviço, os entrevistados relataram não possuir supervisão, portanto, não sabem como realizar certas atividades, ou não tem certeza se estão realizando corretamente. A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes. O preceptor deverá ser da mesma área profissional do residente, estando presente no cenário de prática e deverá possuir formação mínima de especialista ¹¹. Como exemplo, apresentamos um trecho do entrevistado A2, onde há incerteza e insegurança por parte do residente nas atividades práticas.

A gente faz o trabalho não sei se tá certo, se continua ou se faz diferente. Entrevistado A2.

Já o entrevistado B1 relata às vezes não ter o que fazer durante a carga horária prática, e que gostaria de estar usando o tempo para fazer outra coisa.

Às vezes tem algo específico da minha área para fazer, às vezes não tem nada, então é realmente chato vir [...] pra não fazer nada, porque não tem nada específico, nem do NASF e nem da minha profissão. E às vezes é um tempo perdido, porque poderia estar na UFPR ou em casa fazendo alguma coisa de útil, o TCR, estudando e tem que vir para cá para fazer nada, mas tem que vir cumprir o horário. Entrevistado B1.

O entrevistado B1 acredita que é necessária à presença do preceptor para nortear as atividades práticas.

Acho que todo mundo sente falta de alguém na área, um preceptor, presente que ajude a gente a tirar dúvidas ou dar ideias ou planejar ações. A gente fica muito solto, a gente chega aqui de paraquedas e não tem ninguém para falar 'você vai fazer isto ou aquilo', simplesmente, vai fazendo como você acha que deve ser feito e a gente tenta. Às vezes não dá certo, mas também é uma fonte de aprendizado. Você tem autonomia de fazer isso, você já um profissional formado, tem que ter essa autonomia. Mas às vezes é bom ter alguém só para guiar, às vezes a gente fica perdido. Entrevistado B1.

Ainda sobre a prática, o entrevistado C2 relata não ser reconhecido enquanto profissional em formação pelo serviço, e que não há apoio para o planejamento e desenvolvimento das atividades.

Aqui não, aqui a gente não é visto como quem tá aprendendo na unidade de saúde, a gente é visto como quem tipo, que os outros profissionais não veem a gente com 'ah deixa eu tentar passar a minha experiência pra essa pessoa, deixa eu puxar essa pessoa pra incentivar que ela consiga fazer isso', não, a gente é visto como profissional também né, como na verdade a gente é. Não também, a gente é visto com o profissional que vai ensinar eles, que vai explicar pra eles o que tem que ser feito, entendeu? Entrevistado C2.

Não tem incentivo de ninguém, incentivo não tem. Apoio teórico não tem, apoio não tem. Não, não tem. O que eles descrevem como apoio é 'ah faça o que você quiser'. Isso não é um apoio. Entrevistado C2.

Então tipo, tem um sentimento meio de culpa por estar sem fazer nada em alguns momentos e uma frustração por trabalhar em alguma coisa e não saber nem como, nem onde e ter espaço disponível pra isso. Espaço físico até espaço de construir coisas, que seria numa tutoria ou numa preceptoría e eu não tenho, eu não considero que eu tenho preceptor, nem tutor. Entrevistado C2.

A gente não sabe lidar com a violência e daí como a gente é referência de saúde mental, daí sempre tem alguma questão de saúde mental envolvida ali na violência, aí mandam pra gente, mas, é, a gente não tem um domínio disso sabe? E tem que ser um trabalho multi e a gente atende sozinha, daí dá um nervoso né. Entrevistado C2.

Também pudemos observar nos trechos abaixo, que os residentes assumem responsabilidades que consideram serem atribuições de outros profissionais. O entrevistado A2 explica que a Unidade de Saúde, desde sua inauguração, conta com a presença do programa de residência, e por isso existem atribuições que são realizadas apenas por residentes. Apesar de haver um movimento para a participação dos outros

profissionais, ainda há atividades que são responsabilidade da equipe de Estratégia Saúde da Família sendo realizadas inteiramente por residentes.

Ela inaugurou em outubro de 2014, então em 2015 já tinha residente, os residentes são mais antigos que os ACS lá, então ela tá acostumada sim com residência sabe, então acho que acostumou meio errado, entendeu? Que a gente acabou assumindo umas responsabilidades que deveria ter outra pessoa na unidade sabe, pra, pra meio que tocar enquanto a gente não estiver. Mas não é isso que acontece, quando a gente não tá fica meio, meio avoado. Entrevistado A2.

Isso, aí o grupo de gestantes ficou só com residente, a escola tá só com residente. Daí Hiperdia a gente colocou inclusive esse mês, junho, são eles que tão fazendo, os ACS que tão fazendo Hiperdia, já pra gente tentar inserir eles sabe, nos trabalhos. Que ano passado não foi assim. Entrevistado A2.

Já o entrevistado B1 afirmou ter clareza sobre o que é ou não sua função enquanto residente, mas, ainda sim, assume demandas de outros profissionais.

Tem algumas demandas que são do município e como residentes acabamos pegando essa demanda pra gente, o que não deve ser feito. Porque cada um tem a sua função, a prefeitura, o residente e NASF. E isso, às vezes se confunde. Entrevistado B1.

O entrevistado C2 relatou receber mais encaminhamentos devido à ausência de outros profissionais na equipe que atua.

Os encaminhamentos têm vindo muito pra gente agora porque não tem psicólogo no NASF. Entrevistado C2.

Discussão

Para compreender o papel social da residência multiprofissional em saúde da família, iniciamos a discussão elucidando como se dá a relação entre o trabalho e a educação na sociedade capitalista. Partimos do entendimento de que, segundo Marx ²⁶, o trabalho é a essência do ser humano e de que, segundo Saviani ²⁷, apesar de em certo momento na história da humanidade as pessoas aprendiam ao mesmo tempo em que produziam sua existência, em certo momento ocorreu uma cisão entre o ato de ensinar e o ato de trabalhar.

Estamos, a partir desse momento, diante do processo de institucionalização da educação, correlato do processo de surgimento da sociedade de classes que, por sua vez, tem a ver com o processo de aprofundamento da divisão do

trabalho. Assim, se nas sociedades primitivas, caracterizadas pelo modo coletivo de produção da existência humana, a educação consistia numa ação espontânea, não diferenciada das outras formas de ação desenvolvidas pelo homem, coincidindo inteiramente com o processo de trabalho que era comum a todos os membros da comunidade, com a divisão dos homens em classes a educação também resulta dividida; diferencia-se, em consequência, a educação destinada à classe dominante daquela a que tem acesso à classe dominada. E é aí que se localiza a origem da escola. A educação dos membros da classe que dispõe de ócio, de lazer, de tempo livre passa a organizar-se na forma escolar, contrapondo-se à educação da maioria, que continua a coincidir com o processo de trabalho ²⁷.

Com a consolidação do capitalismo, a educação escolar passa a ser também uma realidade para a classe trabalhadora, com uma dualidade dessa escola: melhores escolas com melhor ensino para os filhos da classe dominante e piores escolas com pior ensino para os filhos da classe trabalhadora. Esse ensino da classe trabalhadora é suficiente para manter a pessoa fora do mercado de trabalho (fora da competição por vagas de emprego com os adultos) até certa idade e qualquer falha na formação pode ser facilmente eliminada através de cursos práticos-técnicos de curta duração. “De um lado, continuamos a ter, no caso do trabalho manual, uma educação que se realizava concomitantemente ao próprio processo de trabalho. De outro lado, passamos a ter a educação de tipo escolar destinada à educação para o trabalho intelectual” ²⁷.

Fazemos essas considerações inicialmente para podermos discorrer sobre a formação educacional a partir da residência. Baseados nas entrevistas, sabemos a formação é prejudicada não só devido ao esgotamento dos residentes, mas também da atividade de aprendizagem, que deveria possibilitar ao residente a “apropriação dos conteúdos necessários para o conhecimento da realidade (dimensão epistemológica) e, ao mesmo tempo, a apreensão dos nexos e relações que lhe permitem compreender e explicar o que essa realidade realmente é (dimensão ontológica)” ²⁸.

Entretanto, segundo as diretrizes do Programa de Residência Multiprofissional, o projeto pedagógico “deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” ¹¹. A teoria das competências é enquadrada por Duarte ²⁹ no chamado ideário do ‘aprender a aprender’, onde a aprendizagem não resulta de um processo de transmissão de conhecimentos, mas no aprender sozinho através do desenvolvimento de uma suposta autonomia intelectual. Essas práticas educacionais

fundamentam-se notadamente na valorização da prática imediata e espontânea como processo construtor de conhecimento, defendendo a centralidade das interações discursivas e concebendo a escola como um espaço de compartilhamento e troca de crenças culturais e de saberes locais, cotidianos e populares. A negação da objetividade em si do real (afirmando que as coisas não existem independentemente do sujeito, tornando todo o real uma construção subjetiva) e o relativismo ontológico (transformando a teoria do ser em uma nova teoria do conhecer, na medida em que ontologicamente a realidade é, para tais teorias intituladas 'pós', construída a partir da própria experiência sensível do ser) assumidos por tais ideários pedagógicos atestam suas vinculações ao denominado período decadente da sociedade tardo-burguesa²⁸.

Essa imediaticidade é o que aparece nas entrevistas realizadas, em que os residentes relatam o cotidiano do aprender sozinho em uma cultura de que o que é necessário aprender são técnicas para uso imediato e não conhecimentos teóricos que embasem uma leitura crítica da realidade. Dessa forma, a faceta da educação em serviço se mostra prejudicada, no sentido da transmissão do conhecimento, mas alinhada com as diretrizes previstas para esse tipo de ensino (as diretrizes para residências), assim como as diretrizes gerais de ensino brasileiras (desde a Lei de Diretrizes e Bases de 1995), alinhadas com o que se espera da educação em geral no capitalismo atual.

Já na faceta do trabalho, outra questão importante que podemos notar a partir das entrevistas é a substituição de uma força de trabalho estável por uma força de trabalho rotativa e mais frágil quanto aos seus direitos. Esse também é um movimento dentro da área da saúde em consonância com o que acontece no capitalismo em geral, a partir da reestruturação produtiva ocorrida a partir da crise da década de 1970. Com as taxas de lucros médias abaixo do necessário para a reprodução do capital³⁰, se faz necessário utilizar outros meios para conseguir manter elevadas o quantum absoluto de lucro das grandes empresas capitalistas, sendo um desses meios um aumento na precarização do trabalho e do trabalhador. Segundo Antunes³¹, essa reestruturação da produção leva a uma ação destrutiva contra a força de trabalho, com altos contingentes precarizados e até mesmo fora do processo produtivo, com intenso nível de desemprego estrutural.

Dessa foram, apesar de o residente já existir antes da década de 1970, é um estudante/profissional que se encaixa perfeitamente nessa nova lógica produtiva.

Considerações Finais

Esse artigo buscou elucidar se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família está cumprindo o que se propõe (que é a formação através do serviço), através

das entrevistas de quatro residentes de um programa específico. Apesar da pequena quantidade de entrevistados, é possível compreender, ainda que não de forma conclusiva, que os residentes estão recebendo uma formação, mas que está aquém do que entendemos como uma educação formal.

A Residência é uma forma de qualificação profissional contraditória, do mesmo modo que é criada para atuar no SUS, se materializa na substituição de força de trabalho. A flexibilização do trabalho no capitalismo é constante, e sempre irá se moldando para atender as demandas de taxas de lucro suficiente para sua manutenção. Podemos observar nos movimentos mais atuais, como por exemplo, na reforma das leis trabalhistas, a flexibilização das contratações beneficiam os empresários podendo aumentar a carga horária de trabalho, entre outras mudanças como, licenças, férias e horário de almoço.

Isto é, o SUS e a educação não conseguem se esquivar da lógica perversa do capital, então, não podemos nos pautar apenas nas legislações e documentos governamentais. Devemos defender uma educação emancipadora e transformadora, nos utilizando do que foi produzido de conhecimento até hoje pela sociedade, a fim de superar as relações baseadas nesse modo de produção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martins LPN. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS e as Especializações em Área Profissional, Realizadas em Serviço. Brasília, DF: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2004.
3. Klock AD, Heck RM, Casarim ST. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. Texto contexto Enferm, Florianópolis, SC, v. 14, n. 2, p. 237-245, 2005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 414 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
5. Brasil. Resolução n. 03/99. Regulamenta a qualificação do corpo docente e revoga a Resolução CFE n. 12/83. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 abr. 1999. Seção 1, p.18.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.117/05. Institui a residência multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 3 nov. 2005.
7. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198 GM/MS, 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. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004b. Seção 1.
9. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
10. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção 1, p.7.
11. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1, p.24-25.
12. Closs TT. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. Serviço Social, Residência

- Multiprofissional e Pós-Graduação: A excelência na formação do Assistente Social. Porto Alegre, p. 34-62, 2012.
13. Rodrigues TF. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 15, n. 1, p. 71-82, out. 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8647309>. Acesso em: 16 de mar. 2017.
 14. Teixeira CCS. APM Educação: Assédio Moral no Trabalho. 2012. Disponível em: http://www.apmeducacao.com.br/arquivos/artigo_cientifico/glioche/cristiane_coutinho.pdf. Acesso em: 30 jan. 2018.
 15. Melo CNM, et al. Programa de residência multiprofissional em saúde da família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 11, n. 1, p. 18-25, 2013.
 16. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 nov. 2014. Seção 1, p.12-13.
 17. Brasil. Ministério da Educação. Portal Educação. Residência Multiprofissional. Comunicado 09/06/2016. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em: 16 de mar. 2017.
 18. Brasil. Ministério da Educação. Portal Educação. Residência Multiprofissional. Comunicado-2008. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>. Acesso em: 16 de mar. 2017.
 19. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Edital n. 5, de 22 de janeiro de 2015. Processo seletivo ano 2015 para composição do banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2015. Seção 3, p.71.
 20. Silveira DA. Informações sobre as residências multiprofissionais em saúde. Belo Horizonte, 21 jul. 2017. Informação verbal.
 21. Antunes R. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8 ed. São Paulo: Cortez; 2002.
 22. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta MEC/MS n. 1, de 24 de fevereiro de 2010. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, e dá outras providências. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 fev. 2010. Seção 1, p. 53.
 23. Oliveira B. A dialética do singular-particular-universal. In: ABRANTES, Angelo Antonio; SILVA, Nilma Renildes; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira (Orgs.). Método Histórico-Social na Psicologia Social. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. p. 25-51
 24. Lukács G. Introdução a uma Estética Marxista: Sobre a Particularidade como Categoria da Estética. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.
 25. Bakhtin M. Estética da criação verbal. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
 26. Marx K. Manuscritos econômico-filosóficos. São Paulo: Boitempo, 2009.

27. Saviani D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 152-180, jan./abr. 2007.
28. Lavoura TN, Martins LM. A dialética do ensino e da aprendizagem na atividade pedagógica histórico-crítica. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 21, n. 62, p. 531-541, 2017.
29. Duarte N. Sociedade do conhecimento ou sociedade das ilusões. Campinas: Autores Associados, 2003.
30. Kliman A. The failure of capitalist production: underlying causes of the Great Recession. London: Pluto Press, 2012.
31. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2.ed. 10.reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel social da residência multiprofissional em saúde da família

Pesquisador: MARCELO JOSÉ DE SOUZA E SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67811417.5.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.137.521

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "O papel social da residência multiprofissional em saúde da família" sob a orientação e responsabilidade do Prof. Dr. Marcelo José de Souza e Silva, do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná, com a participação da residente de Loraine Melissa Dal-Ri, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "analisar o papel da residência multiprofissional em saúde da família em relação à sua formação pelo trabalho."

Objetivos Específicos: "analisar as diretrizes gerais da residência para entender como dever ser a formação; verificar se a formação do residente corresponde ao preconizado pelas diretrizes gerais; analisar como tem ocorrido o processo de trabalho dos residentes; verificar se o trabalho do residente está permitindo sua formação."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos os pesquisadores referem que esta pesquisa poderá acarretar aos participantes algum desconforto ou constrangimento no momento de responder as perguntas, porque a pesquisa está relacionada com o próprio serviço em que essas pessoas estão inseridas, sendo referidos os cuidados para minimizar esta situação.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

Município: CURITIBA

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 2.137.521

"O participante poderá, a qualquer momento, se recusar a responder as pergunta e até mesmo solicitar que suas respostas não sejam utilizadas na pesquisa, mesmo após a coleta das mesmas."

De acordo com os pesquisadores, "o benefício poderá ser o uso futuro dessa pesquisa para avaliar e qualificar os programas de residências multiprofissionais em saúde, além disso, esta pesquisa também poderá ser um espaço de representação dos sujeitos envolvidos no programa, pois suas demandas e problemáticas serão ouvidas, analisadas e divulgadas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A contextualização do projeto pauta-se na literatura considerada pertinente à temática abordada, apropriada aos objetivos do estudo.

Local do Estudo

A pesquisa será realizada nos locais de trabalho dos participantes, nos municípios de Colombo e Piraquara, no estado do Paraná.

Os pesquisadores apresentaram os termos de concordância das Instituições Coparticipantes – Secretária Municipal de Saúde de Colombo e Fundo Municipal de Saúde de Piraquara.

Participantes

Os participantes do estudo serão "residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e os profissionais de saúde das unidades que esses residentes atuam."

Amostra

A amostra será constituída de 10 residentes e 10 profissionais, integralizando 20 participantes.

Plano de Recrutamento

O recrutamento dos participantes será realizado, como segue:

"Os participantes serão convidados com o intuito de contemplar todas as realidades dos diferentes campos de atuação da residência. Serão contatados os residentes multiprofissionais e profissionais de saúde envolvidos com a residência das unidades de saúde Guaraituba, Jardim Cristina, Moinho Velho e Osasco do município de Colombo, e das unidades de saúde Carlos Jess, James Ribas Martins, Maria Francoelina e Nanci Terezinha do município de Piraquara;

"-A pesquisa será divulgada por e-mail para todos os atuais residentes multiprofissionais e serão feitos convites individuais para participação a partir de ligações e/ou e-mails, sendo convidados de forma sigilosa para que não se sintam coagidos a participar;"

De acordo com os pesquisadores "O termo de consentimento irá assegurar que a participação na pesquisa é voluntária e sigilosa."

Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão: "profissionais de ambos os sexos, maiores de idade, que aceitarem

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 2.137.521

voluntariamente participar da pesquisa e assinar o TCLE e que estejam ou estiveram recentemente envolvidos com a residência."

Crêterios de exclusão: "profissionais de saúde que não tenham vínculo recente ou atual com a residência; participantes que apresentem idade inferior a 18 anos completos; profissionais e residentes que não desejem participar e responder as entrevistas."

Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada nas unidades onde os profissionais de saúde e os residentes trabalham, com duração aproximada de 30 minutos.

As entrevistas "serão gravadas e o áudio transcrito para subseqüente análise dos dados coletados utilizando a análise de discurso."

De acordo com os pesquisadores "a pesquisa pretende elucidar questões sobre como: está ocorrendo à formação dos residentes multiprofissionais, se isso influencia em mudanças no serviço das unidades de saúde a partir da visão dos profissionais de saúde."

Os pesquisadores apresentaram os ajustes solicitados referentes ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, plano de recrutamento dos participantes, benefícios e unidades onde será realizado o estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre os requisitos necessários para sua realização.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Obs.: Telefone em manutenção, favor enviar e-mail.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Continuação do Parecer: 2.137.521

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_887263.pdf	20/06/2017 23:38:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoCorrigido2.docx	20/06/2017 23:37:01	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Respostas_as_pendencias.docx	19/06/2017 19:19:46	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadoCorrigido.docx	19/06/2017 19:11:12	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_Corrigido.docx	19/06/2017 19:10:51	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	01/05/2017 23:50:53	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	ExtratodeAta.pdf	01/05/2017 23:50:32	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Concordancia_Servicos_Envolvido_Colombo.pdf	11/04/2017 22:38:14	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Analise_do_merito_cientifico_a_ser_certificada_pelo_pesquisador_principal.pdf	11/04/2017 06:04:17	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Declaracao_de_responsabilidades_no_projeto.pdf	11/04/2017 05:33:28	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Concordancia_Instituicao_Coparticipant e_Colombo.pdf	11/04/2017 05:30:39	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.137.521

Outros	Concordancia_Servicos_Envolvido_Piraquara.pdf	11/04/2017 05:29:55	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Concordancia_Instituicao_Coparticipant e_Piraquara.pdf	11/04/2017 05:25:46	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Oficio_do_pesquisador_encaminhando_o_projeto_ao_CEP.pdf	10/04/2017 06:46:42	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Declaracao_de_tomar_publicos_os_res ultados.pdf	10/04/2017 06:14:58	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_para_Inicio_d a_Pesquisa.pdf	10/04/2017 06:09:50	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	10/04/2017 06:08:43	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico_de_mat erial_eou_dados_coletados.pdf	10/04/2017 06:07:28	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Outros	CheckList.pdf	10/04/2017 06:05:33	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consetimento_Livre_e_Escla recido.docx	09/04/2017 11:43:48	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	09/04/2017 11:40:12	Loraine Melissa Dal Ri	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 26 de Junho de 2017

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 265 - Térreo
Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – INSTRUÇÕES DO PERIÓDICO AOS AUTORES

28/02/2018

Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores



ISSN 1678-4464 *versión on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorus para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

<http://www.scielo.br/revistas/csp/plnstruc.htm>

17

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com

descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

- 10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
- 10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).
- 10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
- 10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

- 11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cademos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.
- 11.2** Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
- 11.3** Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".
- 11.4** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

- 12.1** A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cademos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".
- 12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.
- 12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.
- 12.4** O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.
- 12.5** O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.
- 12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).
- 12.7** *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.
- 12.8** *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.
- 12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do

artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de

descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 – Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema:

<http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)* e *Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;


15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema

[<http://cademos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>] no prazo de 72 horas.

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]

 Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.:+55 21 2598-2511
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514**



cadernos@fiocruz.br

ANEXO 3 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

28/02/2018

SAGAS

O novo artigo foi submetido com sucesso!

Login: lorainemelissa [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports In Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0380/18

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	28 de Fevereiro de 2018
Título	O PAPEL SOCIAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Título corrido	O PAPEL SOCIAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Área de Concentração	Ciências Sociais em Saúde
Palavras-chave	Capitalismo, Educação, Emprego, Internato não Médico
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsinki , além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	Loraine Melissa Dal-Ri (Universidade Federal do Paraná) <lorainemelissadal.ri@gmail.com> Marcelo José de Souza e Silva (Universidade Federal do Paraná) <marcelojss@gmail.com>
STATUS	<i>Com Secretaria Editorial</i>

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2018

Login: [lorainemelissa](#) [Português](#) [English](#) [Español](#)



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

[Início](#) [Autor](#) [Consultor](#) [Editor](#) [Mensagens](#) [Sair](#)

CSP_0380/18

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	O PAPEL SOCIAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Título corrido	O PAPEL SOCIAL DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Área de Concentração	Ciências Sociais em Saúde
Palavras-chave	Capitalismo, Educação, Emprego, Internato não Médico
Autores	Loraine Melissa Dal-Ri (Universidade Federal do Paraná) Marcelo José de Souza e Silva (Universidade Federal do Paraná)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	<i>Em avaliação.</i> Artigo enviado em 28 de Fevereiro de 2018.			