

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

SUERLY FERREIRA MELO PARENTE

**CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NOS PROJETOS POLÍTICO-
PEDAGÓGICOS DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DO HU-UFMA**

**SÃO LUÍS
2026**

SUERLY FERREIRA MELO PARENTE

**CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NOS PROJETOS POLÍTICO-
PEDAGÓGICOS DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DO HU-UFMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Discente: Suerly Ferreira Melo Parente

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa Lima

SÃO LUÍS
2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Ferreira Melo Parente, Suerly.

CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NOS
PROJETOS POLÍTICO-PEDAGÓGICOS DA RESIDÊNCIA
INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HU-UFMA /
Suerly Ferreira

Melo Parente. - 2026.

152 p.

Orientador(a): Cristiana Costa Lima.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Políticas
Públicas/ccso, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2026.

1. Educação Em Saúde. 2. Trabalho Em Saúde. 3.
Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde. 4. Educação
Permanente Em Saúde. I. Costa Lima, Cristiana.

SUERLY FERREIRA MELO PARENTE

**CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO E TRABALHO NOS PROJETOS POLÍTICO-
PEDAGÓGICOS DA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DO HU-UFMA**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Políticas
Públicas da Universidade Federal do
Maranhão, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em
Políticas Públicas

Discente: Suerly Ferreira Melo Parente

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa
Lima

BANCA EXAMINADORA

EXAMINADOR 01

(Externa)

EXAMINADOR 02

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristiana Costa Lima

Aprovado em:

SÃO LUÍS
2026

Á minha sobrinha Ana Liz, com o desejo de que sua trajetória seja marcada pela liberdade de pensar, questionar e sonhar, e que sua educação contribua para a formação de uma consciência crítica, sensível. Com amor e esperança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, nos momentos de dúvida, cansaço e incerteza, foi Sua presença que me sustentou e me permitiu seguir em frente. Agradeço a vida, pelas oportunidades, pelos aprendizados e por todas as pessoas que colocou em meu caminho. Sem Sua graça, nada disso seria possível.

Aos meus amados pais, Francisco das Chagas e Maria da Cruz, meu mais profundo agradecimento. Vocês são a base de tudo o que sou e de tudo o que conquisto. O amor de vocês é meu porto seguro, minha inspiração e minha maior riqueza. Esta conquista também é de vocês.

Ao meu esposo, Nadielson, meu companheiro de vida e de sonhos, agradeço por caminhar ao meu lado com tanto amor, paciência e generosidade.

A minha irmã, Suralha, meu cunhado Bruno e a minha sobrinha Ana Liz, pela certeza de que o amor é uma fonte inesgotável de vida, esperança e sonhos.

A minha orientadora, Profa. Dra. Cristiana Costa Lima, fonte de luz, conhecimento e sensibilidade. Obrigada por acreditar neste estudo, pelos ensinamentos compartilhados e por me incentivar a olhar a realidade de forma crítica, comprometida e transformadora. Não há palavras que possam descrever quão grata eu me sinto pela confiança depositada, por me acolher como sua orientanda, durante os "altos e baixos" da minha trajetória.

Aos membros da minha banca: Profa. Dra. Marly de Jesus Sa Dias, Profa. Dra. Mariana Cavalcanti Braz Berger, fontes de aprendizado, conhecimento e contribuição ao desenvolvimento deste estudo.

Aos colegas que conheci durante o Mestrado, em especial Isabel, Beatriz e Maria José, pela troca de conhecimentos, pela força e amizade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão pelo amadurecimento proporcionado, e a todos/as docentes que tanto me inspiraram com seu brilhantismo, sabedoria e amor pela pesquisa acadêmica.

À CAPES, pelo apoio financeiro concedido por meio da bolsa de estudos, fundamental para a realização desta pesquisa.

“Nós não podemos nos render a essa narrativa de fim do mundo. Essa narrativa é pra nos fazer desistir dos nossos sonhos”.

Ailton krenak

RESUMO

A formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) ocupa posição estratégica no debate sobre a qualificação das práticas de saúde e o fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse contexto, a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) constitui uma importante modalidade de formação em serviço, ao articular ensino, trabalho e atenção à saúde, consolidando-se como uma estratégia formativa em expansão no país. Entretanto, esses processos formativos desenvolvem-se em um contexto marcado por profundas transformações no mundo do trabalho e por mudanças na gestão das políticas públicas de saúde, particularmente nos hospitais universitários. A incorporação de mecanismos gerenciais inspirados na racionalidade empresarial, expressa pela atuação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, evidencia a coexistência de distintas concepções de educação e trabalho em saúde. Nesse cenário, torna-se necessário investigar como vem sendo orientada a formação dos/das profissionais de saúde, entre eles/elas o/a assistente social, cuja atuação, em consonância com o projeto ético-político da profissão, está comprometida com a defesa da saúde como direito universal. Além disso, considerando que a RIMS propõe a transformação das práticas de saúde por meio do ensino em serviço e da aprendizagem construída no próprio processo de trabalho, torna-se pertinente refletir sobre o trabalho como princípio educativo e sobre as concepções que orientam essa formação. É nesse contexto que se insere a RIMS do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), instituição de referência no estado tanto na assistência à saúde quanto na formação de profissionais por meio da graduação, das residências multiprofissionais, uniprofissionais e médicas. Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo analisar as concepções de educação e trabalho presentes nos Projetos Político-Pedagógicos (PPPs) da RIMS do HU-UFMA. Para tanto, adotou-se o método materialismo histórico-dialético, desenvolvendo-se uma pesquisa de natureza bibliográfica e documental. Atualmente, a RIMS do HU-UFMA está organizada em nove PPPs, distribuídos em diferentes áreas de concentração. Desse conjunto, foram selecionados cinco PPPs para análise, por incluírem o/a assistente social entre as profissões integrantes das equipes multiprofissionais do programa. Os resultados evidenciam que os PPPs analisados fundamentam-se predominantemente nos princípios da Educação Permanente em Saúde, valorizando a aprendizagem construída a partir das experiências concretas de trabalho, a integração ensino-serviço e a atuação multiprofissional. Contudo, a análise também revelou a presença de tensões e contradições, especialmente relacionadas à incorporação de mecanismos gerenciais característicos da lógica empresarial, como a adoção da pedagogia das competências, que tende a reforçar perspectivas pragmáticas e tecnicistas da formação. Tais elementos expressam a coexistência de distintos projetos de formação e gestão no interior da residência multiprofissional, os quais, por um lado, refletem perspectivas críticas, emancipatórias e comprometidas com os princípios do SUS e, por outro, reproduzem tendências da produtividade, do desempenho e da racionalização dos processos de trabalho.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Trabalho em Saúde; Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

The training of workers for the Brazilian Unified Health System (SUS) occupies a strategic position in the debate on the qualification of health practices and the strengthening of the principles of the Brazilian Health Reform. In this context, the Integrated Multiprofessional Health Residency (RIMS) constitutes an important modality of in-service training, articulating teaching, work, and health care, consolidating itself as a training strategy in expansion in the country. However, these training processes develop in a context marked by profound transformations in the world of work and by changes in the management of public health policies, particularly in university hospitals. The incorporation of management mechanisms inspired by business rationality, expressed by the actions of the Brazilian Hospital Services Company, highlights the coexistence of different conceptions of education and work in health. In this scenario, it becomes necessary to investigate how the training of health professionals, including social workers, whose work, in line with the ethical-political project of the profession, is committed to the defense of health as a universal right, has been oriented. Furthermore, considering that the RIMS (Integrated Rehabilitation of Health Practices) proposes the transformation of health practices through on-the-job training and learning built within the work process itself, it becomes pertinent to reflect on work as an educational principle and on the conceptions that guide this training. It is in this context that the RIMS of the University Hospital of the Federal University of Maranhão (HU-UFMA) is situated, a reference institution in the state both in healthcare and in the training of professionals through undergraduate, multi-professional, uni-professional, and medical residencies. Therefore, this research aimed to analyze the conceptions of education and work present in the Political-Pedagogical Projects (PPPs) of the RIMS at HU-UFMA. To this end, the historical-dialectical materialism method was adopted, developing bibliographic and documentary research. Currently, the RIMS (Regional Interdisciplinary Program in Health) of HU-UFMA (University Hospital of the Federal University of Maranhão) is organized into nine PPPs (Pedagogical Projects), distributed across different areas of concentration. From this set, five PPPs were selected for analysis, as they include social workers among the professions that are part of the program's multidisciplinary teams. The results show that the analyzed PPPs are predominantly based on the principles of Continuing Education in Health, valuing learning built from concrete work experiences, the integration of teaching and service, and multidisciplinary action. However, the analysis also revealed the presence of tensions and contradictions, especially related to the incorporation of managerial mechanisms characteristic of business logic, such as the adoption of competency-based pedagogy, which tends to reinforce pragmatic and technicist perspectives of training. These elements express the coexistence of distinct training and management projects within the multiprofessional residency program, which, on the one hand, reflect critical, emancipatory perspectives committed to the principles of the Brazilian Unified Health System (SUS), and, on the other hand, reproduce trends in productivity, performance, and rationalization of work processes.

Keywords: Health Education; Health Work; Integrated Multiprofessional Health Residency; Continuing Health Education.

LISTA DE SIGLAS

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões.

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

SUS - Sistema Único de Saúde.

OSs - Organizações Sociais.

OSCIPs - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

Ebserh - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social.

AIS - Ações Integradas de Saúde.

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

RIMS - Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.

REHUF - Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais.

FIES - Fundo de Financiamento Estudantil.

ProUni - Programa Universidade para Todos.

CBAS - Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde.

SEGETS - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde.

FENTAS - Fórum de Entidades Nacionais de Trabalhadores da Área da Saúde.

ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores e Pesquisadoras em Serviço Social.

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social.

HU/UFJF - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

LDB - Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO13

2. EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICO-POLÍTICOS EM DEBATE25

2.1. Educação e trabalho no campo da saúde: concepções em debate26

2.2. O trabalho como princípio educativo em Gramsci: para uma concepção crítica sobre educação43

2.3 Trabalho como Princípio Educativo para a Formação em Saúde52

3. CAMINHOS E DESCAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: a construção da Política Nacional de educação Permanente em Saúde57

3.1 A constituição histórica da política de saúde no Brasil58

3.2. A política de Educação Permanente em Saúde no contexto do SUS70

3.3 A expansão dos Programas de Residência: precarização do trabalho ou formação para o SUS?83

4. A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA RESIDÊNCIA DO HU-UFMA: o projeto pedagógico e as relações entre trabalho e educação na saúde96

4.1 A constituição histórica do Serviço Social na saúde e a emergência do debate sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde.97

4.2 A formação para o trabalho em saúde da/o assistente social na RIMS do HU-UFMA: uma análise a partir dos Projetos Políticos Pedagógicos108

4.3 O trabalho como princípio educativo e as contradições do projeto pedagógico na formação em saúde da/o assistente social na RIMS do HU-UFMA129

CONSIDERAÇÕES FINAIS138

REFERÊNCIAS142

1. INTRODUÇÃO

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos marcos mais importantes na consolidação dos direitos sociais no Brasil. Fruto das lutas empreendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 como expressão do reconhecimento da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988). Entretanto, sua criação não resultou de um processo linear ou consensual, mas de intensas disputas políticas e ideológicas em torno dos rumos da política de saúde brasileira, envolvendo projetos societários distintos e antagônicos.

De um lado, o projeto da Reforma Sanitária, defendido por esta pesquisa, construído a partir da articulação entre movimentos sociais, trabalhadores/as da saúde, intelectuais e entidades da sociedade civil, que defendiam a universalização do acesso à saúde, a ampliação dos direitos sociais, a democratização das políticas públicas e a responsabilidade estatal na garantia da proteção social. De outro, o projeto privatista, alinhado às orientações neoliberais e aos interesses do capital, que concebe a saúde como mercadoria e privilegia mecanismos de mercado na organização da assistência à saúde (CFESS, 2012).

Nesse processo, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, assumiu papel fundamental ao consolidar uma concepção ampliada de saúde, compreendida como resultado das condições de vida, trabalho, alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente e acesso aos serviços públicos. As deliberações da conferência influenciaram diretamente a elaboração do texto constitucional de 1988 e contribuíram para a institucionalização do SUS, estruturado a partir dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (Brasil, 1988).

Apesar dos avanços alcançados, a consolidação de um sistema público de saúde efetivamente universal, integral e equânime permanece como um desafio histórico. As contradições inerentes à sociedade capitalista e o avanço das ideias neoliberais têm produzido impactos significativos sobre as políticas

sociais, especialmente a partir da década de 1990, quando se intensificaram os processos de contrarreforma do Estado, de redução do investimento público e de fortalecimento de mecanismos gerenciais na administração das políticas sociais (Bravo, 2006).

Essas transformações repercutem não apenas na organização dos serviços de saúde, mas também nos processos de formação dos trabalhadores que atuam no SUS. Afinal, a construção de um sistema de saúde comprometido com os princípios da Reforma Sanitária exige profissionais capazes de compreender criticamente a realidade social e intervir de forma qualificada nos diversos espaços de produção do cuidado. Nesse sentido, a formação em saúde assume papel estratégico para a efetivação dos princípios do SUS, tornando-se igualmente um espaço de disputas em torno de diferentes concepções de educação e trabalho na saúde.

Conforme argumenta Merhy (2007), os processos de trabalho em saúde não são neutros, mas expressam determinadas concepções de cuidado, gestão e organização dos serviços. A forma como o trabalho é estruturado nos espaços institucionais influencia diretamente as práticas profissionais, os processos educativos e as possibilidades de construção de modelos assistenciais comprometidos com a integralidade da atenção em saúde.

Historicamente, a formação dos profissionais da saúde esteve vinculada ao modelo biomédico, caracterizado pela valorização do conhecimento especializado, pela centralidade da intervenção médica e pela separação entre os diferentes saberes profissionais. Conforme destacam Sarreta *et al.* (2009), tal perspectiva privilegiou práticas educativas fragmentadas e desarticuladas das necessidades concretas dos serviços e dos usuários, limitando a construção de abordagens interdisciplinares e integradas no campo da saúde.

Em resposta a essas limitações, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, passou a orientar a formação dos trabalhadores da saúde a partir de uma perspectiva que reconhece o trabalho como espaço privilegiado de aprendizagem e transformação das práticas profissionais (Brasil, 2004). Diferentemente dos modelos tradicionais de capacitação, centrados na transmissão verticalizada de conteúdos, a Educação Permanente em Saúde (EPS) propõe a articulação entre ensino, serviço, gestão e participação social,

tomando os problemas concretos do cotidiano de trabalho como ponto de partida para os processos educativos (Brasil, 2018).

A EPS parte do pressuposto de que a qualificação dos trabalhadores não pode ser dissociada da transformação das práticas de saúde e da reorganização dos serviços. Nessa perspectiva, aprender e trabalhar constituem dimensões indissociáveis, uma vez que o processo formativo ocorre simultaneamente à atuação profissional e à reflexão crítica sobre a realidade vivenciada pelos sujeitos. Trata-se, portanto, de uma concepção de educação que visa ultrapassar a mera aquisição de competências técnicas e busca fortalecer a capacidade dos trabalhadores de compreender e transformar os processos de trabalho em saúde.

É nesse contexto que emergem os Programas de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), instituídos pela Lei nº 11.129/2005 como modalidade de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões da área da saúde, com exceção da medicina (Brasil, 2005). Fundamentadas nos princípios da EPS, as residências multiprofissionais propõem uma formação desenvolvida prioritariamente nos serviços de saúde, articulando teoria e prática, ensino e trabalho.

As RIMS assumem, assim, papel estratégico na formação de trabalhadores para o SUS, ao proporem a inserção dos profissionais em diferentes cenários de prática e favorecerem experiências formativas pautadas na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe e na integralidade do cuidado (Brasil, 2018). Ao mesmo tempo, constituem espaços privilegiados para a análise das concepções de educação e trabalho que orientam os processos formativos em saúde, uma vez que articulam diretamente as dimensões pedagógica, assistencial e institucional.

Ao longo das últimas duas décadas, essa modalidade de formação apresentou uma expansão significativa no cenário nacional. Em 2005, o país contava com apenas 22 programas de residência multiprofissional em saúde. Já em 2025, esse número alcançou 1.341 programas ativos, distribuídos em todas as regiões do Brasil, oferecendo aproximadamente 28.737 vagas para profissionais de diferentes áreas da saúde (Brasil, 2025).

Esse crescimento expressivo evidencia a relevância estratégica das residências na formação dos trabalhadores da saúde e reforça a necessidade de

compreender os fundamentos político-pedagógicos que orientam esses programas, bem como suas contribuições para a qualificação profissional e para o fortalecimento do SUS.

Contudo, a ampliação das residências em área profissional da saúde ocorre em um contexto marcado por profundas transformações no mundo do trabalho e nas políticas públicas. O expansão da agenda neoliberal, a incorporação de mecanismos gerenciais na administração pública e a crescente valorização de critérios de produtividade, eficiência e desempenho vêm suscitando debates sobre os processos de trabalho e formação no campo da saúde. Tem-se observado que os espaços formativos tornaram-se atravessados por diferentes projetos de formação profissional, expressando tensões entre perspectivas críticas e propostas alinhadas às ideias privatistas e gerencialistas na saúde.

É nesse cenário de transformações que se insere a discussão acerca da gestão dos hospitais universitários federais e seus impactos sobre a formação em saúde. Nos últimos anos, especialmente a partir dos intensificação das medidas neoliberais observa-se a incorporação de mecanismos gerenciais inspirados na lógica empresarial no interior das instituições públicas, alterando significativamente a organização dos serviços, as relações de trabalho e os processos formativos desenvolvidos nesses espaços.

No âmbito dos hospitais universitários federais, esse movimento ganha materialidade com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)¹, instituída pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Vinculada ao Ministério da Educação, a Ebserh foi criada com a finalidade de administrar os hospitais universitários federais, assumindo a gestão de recursos humanos, financeiros, patrimoniais e assistenciais dessas instituições (Brasil, 2011).

Embora possua natureza jurídica de empresa pública, a Ebserh incorpora mecanismos típicos da racionalidade gerencial contemporânea, tais como a

¹ A Ebserh passou a adotar, em março 2026, o nome fantasia “HU Brasil”, mudança anunciada pelo governo Lula com o objetivo de tornar mais acessível e reconhecível a identificação institucional da rede de hospitais universitários federais, já que a denominação “Ebserh” era considerada de difícil assimilação pela população. Contudo, o nome jurídico da estatal permanece sendo Ebserh, não havendo alteração em sua natureza jurídica de empresa pública nem em sua lógica de gestão, marcada por traços gerencialistas e privatistas (Brasil, 2026). Neste trabalho, será mantida a utilização da sigla Ebserh.

gestão por metas e resultados, a utilização de indicadores de desempenho, a centralização administrativa, o planejamento estratégico e a racionalização dos processos de trabalho (Brasil, 2011). Longe de representarem apenas instrumentos técnicos de gestão, tais mecanismos expressam uma concepção administrativa orientada por critérios de eficiência e produtividade, cujos impactos alcançam as dimensões assistencial, acadêmica e formativa dos hospitais universitários.

Nessa perspectiva, Borges et al. (2018) destacam que a adoção desse modelo de gestão tende a introduzir, no interior das instituições públicas, princípios orientados pela eficiência, produtividade e controle dos resultados institucionais. Embora os serviços permaneçam formalmente públicos, observa-se a incorporação de práticas gerenciais que aproximam a administração hospitalar de modelos historicamente associados ao setor privado. Nesse contexto, assistência, ensino e pesquisa passam a coexistir com exigências crescentes de desempenho institucional e racionalização dos recursos disponíveis.

No campo da formação em saúde, tais transformações assumem particular relevância. Conforme aponta Amorim (2017), a lógica gerencial tende a influenciar os projetos pedagógicos e os processos formativos desenvolvidos nos hospitais universitários, favorecendo, em determinados contextos, a valorização de competências técnicas e operacionais voltadas para o atendimento das demandas institucionais. Esse movimento pode tensionar propostas pedagógicas comprometidas com a formação crítica, a interdisciplinaridade e os princípios do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Dessa forma, compreender os processos de formação desenvolvidos nos hospitais universitários exige reconhecer que esses espaços são atravessados por diferentes interesses, concepções e projetos societários. As transformações ocorridas na gestão hospitalar podem repercutir diretamente na organização do trabalho e, conseqüentemente, nas formas pelas quais os/as trabalhadores/as são formados/as para atuar no sistema de saúde.

É justamente nesse ponto que se insere a problemática desta pesquisa. Parte-se do entendimento de que os processos de formação profissional expressam determinadas concepções de educação e trabalho, as quais se

materializam nos documentos institucionais responsáveis por orientar a formação dos residentes². Entre esses documentos, destaca-se o Projeto Político-Pedagógico (PPP), que constitui importante instrumento de sistematização dos princípios, objetivos, diretrizes e fundamentos que orientam os programas como os de residência em área profissional em saúde.

Mais do que documentos administrativos ou normativos, os PPPs expressam determinadas compreensões acerca da formação profissional, do trabalho em saúde, do papel dos trabalhadores e das finalidades atribuídas à educação. Conforme destaca Libâneo (2004), os projetos pedagógicos constituem sínteses de concepções educacionais e sociais, revelando intencionalidades formativas que orientam a organização curricular, os processos de ensino-aprendizagem e os perfis profissionais pretendidos.

Nessa perspectiva, analisar os PPPs implica investigar quais fundamentos político-pedagógicos sustentam a formação proposta, quais concepções de educação e trabalho orientam os programas e quais projetos profissionais e societários se encontram subjacentes às diretrizes institucionais. Trata-se, portanto, de compreender não apenas o que os documentos afirmam explicitamente, mas também os sentidos e valores que organizam suas proposições formativas.

Nesta pesquisa, as concepções de educação e trabalho são compreendidas como expressões de projetos formativos historicamente situados. A concepção de educação refere-se ao modo como o processo educativo é entendido e organizado, podendo assumir perspectivas voltadas à formação crítica e emancipatória dos sujeitos ou, ao contrário, orientações centradas na adaptação às exigências do mercado e das instituições. Já a concepção de trabalho diz respeito à forma como o trabalho em saúde é concebido, podendo ser compreendido como prática social, coletiva e transformadora ou reduzido à dimensão técnica e instrumental da execução de tarefas.

A análise dessas concepções torna-se necessária no contexto das RIMS, uma vez que essa modalidade formativa se fundamenta na articulação entre

² Profissional de saúde graduado que participa de um programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, desenvolvendo atividades teóricas, teórico-práticas e práticas em instituições de saúde, sob supervisão de preceptores e tutores (Brasil, 2011).

educação e trabalho. Ao mesmo tempo em que os residentes desenvolvem atividades assistenciais nos serviços de saúde, participam de processos educativos que buscam qualificar sua atuação profissional. Assim, as formas pelas quais educação e trabalho são concebidos influenciam diretamente os objetivos, conteúdos, metodologias e práticas que compõem a formação oferecida.

Entre as contribuições que orientam esta pesquisa, destacam-se os estudos de Ramos (2010), que analisam as disputas entre diferentes projetos educacionais presentes na sociedade contemporânea.

Segundo a autora, as teorias não críticas da educação, representadas pela pedagogia tradicional, pela pedagogia tecnicista e, mais recentemente, pela pedagogia das competências, tendem a compreender a educação como instrumento de adaptação dos indivíduos às exigências da ordem social vigente. Nessa perspectiva, a formação privilegia o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao desempenho eficiente das funções de trabalho, priorizando a dimensão instrumental do processo educativo.

Em contraposição, Saviani, Freire e entre outros discutem as teorias críticas da educação que compreendem a formação como prática social vinculada à compreensão e transformação da realidade, comprometida com a emancipação humana, a produção crítica do conhecimento e a formação de sujeitos capazes de intervir conscientemente nas relações sociais.

É nesse horizonte que se insere a necessidade de pensar o trabalho como princípio educativo, formulada por Gramsci. Para essa perspectiva, o trabalho não deve ser compreendido apenas como atividade produtiva, mas como dimensão constitutiva da formação humana, capaz de possibilitar a apropriação crítica da realidade e o desenvolvimento das potencialidades intelectuais, culturais e sociais dos sujeitos.

Nessa perspectiva, o trabalho assume centralidade no processo de formação humana, pois é por meio dele que os sujeitos produzem sua existência material, constroem conhecimentos, desenvolvem capacidades e estabelecem relações sociais. Conforme destaca Gramsci (apud Manacorda, 2008), a educação deve superar a histórica separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, contribuindo para a formação *omnilateral* dos indivíduos e para o

desenvolvimento de uma consciência crítica acerca das relações sociais em que estão inseridos.

Ciavatta (2009) ressalta que o trabalho como princípio educativo não se reduz à preparação para o exercício de uma profissão ou à aquisição de habilidades técnicas. Trata-se de compreender o trabalho em sua dimensão histórica, social e formativa, reconhecendo-o como mediação fundamental para a construção do conhecimento e para a formação integral dos sujeitos. Nessa direção, a educação deve possibilitar a compreensão crítica da realidade social e das contradições que atravessam o mundo do trabalho.

Essa discussão adquire especial relevância no campo da saúde, particularmente no âmbito da PNEPS, que reconhece o cotidiano dos serviços como espaço privilegiado de aprendizagem. Ao defender a articulação entre ensino, trabalho e produção do cuidado, a EPS aproxima-se da compreensão de que o trabalho pode constituir-se em importante espaço formativo, capaz de promover processos de reflexão crítica e transformação das práticas profissionais.

Entretanto, essa potencialidade educativa não se realiza de forma automática. Como assinalam Antunes (2001) e Kuenzer (2004), o trabalho contemporâneo encontra-se atravessado por processos de flexibilização, intensificação e precarização que impactam diretamente as condições objetivas de vida e trabalho dos sujeitos. No campo da saúde, tais transformações expressam-se na ampliação das exigências de produtividade, no controle crescente sobre os processos de trabalho, na adoção de mecanismos de avaliação por desempenho e na intensificação das demandas institucionais dirigidas aos trabalhadores.

Desse modo, embora o trabalho apresente potencial formativo e emancipador, sua realização concreta ocorre em contextos historicamente determinados, permeados por contradições e disputas. Assim, compreender a relação entre educação e trabalho exige reconhecer tanto suas possibilidades de transformação social quanto os limites impostos pelas condições materiais e institucionais nas quais os processos formativos se desenvolvem.

A vista disso, esta pesquisa tem como objetivo analisar as concepções de educação e trabalho presentes nos PPPs da RIMS do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA). Parte-se do entendimento de

que esses documentos expressam determinadas concepções formativas e revelam os fundamentos político-pedagógicos que orientam a formação dos profissionais inseridos nos programas de residência.

No caso do Serviço Social, esse debate adquire relevância particular, considerando a histórica inserção da profissão na política de saúde e seu acúmulo teórico-político na defesa do SUS, da Reforma Sanitária e dos direitos sociais.

A categoria profissional do Serviço Social construiu, ao longo das últimas décadas, amplo debate acerca da formação profissional em saúde, especialmente no que se refere à defesa de práticas críticas, interdisciplinares e comprometidas com o projeto ético-político profissional (Matos, 2022). Nesse sentido, analisar a formação do/a assistente social nas residências multiprofissionais em saúde implica questionar como os processos formativos vêm incorporando, ou tensionando, os fundamentos críticos da profissão diante das transformações contemporâneas do mundo do trabalho e das políticas públicas.

A motivação para esse estudo decorre da trajetória profissional da pesquisadora, egressa da RIMS do HU-UFMA, turma 2022-2024, na área de concentração em Atenção à Saúde Cardiovascular. A experiência vivenciada ao longo da residência possibilitou a aproximação com diferentes cenários de prática, processos de trabalho e estratégias formativas desenvolvidas no âmbito hospitalar, despertando inquietações acerca das concepções de educação e trabalho que orientam a formação dos residentes.

Para alcançar o objetivo proposto, adotou-se o materialismo histórico-dialético como método de investigação, por compreender que os fenômenos sociais não podem ser analisados de forma isolada, abstrata ou descontextualizada, mas como expressões de uma totalidade histórica concreta, atravessada por contradições e mediações. Nesse sentido, a realidade é concebida como uma totalidade dinâmica, cujas manifestações particulares somente podem ser compreendidas a partir de suas múltiplas determinações (Pires, 1997). Assim, a investigação orienta-se pela busca das determinações essenciais presentes no objeto estudado, apreendendo-o em sua processualidade, historicidade e contraditoriedade, para além de suas expressões imediatas e aparentes.

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa, de natureza bibliográfica e documental³. A pesquisa bibliográfica fundamentou-se na análise de livros, artigos científicos, legislações, documentos normativos e produções acadêmicas relacionadas às categorias centrais do estudo, especialmente educação, trabalho, formação em saúde. Para tanto, recorreu-se às contribuições teóricas de Gramsci, Manacorda, Saviani, Ramos, Antunes, Ciavatta, Bravo e entre outros.

A pesquisa documental concentrou-se na análise dos PPPs da RIMS do HU-UFMA. Atualmente, o programa encontra-se organizado em nove áreas de concentração, cada uma com seu respectivo projeto pedagógico. Contudo, a análise voltou-se especificamente para os cinco PPPs que contemplam a inserção do/a assistente social em suas áreas de concentração: Atenção à Saúde Cardiovascular, Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher, Atenção em Saúde Renal e Clínica Médica e Cirúrgica.

Os documentos analisados correspondem aos PPPs vigentes para o período de 2025 a 2027 e estão disponibilizados publicamente no site institucional do HU-UFMA. A análise documental concentrou-se em elementos como os objetivos dos programas, o perfil do egresso, a organização curricular, as metodologias de ensino-aprendizagem, a articulação entre teoria e prática, as concepções de interdisciplinaridade e a integração ensino-serviço, buscando apreender as concepções de educação e trabalho presentes nesses documentos.

No plano metodológico, os PPPs demonstram organização estruturada a partir das diretrizes instituídas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, especialmente no que diz respeito à formação em serviço, à articulação entre teoria e prática e à integração entre diferentes categorias profissionais. Os documentos enfatizam a formação interdisciplinar, a integralidade do cuidado, o trabalho em equipe e a qualificação para atuação no SUS, apresentando forte aproximação discursiva com os princípios da PNEPS.

³ Inicialmente, previa-se a realização de pesquisa de campo para aprofundar a análise sobre a implementação da RIMS do HU-UFMA, motivada por divergências encontradas nos documentos institucionais quanto à data de criação e ao desenvolvimento do programa. Entretanto, diante da impossibilidade de obtenção da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) dentro do prazo da investigação, optou-se pela delimitação metodológica às análises bibliográfica e documental.

No entanto, observa-se uma centralidade da pedagogia das competências como eixo estruturante da formação. As competências e habilidades aparecem como categorias organizadoras dos processos formativos, orientando o perfil profissional esperado, os mecanismos avaliativos e a própria concepção de aprendizagem. Tal direcionamento aproxima-se das transformações ocorridas no campo educacional e do trabalho sob a hegemonia das reformas neoliberais, marcadas pela valorização da flexibilidade, da produtividade, da adaptação às demandas institucionais e do desenvolvimento de capacidades funcionais voltadas à eficiência dos serviços.

Nesse contexto, a formação do/da assistente social nas RIMS do HU-UFMA tende a ser tensionada entre, de um lado, os princípios ético-políticos críticos da profissão, como a defesa dos direitos sociais, da universalidade do acesso às políticas públicas, da participação democrática, da autonomia profissional e da formação crítica comprometida com o projeto da Reforma Sanitária e com os princípios do SUS e, de outro, as exigências institucionais orientadas por racionalidades gerencialistas apresentadas pela Ebserh.

No que se refere à estrutura, o primeiro capítulo discute os fundamentos teórico-políticos da relação entre educação e trabalho, abordando as principais concepções em disputa no campo educacional e a categoria trabalho como princípio educativo a partir da perspectiva gramsciana. O segundo capítulo analisa a trajetória da política de saúde brasileira, a construção da PNEPS, a expansão das residências em área profissional da saúde e os impactos das transformações contemporâneas da gestão pública sobre os processos de formação em saúde. Já o terceiro e último capítulo apresenta a análise dos PPPs da RIMS do HU-UFMA, buscando analisar as concepções de educação e trabalho que orientam a formação dos residentes e discutir as contradições presentes nesse processo formativo diante das disputas contemporâneas em torno da saúde pública, do trabalho e da educação.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica e documental, realizada exclusivamente a partir de documentos de domínio público e de produções acadêmicas já publicadas, o estudo não envolveu diretamente seres humanos como participantes da investigação, não sendo necessária sua submissão ao sistema CEP/COMIC, conforme estabelece a Resolução nº 510, de 7 de abril de

2016. Ainda assim, foram observados os princípios éticos que orientam a produção do conhecimento científico.

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão (PPGPP/UFMA), estando vinculada ao Grupo de Estudos, Pesquisa e Debate em Serviço Social e Movimentos Sociais (GSERMS/UFMA), espaço acadêmico de investigação, produção e socialização do conhecimento que subsidia estudos críticos sobre políticas públicas, trabalho, formação profissional e Serviço Social.

2. EDUCAÇÃO E TRABALHO EM SAÚDE: FUNDAMENTOS TEÓRICO-POLÍTICOS EM DEBATE

A análise da relação entre educação e trabalho no campo da saúde exige situar tais categorias no interior das determinações históricas e sociais que estruturam a produção da vida humana. O trabalho constitui a atividade fundante da existência social, por meio da qual os seres humanos transformam a natureza, produzem cultura e constroem formas específicas de sociabilidade. Nesse processo, não apenas se produzem bens materiais, mas também saberes, valores e modos de pensar, evidenciando que a formação humana ocorre inseparavelmente das práticas sociais concretas.

Sob essa ótica, a educação não pode ser entendida como prática neutra ou meramente técnica, pois se configura como dimensão constitutiva do próprio processo social do trabalho. Ao longo da história, diferentes concepções educativas foram elaboradas em consonância com projetos societários distintos, expressando disputas em torno do tipo de sujeito a ser formado e das finalidades atribuídas à formação humana. Diante disso, a educação assume caráter ético-político, podendo tanto contribuir para a reprodução das relações sociais vigentes quanto para a construção de processos formativos orientados pela emancipação humana.

É nesse cenário de disputas teóricas e políticas que se insere o campo da saúde. O trabalho em saúde, ao envolver práticas de cuidado, produção de saberes e relações humanas complexas, configura-se simultaneamente como espaço de assistência e de formação. Desse modo, compreender a educação no trabalho em saúde implica analisar quais concepções pedagógicas orientam a formação dos trabalhadores, quais projetos de sociedade são reafirmados ou tensionados nesse processo e quais sentidos são atribuídos ao cuidado, à aprendizagem e à produção da vida. Bem como, discutir educação e trabalho no campo da saúde significa reconhecer que a formação em saúde é também um terreno de disputas, no qual se confrontam diferentes perspectivas sobre conhecimento, trabalho e emancipação humana.

2.1. Educação e trabalho no campo da saúde: concepções em debate

Ao consultar o verbete “trabalho” no dicionário elaborado por Liedke (1997, p. 268), observa-se, em uma primeira definição, que como categoria abstrata, o trabalho pode ser entendido, estritamente, como esforço físico ou mecânico, como energia despendida pelos homens, animais, máquinas ou mesmo objetos movidos por força da inércia.

Nota-se que essa definição inicial apresenta uma compreensão genérica do trabalho, abrangendo qualquer forma de dispêndio de energia voltada à realização de uma ação. Contudo, a descrição do verbete amplia essa definição ao afirmar que:

A energia colocada em movimento (o trabalho) tem por resultado a transformação dos elementos em estado de natureza ou, ainda, a produção, manutenção e modificação de bens ou serviços, necessários à sobrevivência humana (Liedke, 1997, p. 268).

Nessa formulação, o trabalho deixa de ser compreendido apenas como gasto de energia e passa a ser associado à transformação da natureza em função das necessidades humanas. Assim, somente pode ser reconhecido como trabalho o esforço orientado a finalidades humanas, isto é, aquele que se dirige à produção das condições necessárias à vida do homem.

Embora essa concepção amplie o entendimento inicial do trabalho, ela ainda permanece em um plano predominantemente descritivo. Nesse sentido, Lukács aprofunda mais ainda a conceituação ao afirmar:

Para que possa nascer o trabalho, enquanto base dinâmico-estruturante de um novo tipo de ser, é indispensável um determinado grau de desenvolvimento do processo de reprodução orgânica (...). A essência do trabalho consiste precisamente em ir além dessa fixação dos seres vivos na competição biológica com seu mundo ambiente. O momento essencialmente separatório é constituído não pela fabricação de produto, mas pelo papel da consciência, a qual, precisamente aqui, deixa de ser mero epifenômeno da reprodução biológica: o produto, diz Marx, é resultado que no início do processo existia já na representação do trabalhador, isto é, de modo ideal (Lukács, 1978, p. 4-5).

Diante disso, o trabalho apresenta-se em sua especificidade histórica e ontológica enquanto fundamento da atividade humana, além disso, compreende-se que o trabalho realiza uma dupla transformação: ao mesmo tempo em que modifica a natureza, transforma também aquele que o realiza. Diferentemente

das demais atividades presentes no mundo natural, o trabalho humano caracteriza-se pela antecipação consciente de seus resultados. O ser humano pensa, planeja as suas ações e os meios até alcançar os determinados fins.

Assim, Marx (2002, p. 116) afirma: “o homem vive da natureza, com a qual tem de manter-se em permanente intercâmbio para não morrer”. Esse intercâmbio realiza-se precisamente por meio do trabalho, entendido como atividade vital e como forma de produção da própria existência humana. Dessa forma, a vida produtiva do ser humano corresponde à própria criação e reprodução da vida social. Como afirma o autor: “no tipo de atividade vital está todo o caráter de uma espécie, o seu caráter genérico; e a atividade livre, consciente, constitui o caráter genérico do homem” (Marx, 2002, p. 116).

Por essa razão, a especificidade humana manifesta-se no fato de que o homem não apenas atua para satisfazer necessidades imediatas, mas realiza essa atividade de maneira consciente e livre, projetando-se no processo de trabalho e produzindo-se a si mesmo como ser social. Nesse sentido, complementa Ramos (2007) o trabalho não constitui apenas um meio de subsistência, mas um processo fundante da produção e da reprodução da vida humana.

É nessa direção que Saviani (2007) explicita a unidade entre trabalho e educação ao afirmar:

Se a existência humana não é garantida pela natureza, não é uma dádiva natural, mas tem de ser produzida pelos próprios homens, sendo, pois, um produto do trabalho, isso significa que o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele não nasce sabendo produzir-se como homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem, isto é, um processo educativo (Saviani, 2007, p. 154).

Nessa perspectiva, trabalho e educação constituem dimensões inseparáveis da formação humana. Ao afirmar que o homem não nasce pronto, mas se forma historicamente no processo de produção de sua própria existência, evidencia-se assim o caráter educativo do trabalho, compreendido como espaço de aprendizagem, socialização e desenvolvimento humano.

Conforme relembra Saviani (2007) nas comunidades primitivas predominava o modo de produção comunal, também denominado “comunismo primitivo”, caracterizado pela inexistência de classes sociais e pela apropriação

coletiva da terra. Nessas sociedades, a vida social organizava-se em torno da unidade tribal, na qual produzir, viver e aprender constituíam dimensões inseparáveis da mesma prática social (Saviani, 2007).

Nessas condições, a educação se realizava no próprio processo de vida. Como afirma Saviani (2007, p. 155) ela “não se apresentava como preparação para a vida futura, mas confundia-se com a própria experiência de viver”. A aprendizagem ocorria no interior das atividades cotidianas, mediante o trabalho coletivo e as relações sociais estabelecidas no processo de produção da existência (Saviani, 2007). É nesse contexto que Saviani (2007) identifica os fundamentos histórico-ontológicos da relação entre trabalho e educação: a formação humana emergia diretamente da prática social, no interior do próprio processo de produção da vida.

Entretanto, essa unidade originária entre trabalho e educação não permaneceu intacta ao longo da história. Com o desenvolvimento das forças produtivas e a ampliação da produção material, emergiram novas formas de organização social que alteraram profundamente as relações entre os homens e os meios de produção (Saviani, 2007). De acordo o autor, a divisão social do trabalho e a posterior apropriação privada da terra, então principal meio de produção, romperam com a organização comunal primitiva e instauraram a divisão da sociedade em classes sociais antagônicas: de um lado, os proprietários dos meios de produção; de outro, aqueles privados desses meios (Saviani, 2007).

O controle privado da terra permitiu à classe proprietária apropriar-se do trabalho alheio para suprir suas necessidades, passando a viver da produção realizada pelos não proprietários. Estes, por sua vez, passaram a assumir a dupla função de garantir a própria subsistência e sustentar os proprietários (Saviani, 2007). Dessa forma, embora o trabalho permaneça ontologicamente indispensável à existência humana, sua realização passa a ocorrer sob relações sociais marcadas pela exploração e pela desigualdade.

Na Antiguidade clássica, especialmente nas sociedades grega e romana, essa nova organização social consolidou-se sob o modo de produção escravista. A estrutura social passou a organizar-se em torno de uma “aristocracia proprietária” e de uma “massa de escravos” responsáveis pelo trabalho produtivo (Saviani, 2007). Conforme aponta Saviani (2007) essa divisão repercutiu

diretamente no campo educacional, produzindo uma ruptura na unidade originária entre educação e trabalho.

A partir desse momento histórico, a educação deixa de coincidir com o processo coletivo de vida e trabalho, passando a assumir formas diferenciadas conforme a posição social dos indivíduos. De um lado, consolida-se uma educação destinada aos homens livres, orientada à formação intelectual, política e cultural; de outro, a formação dos escravos e serviçais permanece diretamente vinculada às atividades produtivas e laborais (Saviani, 2007).

Nesse contexto emerge a instituição escolar, marcada, desde sua origem, por uma dualidade estrutural: a separação entre uma formação intelectual voltada às elites e uma aprendizagem prática associada ao trabalho manual das classes subalternas. Essa distinção não se limita ao plano pedagógico, mas expressa, de forma mais ampla, a própria divisão social do trabalho (Saviani, 2007).

Com o advento das sociedades modernas e a consolidação do modo de produção capitalista, essa cisão entre educação e trabalho não apenas se mantém, como se aprofunda. Nesse sistema, a produção da vida material passa a se organizar sob a lógica da exploração da força de trabalho: o trabalhador vende sua capacidade de trabalho ao detentor dos meios de produção e recebe uma remuneração que não corresponde à totalidade do valor que produz, sendo o excedente apropriado pelo capital (Ciavatta, 2009).

Nessa direção, como analisa Lukács (1978), embora o trabalho constitua uma atividade fundante e humanizadora, ele assume, ao longo da história, formas marcadas pela exploração e pela alienação. Seja no trabalho escravo, servil ou assalariado, observa-se a separação do trabalhador em relação ao produto de sua atividade, ao conhecimento produzido no processo de trabalho e às próprias relações sociais que ele ajuda a constituir.

É nesse horizonte que a tradição marxista compreende a relação entre educação e trabalho como essencialmente dialética. Em sua dimensão ontológica, o trabalho configura-se como elemento fundante da existência humana e condição de transformação da realidade. Contudo, na particularidade histórica do capitalismo, essa potencialidade assume um caráter contraditório: o trabalho, em vez de expressão da criatividade humana, converte-se em atividade alienada, produzindo a negação das capacidades humanas e a objetificação do

sujeito (Marx, 2004 apud Lemos, 2016). A vista disso, observa-se que a relação educação e trabalho pode ser marcada por uma positividade ou negatividade, a depender do contexto histórico-social em que ela se desenvolve.

Esse processo histórico contribuiu, conforme assinala Saviani (2007), para a consolidação de uma hierarquização social do trabalho, na qual o trabalho manual passa a ser socialmente desvalorizado. Como desdobramento, estrutura-se também uma dualidade educacional persistente: de um lado, uma formação acadêmico-humanista destinada às elites; de outro, uma educação profissional de caráter técnico-instrumental voltada às classes trabalhadoras.

Desse modo, nota-se que a separação histórica entre trabalho intelectual e trabalho manual não apenas expressa desigualdades entre classes sociais, mas evidencia o modo pelo qual a educação foi organizada, seja para reproduzir e legitimar a própria divisão social do trabalho, ou para educar e socializar conhecimentos.

Diante disso, tornam-se particularmente relevantes as análises de Marise Ramos (2010) sobre as correntes pedagógicas que orientaram a formação profissional no Brasil. Em “Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil”, a autora examina as principais concepções educativas que influenciaram a formação dos trabalhadores, dialogando com autores como Dermeval Saviani, Paulo Freire, Johann Friedrich Herbart e John Dewey.

A partir da sistematização proposta por Saviani, Ramos (2010) organiza essas concepções em duas grandes vertentes: as teorias críticas e as teorias não críticas. As teorias críticas compreendem a educação como mediação ético-política no processo de formação humana, permitindo uma leitura aprofundada da realidade social e fortalecendo a atuação consciente dos sujeitos.

Em contraposição, as teorias não críticas partem do pressuposto de que a realidade social constitui um dado relativamente estável ao qual os indivíduos devem apenas adaptar-se. Inserem-se nesse grupo a pedagogia tradicional, o pragmatismo, o tecnicismo e, mais recentemente, a pedagogia das competências (Ramos, 2010). Para compreender a emergência dessas diferentes concepções pedagógicas, torna-se necessário situá-las historicamente no processo de constituição dos sistemas modernos de ensino.

De acordo com Saviani (1985), a formação dos denominados sistemas de ensino, iniciada no início do século XIX, estruturou-se a partir do princípio que

a educação constitui um direito universal e uma responsabilidade do Estado. Tal entendimento consolidou-se no contexto das revoluções burguesas, fortemente influenciadas pelos ideais iluministas, que associavam a escolarização à construção da cidadania e à organização das sociedades modernas.

A vista disso, a concepção de educação como direito de todos emerge no interior da nova ordem social correspondente aos interesses da classe burguesa em ascensão. Entretanto, como observa Ramos (2010), a institucionalização desse direito não ocorreu de forma homogênea, sendo marcada por tensões em torno da própria finalidade da educação: de um lado, uma perspectiva humanista, orientada ao acesso universal à cultura e aos valores produzidos historicamente; de outro, uma perspectiva econômica, voltada à formação de trabalhadores para o novo modo de produção capitalista.

Nesse contexto, o debate acerca da responsabilidade estatal na organização e garantia da instrução pública ganhava centralidade, sendo defendido inclusive por pensadores vinculados ao liberalismo econômico, como Adam Smith. Ainda que concebesse tal ensino de forma progressiva e restrita aos conhecimentos elementares, Smith (1977, apud Ramos, 2010) o entendia como um mecanismo necessário para evitar a “degradação cultural” das classes trabalhadoras a níveis que pudessem, segundo ele, comprometer a estabilidade social (Ramos, 2010).

Por sua vez, conforme assinala Saviani (1985), no âmbito das ideias humanistas, a educação passou a ser concebida como instrumento capaz de superar formas de opressão associadas ao Antigo Regime, especialmente aquelas vinculadas à ordem escravocrata. Nessa perspectiva, a instrução pública também desempenharia uma relevância significativa na transição para uma sociedade fundada no contrato social entre indivíduos formalmente livres.

Dessa forma, ainda que partindo de matrizes teóricas distintas, tanto o pensamento liberal quanto o humanista convergiam na atribuição de um papel estratégico à educação no processo de organização da vida social moderna. Para Ramos (2010) é nesse movimento que se intensifica a institucionalização da escola como espaço privilegiado de formação, ao mesmo tempo em que se consolidam determinadas concepções pedagógicas voltadas à sistematização do ensino.

Segundo Ramos (2010), é nesse cenário de afirmação da escola moderna e de centralidade atribuída à instrução que se configura a pedagogia tradicional como a expressão pedagógica predominante desse período. Entre os principais pensadores dessa corrente, destaca-se Johann Friedrich Herbart, que atribui à psicologia um papel central no processo educativo. Para o autor, o funcionamento da mente baseia-se em representações formadas a partir das sensações e da relação do indivíduo com o mundo por meio dos sentidos. Desse modo, é pela experiência sensível que se constituem tanto a subjetividade quanto as ideias, conferindo à instrução um papel fundamental na formação moral e intelectual dos sujeitos (Ramos, 2010).

Transpondo tais pressupostos para o campo pedagógico, Herbart concebe o aluno como receptor do conhecimento, enquanto o professor ocupa a posição de detentor do saber, responsável por transmiti-lo de forma sistemática. Cabe também ao docente orientar e disciplinar impulsos, emoções e pensamentos dos estudantes. Diante disso, observa-se o papel central do educador como responsável de por meio da instrução conduzir simultaneamente o desenvolvimento intelectual e a formação moral dos educandos (Ramos, 2010).

Essa e outras ideias herbartianas tornaram-se progressivamente questionadas ao longo do século XX, sobretudo com a emergência do movimento da Escola Nova (Ramos, 2010). Seu principal representante, o filósofo norte-americano John Dewey, formulou críticas contundentes à pedagogia tradicional, especialmente por considerar que ela superestimava a centralidade do professor e atribuía ao docente a função de manipular os processos mentais do aluno por meio da instrução. Para Dewey (apud Ramos, 2010) e outros pedagogos do século XX, essa concepção subestimava a ação do estudante e sua capacidade de participar ativamente do próprio processo educativo.

Essa crítica aproxima-se da análise desenvolvida por Freire (1987), ao caracterizar modelos educativos centrados na transmissão unilateral do conhecimento como expressão da chamada “educação bancária”. Nessa perspectiva, o processo educativo estrutura-se de forma verticalizada, em que o educador deposita conteúdos prontos no educando, considerado passivo e carente de saber. Para Freire (1987), essa concepção reduz a educação a um

simples ato de transferência de conhecimentos e reforça relações de autoridade que limitam a autonomia e a consciência crítica dos sujeitos.

Logo, é nesse cenário de questionamento das pedagogias centradas na instrução e na passividade discente que se desenvolve a chamada pedagogia nova. Em contraposição ao modelo tradicional, essa perspectiva desloca o foco do ensino para o sujeito que aprende, atribuindo centralidade à experiência no processo educativo (Ramos, 2010).

Nessa direção, de acordo com Ramos (2010) John Dewey formulou uma concepção pedagógica segundo a qual a educação deve conferir significado às experiências vividas pelos estudantes, estimulando o hábito da reflexão e apresentando a ideia do “aprender a aprender” (Ramos, 2010). A escola, assim, passa a ser concebida como um espaço de construção ativa do conhecimento, voltado à formação de sujeitos capazes de interpretar suas próprias experiências. Essa concepção encontra fundamento na filosofia pragmatista, corrente que atribui primazia à prática e à experiência como critérios de validação do conhecimento. Nessa perspectiva, a verdade deixa de ser entendida como algo absoluto e passa a ser definida a partir de seus efeitos na vida concreta dos sujeitos (Ramos, 2010).

Contudo, como observa Ramos (2010), a ênfase metodológica da pedagogia nova, especialmente na valorização da atividade do aluno e na organização de situações de aprendizagem, contribuiu para o desenvolvimento de uma racionalidade pedagógica orientada pela eficiência dos processos educativos.

Além disso, Saviani (2008) afirma que, nesse movimento da escola nova, há uma tendência de relativização do papel da escola e do professor no processo educativo. Segundo o autor, ao privilegiar a autonomia individual e a capacidade de adaptação dos sujeitos, essas concepções acabam por enfatizar a figura de um indivíduo empreendedor, pragmático e autogerido, contribuindo para a desvalorização do conhecimento sistematizado e da função docente como mediadora da apropriação desse conhecimento pelos alunos.

Esse deslocamento, ao privilegiar os meios e procedimentos de ensino, abriu caminho para a formulação de propostas educacionais alinhadas às demandas do industrialismo e do produtivismo, características do capitalismo no

período pós-guerra. E nesse contexto emerge o tecnicismo⁴, configurando uma inflexão na qual a organização racional do ensino passa a ser orientada por critérios de produtividade, controle e eficiência (Ramos, 2010).

O tecnicismo, enquanto teoria pedagógica, segundo Ramos (2010), está vinculado à concepção produtivista da educação, que atribui à escola um papel estratégico no processo de desenvolvimento capitalista. À medida que as relações sociais de produção passaram a se organizar segundo padrões tayloristas-fordistas, a educação incorporou métodos e conteúdos voltados à “conformação moral e psicofísica” dos indivíduos a tais padrões produtivos, ou seja, a educação passou a atuar em dois níveis simultâneos: Moral, como formação de valores, atitudes e normas (disciplina, obediência, responsabilidade); e Psicofísico como modelagem das capacidades mentais e corporais dos indivíduos (atenção, concentração, resistência, coordenação, hábitos de trabalho) (Morgado, *et al*, 2024). Entre os métodos utilizados destacam-se o planejamento racional do tempo e do espaço, a disciplina rigorosa, a obediência às normas de execução do trabalho e a adaptação aos padrões tidos convencionais de comportamento (Ramos, 2010).

Assim, observa-se que a pedagogia tecnicista expressa o aprofundamento da racionalidade instrumental no campo educacional. A escola passa a ser concebida como espaço de treinamento e ajustamento funcional, subordinando seus objetivos pedagógicos às demandas do sistema econômico e reforçando a adequação dos indivíduos às necessidades da produção capitalista.

No bojo dessas transformações que as concepções educacionais passam a ultrapassar o espaço escolar e influenciar outras esferas da vida social, entre elas o campo da saúde. A valorização da eficiência, da normatização dos comportamentos e da transmissão de saberes considerados científicos contribuiu para a consolidação de práticas educativas voltadas à regulação dos modos de vida da população (Ramos, 2010). A educação e saúde passaram a articular-se como instrumentos de intervenção social, orientados

⁴O tecnicismo consolidou-se sobretudo entre as décadas de 1950 e 1970, fortemente influenciado pela lógica da eficiência, da racionalização dos processos e pelos modelos de organização do trabalho próprios da sociedade industrial (Ramos, 2010).

pela difusão de padrões de conduta e pela formação de hábitos considerados adequados à manutenção da ordem social e da produtividade (Ramos, 2010).

O final do século XIX e o início do século XX configuram um período relevante para a formação de concepções e práticas nos campos da educação e da saúde, fortemente influenciadas pelo movimento Higienista, no qual, buscava-se melhorar as condições de saúde da população por meio da regulação dos hábitos individuais. As pessoas deveriam aprender a viver de maneira considerada saudável: cuidar da limpeza, da alimentação, da ventilação das casas e da disciplina do corpo. A escola passou a ser um espaço importante para isso, pois era vista como um lugar capaz de formar comportamentos e hábitos nas pessoas (Morosini, *et al.*; 2009).

É nesse período que a filosofia educacional de Dewey ganha destaque, sobretudo pela ênfase atribuída às características e experiências individuais no desenvolvimento do processo educativo. Além disso, sua concepção de educação orientada para a formação de hábitos apresenta forte convergência com os princípios que orientaram a chamada educação sanitária, oriunda do movimento higienista, na medida em que ambas valorizavam a incorporação de comportamentos considerados adequados à vida social e à manutenção da saúde (Morosini *et al.*, 2009). Tal aproximação evidencia como, nas sociedades modernas, a educação passa a desempenhar um papel relevante nos processos de disciplinamento dos corpos e de regulação da vida das populações.

Nesse contexto, o desenvolvimento da educação sanitária, especialmente a partir dos Estados Unidos, ocorreu de forma estreitamente vinculada às ações de saúde pública, sendo utilizada como instrumento para a prevenção de doenças. Essa abordagem caracterizava-se, sobretudo, pela transmissão de conhecimentos e orientações normativas à população. No Brasil, essa perspectiva também se materializou em iniciativas de grande alcance, como as campanhas sanitárias, que, apesar de sua abrangência, permaneceram centradas na difusão de informações e na indução de comportamentos individuais, desconsiderando, em grande medida, a dimensão histórico-social do processo saúde-doença (Morosini *et al.*, 2009).

Essa forma de conceber a educação em saúde não pode ser dissociada do modo como o próprio trabalho em saúde se estruturou historicamente. De acordo Morosini *et al.*, (2009), o trabalho em saúde organizou-se sob a

hegemonia do modelo biomédico, esse campo organizou-se de maneira médico-centrada, marcado pela hierarquização das práticas e pela divisão social e intelectual do trabalho. Nesse cenário, as ações educativas desenvolvidas nos serviços e nas instituições sociais tenderam a se subordinar a essa lógica, contribuindo para a reprodução do poder biomédico e funcionando, frequentemente, como instrumentos de normatização e controle social (Morosini *et al.*, 2009).

Essa organização aproxima-se de concepções tradicionais e tecnicistas de educação, na medida em que se fundamenta em uma lógica hierarquizada de produção e transmissão do conhecimento. Conforme analisado por Marx (2002), a divisão social do trabalho nas sociedades capitalistas distribui as atividades segundo diferentes níveis de qualificação e poder. No campo da saúde, essa dinâmica resultou na concentração do saber científico em especialistas, particularmente na figura do médico, enquanto os demais trabalhadores passaram a desempenhar funções predominantemente executivas, reforçando a fragmentação do trabalho e a assimetria nas relações de poder, ou seja, o poder não está distribuído de forma igual entre os sujeitos envolvidos em uma determinada relação social (Morosini *et al.*, 2009).

No cenário brasileiro, as discussões institucionais sobre trabalho e formação em saúde, nasceram vinculadas ao campo dos recursos humanos e ganharam visibilidade na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963. À época, predominava uma concepção higienista de saúde pública, centrada na atuação médica. Os recursos humanos eram compreendidos sobretudo como problema de formação profissional, sem que o trabalho fosse analisado como dimensão constitutiva da produção social da saúde (Observatório Nacional de Educação Profissional em Saúde, 2024).

Coerentemente com essa perspectiva, defendia-se a ampliação do uso de pessoal técnico de baixa qualificação, formado por meio de treinamentos rápidos e essencialmente práticos para atuação em hospitais e serviços comunitários. (Observatório Nacional de Educação Profissional em Saúde, 2024). Com isso, depreende-se que essa orientação expressava uma racionalidade tecnicista, na qual a formação da força de trabalho deveria responder de forma imediata às necessidades operacionais do sistema de saúde.

A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, manteve essa diretriz ao reafirmar o tema “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde” realizada no contexto da ditadura civil-militar, as políticas públicas passaram a ser influenciadas pela teoria do capital humano⁵, difundida por organismos internacionais e vinculada ao pensamento econômico liberal. Nessa perspectiva, conforme analisa Saviani (2007), os trabalhadores passaram a ser concebidos como fatores de produção, devendo ser formados segundo modelos de organização do trabalho inspirados no taylorismo-fordismo, caracterizados pela divisão técnica e social rigidamente hierarquizada das tarefas.

A partir do final da década de 1960, o modelo biomédico passou a ser amplamente questionado. Segundo Stotz (1993), as críticas apontavam sua incapacidade de responder às reais necessidades de saúde da população e denunciavam a tendência à medicalização de problemas cuja origem estava relacionada às condições sociais, econômicas e ambientais. Essas críticas emergiram em um contexto marcado pela ditadura civil-militar brasileira (1964-1985), período caracterizado pela restrição das liberdades democráticas, pela repressão severa aos movimentos sociais e pela intensificação das desigualdades sociais. No campo da saúde, predominava um modelo assistencial privatista, hospitalocêntrico e curativista, fortemente vinculado à lógica previdenciária e ao incentivo à expansão do setor privado, o que limitava o acesso da maior parte da população aos serviços de saúde (Bravo, 2013). Ao mesmo tempo, o agravamento das condições de vida da população, associado à exclusão de amplos segmentos sociais da proteção estatal, evidenciava os limites desse modelo e impulsionava a construção de alternativas teóricas e políticas.

Nesse cenário, intelectuais, trabalhadores da saúde, estudantes, sindicatos e movimentos populares passaram a articular críticas não apenas ao modelo de atenção à saúde vigente, mas também ao próprio regime autoritário e às formas de organização da sociedade brasileira. Foi nesse contexto que se fortaleceu o Movimento da Reforma Sanitária, inserido no conjunto das lutas pela redemocratização do país e pela ampliação dos direitos sociais. A partir de uma

⁵Defendida por Schultz (1962), afirma que a qualificação da força de trabalho é um dos principais fatores para o aumento da produtividade econômica e para a modernização dos países.

perspectiva crítica, esse movimento passou a defender uma concepção ampliada de saúde, compreendendo-a como resultado das condições de vida, trabalho, renda, moradia, educação, alimentação, saneamento e participação política da população, em contraposição à visão biomédica centrada exclusivamente na doença e em seu tratamento (Paim, 2008).

No contexto da abertura política e da redemocratização brasileira, essa nova compreensão do processo saúde-doença ganhou força e passou a influenciar os debates sobre as políticas públicas de saúde. Tal processo alcançou um marco decisivo na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que reuniu ampla participação da sociedade civil e consolidou as principais propostas do Movimento da Reforma Sanitária. Suas deliberações serviram de base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelecendo os fundamentos de um sistema público orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Paim, 2008).

Nessa conjuntura, a educação em saúde passou a ser concebida para além da simples transmissão de informações e prescrições normativas. Sob a influência da Educação Popular em Saúde, fortemente fundamentada na pedagogia libertadora de Paulo Freire, as práticas educativas passaram a valorizar o diálogo, a participação popular e a construção coletiva do conhecimento, reconhecendo os sujeitos como protagonistas na compreensão e na transformação de sua própria realidade (Vasconcelos, 2004).

A incorporação desses referenciais tensionou as práticas educativas verticalizadas e fortaleceu uma perspectiva emancipatória da educação em saúde. Nessa concepção, as ações educativas deixaram de se restringir à mudança de comportamentos individuais, passando a considerar os condicionantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Essa perspectiva passou a orientar não apenas as práticas de atenção à saúde, mas também os processos de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS (Vasconcelos, 2004).

Esse movimento contribuiu para deslocar o foco do indivíduo isolado para a dimensão social da produção da saúde (Morosini *et al.*, 2009). Em consonância com essa mudança, a promoção da saúde passou a reconhecer a educação em

saúde como um eixo estratégico de intervenção. Difundida internacionalmente a partir da Carta de Ottawa, de 1986, essa abordagem compreende a saúde como resultado de determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais, superando explicações reducionistas que atribuem o adoecimento exclusivamente a escolhas ou comportamentos individuais (Morosini *et al.*, 2009).

As propostas de promoção da saúde também estabeleceram estreito diálogo com concepções pedagógicas críticas, especialmente de Paulo Freire, que compreende o processo educativo fundamentada na troca de saberes e na reflexão crítica sobre a realidade. Sob essa perspectiva, a educação em saúde passou a ser entendida como um processo participativo e emancipador, voltado ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos e de sua capacidade de intervir nas condições sociais que produzem saúde e doença (Morosini *et al.*, 2009).

Paralelamente, no campo da teoria educacional, a pedagogia histórico-crítica formulada por Saviani buscou compreender o fenômeno educativo a partir de sua inserção no desenvolvimento histórico da sociedade. Essa abordagem propõe superar tanto as pedagogias tradicionais quanto as concepções tecnicistas, ao compreender a educação como prática social vinculada ao trabalho humano e à transformação da realidade (Ramos, 2010).

Assim, a educação deixa de ser concebida apenas como etapa anterior ao exercício profissional e passa a ser entendida como dimensão constitutiva do próprio processo de trabalho. As práticas de saúde tornam-se, simultaneamente, práticas educativas, uma vez que o trabalho implica transformações não apenas materiais, mas também de saberes, valores e modos de agir (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Entretanto, essa mesma organização apresenta contradições, pois a crescente especialização técnico-científica e a consolidação das corporações profissionais tendem a fragmentar o processo de trabalho, reduzindo a atuação dos trabalhadores a tarefas parciais e isoladas. Essa dinâmica, segundo Bueno (2006) pode produzir alienação em relação ao próprio objeto de trabalho, dificultando a compreensão do cuidado como processo coletivo.

Lima (2003) destaca que a expansão do conceito de saúde, principalmente a partir dos anos 1990, trouxe repercussões significativas nos processos formativos. Nesse período, tornou-se evidente que a experiência e o

treinamento em serviços de saúde não eram suficientes para garantir a formação adequada dos profissionais. Assim, de acordo com Lima (2003) tornou-se imperativo estabelecer escolas técnicas que ampliassem a consciência sanitária dos trabalhadores e futuros profissionais de saúde, integrando os princípios da reforma sanitária no processo educativo.

No entanto, é importante destacar que nesse período houve também uma redefinição da concepção de educação no SUS. Essa mudança pode ser observada na definição de formação profissional inscrita na Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional [...], com o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades, competências específicas e posturas solidárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação a fim de inseri-lo nos setores profissionais (Brasil, 2005, p. 32).

Para Severino (2006, p. 205) este fenômeno que prioriza o desenvolvimento das habilidades, capacidades e competências individuais em detrimento das relações sociais está associado aos pressupostos defendidos pela ideologia neoliberal. No âmbito educacional, essa ideologia encontrou expressão concreta, conforme evidenciado por Ramos (2001), na adoção da pedagogia das competências.

Essa abordagem preconiza a formação do trabalhador centrado em si mesmo, atribuindo-lhe responsabilidade por sua própria empregabilidade⁶. E essa concepção surgiu no mundo do trabalho com a flexibilização e integração dos processos produtivos, os quais passaram a dar ênfase na subjetividade e no saber tácito do trabalhador, ou seja, relacionado à experiência, visão de mundo e práticas de cada indivíduo (Ramos, 2010). Todavia, o que a pedagogia das competências traz de novidade? Segundo Ramos (2010) crítica ao ensino transmissivo de conteúdo. “Em tese, a pedagogia das competências seria mais centrada na aprendizagem do que no ensino, dando espaço para a construção significativa do conhecimento” (Ramos, 2010, p. 60).

No entanto, de acordo com Lukács, (2012, p. 283),

⁶ No sentido mais comum, tem sido compreendida como a capacidade de o indivíduo manter-se ou reinserir-se pelo movimento no mercado de trabalho, denotando a necessidade de o mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego (Oliveira, 2006, p. 142).

O desenvolvimento das forças produtivas provoca, necessariamente, um desenvolvimento simultâneo das capacidades humanas. Mas – é nisso que o fenômeno da alienação é destacado – o desenvolvimento das capacidades humanas não provoca necessariamente aquele da personalidade do homem. Ao contrário, o aperfeiçoamento de capacidades particulares pode deformar, degradar a personalidade.

Para o autor, o aperfeiçoamento de capacidades particulares, como habilidades especializadas, pode, contraditoriamente, levar à degradação ou deformação da personalidade humana. Isso ocorre porque o desenvolvimento excessivo de competências específicas, pode restringir o indivíduo, impedindo o seu desenvolvimento integral como ser humano. Sob essa perspectiva o trabalhador pode passar a se identificar mais com a função ou habilidade que exerce, perdendo a noção de sua totalidade como ser social, criativo e autônomo.

Como consequência, educação e saúde passaram a ser progressivamente tratadas sob uma perspectiva econômica, avaliadas em termos de eficiência e produtividade. A educação foi reduzida a um instrumento de qualificação da força de trabalho, lógica que também influenciou a política educacional brasileira, um exemplo disso é a Lei nº 5.692/1971, que instituiu a profissionalização compulsória no ensino de segundo grau.

Posteriormente, essa legislação foi revogada e substituída pela Lei nº 9.394/1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Diferentemente da anterior, a LDB amplia a concepção de educação ao definir como finalidade “o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (Brasil, 1996).

Entretanto, em 1997, foi promulgado o Decreto nº 2.208/1997, que contrariou, em certa medida, os princípios estabelecidos pela LDB (Lei nº 9.394/1996), ao instituir a separação entre o ensino médio de formação geral e a educação profissional técnica de nível médio. Dessa medida, observa-se a reafirmação da dualidade histórica da educação brasileira, ao dissociar a formação intelectual da formação para o trabalho.

Nos anos 2000, em um contexto político diferente, o governo editou o Decreto nº 5.154/2004⁷, revogou a normativa anterior e restabeleceu a

⁷Regulamenta a educação profissional técnica de nível médio no Brasil, definindo as regras para cursos técnicos, integrados e de qualificação. Ele estabelece as diretrizes (LDB 9.394/96),

possibilidade de articulação entre a formação geral e a educação profissional, técnica e tecnológica de nível médio (Brasil, 2004). Com isso, reabriu-se o debate sobre propostas de formação integrada, evidenciando que a relação entre educação e trabalho no Brasil é atravessada por disputas entre projetos formativos distintos e, muitas vezes, antagônicos.

Nesse cenário, como destaca Saviani (2007), educação e trabalho constituem dimensões historicamente indissociáveis da formação humana. No entanto, quando a educação é reduzida à escolarização ou subordinada às demandas imediatas do desenvolvimento econômico, tende-se a reproduzir a lógica do capital, seja ao ocultar o caráter de trabalho presente na própria atividade educativa, seja ao reduzir o conhecimento à condição de mercadoria. Assim, compreender a relação entre educação e trabalho requer superar essas visões dicotômicas e reconhecer a educação como prática social historicamente determinada, capaz de formar sujeitos e, ao mesmo tempo, transformar as relações sociais existentes.

É nesse debate que se coloca um dilema central para os estudos sobre Trabalho e Educação: se o trabalho, nas condições do capitalismo, pode produzir alienação e desumanização, em que medida ele pode também constituir-se como fundamento pedagógico para a formação humana? Segundo Ciavatta (2009), compreender o trabalho como princípio educativo permite enfrentar essa tensão ao reconhecer seu potencial formativo, ainda que condicionado pelas circunstâncias históricas e sociais em que se realiza.

Nessa perspectiva, ao considerar as diferentes concepções de formação profissional discutidas anteriormente, uma orientada por uma perspectiva crítica e formativa e outra marcada pela centralidade da produtividade e da adaptação às demandas do mercado, torna-se relevante retomar a reflexão acerca do trabalho como princípio educativo. Entre as contribuições teóricas que problematizam essa relação, destacam-se as formulações de Gramsci, que compreende o trabalho como elemento constitutivo do processo educativo e da formação integral dos sujeitos.

permitindo formas integrada, concomitante e subsequente, com foco na articulação entre educação, tecnologia e mercado de trabalho (Brasil, 2004).

2.2. O trabalho como princípio educativo em Gramsci: para uma concepção crítica sobre educação

De início, busca-se apresentar, ainda que de forma introdutória, algumas contribuições de Gramsci acerca do trabalho como princípio educativo. Parte-se do esforço de compreender de que maneira essa formulação teórica pode lançar luz sobre as complexas relações entre trabalho e educação na contemporaneidade. Para tanto, recorrem-se às interpretações e sistematizações desenvolvidas por Mario Alighiero Manacorda (2019), cujas análises permitem aprofundar a compreensão do pensamento gramsciano no campo educacional.

A interpretação de Manacorda (2019, p. 23) evidencia que a temática pedagógica ocupa uma posição central, pelo menos não secundária, na experiência vivida e no pensamento de Gramsci, “seja como interesse educativo imediato no nível individual, seja como luta política pela organização da cultura de massa”. Isso indica que, no pensamento gramsciano, a educação não se restringe ao espaço escolar, mas se relaciona diretamente com os processos de organização cultural e política presentes na sociedade.

De acordo com Martins (2007), sob determinadas perspectivas “pós-modernas”⁸ a educação tende a ser compreendida como um fenômeno particular, fragmentado da totalidade social, cujos vínculos com as determinações econômicas, políticas e culturais são considerados incertos. Todavia, essa interpretação favorece a ideia de “neutralidade da educação”, o que pode acabar obscurecendo seu papel nas disputas de direção cultural presentes nas formações sociais. Essa leitura contrasta diretamente com as formulações gramscianas, segundo as quais toda relação de hegemonia é também uma relação pedagógica. Como sintetiza Manacorda (2019, p. 13),

⁸ As perspectivas pós-modernas ganharam destaque a partir das décadas de 1970 e 1980 quando começaram a questionar explicações totalizantes da realidade social. De modo geral, essas abordagens enfatizam a fragmentação das experiências sociais, relativizam a centralidade do trabalho na constituição da vida social e demonstram ceticismo em relação a projetos universais de transformação e emancipação social, privilegiando a análise de identidades, discursos e contextos particulares (Harvey, 2014).

“nenhuma batalha pedagógica pode ser separada da batalha política e social”. Isso evidencia que as disputas no campo educacional estão intrinsecamente articuladas às lutas políticas e sociais mais amplas, nas quais se definem projetos de sociedade e formas de organização da cultura.

Nesse percurso, Gramsci desenvolve uma concepção de educação profundamente vinculada à vida social e às disputas de hegemonia. Para ele, a escola desempenha um papel decisivo na formação cultural das novas gerações, isso aparece quando Gramsci demonstra preocupação com a educação dos filhos e sobrinhos, pois constitui uma das instituições responsáveis pela difusão e consolidação de determinadas concepções de mundo (Manacorda, 2019, p. 78).

Manacorda (2019) consegue evidenciar as ponderações de Gramsci sobre a conflituosa relação entre o espontaneísmo e a coerção, sobre a formação da personalidade e o erro de se tentar identificar precocemente as inclinações das crianças, bem como sobre as tendências pedagógicas presentes nos modelos escolares soviético e italiano, cujo pano de fundo é a problemática relação entre “instrução profissional e formação desinteressada”. Por instrução profissional e formação desinteressada, com base em Manacorda (2019), compreende-se: uma formação voltada para o trabalho e para o exercício de uma profissão com foco em habilidades técnicas e qualificação para o mercado de trabalho e “desinteressada” não significa “sem interesse”, mas sim não subordinada a interesses imediatos do mercado ou da produção.

Nesse sentido, a escola deve combater aquilo que Gramsci denomina “folclore”, entendido como a sedimentação acrítica de concepções tradicionais de mundo. Como registra Manacorda ao citar o autor:

A escola, com seu ensino, luta contra o folclore, com todas as suas sedimentações tradicionais de concepções do mundo, para difundir uma concepção mais moderna, cujos elementos primitivos e fundamentais são dados pela aprendizagem da existência das leis da natureza como sendo algo objetivo e rebelde, mas às quais é necessário adaptar-se a fim de poder dominá-las, e das leis civis e estatais, que são um produto da atividade humana, que são estabelecidas pelo homem e podem ser transformadas pelo homem, visando o seu desenvolvimento coletivo...” (Gramsci, p. 09a apud Manacorda, 2019, p. 318).

Isso evidencia que a função da escola ultrapassa a simples transmissão de conteúdo. Para Gramsci (apud Manacorda, 2019), trata-se de introduzir os

educandos na compreensão crítica das leis naturais e sociais, possibilitando o desenvolvimento de uma visão de mundo que articule conhecimento científico, consciência histórica e capacidade de intervenção na realidade social.

Como visto anteriormente em Saviane (2007) a análise histórica da relação entre trabalho e educação permite compreender que a separação entre formação intelectual e atividade produtiva não constitui um dado natural, mas resulta de processos sociais vinculados à divisão de classes e às formas históricas de organização da produção.

Nesse contexto, Gramsci (apud Manacorda, 2019) desenvolve uma crítica à pedagogia idealista e à separação rígida entre instrução e educação. Em suas palavras:

Não é completamente verdadeiro que a instrução não seja também educação: o fato de se haver insistido em demasia sobre essa distinção foi um grave erro [...] Para que a instrução não fosse também educação seria necessário que o discente fosse uma mera passividade, um 'recipiente mecânico' de noções abstratas" (Manacorda, 2019, p. 227-228).

Isso evidencia que a aprendizagem envolve necessariamente atividade intelectual, participação consciente e inserção nas relações sociais que estruturam a vida coletiva. Essa compreensão aparece também na reflexão sobre a relação entre consciência individual e realidade social:

O 'certo' torna-se 'verdadeiro' na consciência da criança. Mas a consciência da criança não é algo 'individual' [...]; é o reflexo da fração da sociedade civil de que participa a criança [...]. A consciência individual da esmagadora maioria das crianças reflete relações civis e culturais diversas e antagônicas às que são representadas pelos programas escolares (Gramsci, p. 9.^a apud Manacorda, 2019, p. 321-322).

Gramsci explicita, segundo Manacorda (2019), que a formação da consciência não ocorre de forma isolada, mas em permanente interação com as condições sociais e culturais nas quais os indivíduos estão inseridos. Quando se estabelece uma ruptura entre escola e vida social, rompe-se também a unidade entre instrução e educação, comprometendo a formação crítica dos sujeitos.

Diante disso, Manacorda (2019) destaca que Gramsci identifica essa divisão também na organização da escola moderna (ler-se americana):

O velho princípio [...] correspondia à divisão da sociedade em camadas intelectuais [...] e camadas instrumentais [...] exprimia-se na duplicidade das escolas – humanísticas e profissionais manuais – a

uma só das quais era reservada a formação intelectual (Manacorda, 2019, p. 369).

Pode-se perceber que essa estrutura educacional reproduz, no interior da escola, a própria divisão social do trabalho. Desse modo, a formação humanística era reservada às classes dirigentes, enquanto as camadas populares eram direcionadas a uma formação predominantemente profissional, voltada à execução de atividades produtivas.

Com a crise da escola moderna e as transformações provocadas pela expansão da sociedade industrial evidenciaram que a formação humana não pode ser compreendida apenas a partir da organização institucional do ensino, mas também pelas múltiplas mediações sociais que participam do processo educativo. Nesse sentido, a educação ultrapassa os limites da escola e se insere em um conjunto mais amplo de relações sociais e culturais que influenciam a constituição dos indivíduos. É justamente essa preocupação que aparece nas reflexões de Gramsci, elencadas por Manacorda (2019) sobre o papel do ambiente na formação das pessoas.

Para o autor, o ambiente não deve ser entendido como uma determinação passiva sobre o indivíduo, mas como um campo de relações e influências no qual se desenvolve uma permanente interação entre adaptação e ação consciente. A partir dessa perspectiva, Gramsci problematiza como os diferentes elementos que compõem o ambiente social, família, escola, amigos e comunidade, participam da formação dos hábitos, das formas de pensar e dos juízos morais dos indivíduos, como se observa na carta endereçada ao irmão Carlo.

No que se refere a Mea, parece-me que não tens razão. Uma vez que a questão é importante e pode decidir todo o futuro da menina, quero apresentar ainda algumas de minhas observações. Tomei em consideração o ambiente em que ela vive, naturalmente, mas o ambiente não justifica nada; parece-me que toda a nossa vida seja uma luta para nos adaptarmos ao ambiente, mas também e especialmente para dominá-lo e não nos deixarmos esmagar por ele. O ambiente de Mea é constituído antes de tudo por vocês todos, depois por seus amigos, a escola, e depois por toda a aldeia com seus Cozzoncu, com suas as Tane e Zuanna Culemangu etc., etc. De que parte desse ambiente Mea receberá os impulsos para constituição de seus hábitos, suas maneiras de pensar, seus juízos morais? (C. 162, 25/8/30 apud Manacorda, 2019, p. 104-105).

Isso revela uma preocupação significativa de Gramsci, analisada por Manacorda (2019), com a influência do “ambiente” no processo de formação dos

indivíduos. Ao afirmar que o ambiente “não justifica nada”, Gramsci não nega sua importância, mas ressalta que a formação humana não deve ser compreendida como um processo passivo de adaptação às condições externas. Pelo contrário, ele enfatiza que a vida implica uma permanente tensão entre adaptar-se ao meio e, ao mesmo tempo, desenvolver a capacidade de compreendê-lo criticamente e transformá-lo, evitando ser “esmagado” por ele.

Nesse sentido, Manacorda (2019) ressalta que Gramsci destacava que a formação das pessoas é resultado de um processo social complexo, no qual diversos agentes educativos atuam, de maneira direta ou indireta, na constituição da consciência e da personalidade.

Nessa direção, a instrução não pode ser concebida como algo isolado da vida social. Em *Città Futura*⁹, Gramsci já indicava que, “para que a instrução se torne necessidade, será necessário que a vida geral seja mais estimulante” (S.G., p. 81), “isto é, que o ambiente o permita e o promova”. Como destaca Manacorda (2008), trata-se da articulação entre “indivíduo-ambiente, ativismo-promoção, espontaneidade-organização: a organicidade do pensamento e a organização da cultura são dois aspectos, subjetivo e objetivo, da mesma exigência” (Manacorda, 2008, p. 38).

É nesse horizonte que se compreende a centralidade da cultura no pensamento de Gramsci, uma vez que ela atua como mediação fundamental entre o indivíduo e o ambiente social, orientando tanto os processos formativos quanto as possibilidades de desenvolvimento intelectual. Assim, em seus escritos, o autor destaca o papel da cultura:

[...] o trajeto juvenil de Gramsci faz amadurecer a sua original e antipositivista noção de cultura, concebida como elemento não somente subjetivo, mas também externo, objetivo, cuja construção ocorre na práxis sociopolítica (Martins, 2007, p. 14).

Martins (2007) relembra que já em sua juventude intelectual, Gramsci desenvolve uma concepção de cultura que rompe com perspectivas positivistas. Quando o positivismo tende a compreender a realidade social como resultado de leis naturais e processos quase automáticos. Gramsci, ao contrário, entende

⁹ *La Città Futura* (A Cidade Futura) é um artigo de 1917 de Gramsci que convoca os jovens socialistas à ação, combatendo a indiferença política. O texto defende que a história é construída pela vontade ativa dos cidadãos, e não pela fatalidade, rejeitando a passividade (“o peso morto”) e exigindo o compromisso na construção de uma nova sociedade (Doxa; Episteme, 2022).

que a cultura é produzida historicamente pelos sujeitos em suas relações sociais.

Assim, cultura não se limita ao campo interno da consciência individual, como conhecimento, valores ou formação intelectual, mas envolve também elementos externos e objetivos, como instituições, práticas sociais, linguagens e formas de organização coletiva. Essa cultura se forma na “práxis sociopolítica”, isto é, na ação concreta dos sujeitos na sociedade, especialmente nas lutas sociais e políticas. Dessa forma, a cultura é vista como um processo histórico e coletivo, que se constrói na interação entre pensamento e ação. Ainda complementa:

[...] cultura para ele não é somente uma organização subjetiva do próprio eu interno, mas também objetiva, externa, dos instrumentos para sua difusão, "um modo de ser que determina uma forma de consciência" (Gramsci, p. 300-302, *apud* Manacorda, 2019, p. 34).

Aqui, Martins (2019) ressalta que Gramsci aprofunda a concepção de cultura ao afirmar que ela também envolve os “instrumentos de difusão cultural”, por exemplo, a escola, a imprensa, os partidos políticos, as igrejas e outras instituições sociais. Esses meios são fundamentais para organizar e disseminar determinadas concepções de mundo.

Além disso, quando o Martins (2019) aponta que Gramsci afirma que a cultura é “um modo de ser que determina uma forma de consciência”, ele indica que as práticas culturais moldam a maneira como os indivíduos percebem e interpretam a realidade. Ou seja, a consciência não surge isoladamente no indivíduo; ela é formada dentro de um contexto cultural e social específico, na qual a cultura exerce papel central na construção do consenso social e na direção política de uma sociedade.

Nesse sentido, se a cultura conforma a consciência, ela também se torna um campo de intervenção e disputa, afastando-se de qualquer compreensão passiva ou espontaneísta. Como destaca Manacorda (2019),

[...] Gramsci rejeita a atitude de recepção passiva dos dados espontâneos de uma evolução natural e propõe, ao contrário, a elaboração ativa e voluntária, por meio da organização, de uma cultura capaz de intervir no desenvolvimento político e econômico (Manacorda. 2019, p. 34).

Desse modo, evidencia-se outro elemento fundamental do pensamento gramsciano: a crítica à passividade cultural. Para Gramsci, segundo Manacorda (2019), a cultura não deve ser simplesmente assimilada ou reproduzida de forma

automática, como resultado inevitável da história. Ao contrário, trata-se de um processo consciente e organizado, no qual os grupos sociais, especialmente as classes subalternas, são chamados a construir seus próprios instrumentos culturais e intelectuais, a fim de disputar a direção da sociedade. Essa perspectiva enfatiza o papel da organização política, dos intelectuais e das instituições culturais na construção de uma cultura crítica e transformadora, convertendo a cultura em um campo estratégico de luta e intervenção na vida social.

É nesse quadro que a escola adquire centralidade, uma vez que constitui um dos principais espaços de produção e difusão cultural. Assim, ao analisar a crise da escola moderna, Gramsci propõe a construção de um novo princípio educativo: o trabalho, a formação para a capacidade de agir simultaneamente de modo intelectual e manual no mundo contemporâneo, marcado pela centralidade da ciência e da produção industrial (Manacorda, 2019).

Para isso, Manacorda (2019) destaca que, para Gramsci, a organização da escola deve considerar dois aspectos fundamentais. De um lado, os níveis de escolarização precisam respeitar as fases do desenvolvimento intelectual dos jovens, garantindo que o ensino seja adequado às suas capacidades cognitivas. De outro, a educação deve ter um objetivo claro: formar indivíduos capazes de participar ativamente da vida social. Nessa perspectiva, a escola deve desenvolver simultaneamente capacidades intelectuais e práticas, preparando os jovens não apenas para compreender a realidade social, mas também para atuar sobre ela de maneira consciente e transformadora.

Entretanto, Gramsci também chama atenção para os limites objetivos que condicionam a organização da educação. Conforme registra Manacorda:

Quanto aos dados objetivos [...] serão as condições econômicas gerais que ditarão [...] a necessidade de fazer trabalhar os jovens [...] e que determinarão a disponibilidade financeira estatal que deverá ser dedicada à educação pública (Manacorda, 2019, p. 208).

Nesse sentido, a educação não pode ser analisada isoladamente, pois está profundamente vinculada às circunstâncias econômicas da sociedade. Em muitos contextos, as condições materiais de vida, segundo Gramsci, levam as famílias a depender do trabalho precoce dos jovens para complementar a renda familiar, o que pode reduzir o tempo destinado à escolarização. Além disso, o próprio desenvolvimento da educação pública depende da capacidade financeira

do Estado, uma vez que investimentos em escolas, formação de professores e infraestrutura educacional estão diretamente relacionados às prioridades econômicas e políticas estabelecidas em cada período histórico (Manacorda, 2019).

É justamente diante desses condicionantes que se torna necessária a formulação de um princípio educativo capaz de articular formação e realidade social. Nesse horizonte, a escola unitária se apresenta como proposta que concretiza o trabalho como princípio educativo, ao integrar formação intelectual e prática, cultura geral e compreensão das bases produtivas da sociedade. Conforme explicita Manacorda (2019), não se trata de ensinar um ofício, mas de garantir a todos o acesso aos fundamentos científicos, históricos e técnicos que permitem compreender o processo de produção da vida social. O trabalho, nesse sentido, assume caráter ontológico e pedagógico, como visto anteriormente, é por meio dele que o ser humano se constitui, e é pela sua compreensão crítica que se forma o sujeito capaz de intervir na realidade.

A elaboração da escola unitária aprofunda, de modo orgânico, o princípio educativo do trabalho. Ao tratar da chamada “escola criativa”, Gramsci, de acordo Manacorda (2019), não a define como espaço de “inventores e descobridores” no sentido romântico, mas como lugar em que a recepção, posteriormente denominada “aprendizagem”, ocorre “por meio de um esforço espontâneo e autônomo do aluno”, enquanto o professor exerce função de “controle e de orientação amigável”, “sob a vigilância, mas não sob o controle visível do professor” (Manacorda, 2019, p. 176).

Essa formulação é decisiva para afastar dois extremos: de um lado, a passividade mecânica; de outro, a espontaneidade naturalista. A criatividade, aqui, não significa ausência de direção, mas internalização consciente do processo formativo. A autonomia intelectual é construída mediante disciplina, orientação e esforço próprio, categorias que remetem diretamente ao trabalho entendido como atividade consciente, intencional e formadora.

A escola unitária é concebida como uma instituição que articula trabalho intelectual e manual, técnico e industrial, tendo como finalidade a formação de valores fundamentais do humanismo, como a autodisciplina intelectual e a autonomia moral. (Manacorda, 2019). Esses elementos são essenciais tanto para a

continuidade dos estudos quanto para o exercício profissional. Nessa perspectiva, a formação das novas gerações e dos adultos constitui um processo contínuo, uma vez que toda atividade profissional envolve dimensões intelectuais e culturais (Manacorda, 2019).

No contexto da modernidade, marcada pela crescente articulação entre ciência e produção, para Gramsci, segundo Manacorda (2019) torna-se indispensável uma base cultural teórico-prática ampla, pois sem essa formação, não é possível compreender nem orientar atividades profissionais cada vez mais complexas.

Diante disso, a relação entre cultura e profissão, portanto, apresenta-se sob dois aspectos complementares. De um lado, implica a superação da dualidade escolar que separa formação geral e formação técnica. A escola unitária deve oferecer uma formação integrada, capaz de articular atividades intelectuais e manuais, sem predeterminar trajetórias sociais. De outro, exige uma cultura geral sólida, que sustente qualquer processo posterior de especialização (Manacorda, 2019). Especialmente em um contexto em que as profissões estão profundamente vinculadas ao conhecimento científico.

Esse princípio formativo busca superar tanto o elitismo da cultura tradicional quanto concepções pedagógicas que reduzem a educação à adaptação imediata ao meio social. Nesse sentido, a escola unitária inaugura novas relações entre trabalho intelectual e trabalho industrial, não apenas no âmbito escolar, mas em toda a vida social, repercutindo nos diferentes organismos culturais da sociedade civil (Manacorda, 2019).

Assim, o princípio educativo ultrapassa os limites da escola e envolve o conjunto das instituições culturais, que devem se articular com a vida coletiva e com o mundo do trabalho. Até mesmo espaços como academias e universidades deveriam assumir o papel de organização do trabalho cultural, promovendo o encontro entre formação teórica e prática profissional (Manacorda, 2019).

Entretanto, Gramsci (apud Manacorda, 2019) adverte que a simples associação entre atividades manuais e intelectuais pode se reduzir a um formalismo vazio. A unidade entre teoria e prática não deve ser mecânica, mas orientada por uma concepção crítica das relações entre escola, sociedade e produção. Mais do que a aplicação prática do conhecimento, está em jogo a construção de uma formação que integre cultura e trabalho em uma perspectiva ampla,

capaz de formar sujeitos ativos, não apenas indivíduos isolados, mas participantes conscientes da vida social (Manacorda, 2019). Desse modo, a escola unitária não é apenas uma proposta organizativa, mas a expressão pedagógica de um projeto histórico

A partir dessa compreensão, torna-se possível avançar na análise do trabalho como dimensão constitutiva dos processos formativos, especialmente quando situado em campos concretos de atuação profissional. Se, em Gramsci, a articulação entre trabalho e educação expressa um projeto histórico de formação humana integral, no âmbito da saúde essa relação adquire contornos específicos, atravessados pelas particularidades do cuidado, da produção de subjetividades e das práticas sociais em contextos institucionais. Assim, refletir sobre o trabalho como princípio educativo na formação em saúde implica considerar não apenas sua dimensão técnica, mas, sobretudo, seu potencial formativo enquanto prática social complexa, abrindo caminho para a discussão das singularidades que caracterizam esse campo.

2.3 Trabalho como Princípio Educativo para a Formação em Saúde

O trabalho em saúde apresenta especificidades que o diferenciam de outras formas de trabalho, por se constituir como um espaço marcado pelo “trabalho vivo em ato”, no qual se articulam tecnologias duras, leve-duras e leves¹⁰. Sua produção ocorre, fundamentalmente, no encontro entre sujeitos, trabalhadores e usuários, ainda que mediado por instituições e normas (Merhy; Franco, 2009). Nesse encontro, manifesta-se um certo grau de “invenção, criatividade e subjetividade”, uma vez que os profissionais “mobilizam suas concepções sobre saúde, doença, cura e cuidado, imprimindo singularidade às práticas cotidianas” (Mendes; Sacardo, 2017, p. 111).

Ainda que o trabalho em saúde se organize sob diferentes níveis de controle institucional, Mendes e Sacardo (2017) afirmam que “há um espaço de

¹⁰As tecnologias leves são as das relações (Coelho e Jorge, 2009, p. 1524). As leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (Coelho; Jorge, 2009, p. 1524).

autonomia relativa”, o que permite ao trabalhador “intervir de modo criativo e ético nas situações concretas de cuidado”. Desse modo, tal característica pode conferir a esse trabalho um potencial educativo, na medida em que, segundo Mendes e Sacardo (2017) envolve reflexão constante, interação entre sujeitos e produção contínua de saberes no cotidiano das práticas.

Essa compreensão dialoga com o pensamento de Gramsci, ao reconhecer o trabalho como elemento formador, inseparável dos processos de instrução e aprendizagem. Nessa perspectiva, o trabalho como princípio educativo expressa sua função formativa e humanizadora ao articular educação e trabalho na formação integral do ser humano. Tal entendimento é aprofundado por Ciavatta (2009, p. 408) ao afirmar que “para isso, seria necessário tanto o conhecimento das leis da natureza, como das humanidades e da ordem legal que regula a vida em sociedade”, evidenciando a exigência de uma formação que integre dimensões científicas, técnicas e sociais.

No campo da educação profissional em saúde, Ramos (2009, p. 155) destaca que se trata de “uma mediação específica da formação humana na totalidade das relações sociais”. Nessa direção, a autora afirma:

Compreende-se que as práticas instituídas não são neutras nem estáticas; ao contrário, têm um fundamento filosófico e ideológico afinado com uma determinada concepção de mundo e com um projeto de sociedade, construídos a partir de um ponto de vista de classe e frações de classe. Desta forma, seu conteúdo expressa uma direção e um sentido que se pretende dar às práticas sociais (Ramos, 2009, p. 155).

Desse modo, a formação em saúde deve ser analisada como parte de um conjunto de práticas sociais orientadas por valores, ideologias e interesses, o que exige o questionamento de modelos hegemônicos e a construção de práticas críticas e emancipatórias, especialmente no âmbito do SUS.

Nessa perspectiva, a dimensão da “historicidade” indica que as práticas sociais são permanentemente construídas e reconstruídas, expressando disputas por hegemonia que tanto podem reproduzir a ordem vigente quanto criar possibilidades de transformação. A trajetória da educação profissional em saúde no Brasil evidencia esse movimento, ao buscar integrar formação e realidade dos serviços, tendo como horizonte a transformação das práticas na direção da atenção integral (Ramos, 2009).

No entanto, como alertam Gomes *et al.* (2013, p. 174) o trabalho em saúde contemporâneo caracteriza-se pela atuação em equipes multiprofissionais, compostas por sujeitos com distintas formações. E essa diversidade amplia a complexidade dos processos de trabalho, uma vez que implica a coexistência de diferentes saberes e práticas. Contudo,

A simples constituição de equipes multiprofissionais não superou a disjunção das diversas especialidades [...] A simples justaposição dos profissionais, com formações distintas, não garante um atendimento integral ao usuário. A contiguidade dos diferentes processos de trabalho numa mesma equipe não garante a continuidade das ações.

Dessa forma, como analisa Minayo (2004), o trabalho em equipe requer mais do que a reunião de especialidades, exigindo práticas interdisciplinares baseadas na comunicação, cooperação e construção compartilhada de decisões. Sem esses elementos, pode prevalecer a lógica segmentada, que poderia comprometer a continuidade das ações.

Como aponta Ramos (2010) essas limitações estão relacionadas aos modelos formativos historicamente consolidados no campo da saúde, marcados pela influência do tecnicismo e pela centralidade do modelo biomédico, que privilegia a especialização e a execução de tarefas. Com as transformações no mundo do trabalho, especialmente a partir da crise do modelo taylorista-fordista, emerge o Toyotismo, um novo padrão produtivo baseado na flexibilidade e na valorização de competências.

Segundo Ramos (2010), essa abordagem desloca o foco da transmissão de conteúdo para o desenvolvimento de capacidades individuais, como iniciativa, adaptabilidade, resolução de problemas e aprendizagem contínua. À primeira vista, essa perspectiva parece romper com o tecnicismo. No entanto, sua base permanece vinculada às novas exigências do capitalismo flexível. O trabalhador “competente”, nesse contexto, é aquele capaz de se adaptar continuamente às mudanças do mercado, mobilizando saberes diversos de forma funcional.

Isso significa que a competência deixa de ser apenas domínio técnico e passa a incluir dimensões subjetivas, como atitudes, valores e comportamentos. Contudo, essa ampliação não implica necessariamente emancipação. Ao contrário, pode reforçar a responsabilização individual pelo sucesso ou fracasso profissional, deslocando para o sujeito as contradições estruturais do trabalho. Como já alertado anteriormente por Lukács (2012, p. 283): “O desenvolvimento

das forças produtivas provoca [...] um desenvolvimento simultâneo das capacidades humanas [...] mas [...] pode deformar, degradar a personalidade.”

Assim, o desenvolvimento de competências específicas pode ocorrer de forma dissociada da formação integral, produzindo sujeitos altamente adaptáveis, porém, podem ser limitados em sua capacidade crítica e na compreensão da totalidade social. Entretanto, Ramos (2010) retoma a educação politécnica, fundamentada no trabalho como princípio educativo de Gramsci, voltada à compreensão dos fundamentos científicos, tecnológicos e sócio-históricos da produção da existência humana. Trata-se de uma formação “*omnilateral*”, orientada para o desenvolvimento pleno das potencialidades humanas. Nessa direção, a autora afirma: Trata-se, então, da formação de um ser que é, ao mesmo tempo, produtivo e criativo [...] seja autodeterminado por sua capacidade de criação, ao contrário de ser sobredeterminado por relações de exploração (Ramos, 2009, p. 167).

Nesse contexto, o SUS se apresenta como espaço privilegiado de formação, pois, segundo Ramos (2009), “é onde se encontra a maior potencialidade para o desenvolvimento da educação profissional sob uma concepção histórico-crítica”. A articulação entre educação e prática social se expressa na relação entre formação em saúde e os princípios do sistema, especialmente a compreensão da saúde como direito universal. Como destaca a autora: “A compreensão do SUS como parte de uma totalidade socioeconômica mais ampla [...] justificaria uma formação em que a categoria ‘modo de produção’ fosse central” (Ramos, 2009, p. 164).

Assim, ao articular trabalho e educação, a formação em saúde pode favorecer a compreensão crítica das determinações sociais do processo saúde-doença, bem como do papel do trabalhador como sujeito histórico. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde evidencia seu caráter ontológico ao se vincular à produção e reprodução da vida humana, podendo, de forma contraditória, tanto reproduzir relações de exploração quanto constituir-se como prática criadora. Quando orientado pelos princípios do SUS, integralidade, universalidade e equidade, esse trabalho reafirma seu potencial emancipador.

Diante disso, torna-se necessário avançar na análise das mediações históricas e políticas que conformam o próprio SUS e suas implicações para a formação em saúde. Nesse sentido, o capítulo seguinte dedica-se a examinar os

caminhos e descaminhos do sistema, evidenciando as contradições que marcam sua construção e consolidação no contexto brasileiro. Será abordado, em especial, o processo de formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), compreendida como estratégia fundamental para articular trabalho e formação no interior do SUS, ao mesmo tempo em que expressa disputas de projetos, limites institucionais e possibilidades de transformação das práticas em saúde.

3. CAMINHOS E DESCAMINHOS DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: a construção da Política Nacional de educação Permanente em Saúde

A trajetória da saúde pública brasileira é marcada pela disputa entre distintos projetos societários, que expressam concepções antagônicas acerca do papel do Estado e do significado do direito à saúde. Esses projetos não apenas orientam a formulação das políticas públicas, como também influenciam diretamente as formas de gestão, financiamento e organização dos serviços de saúde no país.

De um lado, consolida-se um projeto que compreende a saúde como direito de todos e dever do Estado, alinhado à perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira e à construção de uma ordem societária fundada na universalização dos direitos sociais. Esse projeto fundamenta-se na democratização do acesso aos serviços e aos bens socialmente produzidos, bem como na participação social e na integralidade da atenção à saúde.

Em contraposição, observa-se a afirmação de um projeto societário vinculado à lógica privatista e aos interesses neoliberais, que, sob o discurso do desenvolvimento e da modernização do Estado, privilegia os interesses da classe dominante. Como resultado, ocorre o progressivo afastamento do Estado de sua responsabilidade direta na provisão de serviços de saúde, fragilizando o caráter público e universal do SUS (Behring, 2008).

Nesse cenário de disputas, emergem novos desafios para a saúde pública brasileira, caracterizados por uma intensificação da ofensiva contra a saúde enquanto direito social e bem público. Essa ofensiva se manifesta, entre outros aspectos, na adoção de novas modalidades de gestão, como a criação de fundações e de empresas públicas, a exemplo da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Essas iniciativas, embora apresentadas como estratégias de eficiência administrativa, tensionam os princípios do SUS e reforçam processos de flexibilização das responsabilidades estatais.

É nesse contexto contraditório que se insere a construção da PNEPS. Instituída como estratégia fundamental para o fortalecimento do SUS, ao propor a educação em serviço como um processo contínuo, crítico e problematizador do trabalho em saúde, a PNEPS reafirma os princípios da universalidade, da integralidade e da participação social (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Assim, os caminhos e descaminhos da saúde pública brasileira revelam que a construção e a consolidação da PNEPS estão intrinsecamente relacionadas à correlação de forças presente na sociedade e ao projeto de Estado em disputa. Compreender essas mediações torna-se fundamental para analisar os desafios contemporâneos da política de saúde e para reafirmar a educação permanente como estratégia central na defesa do SUS enquanto política pública, universal e democrática.

3.1 A constituição histórica da política de saúde no Brasil

As primeiras formas de políticas sociais relacionadas à saúde surgem ainda no século XVIII, em um contexto marcado pela consolidação da sociedade capitalista. Nesse período, tais iniciativas não tinham como objetivo central garantir direitos, mas funcionavam como estratégias de controle social e de legitimação da ordem burguesa emergente. Ao mesmo tempo, contribuíam para a manutenção da força de trabalho em condições mínimas de produtividade, sendo, portanto, articuladas à lógica de acumulação do capital (Bravo, 2013).

Entre essas iniciativas, destacam-se, por exemplo, as primeiras medidas de higiene pública nas cidades europeias como o controle de epidemias (especialmente varíola e cólera), a criação de sistemas rudimentares de saneamento e abastecimento de água, bem como a regulamentação de espaços urbanos considerados insalubres (Sarreta; Ferreira, 2018).

Além disso, tem-se a criação de hospitais públicos e casas de caridade, que ofereciam atendimento básico à população considerada pobre, geralmente sob forte influência de instituições religiosas. Essas ações, embora aparentassem caráter assistencial, estavam profundamente vinculadas à necessidade de controle das doenças que poderiam comprometer a ordem social e a produtividade econômica (Sarreta; Ferreira, 2018).

Apesar de iniciativas anteriores, é apenas no início do século XX que a saúde passa a ser incorporada ao âmbito da “questão social”¹¹, evidenciando

¹¹Considera-se a “questão social” indissociável do processo de acumulação e dos efeitos que produz sobre o conjunto das classes trabalhadoras, o que se encontra na base da exigência de

seu caráter histórico e estrutural. Essa inflexão não ocorre de forma espontânea, mas está vinculada à intensificação das lutas sociais e à organização do movimento operário, que passa a tensionar o Estado na reivindicação de direitos, dentre eles o acesso à saúde e melhores condições de trabalho. Conforme assinala Bravo (2013), esse processo se articula ao desenvolvimento da economia cafeeira e à consolidação do trabalho assalariado no Brasil, revelando que a intervenção estatal no campo da saúde emerge menos como concessão e mais como resposta às contradições inerentes à sociabilidade capitalista. Nesse contexto, a saúde deixa de ser tratada como prática assistencialista ou caritativa e passa a integrar, ainda que de forma limitada e contraditória, o campo das políticas públicas.

A promulgação da Lei Elói Chaves, em 1923, representa um marco fundamental na organização da política de saúde no Brasil, ao inaugurar a chamada fase previdencialista. Esse modelo está diretamente vinculado ao processo de consolidação do trabalho assalariado urbano, uma vez que o acesso à assistência à saúde passa a depender da inserção do trabalhador no mercado formal de trabalho (Bravo, 2013).

Com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), estruturadas por empresas isoladas, institui-se um tipo de sistema de proteção social financiado tanto pelos trabalhadores quanto pelos empregadores. Nesse arranjo, os benefícios, como assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria e pensões, eram concedidos de forma proporcional às contribuições realizadas (Bravo, 2013). Isso significa que quanto maior a contribuição, maior a cobertura, o que reforçava o caráter contributivo e seletivo do sistema.

Posteriormente, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), esse modelo é ampliado, passando a abranger diferentes categorias profissionais organizadas por setores de atividade, como comerciários, industriários e marítimos. Ainda assim, a ampliação não significou universalização do acesso, mas sim a extensão de um modelo que continuava restrito aos trabalhadores formais urbanos (Bravo, 2013).

políticas sociais públicas. Ela é tributária das formas assumidas pelo trabalho e pelo Estado na sociedade burguesa e não um fenômeno recente, típico do trânsito do padrão de acumulação no esgotamento dos 30 anos gloriosos da expansão capitalista (Iamamoto, 2002, p. 13).

Dessa forma, a política de saúde passa a estabelecer uma relação direta entre saúde e trabalho, porém de maneira limitada e excludente. A assistência à saúde passa a ser um benefício condicionado à contribuição previdenciária. Como consequência, grandes parcelas da população, especialmente trabalhadores informais, desempregados e população rural, permaneciam à margem do sistema, evidenciando um padrão de forte segmentação social.

Na década de 1930, o Estado passou a assumir de forma mais sistemática a responsabilidade pela política de saúde, período marcado por profundas transformações políticas, econômicas e sociais (Bravo, 2013). Do ponto de vista econômico, destaca-se a crise do modelo agroexportador, especialmente com a quebra da economia cafeeira após a crise de 1929, o que impulsionou a transição para um modelo de industrialização voltado ao mercado interno. Esse processo foi acompanhado pela intensificação da urbanização e pela expansão do trabalho assalariado, alterando significativamente a estrutura social do país (Sarreta; Ferreira, 2018).

No plano político, o período Getúlio Vargas, iniciado em 1930 e estendido até 1945, foi marcado pela inauguração de um novo padrão de intervenção estatal. O Estado passou a atuar de forma mais centralizada e ativa na regulação das relações econômicas e sociais, assumindo um papel estratégico na mediação dos conflitos entre capital e trabalho. Nesse contexto, emergiram as primeiras políticas trabalhistas e previdenciárias, como forma de incorporar a classe trabalhadora urbana ao projeto de desenvolvimento nacional (Paim, 2009).

Além disso, observava-se o crescimento das cidades e o agravamento das condições de vida da população urbana, com aumento de problemas relacionados à moradia, saneamento e saúde. A concentração de trabalhadores em espaços urbanos insalubres favorecia a disseminação de doenças, tornando a questão da saúde um problema não apenas individual, mas coletivo e de interesse público (Paim, 2009).

É nesse cenário que a saúde passou a demandar maior intervenção estatal, tanto como resposta às pressões sociais quanto como estratégia de manutenção da ordem e da produtividade. Até então, a assistência médica era predominantemente ofertada por instituições filantrópicas, voltadas à população

pobre, enquanto segmentos sociais de maior poder aquisitivo recorriam à prática liberal, mediante pagamento direto aos profissionais de saúde.

A partir da década de 1960, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorreu a unificação dos institutos previdenciários, o que ampliou a centralização da gestão e fortaleceu ainda mais o modelo médico-assistencial. Nesse período, a assistência à saúde passou a ser predominantemente organizada em torno de ações curativas e hospitalares, em detrimento de medidas preventivas e de promoção da saúde (Paim, 2009).

Outro destaque importante, conforme observa Paim (2009), é que os gestores do sistema passaram a priorizar a compra de serviços médico-hospitalares do setor privado, em detrimento do investimento na expansão e qualificação da rede pública. Nota-se que essa escolha política pode contribuir para o fortalecimento do setor privado de saúde, que passa a ocupar posição estratégica na oferta de serviços, aprofundando a lógica de mercantilização e tensionando os princípios do sistema público de saúde.

Correia (2005) destaca que esse movimento se intensifica ao longo da década de 1970, consolidando o chamado modelo médico-assistencial privatista, caracterizado pela centralidade do atendimento individual, pela valorização do ato médico e pela dependência crescente de serviços privados. Nesse contexto, a saúde passa a ser cada vez mais tratada como mercadoria, inserida na lógica de compra e venda de serviços.

Como resultado desse processo, forma-se no país um complexo médico industrial, articulado tanto ao capital nacional quanto internacional, envolvendo indústrias farmacêuticas, equipamentos médicos, hospitais privados e planos de saúde. Conforme aponta Bravo (2013), essa configuração evidencia que a política de saúde passa a funcionar como um importante espaço de valorização do capital.

Segundo Morosini (2010) essa orientação repercute diretamente na formação em saúde, que passa a se alinhar às demandas do mercado e à lógica produtivista. A formação dos profissionais tendeu a priorizar competências técnicas e operacionais voltadas para o atendimento de demandas imediatas do sistema, reforçando a fragmentação do conhecimento e reduzindo as possibilidades de uma formação crítica, voltada para a compreensão das determinações sociais da saúde.

A partir da década de 1980, esse modelo passou a ser tensionado pelo Movimento da Reforma Sanitária¹², que articulou diferentes segmentos sociais em defesa da saúde como direito universal. Nesse contexto, a saúde deixou de ser compreendida como mercadoria ou benefício previdenciário e passou a ser defendida como direito de cidadania, indissociável das condições de vida e trabalho (Bravo, 2013).

Essa inflexão implicou também uma reconfiguração da relação entre educação e trabalho no campo da saúde. O trabalho em saúde passou a ser concebido como prática social complexa, que exige não apenas competências técnicas, mas também formação crítica, capacidade de análise da realidade e atuação interdisciplinar (Sarreta; Ferreira, 2018).

A concepção de saúde como direito universal não se desenvolveu de forma isolada, mas integrou um movimento mais amplo de redefinição da proteção social brasileira. Conforme destaca Fleury (2005), a Constituição Federal de 1988 representou uma ruptura com o modelo de proteção social anteriormente vigente, baseado na lógica do seguro social e no acesso seletivo aos direitos condicionado à inserção formal no mercado de trabalho. Ao instituir a seguridade social como um sistema integrado de ações voltadas à saúde, à previdência social e à assistência social, a Carta Constitucional ampliou significativamente o conceito de cidadania, reconhecendo os direitos sociais como universais e inerentes à condição de cidadão.

Esse novo padrão de proteção social fundamentou-se na universalização da cobertura, no reconhecimento dos direitos sociais, na responsabilidade do Estado pela sua garantia, na descentralização político-administrativa e na ampliação dos mecanismos de participação da sociedade na formulação e controle das políticas públicas. Dessa forma, a saúde passou a ser concebida não apenas como uma política setorial, mas como parte de um projeto societário comprometido com a justiça social, a solidariedade e a democratização do acesso aos bens e serviços socialmente produzidos (Fleury, 2005).

¹²O Movimento de Reforma Sanitária caracterizou-se pelas diversas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização da saúde no país. Revelou a indignação da sociedade mediante às desigualdades, a mercantilização da saúde e, apresentou-se como ação política focada em torno de um projeto civilizatório de sociedade inclusiva, solidária, tendo a saúde como direito universal de cidadania (Souto; Oliveira, 2016).

As transformações promovidas pela Constituição de 1988 repercutiram diretamente na organização das políticas públicas e, particularmente, nas estratégias de formação dos trabalhadores da saúde. Afinal, a efetivação de um sistema universal exigia não apenas mudanças na estrutura institucional e no financiamento das ações de saúde, mas também a formação de profissionais capazes de atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse contexto, a educação passou a ser reconhecida como dimensão estratégica para a consolidação da Reforma Sanitária, assumindo papel fundamental na construção de práticas profissionais comprometidas com a integralidade do cuidado, o trabalho em equipe e a defesa dos direitos sociais.

Assim, a educação em saúde passou a ser vista como uma prática política e emancipatória, aproximando-se de uma perspectiva crítica voltada à superação do tecnicismo, da fragmentação do conhecimento e da formação estritamente instrumental dos trabalhadores. A relação entre educação e trabalho assumiu, assim, caráter estratégico na consolidação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, uma vez que a qualificação profissional passou a ser entendida não apenas como um processo de aquisição de competências técnicas, mas como uma dimensão fundamental para a construção de sujeitos críticos, capazes de compreender e intervir nas determinações sociais que atravessam o processo saúde-doença e a organização dos serviços de saúde (Sarreta; Ferreira, 2018).

Todavia, a consagração da saúde como direito social e bem público pela Constituição de 1988 não foi suficiente para conter o avanço da lógica mercadológica e do neoliberalismo¹³ sobre o setor, especialmente em razão de sua elevada lucratividade (Fleury, 2009).

Para Mota (2009), as medidas de ajuste econômico constituem o núcleo estruturante do neoliberalismo, ideário que emerge como respostas à crise do capital e como estratégia de seu gerenciamento por meio das estruturas do

¹³ O neoliberalismo surgiu no período pós-Segunda Guerra Mundial, na Europa. Inicialmente implantado por Margareth Thatcher (1979) na Inglaterra e em seguida nos Estados Unidos (1980), com Ronald Reagan, esta corrente foi uma reação contra o Estado de Bem-estar Social vivenciado nos países de capitalismo central na segunda metade do século XX. Com a crise deste modelo, o projeto neoliberal ganha forças, apresentando enquanto princípios básicos um Estado forte na capacidade de controlar o dinheiro e contencioso quanto aos gastos sociais (Muniz; Nunes, 2015, n.p.).

Estado. Nessa direção, conforme Castelo (2008), esse movimento ideológico expressa o projeto hegemônico da classe dominante, conduzido, sobretudo, por sua fração rentista e operacionalizados por governos de orientação conservadora.

De acordo com Paula (2016), a partir da década de 1990, medidas de ajuste neoliberal com base no Consenso de Washington, como a redução dos gastos públicos por meio das privatizações, o afrouxamento da ação do Estado em suas funções sociais e o controle estatal da estabilidade econômica com metas de inflação baseadas em altos juros que remunerem o capital especulativo, passam a referenciar as ações dos governos brasileiros.

Esse processo esteve articulado às transformações do capitalismo contemporâneo, que passou a demandar do Estado políticas voltadas à ampliação da competitividade econômica, à flexibilização produtiva e à atração de investimentos (Paula, 2016). Conforme assinala Behring (2008), mesmo diante dos avanços conquistados no campo da saúde, a nova orientação econômica redefiniu as prioridades estatais e restringiu o alcance das políticas sociais.

Inseridas nessa dinâmica, as políticas sociais deixaram de ser concebidas prioritariamente como direitos de cidadania e passaram a ser tratadas como custos excessivos para o Estado, frequentemente classificadas como iniciativas “paternalistas” e responsáveis por desequilíbrios fiscais. Essa inflexão repercutiu diretamente sobre a seguridade social e sobre a consolidação de direitos assegurados pela Constituição de 1988, entre eles o direito universal à saúde (Behring, 2008).

Sob a racionalidade neoliberal, as políticas sociais foram progressivamente deslocadas para a esfera do mercado, perdendo densidade em seu caráter universal. Pois, de acordo com Behring (2008), instalou-se um processo de desresponsabilização e desfinanciamento da proteção social por parte do Estado, o qual, apesar das resistências e dos conflitos inerentes a esse campo, conformou um Estado mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital (Behring, 2008). Essa inflexão produziu impactos diretos sobre a organização e o financiamento das políticas públicas, em especial da política de saúde.

Conforme analisa Behring (2008), esse processo, frequentemente denominada “reforma do Estado”, configura-se, na realidade, como uma “contrarreforma”, na medida em implica a supressão de direitos, a desresponsabilização estatal e a subordinação das políticas sociais às exigências do capital. Trata-se, portanto, de um movimento regressivo, que fragiliza conquistas históricas da classe trabalhadora e redefine o papel do Estado.

No campo da saúde, essa contrarreforma se expressa na contenção de gastos, no subfinanciamento do SUS, na focalização das políticas sociais e no estímulo à expansão do setor privado. Como destacam Behring (2008) e Soares (2009), as políticas sociais passam a ser tratadas como custos, sendo progressivamente deslocadas para a lógica de mercado.

Esse deslocamento não ocorre de forma abstrata, mas se materializa por meio de diferentes mecanismos concretos. Em primeiro lugar, observa-se a ampliação da participação do setor privado na oferta de serviços de saúde, seja por meio da compra de serviços pelo Estado, seja pela expansão dos planos e seguros privados. Nesse processo, o acesso à saúde passa a ser mediado, cada vez mais, pela capacidade de pagamento dos indivíduos, reforçando desigualdades (Bahia, 2009).

Nessa conjuntura de reestruturação do papel do Estado e de avanço da lógica mercantil se intensifica o conflito entre projetos societários distintos no campo da saúde. Conforme analisa Bravo (2007), se no momento constituinte o projeto da Reforma Sanitária alcançou hegemonia, afirmando a saúde como direito universal, a década de 1990 é marcada pela ascensão do projeto privatista, que tensiona e redefine os rumos da política de saúde no Brasil.

A partir dos anos 2000, esse conflito assume novas formas, expressas na chamada “refuncionalização” do SUS e na difusão da noção de um “SUS possível” (Soares, 2010). Sob o discurso da modernização, promove-se a incorporação de mecanismos de mercado e a flexibilização dos princípios do sistema. Essa reconfiguração repercute diretamente na relação entre educação e trabalho. A formação em saúde, como alertada por Ramos (2010) passa a ser orientada por uma lógica de competências, produtividade e eficiência, alinhando-se às exigências do modelo gerencialista.

Observa-se, nesse período, a expansão de modalidades de formação aligeiradas, com ênfase no desenvolvimento de habilidades operacionais e na redução da dimensão crítica. Desse modo, apreende-se que a educação passa também a cumprir a função de adequar a força de trabalho às exigências flexíveis do mercado, reforçando a precarização das relações de trabalho no setor saúde (Ramos, 2010).

Essa tendência não se limita ao campo formativo, mas se articula a transformações mais amplas na gestão e organização dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, ganha centralidade a transferência da gestão para entidades privadas, como as Organizações Sociais (OSs), as Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) e as empresas públicas de direito privado. Embora financiadas com recursos públicos, essas instituições operam sob normas do direito privado, o que possibilita a flexibilização dos vínculos de trabalho, o enfraquecimento dos mecanismos de controle social e a incorporação de práticas típicas do mercado na gestão da saúde (Amorim, 2017).

No âmbito dos Hospitais Universitários (HUs), as transformações associadas à reestruturação do Estado e à incorporação de modelos gerenciais na administração pública ganharam expressão concreta com a criação da Ebserh, instituída pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Vinculada ao Ministério da Educação, a empresa foi criada com a finalidade de administrar os hospitais universitários federais, assumindo a gestão dos recursos humanos, financeiros, patrimoniais e assistenciais dessas instituições (Brasil, 2011).

A criação da Ebserh foi apresentada pelo Governo Federal como uma resposta à crise estrutural enfrentada pelos hospitais universitários. Segundo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2013), essa crise estaria relacionada ao progressivo enxugamento do quadro de servidores públicos e à insuficiência de investimentos para assegurar o cumprimento das múltiplas funções desempenhadas pelos HU, que articulam assistência à saúde, ensino, pesquisa e extensão. Nesse contexto, a empresa foi concebida como uma estratégia para recompor a capacidade de gestão e funcionamento dessas instituições.

Entretanto, a Ebserh, embora possua natureza jurídica de empresa pública, sua estrutura de funcionamento incorpora mecanismos característicos da racionalidade empresarial privada. Entre esses mecanismos destacam-se a

gestão por metas e indicadores de desempenho, por meio da qual os serviços passam a ser avaliados segundo critérios quantitativos de produtividade, eficiência e alcance de resultados previamente estabelecidos; a racionalização dos custos e dos recursos, orientada pela busca de maior eficiência administrativa; e a flexibilização das relações de trabalho, expressa na contratação de trabalhadores pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, em substituição ao Regime Jurídico Único, alterando as formas tradicionais de ingresso e permanência no serviço público (Brasil, 2011).

De acordo com Borges *et al.* (2018), a adoção desse modelo de gestão tende a introduzir, no interior das instituições públicas, princípios orientados pela eficiência, produtividade e controle dos resultados institucionais. Ainda que os serviços permaneçam formalmente públicos, observa-se a incorporação de práticas gerenciais que aproximam a administração hospitalar de modelos historicamente vinculados ao setor privado. Dessa forma, as atividades de assistência, ensino e pesquisa passam a coexistir com exigências cada vez mais intensas de desempenho institucional, monitoramento de resultados e racionalização dos recursos disponíveis.

A difusão desse modelo tem sido amplamente legitimada pelo discurso da modernização administrativa, da eficiência gerencial e da necessidade de superação das supostas limitações burocráticas do Estado (Amorim, 2017). Sob essa perspectiva, a gestão empresarial é apresentada como alternativa capaz de conferir maior agilidade e eficácia à administração pública, especialmente em setores considerados estratégicos, como a saúde.

Contudo, a criação da Ebserh não pode ser compreendida como uma inovação isolada ou desvinculada de processos anteriores de reforma administrativa. Ao contrário, sua constituição insere-se em um movimento mais amplo de reconfiguração do papel do Estado, retomando princípios e mecanismos já presentes em outras experiências de gestão pública. Nesse sentido, March (2012, p. 67) afirma:

Trata-se de reeditar uma formulação que tem como princípio os mesmos já identificados nas Fundações Estatais de Direito Privado e nas Organizações Sociais, ou seja, transferência de patrimônio público, flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público, estabelecimento de financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão, possibilidade de captar recursos

com a venda de serviços e consequente mercantilização das políticas e direitos sociais, dentre outros.

A Ebserh faz parte de um conjunto de iniciativas voltadas à introdução de mecanismos de mercado na gestão das políticas públicas. Nessa direção, a empresa passa a ser interpretada por diferentes autores como expressão de um processo mais amplo de empresariamento da gestão estatal, particularmente no campo da saúde, no qual instrumentos gerenciais e critérios de desempenho adquirem centralidade na organização dos serviços públicos.

As implicações desse processo não se restringem à esfera administrativa. Nos hospitais universitários, tais mudanças repercutem diretamente sobre as atividades de formação profissional desenvolvidas nesses espaços, uma vez que assistência, ensino e pesquisa constituem dimensões indissociáveis de sua função social. Nesse sentido, Amorim (2017) destaca que a lógica empresarial tende a tensionar os processos formativos ao influenciar os projetos pedagógicos e privilegiar competências técnicas e produtivistas em detrimento de uma formação crítica, interdisciplinar e comprometida com os princípios do SUS. A autora também ressalta que a centralização dos processos decisórios promovida pela Ebserh pode fragilizar a autonomia universitária, interferindo em aspectos relacionados à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão.

Essas transformações evidenciam que os processos de formação em saúde não se desenvolvem de forma neutra ou desvinculada das condições históricas e institucionais em que estão inseridos. Ao contrário, são atravessados por diferentes concepções de educação e trabalho, vinculadas a projetos societários em disputa. Nesse cenário, a implementação da Ebserh assume relevância não apenas como mudança administrativa, mas como expressão do projeto privatista para a saúde pública e para a formação dos trabalhadores da área.

Sob essa perspectiva, a incorporação da lógica gerencial nos hospitais universitários pode produzir impactos significativos sobre as dimensões do ensino e da pesquisa no âmbito dos HUs. As atividades pedagógicas e investigativas passam a ser pressionadas por critérios de eficiência operacional, o que pode fragilizar o caráter formativo dos HUs enquanto instituições voltadas à produção de conhecimento, à formação crítica de profissionais e ao compromisso social com o SUS. Como afirma Chauí (2003, p. 7), a universidade,

sob a lógica neoliberal, passa a ser concebida como uma “organização social”, orientada pela “gestão, planejamento, previsão, controle e êxito”, deslocando-se de sua função pública formativa e crítica.

Nessa mesma direção, Druck (2016, p. 38) destaca que a racionalidade gerencial introduzida no setor público intensifica “a precarização social do trabalho”, produzindo impactos diretos nas condições de formação e no desenvolvimento das atividades acadêmicas e assistenciais. Mota (2012, p. 33) afirma que as transformações contemporâneas do capitalismo impõem às políticas sociais uma lógica marcada pela “subordinação às exigências da acumulação”, afetando o caráter universal e público das instituições estatais.

Com isso, apreende-se que tal modelo gerencial pode contribuir para a consolidação de um processo mais amplo de mercantilização da saúde, ao reforçar a ideia de que a gestão privada, mesmo quando financiada com recursos públicos, seria mais eficiente que a gestão estatal direta, deslocando progressivamente o sentido da saúde como direito para sua compreensão como serviço.

Todavia, apesar do avanço da contrarreforma, a política de saúde permanece como um campo de disputas. Conselhos e conferências de saúde têm se posicionado contra a privatização e em defesa do caráter público e universal do SUS. Destaca-se também a atuação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde e de diversos fóruns estaduais e municipais, que articulam movimentos sociais, entidades e trabalhadores na defesa de um projeto de saúde comprometido com os princípios da Reforma Sanitária (Sarreta; Ferreira, 2018).

Diante desse cenário, cabe destacar que as contradições inerentes à reconfiguração do papel do Estado e à incorporação de lógicas mercantis não se restringem à organização dos serviços, mas impactam de forma ampla a política de saúde como um todo. Nesse conjunto, chama-se atenção, de modo particular, para a PNEPS, uma vez que o trabalho em saúde constitui o espaço privilegiado de produção do cuidado (Merhy, 2007). Assim, compreender o modo como se organizam os processos formativos torna-se fundamental, já que a qualidade da atenção à saúde está intrinsecamente vinculada à formação dos trabalhadores e às mediações pedagógicas que orientam sua atuação.

A partir disso, a relação entre educação e trabalho assume papel central, configurando-se como um terreno estratégico de disputa entre projetos distintos: de um lado, a perspectiva mercantil, que tende a reduzir a educação a um processo instrumental de treinamento voltado à adaptação às exigências do mercado; de outro, a perspectiva crítica, que a compreende como prática social transformadora, vinculada à reflexão sobre o trabalho e à produção de sujeitos capazes de intervir na realidade.

Em meio a essas contradições emerge a PNEPS, como uma tentativa de rearticular educação e trabalho no SUS. Ao propor a formação em serviço como um processo coletivo e integrado ao cotidiano dos serviços, a PNEPS reafirma a centralidade do trabalho como princípio educativo e como espaço de produção de saberes (Brasil, 2018). Diante disso, faz-se necessário analisar essa política, buscando compreender como ela se insere nas tensões próprias desse campo.

3.2. A política de Educação Permanente em Saúde no contexto do SUS

O século XX foi marcado por intensas mobilizações sociais e institucionais voltadas à inserção da saúde na agenda do Estado brasileiro. Nesse processo, conforme destaca Ceccim (2005), o despreparo dos diversos profissionais dos diferentes níveis de escolaridade diante dos desafios da saúde, não tardou a configurar-se como um problema relevante. Desse modo, a formação dos trabalhadores da saúde passou, gradualmente, a ser reconhecida como elemento estratégico para a organização dos serviços e para a ampliação do acesso da população ao cuidado.

Entre os marcos iniciais desse debate, destaca-se a IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, considerada pioneira ao mencionar a necessidade de uma política de recursos humanos em saúde (Ceccim, 2005). Na ocasião, foi proposta a discussão sobre o perfil dos profissionais da área, especialmente daqueles de nível básico e médio, evidenciando uma preocupação inicial com a qualificação da força de trabalho para atender às demandas sanitárias do país. Além disso, as Campanhas de Saúde Pública, recorrentes em contextos

epidêmicos, também contribuíram para evidenciar a necessidade de trabalhadores preparados para responder às emergências em saúde (Brasil, 1967).

Na década de 1970, esse debate avançou com a criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). O programa tinha como objetivo preparar trabalhadores para ampliar a cobertura dos serviços de saúde, considerando as necessidades regionais e as desigualdades no acesso à assistência. Ainda que inserido em uma lógica de expansão da rede assistencial, o PPREPS representou um passo importante ao reconhecer a formação de pessoal como componente essencial para a estruturação do setor saúde (Sarreta; Ferreira, 2018).

No entanto, é apenas na VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, que o termo “educação continuada” é explicitamente mencionado, associado à necessidade de atualização permanente dos profissionais, especialmente no campo da saúde pública (Ribeiro; Motta, 1996).

De acordo com Mota *et al.* (2004) embora compartilhem uma base histórica comum torna-se essencial distinguir os conceitos de “educação continuada” e “educação permanente”. Alguns estudiosos apontam que a principal diferença entre os dois termos reside em suas origens conceituais. A partir da década de 1950, com o rápido avanço científico e tecnológico, e, mais especificamente, após a crise educacional evidenciada pelos eventos de maio de 1968 na França, houve uma reavaliação das necessidades educacionais e um impulso para a diferenciação desses conceitos (Gadotti, 1984).

No setor saúde, por exemplo, os termos “educação continuada” e “educação permanente”, embora não sejam opostos, conferem especificidade ao processo de ensino-aprendizagem. Segundo Ricas (1994), a educação permanente é vista como uma estratégia de reestruturação e aprimoramento dos serviços de saúde, com base na análise dos determinantes sociais e econômicos. Essa abordagem busca transformar os valores e conceitos dos profissionais, posicionando-os como protagonistas do aprendizado. Por outro lado, a educação continuada, conforme descrito por Ricas (1994), abrange atividades educativas realizadas após a graduação, com objetivos mais específicos, voltados à atualização, aquisição de novos conhecimentos e capacitação, utilizando metodologias tradicionais e com duração determinada.

Desta forma, observa-se que a concepção de educação continuada permanecia ancorada em uma perspectiva tradicional de formação, centrada na incorporação de novos conteúdos, sem necessariamente questionar as práticas e os processos de trabalho.

No contexto da Reforma Sanitária, a crítica à formação tradicional dos profissionais de saúde ganhou maior densidade política. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou um marco decisivo ao evidenciar a insuficiência da formação profissional frente às necessidades concretas da população e dos serviços de saúde (Sarreta; Ferreira, 2018).

Além disso, o relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, também realizada em 1986, afirmava que “a formação de mão-de-obra em saúde proporcionada pelo aparelho formador não é adequada às necessidades de saúde da população brasileira nem às necessidades dos serviços” (Brasil, 1986, p. 13). Esse diagnóstico evidenciava que a problemática dos recursos humanos no setor não se restringia a aspectos quantitativos, mas envolvia, sobretudo, a qualidade e a orientação do processo formativo (Brasil, 1986).

Diante desse quadro, as críticas à formação em saúde passam a assumir um caráter mais estruturado e articulado, evidenciando não apenas fragilidades pontuais, mas um descompasso sistêmico entre os processos formativos e as demandas concretas do sistema de saúde. Pode-se notar que havia uma inadequação da formação profissional que não se limitava à insuficiência de conteúdo ou à baixa qualificação técnica, mas uma desconexão mais ampla entre ensino e serviço, bem como a ausência de articulação entre as instituições responsáveis por essas dimensões (Brasil, 1986).

Destacava-se, ainda, a ausência de objetivos comuns entre as instâncias responsáveis pela formação e aquelas responsáveis pela prestação de serviços. Mesmo iniciativas como as Ações Integradas de Saúde (AIS), concebidas como estratégia para a construção de um sistema unificado, mostraram-se insuficientes para promover, na prática, a necessária integração entre saúde e educação, especialmente no que diz respeito à formação de trabalhadores de níveis médio e elementar (Brasil, 1986).

Nesse contexto, a formação desses profissionais apresentava distorções importantes. De um lado, os egressos do sistema educacional não atendem às

necessidades concretas do setor saúde, uma vez que sua formação se mantém dissociada das práticas desenvolvidas nos serviços. De outro, mecanismos como os “exames de suplência”, amplamente utilizados para certificação, especialmente na área de enfermagem, acabavam por conferir habilitação formal sem garantir a competência técnica necessária frente à complexidade das ações de saúde. Esse processo contribuía para a incorporação de trabalhadores com formação fragilizada, impactando negativamente a qualidade do cuidado (Brasil, 1986).

Além disso, o relatório aponta que as iniciativas de educação continuada, quando existentes, tendiam a ocorrer por meio de ações verticalizadas e desarticuladas, frequentemente estruturadas em “pacotes” emergenciais que descon sideravam as especificidades locais dos serviços (Brasil, 1986). Essa configuração reforça a crítica, já discutida anteriormente, aos modelos tradicionais de formação, baseados na transmissão de conteúdos e desvinculados do cotidiano do trabalho.

Diante desse conjunto de limitações, o relatório propôs diretrizes que apontavam para a necessidade de reestruturação do processo formativo no setor saúde. Entre elas, destacava-se a articulação interministerial entre os Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho, com vistas à revisão e avaliação das habilitações profissionais existentes, em diálogo com instâncias interinstitucionais nos estados. Propôs-se, ainda, a criação de Escolas Técnicas Públicas de caráter multiprofissional, voltadas especificamente para o setor saúde, cujos currículos estivessem alinhados às necessidades dos serviços e à realidade político-social (Brasil, 1986).

No campo pedagógico, enfatizava-se a adoção de metodologias que privilegiassem a integração entre ensino e serviço, compreendendo o trabalhador como sujeito do processo formativo. Tal perspectiva visava promover o desenvolvimento crítico do “trabalhador-aluno”, possibilitando-lhe compreender o processo de trabalho em que está inserido. Ademais, destacava-se a importância da descentralização dos processos formativos, de modo a contemplar as especificidades dos contextos locais e fortalecer a articulação entre formação e realidade dos serviços (Brasil, 1986).

Essas proposições evidenciam, portanto, a tensão entre distintos modelos de formação, o qual se tensionava o modelo tradicional de formação em saúde e sinalizam os fundamentos de uma mudança de paradigma na formação dos profissionais. Trata-se de um movimento que reafirma a centralidade do trabalho como espaço de produção de saberes e aponta para a necessidade de construção de práticas formativas comprometidas com a transformação do modelo assistencial e com a consolidação dos princípios do SUS (Brasil, 1986).

Essa inflexão torna-se ainda mais compreensível quando se considera que, historicamente, conforme tratado anteriormente, a formação dos trabalhadores da saúde foi orientada por referenciais teórico-metodológicos marcados pela hegemonia de modelos tradicionais de educação.

No Brasil, a formação dos profissionais de saúde tem sido historicamente orientada por concepções fundamentadas na ciência positivista e por metodologias de ensino tradicionais, centradas na transmissão de conteúdos e na valorização do conhecimento técnico-científico. Tais modelos sustentam uma lógica fragmentadora do conhecimento, baseada na separação entre corpo e mente, razão e sentimento, ciência e ética, reduzindo o saber à busca pela eficiência técnica (Mitre *et al.*, 2008). Como consequência, privilegia-se uma formação pautada na racionalidade instrumental, que tende a desconsiderar a complexidade dos processos de saúde e doença e suas determinações sociais.

Esse paradigma, denominado de racionalidade técnica, caracteriza-se por modelos uniformizadores e reprodutores, nos quais a formação profissional se organiza a partir da transmissão de conteúdo, da repetição de práticas e da dicotomia entre teoria e prática. Como resultado, conforma-se um perfil profissional marcado por práticas mecanicistas, individualistas e acríticas, que tendem à reprodução de modelos instituídos no trabalho em saúde (Silva; Sá-Chaves, 2008).

Entretanto, as exigências colocadas pelo SUS tensionam esse modelo formativo, pois a consolidação de um sistema de saúde orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade demanda a formação de profissionais com uma perspectiva ampliada, capaz de articular dimensões técnicas, éticas e políticas. Nesse contexto, como aponta Figueiredo (2012), torna-se imprescindível a constituição de trabalhadores capazes de atuar de forma crítica,

reflexiva e sensível às necessidades da população, compreendendo o processo saúde-doença em sua complexidade e inserção social.

Para Ribeiro e Motta (1996) é nesse cenário de tensionamento e de busca por novas referências que a Educação Permanente em Saúde (EPS) se insere, representando uma inflexão no modo de pensar e organizar as ações educativas voltadas à formação e qualificação dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, o processo de trabalho passa a ser valorizado como espaço privilegiado de aprendizagem (Ribeiro; Motta, 1996), ao mesmo tempo em que a EPS se afirma como estratégia capaz de integrar formação e prática, reconhecendo os trabalhadores como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem e protagonistas na transformação das práticas de saúde (Brasil, 2004).

A discussão sobre Educação Permanente se iniciou na Europa no âmbito da temática da educação, nos anos 1930 e ganhou destaque nos anos 1960, período em que a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) difundiu amplamente o conceito de educação permanente, sustentado pela teoria do capital humano (Arouca, 1996). Esse conceito estava relacionado a iniciativas que envolviam a aprendizagem de adultos em momentos de “reestruturação produtiva e de necessidade de reposicionar pessoas no mercado de trabalho devido à intensificação da industrialização e da urbanização” (Feuerwerker, 2014, p. 92). Nessa perspectiva, a educação permanente apresentava as ideias centrais de constante aprendizado e desenvolvimento dos trabalhadores para se adaptarem às demandas do mercado de trabalho em crescimento.

Já na década de 1980, a EPS foi impulsionada com a apresentação do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o objetivo era construir um novo referencial pedagógico, no qual os trabalhadores da saúde estivessem mais envolvidos no processo produtivo da área. Segundo Lemos (2016), essa década foi marcada por eventos significativos, como a queda do Muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo, os questionamentos sobre o socialismo e o declínio dos modelos fordista/taylorista e keynesiano, com a ascensão do modelo Toyotista.

Com o avanço da redemocratização no país, os debates sobre a qualificação dos recursos humanos na saúde se intensificaram e a capacitação profissional passou a ser reconhecida como elemento fundamental para a efetivação

e fortalecimento da Reforma Sanitária (Sarreta *et al.*, 2009). Esse movimento ganha densidade jurídica com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde e de fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico (Brasil, 1988). Ao inscrever a formação como competência do sistema de saúde, a Constituição estabelece um marco fundamental para a articulação entre educação e trabalho, reconhecendo-a como dimensão estratégica para a consolidação do SUS.

Esse conjunto de diretrizes legais não apenas institucionaliza a dimensão educativa no âmbito do SUS, mas também cria as bases para o aprofundamento do debate sobre a formação em saúde nos anos subsequentes. Nesse contexto, observa-se um movimento progressivo de consolidação da educação como eixo estratégico para a qualificação do sistema de saúde, o que se expressa de forma mais evidente nas conferências nacionais de saúde.

A XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, sob o tema “Saúde: direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, amplia e qualifica o debate sobre a gestão da educação em saúde, destacando a necessidade de consolidação da EPS como política estruturante (Brasil, 2004).

Nessa direção, a Conferência enfatizou o papel das secretarias estaduais e municipais de saúde na implementação articulada de programas de EPS, orientados pelos princípios da intersetorialidade e pelo trabalho em equipes multiprofissionais. Tal orientação buscava enfrentar a formação fragmentada ainda predominante, ao mesmo tempo em que reafirmava os princípios do SUS como norteadores das práticas formativas e assistenciais (Brasil, 2004).

Dentre as proposições apresentadas, destacam-se aquelas que apontam para uma inflexão importante no modelo formativo vigente, antecipando elementos que seriam incorporados na política nacional instituída no ano seguinte. Entre essas recomendações, ressaltam-se:

[...] Incentivo às instituições de ensino superior para a adoção de metodologias inovadoras, comprometidas com a formação de profissionais voltados à prática multiprofissional e às necessidades sociais de saúde; a criação de polos de Educação Permanente em Saúde nos estados, com o objetivo de fomentar a discussão e a implementação de mudanças nos processos formativos em diferentes níveis da formação técnica à pós-graduação, articulando-os às demandas do SUS; a necessidade de reorientação do modelo de

formação, historicamente centrado na doença, para uma abordagem ampliada do processo saúde-doença; e, ainda, a diversificação dos cenários de prática, com ênfase na atenção básica, incluindo a recomendação de que parcela significativa das residências e estágios curriculares se desenvolva nesse nível de atenção (Brasil, 2004).

Essas diretrizes expressam, portanto, um deslocamento progressivo da lógica tradicional de ensino-aprendizagem, baseada na centralidade do saber técnico e hospitalocêntrico, para uma perspectiva que valoriza a integração ensino-serviço, o trabalho em equipe e a formação orientada pelas necessidades da população.

No entanto, esse movimento não ocorreu de forma linear ou consensual. Ao contrário, foi marcado por tensões e disputas entre os projetos da Reforma Sanitária e o projeto Privatista que atravessam o processo de consolidação do SUS e, conseqüentemente, das políticas de formação em saúde. Nesse período, a emergência de propostas orientadas pelos princípios da Reforma Sanitária, pautadas na universalidade, integralidade e equidade, passou a coexistir com a influência crescente de diretrizes neoliberais, que defendiam a redução do papel do Estado, a flexibilização das relações de trabalho e a adoção de modelos gerenciais centrados na eficiência e na produtividade (Morosini, 2010).

Em relação ao setor saúde, Campos (1997, p. 19) alerta que “inegavelmente, esta é a contradição central do processo nacional de reforma sanitária. Há, de fato, uma clara dominância do projeto privatista, neoliberal, no dia a dia da ação governamental, apesar de a determinação legal, no caso da saúde, apontar em outro sentido”. Essa contradição repercute diretamente no campo da formação dos trabalhadores, na medida em que tensiona a construção de modelos educativos críticos e emancipatórios frente à persistência de práticas formativas alinhadas à racionalidade técnica e às demandas do mercado.

Essa tensão se expressa na própria configuração do trabalho em saúde, também marcada pela disputa entre os distintos projetos. Como resultado desse embate, verificou-se a ampliação da cobertura dos serviços e dos postos de trabalho, sobretudo no nível da atenção básica. Contudo, essa expansão não foi acompanhada por um fortalecimento proporcional dos demais níveis de atenção, revelando fragilidades na organização do sistema e na articulação entre seus componentes (Morosini, 2010).

Além disso, esse processo ocorreu sob condições que aprofundaram a precarização do trabalho em saúde. Embora tenha havido um aumento significativo de postos de trabalho, especialmente com a expansão da Atenção Básica e a adesão dos municípios à Estratégia Saúde da Família, esse crescimento foi condicionado por restrições impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Ao limitar os gastos públicos com pessoal, essa legislação passou a ser utilizada como justificativa para a adoção de formas flexibilizadas de contratação, como a terceirização, contribuindo para a fragilização dos vínculos de trabalho e para a instabilidade das equipes (Morosini, 2010).

Desse modo, evidencia-se que a expansão do sistema de saúde, embora represente um avanço em termos de acesso e cobertura, ocorreu de forma contraditória, ao ser acompanhada por condições de trabalho precárias e por limites estruturais que impactam diretamente a formação, a qualificação e a atuação dos trabalhadores da saúde.

A mudança de governo em 2003, com a posse do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, trouxe transformações significativas na política de educação para os trabalhadores da saúde, com ênfase na Educação Permanente (Ramos, 2012). Um marco importante desse período foi a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela elaboração de políticas de gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (Lemos, 2016).

Em 2004, a PNEPS foi instituída por meio da Portaria nº 198, atribuindo ao Ministério da Saúde a responsabilidade de ordenar a formação dos trabalhadores do SUS (Brasil, 2004). Em 2007, a Portaria GM/MS nº 1.996 atualizou e consolidou seus fundamentos conceituais e operacionais, definindo a EPS como “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (Brasil, 2007). Essa definição expressa a centralidade do trabalho como eixo estruturante dos processos formativos e evidencia a influência dos referenciais da OPAS, que também concebem o trabalho como fundamento do aprendizado. Como pode ser observado:

A continuación se presenta, en forma de una propuesta de trabajo, una alternativa para el desarrollo de procesos educativos de tipo permanente, que utilicen el trabajo como eje del aprendizaje. Se utilizará, en consecuencia, de aquí en adelante, la denominación

“educación permanente” para referirnos al modelo de trabajo que dicha propuesta expone. (Opas, s.d, p.6)¹⁴.

Essa concepção dialoga com formulações anteriores no campo da saúde coletiva. Mario Rovere (1994) já definia a educação permanente como a educação no, pelo e para o trabalho, destacando seu potencial para promover mudanças nos processos de trabalho em saúde. Ao enfatizar essa dimensão, a EPS reafirma o trabalho como princípio, processo e finalidade das ações formativas, ultrapassando a lógica restrita da capacitação técnico-científica.

Essa perspectiva converge diretamente com a pedagogia crítica, especialmente com os pressupostos de Paulo Freire, ao afirmar que “[...] a prática do desvelamento da realidade constitui uma unidade dinâmica e dialética com a prática da transformação da realidade” (Freire, 1992, p. 103). Assim, a EPS propõe uma ruptura com modelos tradicionais de formação, centrados na transmissão de conteúdo, e avança em direção a uma educação contextualizada, crítica e transformadora.

Essa compreensão é reforçada pelo Ministério da Saúde ao situar a EPS como uma estratégia fundamentada no trabalho no SUS enquanto espaço de aprendizagem cotidiana, comprometida com os coletivos e com a transformação das práticas:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos [...] A Educação Permanente em Saúde reconhece o cotidiano como lugar de invenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País (Brasil, 2014).

Dessa forma, a EPS desloca o foco da educação formal para o próprio processo de trabalho, compreendendo-o como ambiente privilegiado de produção de conhecimento. Nessa perspectiva, valoriza-se a experiência cotidiana dos trabalhadores como elemento central da aprendizagem, consolidando o trabalho não apenas como espaço de produção, mas como meio pedagógico e eixo estruturante das práticas formativas.

¹⁴ Apresenta-se a seguir, em forma de proposta de trabalho, uma alternativa para o desenvolvimento de processos educativos de tipo permanente, que utilizam o trabalho como cerne da aprendizagem. Se utilizará, em consequência de aqui em diante, a denominação “educação permanente” para se referir ao modelo de trabalho que esta proposta expõe (tradução própria da autora).

A partir desse fundamento, a EPS organiza-se em torno de princípios que orientam sua concepção e implementação nos serviços de saúde. Entre eles, destaca-se a aprendizagem significativa (Brasil, 2007). Para Feuerwerker (2014) essa formação deve ser orientada pelos problemas reais enfrentados no cotidiano dos serviços, considerando os saberes prévios e as experiências dos sujeitos. Assim, os processos educativos são construídos a partir da problematização do trabalho, articulando as necessidades de formação às demandas de saúde da população e tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (Feuerwerker, 2014).

Articulado a esse princípio, encontra-se a problematização da realidade, entendida como um movimento crítico de análise do cotidiano. Para Merhy (2007), problematizar implica questionar as práticas, tornar visíveis os saberes implícitos e produzir deslocamentos que possibilitem novas formas de compreender e intervir na realidade. Trata-se, portanto, de um processo que não busca respostas prontas, mas a construção de novos sentidos a partir da reflexão crítica sobre o trabalho.

Outro princípio estruturante é a gestão compartilhada, que pressupõe a participação conjunta de gestores, trabalhadores e usuários na produção do cuidado. Essa diretriz implica corresponsabilização, negociação e construção coletiva de soluções, reconhecendo que o cuidado em saúde é resultado de relações, pactos e arranjos institucionais (Higashijima *et al*, 2025).

Frente a isso, Vieira *et al.* (2008, p. 118) destacam que a estratégia de corresponsabilização das ações desconsidera notavelmente a influência da “infraestrutura/superestrutura”.

Há uma visão unilateral que os formuladores da PNEPS assumem ao não tratar a relação entre infraestrutura/superestrutura como uma totalidade, o que lhes permite afirmar a possibilidade da desalienação dos trabalhadores, pela constituição de uma nova subjetividade, desconsiderando a interferência da base material na constituição da subjetividade do trabalhador e na própria relação deste com o usuário (Vieira *et al.*, 2008, p. 118).

Em vista disso, percebe-se que essa abordagem não leva em conta a interferência do material de base nesse processo, ou seja, como as condições materiais, estruturas e contextos práticos podem impactar a formação da subjetividade dos trabalhadores e a relação destes com os usuários. Para tanto, percebe-se a falta de uma análise mais abrangente que considere a interação

entre diversos elementos, para uma compreensão mais completa e realista dos desafios e possibilidades na área de saúde e da educação permanente

Diante dessa contradição, embora a EPS se proponha a transformar os paradigmas formativos convencionais e dominantes na área da saúde, sua implementação não ocorre de forma isolada das determinações históricas, econômicas e sociais que estruturam o mundo do trabalho. Assim, é necessário compreender que a própria constituição da EPS se dá em meio a tensões e contradições próprias do modo de produção capitalista.

Nessa direção, Lemos (2016) destaca que a EPS também pode ser analisada à luz das transformações nos modelos produtivos, especialmente com a incorporação de elementos da racionalidade empresarial toyotista no setor saúde. Diferentemente do taylorismo/fordismo, caracterizado pela rigidez, pela fragmentação e pela separação entre concepção e execução, o modelo toyotista introduz formas mais flexível de organização do trabalho, convocando a participação dos trabalhadores, sua capacidade cognitiva, sua polivalência e sua implicação subjetiva nos processos produtivos. Todavia, essa participação não se realiza, necessariamente, como ampliação da autonomia dos trabalhadores, mas, muitas vezes, como estratégia de responsabilização, intensificação do trabalho e adequação às exigências de produtividade e eficiência institucional.

Diante disso, é fundamental reconhecer que o trabalho em saúde “não está inserido numa bolha imune aos problemas do capital” (Lemos, 2016, p. 917). O trabalhador da saúde, assim como os demais trabalhadores, encontra-se submetido a essa lógica, na qual mesmas práticas pautadas na relação, no cuidado e na humanização não estão dissociadas de processos de mercantilização e acumulação. Nessa perspectiva, a alienação não se limita ao ato da produção material, mas se manifesta também como um estranhamento do trabalhador em relação a si mesmo, ao outro e ao próprio sentido do trabalho, interferindo nas relações e na constituição dos sujeitos.

Desse modo, a EPS se insere em um campo de disputas, no qual, ao mesmo tempo em que busca promover práticas críticas, reflexivas e transformadoras, também pode ser tensionada por racionalidades gerenciais e produtivistas. Tal compreensão reforça a necessidade de situar a política não apenas como uma proposta pedagógica, mas como um projeto em constante

construção, atravessado por contradições e desafios inerentes ao contexto em que se desenvolve.

Nesse sentido, embora a EPS tenha como princípio norteador a superação dos modelos tradicionais e hierárquicos de formação em saúde, sua operacionalização pode ocorrer de forma limitada, reproduzindo práticas normativas e conservadoras (Higashijima *et al.*, 2025). Esse risco aponta para a possibilidade de esvaziamento de seu potencial crítico, sobretudo quando seus conceitos e diretrizes são apropriados de maneira descontextualizada, desvinculados das condições concretas do trabalho e das necessidades dos serviços e da sociedade.

Essa concepção de educação no trabalho apresenta aproximações com a formulação gramsciana do trabalho como princípio educativo, na medida em que compreende o processo formativo a partir da realidade concreta do trabalho e da problematização das práticas sociais. Em ambas as perspectivas, a educação não se reduz à transmissão de conteúdo ou à capacitação técnica, mas envolve uma “relação” entre teoria e prática, conhecimento e intervenção, reflexão crítica e transformação da realidade. No entanto, em Gramsci (apud Manacorda, 2019) o trabalho como princípio educativo possui uma dimensão mais ampla. Ele não se refere apenas à formação para o exercício de uma atividade profissional, mas à formação humana integral, capaz de articular conhecimento técnico, capacidade intelectual, consciência crítica e direção ético-política. O trabalho é educativo porque expressa a relação ativa dos seres humanos com a natureza, com a sociedade e com a produção da vida social. Por isso, ele permite compreender a realidade em sua totalidade e superar a cisão entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Ao mesmo tempo, a centralidade do cotidiano como espaço privilegiado de aprendizagem reforça a complexidade dessa política. Conforme afirma Heller (1977), o cotidiano constitui o “mundo da vida”, onde as práticas sociais se estruturam e se reproduzem de forma dinâmica e dialética. No campo da saúde, isso significa reconhecer que a aprendizagem ocorre nas relações, nas experiências e nos próprios espaços de trabalho, os quais são atravessados por diferenças, conflitos e disputas entre distintos projetos societários.

É nesse cenário, marcado por tensões, relações de poder e múltiplos saberes, que emergem estratégias formativas como as Residências

Multiprofissionais em Saúde, fundamentadas nos princípios da EPS e orientadas para a qualificação do trabalho e a consolidação do SUS. Contudo, tais iniciativas também se inserem nas contradições que permeiam o campo da saúde, o que suscita a necessidade de refletir sobre seus alcances e limites. Assim, no próximo item, discute-se a expansão dos Programas de Residência, analisando em que medida se configuram como dispositivos de formação para o SUS ou como possíveis expressões de precarização do trabalho em saúde.

3.3 A expansão dos Programas de Residência: precarização do trabalho ou formação para o SUS?

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pelo ensino em serviço, com formação teórica e prática, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 2 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva, conforme a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Além disso, destina-se às profissões da saúde, excetuada a medicina (Brasil, 2012).

O programa divide-se em duas modalidades: Residência em Área Profissional da Saúde, caracterizada por abranger apenas uma profissão da área da saúde; e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, que se diferencia por ser composta por, no mínimo, três profissões da saúde (Brasil, 2025). Antes de alcançarem o formato e as denominações atualmente adotados, os Programas RIMS passaram por uma série de acontecimentos históricos e institucionais que foram determinantes para sua configuração contemporânea.

Historicamente, antes mesmo da implementação do SUS, a medicina destacou-se como precursora na implantação da formação por meio da residência, estruturada para integrar o desenvolvimento acadêmico à prática profissional em serviço (Brasil, 2006). A expressão “residência médica” deriva de uma experiência histórica em que os médicos permaneciam no próprio hospital, mantendo disponibilidade contínua para o aprendizado e a assistência, como se efetivamente ali residissem (Duarte, *et al.* 2023).

A primeira experiência ocorreu nos Estados Unidos, em 1879, enquanto no Brasil sua implementação deu-se apenas em 1945, na Universidade de São Paulo, sob a denominação inicial de internato. Essa forma de ensino foi regulamentada nacionalmente em 5 de setembro de 1977, por meio do Decreto Presidencial nº 80.281, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil, 2006).

A Residência Médica no país serviu como referência para sua expansão em outras áreas da saúde. Em 1961, foi instituída a Residência em Enfermagem pelo Hospital Infantil do Morumbi (SP), com foco no aperfeiçoamento da Enfermagem Pediátrica, integrando atividades teóricas e práticas. Posteriormente, em 1973, a Universidade Federal da Bahia, por meio de seu Hospital Escola da Faculdade de Enfermagem, criou um curso de especialização em moldes semelhantes, destinado à formação de enfermeiros na área médico-cirúrgica (Brasil, 2006).

Em 1976, foi instituída no Brasil, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária. Essa iniciativa tinha como objetivo a formação de profissionais orientados por uma concepção ampliada de saúde, integrando os campos da clínica, da saúde mental e da saúde pública (Brasil, 2006). Com isso, buscava-se constituir um perfil profissional “humanista e crítico”, dotado de competências para responder de forma resolutiva às necessidades de saúde da comunidade. Em 1978, essa experiência foi ampliada e passou a assumir caráter multiprofissional, consolidando-se como um marco relevante no campo da formação em saúde no país (Brasil, 2006).

Paralelamente, outras experiências multiprofissionais desenvolvidas ao longo da década de 1970 também se destacaram como pioneiras. Entre elas, ressalta-se o Treinamento Avançado em Serviço, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, bem como o Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, instituído pelo INAMPS (Brasil, 2006). Pode-se perceber que essas iniciativas contribuíram de maneira significativa para a consolidação de práticas formativas voltadas à articulação entre ensino e serviço.

Concomitante ao processo de criação e regulamentação de especializações médicas nessa modalidade, acontecia o Movimento da Reforma

Sanitária e nesse ínterim, segundo Almeida (2020) ganha força a defesa do atendimento integral à saúde a partir do envolvimento de diversas especialidades profissionais.

Com a criação do SUS, como apresentado anteriormente, intensificou-se a necessidade de adoção de novas estratégias de formação profissional capaz de responder às exigências de um sistema de saúde universal, integral e descentralizado (Almeida, 2020).

Em 2002, simultaneamente ao lançamento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, voltado aos municípios com mais de 100 mil habitantes e orientado à qualificação e capacitação das equipes de Saúde da Família, foi implementada a primeira iniciativa do Ministério da Saúde de fomento às Residências Multiprofissionais em Saúde e passaram a integrar formalmente o Projeto ReforSUS, uma iniciativa do Ministério da Saúde com o objetivo de fortalecer e expandir a formação de recursos humanos voltados ao SUS (Brasil, 2006).

Essa estratégia resultou na criação de 19 residências multiprofissionais em saúde da família, vinculadas a instituições de ensino superior, às quais coube a responsabilidade por sua implantação e titulação (Brasil, 2006). Embora estruturadas em formatos diversos, Almeida (2020) reforça que tais residências foram concebidas sob a perspectiva do trabalho integrado entre as diferentes profissões da saúde, reafirmando o caráter interdisciplinar da formação e fortalecendo a vinculação entre os processos educativos e as necessidades concretas dos serviços e da população.

De acordo Almeida (2020) ainda no contexto da XII Conferência Nacional de Saúde apontou-se a necessidade de formulação de uma política nacional de formação voltada aos profissionais da saúde, com o objetivo de promover debates e implementar mudanças nos processos de ensino da pós-graduação, particularmente nas modalidades de especialização e residência, de modo a adequá-los às necessidades de saúde da população e aos princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2006). Destacou-se, ainda, a importância de garantir recursos físicos e financeiros suficientes, a cooperação técnica entre as três esferas de governo e a efetivação do controle social como elementos centrais para a consolidação de uma política pública (Brasil, 2006).

Em consonância com essas deliberações e como desdobramento, em 2004 a atuação da SGTES, de acordo Almeida (2020) passou a concentrar esforços na formulação de bases legais e pedagógicas capazes de sustentar a expansão das RIMS. Após um amplo processo de debates e construção coletiva, já apresentado anteriormente, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 198/GM/MS, a PNEPS, marco fundamental para a consolidação de estratégias formativas alinhadas às necessidades do SUS e à qualificação do trabalho em saúde.

Nesse contexto de aprofundamento e amadurecimento político da formação em saúde que os Programas RIMS foram oficialmente instituídos no Brasil, por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005). Contudo, a promulgação do marco legal não encerrou o processo de construção da Residência Multiprofissional; ao contrário, inaugurou uma nova etapa, marcada por intensos debates e disputas em torno de sua concepção, diretrizes e estratégias de implementação, de modo a assegurar sua efetiva articulação com os princípios e necessidades do SUS.

Nesse momento de avanço e consolidação político institucional, realizou-se, em dezembro de 2005, o I Seminário Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde, contou com a participação de diversas instâncias representativas, entre as quais se destacam o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde, o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, além de representações docentes e estudantis, entre outros atores (Almeida, 2020).

O evento teve como objetivos centrais a formulação de estratégias voltadas à construção da multidisciplinaridade, a elaboração de diretrizes nacionais para a RIMS, a definição da composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e a criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Brasil, 2006, p. 23).

Como desdobramento desse processo, foi instituído o Fórum Nacional de Residentes em Saúde, configurando-se como um movimento de articulação e regulação em âmbito nacional, resultado da mobilização e da pressão política de estudantes de diferentes categorias profissionais. Para Almeida (2020) esse

espaço coletivo assumiu papel estratégico na organização de uma agenda política voltada à implementação e ao fortalecimento do SUS, conferindo ao I Seminário um caráter eminentemente político e representando uma conquista significativa para a política pública de saúde.

No II Seminário Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde, realizado em articulação com os movimentos sociais, o debate centrou-se na construção de um modelo de Residência Multiprofissional em Saúde que promovesse não apenas a aproximação entre os processos formativos e o cotidiano do trabalho em saúde, mas que também possibilitasse transformações no modelo de atenção à saúde (Almeida, 2020). Essa proposta fundamentava-se na atuação multiprofissional orientada por um processo de educação permanente em serviço, compreendendo a RIMS como uma estratégia dotada de potencial para a transformação social no âmbito do SUS.

Nesse espaço, retomaram-se de forma objetiva as discussões acerca das diretrizes e dos princípios nacionais que deveriam orientar a institucionalização da residência multiprofissional (Almeida, 2020). No entanto, à medida que avançavam as definições conceituais e político-pedagógicas, emergiram também tensões relacionadas aos aspectos normativos e operacionais da política, entre as quais se destacou a discussão sobre a carga horária dos programas. Em 24 de abril de 2008, foi publicada a Portaria Interministerial nº 506, que estabeleceu a carga horária semanal de 60 horas, sob a justificativa de equiparação com a residência médica (Almeida, 2020).

Cabe ressaltar que, até então, não havia normatização específica quanto à distribuição dessa carga horária entre atividades teóricas e práticas. No período subsequente ao II Seminário Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde, contou com a participação de diversas instâncias representativas, entre as quais se destacam o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde, procedeu-se ainda à implantação do Sistema de Informatização da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e à abertura de chamada para o cadastramento dos Programas de RIMS e em Área Profissional da Saúde, em 2008, o que impulsionou significativamente a expansão das RIMS, especialmente nos hospitais universitários e de ensino (Brasil, 2009).

Esse acúmulo de debates, somado às controvérsias decorrentes das definições normativas instituídas, evidenciou a necessidade de avançar da formulação política para o aperfeiçoamento dos mecanismos de implementação, acompanhamento e avaliação dos programas (Brasil, 2009). Tal contexto conduziu à realização do III Seminário Nacional de Residência em Área Profissional da Saúde, ainda em 2008 (Brasil, 2009).

Segundo Almeida (2020) a publicação da Portaria nº 506, anteriormente mencionada, intensificou os conflitos entre representantes governamentais e os Fóruns de Residentes. Pois, a partir desse marco, os residentes passaram a reivindicar, de forma mais organizada, a redução da carga horária semanal para 40 horas, argumentando que o modelo vigente comprometia tanto a qualidade da formação quanto as condições de trabalho.

Nesse contexto de tensionamentos e de busca por reestruturação do sistema formativo e assistencial, foi publicado, em 27 de janeiro de 2010, o Decreto nº 7.082, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Entre os objetivos estabelecidos pelo programa, destacava-se a implantação e o fortalecimento da residência multiprofissional em áreas consideradas estratégicas para o SUS, com vistas à qualificação da formação de recursos humanos em saúde. Esse direcionamento institucional contribuiu de forma decisiva para o crescimento expressivo dos Programas RIMS a partir de 2010 (Almeida, 2020). Contudo, cabe destacar que, sob a justificativa de modernização da gestão e de recuperação da capacidade assistencial dos HUs, consolidou-se uma racionalidade gerencial orientada por metas, produtividade, flexibilização das relações de trabalho e redução da autonomia universitária.

Paralelamente à expansão dos programas, avançaram também os marcos normativos relacionados ao financiamento das bolsas destinadas à RIMS. Ainda em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.111, de 5 de julho, que estabeleceu normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Posteriormente, essa normativa foi alterada pela Portaria nº 754, de 18 de abril de 2012, que promoveu ajustes no regramento do financiamento das bolsas, buscando adequá-lo à ampliação e à consolidação dos programas e equiparar aos valores da Residência Médica (Brasil, 2024).

No que se refere à organização e ao funcionamento dos Programas RIMS, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde publicou, em 4 de maio de 2010, a Resolução nº 03, que definiu carga horária total de 5.760 horas, equivalente a 60 horas semanais, com duração mínima de dois anos, distribuídas em 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas (Brasil, 2010). A resolução estabeleceu, ainda, parâmetros para a caracterização dessas atividades, bem como normas relativas ao período de férias e aos critérios de avaliação do desempenho do profissional residente.

Nesse modelo formativo, a inserção do residente multiprofissional nas equipes de saúde é concebida como uma estratégia de fortalecimento da saúde pública, fundamentada nos princípios da interdisciplinaridade e da multidisciplinaridade. Por meio da atuação integrada em equipes multiprofissionais, especialmente nos hospitais de ensino, no qual busca-se promover uma assistência integral ao usuário do SUS (Brasil, 2005).

Assim, tem-se um programa, cujo principal objetivo é o ensino e a formação de profissionais da saúde por meio da educação em serviço. No entanto, Rodrigues (2016, p. 7) destaca que essa educação em serviço remete a inserção no “mundo do trabalho” que impõe desafios significativos também a esses profissionais. De acordo Antunes (1998, p. 56) o “mundo do trabalho” caracteriza-se

Como um conjunto de transformações que vêm ocorrendo, [...] quando o capitalismo enfrenta mais uma de suas crises que abalam as certezas até então vigentes e altera substancialmente a materialidade e a subjetividade daqueles que vivem do trabalho. A crise instalada propiciou inúmeras transformações, dentre estas, a reestruturação produtiva do capital, sendo um de seus aspectos, a precarização com a desregulamentação do uso da força de trabalho.

Diante disso, observa-se que o trabalho assume diferentes configurações, à medida que o trabalhador está inserido em uma lógica produtiva marcada por contradições que impactam diretamente o desenvolvimento dos processos de trabalho, como a flexibilização e a precarização das atividades profissionais. Nesse contexto, torna-se essencial analisar as estratégias de formação educacional voltadas a esses trabalhadores, especialmente quando a PNEPS considera o ambiente de trabalho como um espaço de aprendizado e qualificação profissional.

Krüger *et al.* (2020) destacam a forma como os Programas RIMS estão sendo conduzidos, segundo as novas formas de gestão da saúde pública, são marcadas por influências neoliberais, e por conta disso não estão imunes às pressões do mercado. Para os autores, esse cenário tem gerado tensões entre os princípios universais do SUS e as demandas do setor privado, evidenciando desafios para a consolidação de um modelo de formação e assistência que atenda às reais demandas do sistema público de saúde (Krüger *et al.* 2020).

Nas décadas de 1990 e 2000, como visto anteriormente, conforme destaca Krüger *et al.*, (2020) o Estado brasileiro passou por um processo de intensificação das ideologias e práticas de gestão alinhadas aos preceitos neoliberais, movimento que tem progressivamente priorizado interesses econômicos em detrimento das demandas sociais. Apresentada como uma inovação, essa mudança resultou na redução do papel do Estado na garantia dos direitos da cidadania, fortalecendo a ideia de que a responsabilidade pela provisão social deve recair sobre a sociedade, especialmente o mercado. Essa abordagem tem redefinido a gestão das políticas sociais, influenciando seus aspectos políticos, ideológicos, jurídicos e culturais, além de favorecer a mercantilização de parte do patrimônio público (Krüger *et al.*, 2020).

Um exemplo disso é o novo modelo de gestão dos Hospitais HU, implantado pela Ebserh, como mencionado anteriormente. Esse modelo de gestão entra em conflito com princípios fundamentais do SUS, como a regionalização, a participação social e a integralidade da assistência (Borges *et al.*, 2018) Assim, torna-se evidente uma contraposição entre dois modelos de gestão: um baseado na lógica pública do SUS e outro, voltado para a lógica privada representada pela Ebserh.

Essa mudança de gestão, conforme destacam Andrade e Santos (2016, p. 5), traz implicações para a formação profissional, que apontam que os hospitais universitários são pressionados a priorizar a formação de profissionais para o mercado, além de manter relações hierarquizadas. Rolim (2015, p. 73) acrescenta que esse contexto promove uma reconfiguração do ensino superior, com uma tendência de mercantilização da educação, resultando em uma formação mais “superficial e flexível”, moldada às exigências do mercado, o que contribui para a precarização do ensino.

Atrelada a essa percepção, a pesquisa realizada por Closs (2010) evidenciou que a extensa carga horária nos programas de Residência em Saúde resulta em uma sobrecarga de atividades assistenciais, reduzindo o tempo destinado à formação teórica. De acordo com as diretrizes do MEC, 80% da carga horária dos residentes é voltada para atividades práticas, o que pode comprometer o processo reflexivo e a integração entre teoria e prática, além de representar 60 horas semanais de dedicação. Ainda que se defina a proporcionalidade entre atividades teóricas e teórico-práticas a portaria mantém uma previsão de 60 horas que por vezes tem representado a precarização do trabalho e uma carga horária superior inclusive ao funcionamento dos serviços de saúde (CEFSS, 2017).

Nesse contexto, Silva (2016) ressalta que essa dinâmica extensa de práticas assistenciais pode comprometer a RIMS como estratégia de formação, uma vez que, os residentes acabam sendo inseridos no serviço como mão de obra precarizada, em vez de serem reconhecidos como profissionais em qualificação. Além disso, os programas priorizam a inserção prática imediata, sem assegurar supervisão, tutoria, preceptoria, reflexão teórica e planejamento pedagógico consistente.

Diante desse cenário, a adoção de novos modelos de gestão na política pública de saúde, com as significativas mudanças nas relações de trabalho, leva Silva (2016) a questionar o uso dos Programas de Residência como alternativa para suprir a carência de profissionais na área. Dessa forma, cabe refletir sobre a efetividade da Residência como instrumento de formação e aprimoramento dos trabalhadores do SUS.

Conforme ressalta Conceição *et al* (2012) as parcerias público-privadas, materializadas em organizações sociais, fundações públicas de direito privado e empresas públicas, passam a desempenhar papel central nesse processo. Como consequência, recursos do fundo público são repassados em troca da prestação de serviços, resultando na terceirização das atividades e da força de trabalho, com a dispensa de concursos públicos para contratação de profissionais e de processos licitatórios para aquisição de materiais e realização de obras (Conceição *et al.*, 2012).

Segundo Andreazzi (2023), tais iniciativas convergem com a ofensiva neoliberal, caracterizada pela redução progressiva do gasto público em saúde e

pela ampliação da participação do setor privado. Conforme a autora, esse movimento implica a conversão das atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência em práticas de natureza econômica, bem como a terceirização do ensino como desdobramentos centrais desse processo.

Nesse mesmo sentido, Almeida (2020) destaca a expansão do ensino superior por meio do setor privado, sustentada por uma lógica que se apresenta como democratização do acesso, mas que se revela profundamente contraditória. Segundo a autora, esse movimento se materializa em programas como o Fundo de Financiamento Estudantil e o Programa Universidade para Todos, os quais mobilizam recursos públicos para financiar a formação no âmbito de instituições privadas. Conforme Almeida (2020), nessa perspectiva, a educação passa a ser tratada como um campo altamente rentável para a expansão do capital, contando, inclusive, com o estímulo e o aporte direto do Estado.

Nesse breve resgate acerca da conjuntura recente das políticas sociais no Brasil, torna-se imprescindível mencionar a aprovação do Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional nº 95/2016, amplamente conhecida como “PEC do Teto de Gastos”. Essa medida estabeleceu um limite para o crescimento das despesas públicas por um período de 20 anos, produzindo impactos significativos sobre o financiamento das políticas sociais. Na perspectiva de Salvador (2017, p, 442),

Tanto as políticas que integram a seguridade social (previdência social, assistência social e saúde), como também o seguro-desemprego e a educação terão seus recursos orçamentários diminuídos, em termos reais, nos próximos vinte anos, inviabilizando a garantia e até mesmo a expansão dos direitos sociais.

Vinculados de forma mais orgânica à saúde pública a partir da Constituição de 1988, os HUs passaram a integrar o SUS, incorporando seus princípios e diretrizes e ampliando o acesso universal aos seus serviços. Contudo, como assinala Leite (2011), a ampliação dessas responsabilidades não foi acompanhada por um incremento proporcional dos investimentos em recursos humanos e tecnológicos por parte do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Para a autora, esse descompasso contribuiu para o aprofundamento de uma crise institucional, cujos indícios já se faziam presentes desde a década de 1980 (Leite, 2011).

Essa crise assume contornos ainda mais complexos quando se considera a natureza híbrida dos HUs, que acumulam, simultaneamente, funções assistenciais e formativas. Nessa perspectiva, conforme aponta Leite (2011) essas instituições passaram a vivenciar um duplo processo de desmonte, intensificado pelas reformas de orientação neoliberal no mundo do trabalho, em especial pela contrarreforma trabalhista, que aprofundou a precarização dos vínculos laborais. Nesse sentido, Cislighi (2011) identifica alguns fatores explicativos da crise instalada nos hospitais universitários, destacando-se o subfinanciamento decorrente do pagamento insuficiente dos procedimentos realizados, em razão da defasagem histórica da tabela do SUS, e a ausência de reposição sistemática de pessoal por meio de concursos públicos, o que tem resultado na ampliação da contratação de trabalhadores terceirizados.

A esse cenário de subfinanciamento e precarização soma-se, ainda, a aprovação da Lei nº 13.429/2017, conhecida como Lei da Terceirização, que autoriza a contratação de serviços para a execução de todas as atividades laborais, inclusive as atividades fim. Segundo Almeida (2020), tal medida intensifica o processo de flexibilização das relações de trabalho e fragiliza direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores, repercutindo diretamente nas condições de trabalho, na organização dos serviços de saúde e, de modo particular, no cotidiano dos HUs. Nesse contexto de reconfiguração das relações de trabalho e de aprofundamento da precarização nos HUs, observa-se, nos últimos anos, um crescimento exponencial dos Programas de RIMS. Enquanto, em 2005, existiam apenas 22 programas nessa modalidade, em 2025 o Brasil passa a contar com 256 instituições credenciadas e 1.341 programas ativos, distribuídos em todas as regiões do país, com a oferta aproximada de 28.737 vagas para profissionais da área da saúde (Brasil, 2025).

Diante dessa expansão, impõe-se a necessidade de ampliar o debate, incorporando de forma sistemática a análise dos processos formativos que orientam os Programas de RIMS. Isso implica examinar também os aspectos pedagógicos que estruturam a formação, com especial atenção à concepção, à organização e à operacionalização dos Projetos Político Pedagógicos (PPPs), uma vez que esses documentos expressam as diretrizes formativas e os referenciais teórico-metodológicos que sustentam a proposta da residência (Libâneo, 2004).

Considerando essa complexidade, os Programas de RIMS organizam-se a partir dos PPPs próprios, elaborados pelas instituições de saúde responsáveis por sua execução. Conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, estabelecidas pela Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, cabe a cada instituição a elaboração de seu projeto pedagógico, levando em conta suas particularidades institucionais, as demandas locais e os recursos disponíveis (Brasil, 2012). Nesse sentido, os PPPs assumem papel central na mediação entre as exigências normativas, as condições concretas de funcionamento dos serviços e os objetivos formativos dos programas.

Nessa perspectiva, os PPPs constituem-se como um instrumento fundamental de orientação do processo educativo. Segundo Libâneo (2004), um PPP descreve e caracteriza os objetivos, as diretrizes e as ações que norteiam a formação, ao mesmo tempo em que expressa a cultura institucional, permeada por valores ideológicos, princípios éticos, significações, reflexões e decisões construídas coletivamente pelos sujeitos envolvidos em sua elaboração e implementação.

Desse modo, evidencia-se que a análise dos processos formativos nos Programas de RIMS demanda a análise articulada entre diretrizes normativas, práticas institucionais e concepções pedagógicas que orientam a formação em serviço. Nesse contexto, os PPPs assumem centralidade, na medida em que expressam não apenas os fundamentos teórico-metodológicos da formação, mas também as mediações entre as exigências legais, as condições concretas dos serviços e os objetivos educacionais propostos.

Assim, ao sintetizar princípios, valores e intencionalidades formativas, os PPPs configuram-se como dispositivos estratégicos para a materialização da proposta da RIMS e para a construção de práticas coerentes com os pressupostos da EPS. É a partir dessa compreensão que o próximo capítulo buscará analisar, de forma situada, a experiência da RIMS no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), com ênfase na formação do/a assistente social. Compreende-se que o/a assistente social possui importante relevância no âmbito das RIMS especialmente por contribuir para a compreensão ampliada do processo saúde-doença, considerando suas determinações sociais, econômicas e culturais. Além disso, sua atuação

fortalece a defesa do SUS ao articular dimensões técnico-operativas, ético-políticas e educativas voltadas à garantia de direitos, ao acesso às políticas sociais e à integralidade do cuidado.

4. A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE DA/O ASSISTENTE SOCIAL NA RESIDÊNCIA DO HU-UFMA: o projeto pedagógico e as relações entre trabalho e educação na saúde

Desde sua constituição na divisão social e técnica do trabalho, o Serviço Social encontra no campo da saúde um espaço sócio ocupacional estratégico, em razão da centralidade da questão social na produção das desigualdades que atravessam o processo saúde-doença. Nesse contexto, a atuação profissional ultrapassa o plano técnico, articulando dimensões históricas, políticas e sociais que moldam tanto as demandas dos usuários quanto as respostas institucionais.

É nesse cenário que a RIMS se afirma como estratégia relevante de formação. Fundamentada nos princípios do SUS, especialmente na integralidade do cuidado, essa modalidade busca articular teoria e prática e promover uma formação crítica, interdisciplinar e voltada à realidade dos serviços. No HU-UFMA, a RIMS constitui um espaço privilegiado de formação em serviço, inserindo a/o assistente social em diversos cenários profissionais e ampliando suas possibilidades de intervenção e análise da realidade social.

Contudo, essa formação é atravessada por contradições. Se o trabalho favorece a construção de conhecimentos a partir da prática, também se realiza em condições marcadas por tensões público-privadas, intensificação laboral e pressões produtivistas. Assim, a formação não ocorre de modo neutro, mas em um campo de disputas que pode tanto reforçar a adaptação às condições existentes quanto impulsionar práticas críticas e transformadoras no Serviço Social em saúde. Diante disso, faz-se necessário também abordar a inserção do debate sobre as Residências em Saúde no âmbito das entidades representativas do Serviço Social, evidenciando seus posicionamentos, contribuições críticas e o modo como tensionam as contradições dessa modalidade formativa no interior do projeto profissional.

4.1 A constituição histórica do Serviço Social na saúde e a emergência do debate sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde.

A relação entre o Serviço Social e a área da saúde não é recente, tampouco linear. Trata-se de um processo histórico marcado por determinações sociais, políticas e ideológicas que atravessam tanto a constituição da profissão quanto as transformações nos modelos de atenção à saúde. Para compreender o atual debate acerca das RIMS e o Serviço Social, é fundamental recuperar as bases históricas dessa inserção.

O marco inaugural do Serviço Social na América Latina remonta à criação do primeiro curso, em 1925, no Chile, por iniciativa do médico Alejandro Del Río (Castro, 1993). Diferentemente do que ocorreria posteriormente no Brasil, essa experiência já nasce diretamente vinculada à área da saúde, com clara subordinação à prática médica.

A iniciativa de Del Río parte de motivações sumamente específicas, inseridas no campo de interesses da profissão médica. Como se sabe, e o próprio Dr. Del Río se encarregou de explicitá-lo, o 'assistente social deveria ser um subtécnico incumbido de colaborar diretamente com o médico'. Por mais que o perfil original da profissão esboçado pela primeira escola chilena se colocasse sobre uma base doutrinária católica, o seu trabalho prático tinha um marco de ação bastante delimitado, pois, quase por definição, situava-se nos contornos da profissão médica (Castro, 1993, p. 69).

No Brasil, por sua vez, a institucionalização do Serviço Social ocorre a partir de 1936, com a criação do primeiro curso em São Paulo, seguido, em 1937, pelo curso do Rio de Janeiro. Nos anos subsequentes, observa-se a ampliação das iniciativas formativas, como a Escola Técnica de Serviço Social (1938) e o curso vinculado à Escola de Enfermagem Anna Nery (1940) (Matos, 2022). Ainda que essas experiências apresentassem articulações com a área da saúde, sobretudo no caso das instituições cariocas, não foram criadas prioritariamente para atender a demandas específicas da saúde (Matos, 2022).

De acordo Matos (2022), não se identifica, na criação dos primeiros cursos de Serviço Social, uma preocupação voltada à formação de profissionais para atuação nos serviços de saúde. A ênfase recaía, principalmente, na profissionalização das obras sociais, inserida em um contexto ideológico que, conforme analisam Iamamoto e Carvalho (1991), estava permeado pelas tensões em torno da laicização do Estado, pela reação católica e por uma

perspectiva antimoderna, no âmbito do que se convencionou denominar como a influência da Doutrina Social da Igreja Católica.

Essa direção ideológica se expressa também no conteúdo da formação profissional e nas práticas desenvolvidas. Conforme destaca Iamamoto (1991), as/os assistentes sociais atuavam como agentes educativos, tendo a linguagem como principal instrumento de trabalho voltados à difusão de valores e comportamentos considerados adequados à ordem social vigente.

Essa configuração pode ser observada nas práticas formativas da época:

Assistentes sociais aprendiam sobre cuidados em saúde não para executá-los, e sim para repassar aos/às usuários/as, especialmente às esposas dos trabalhadores. É importante lembrar que o Serviço Social nasceu antimoderno. Por exemplo, assistentes sociais, à época, entendiam que os males (ou seja, as dificuldades as quais viviam – e vive – a classe trabalhadora) tinham suas origens na modernidade exacerbada, por isso criticavam o trabalho das mulheres casadas (Matos, 2022, p. 16).

Aparentemente, pode ser uma contradição com elas mesmas, mas precisamos lembrar que, para elas/eles, as/os assistentes sociais, Serviço social não era trabalho, e sim vocação (Matos, 2022).

Tal perspectiva é sintetizada por Bravo (2013):

A tônica do discurso e da prática do Serviço Social na Saúde, como também nas outras áreas, foi a ação educativa e, posteriormente, a ‘tecnificação’ da assistência. A educação do povo, a instrução da família, a fiscalização sanitária foi considerada fundamentais, pois se pautavam na noção do proletariado como tendo um baixo nível cultural, o que agravava com a insuficiência de recursos econômicos desde a necessidade de ser educado para suavizar a miséria e a doença. A ação educativa estava relacionada ao ajustamento do ‘paciente’ às relações sociais vigentes, sendo necessária às classes trabalhadoras a adesão à ordem social (Bravo, 2013, p. 157).

Nesse período, observa-se que os conteúdos relacionados à saúde, como higiene e puericultura, estavam presentes na formação, porém não com o objetivo de intervenção técnica direta, mas de mediação educativa junto às famílias trabalhadoras, voltada ao ajustamento social e à reprodução de valores conservadores.

Portanto, nota-se que a inserção de profissionais de Serviço Social nos serviços de saúde ocorre por uma demanda da realidade, e não prevista ou privilegiada pelos sujeitos que criaram a profissão no Brasil. Ou seja, reafirma-se, a análise de Iamamoto (1991) de que as profissões não são frutos, apenas,

das intenções dos seus sujeitos pioneiros, mas respondem a uma determinada necessidade da divisão social e técnica do trabalho.

Maria Esolina Pinheiro (1985), ao acompanhar o processo de implementação do Serviço Social, já apontava que o chamado “serviço social médico” tinha como principal função atuar como mediação entre a instituição, o usuário e sua família. Essa atuação buscava garantir a continuidade do tratamento após a alta hospitalar, bem como minimizar os impactos materiais decorrentes da ausência do provedor familiar. Ainda que essa concepção estivesse ancorada em uma perspectiva paramédica, ela já evidenciava a necessidade de um saber profissional voltado para dimensões que extrapolam o estritamente biomédico.

Entretanto, embora essa inserção inicial do Serviço Social no campo da saúde revelasse a importância de intervenções voltadas às necessidades sociais dos usuários, ela permanecia limitada por referenciais conservadores e por uma atuação subordinada à lógica médico-hospitalar. De acordo Matos (2022) à medida que se intensificavam as transformações sociais, políticas e institucionais no país, tornava-se cada vez mais evidente a insuficiência desse modelo para responder às expressões da questão social. Esse cenário impulsionou debates internos à profissão e abriu espaço para a construção de novas bases teóricas, éticas e políticas para o exercício profissional.

É nesse contexto que se coloca a necessidade de compreender a inflexão crítica operada no interior da profissão, particularmente a partir da segunda metade do século XX. A crise da ditadura militar cria as condições para o questionamento dos fundamentos conservadores do Serviço Social, possibilitando a emergência de uma nova direção teórico-política. Esse movimento, denominado por Netto (1996) como “intenção de ruptura”, expressa o esforço de construção de uma concepção profissional que não apenas rejeite o conservadorismo histórico, mas também supere propostas de mera modernização da prática profissional.

A “intenção de ruptura” representa, portanto, um movimento de crítica radical aos fundamentos tradicionais da profissão, viabilizando a construção de um novo projeto profissional. Ainda que não elimine completamente o conservadorismo, uma vez que este se insere no próprio “*ethos* capitalista”, esse

processo inaugura a possibilidade de um Serviço Social comprometido com a transformação social (Netto, 1996).

É nesse cenário, marcado pela reabertura política e pela incorporação do referencial marxista, que se consolida o chamado Projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro (Matos, 2022). Esse projeto tem como marco emblemático o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (III CBAS), de 1979, conhecido como “Congresso da Virada”, a partir do qual se tornam mais nítidos os contornos de uma nova direção profissional.

Consolidado ao longo da década de 1990, por meio do Código de Ética de 1993, da Lei de Regulamentação da profissão e das Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss), esse projeto redefine a atuação do Serviço Social, inclusive no campo da saúde. Sua orientação passou a fundamentar-se em princípios como o reconhecimento da liberdade como valor ético central, a ampliação e consolidação da cidadania, a defesa dos direitos humanos e dos direitos sociais, bem como o compromisso com a equidade e a justiça social, em consonância com os princípios do SUS (Matos, 2013). Trata-se, portanto, de uma inflexão que não apenas reconfigura o exercício profissional, mas também estabelece as bases para os debates contemporâneos sobre formação em saúde, entre os quais se insere a discussão sobre as Residências Multiprofissionais.

Paralelamente a esse processo, no contexto da reabertura política brasileira, o campo da saúde também passa por um movimento de profunda revisão crítica, o movimento da Reforma Sanitária, como visto anteriormente, propõe uma compreensão ampliada da saúde, articulada às condições sociais de vida e à participação ativa dos sujeitos na construção das políticas públicas.

Embora distintos em sua natureza, sendo um projeto profissional e outro um projeto de política social, o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária compartilham fundamentos convergentes. Ambos se ancoram em uma concepção de mundo que reconhece homens e mulheres como sujeitos históricos, valoriza o trabalho como dimensão de realização humana e defende valores orientados à ampliação da autonomia, da consciência crítica e da liberdade (Matos, 2022).

Nesse sentido, esses projetos não se alinham ao projeto societário hegemônico, o projeto privatista, ainda que sejam produzidos no interior das

contradições que o constituem. Trata-se de construções sócio-históricas situadas, formuladas no contexto brasileiro, que assumem um caráter propositivo e voltado à intervenção nas condições concretas da realidade (Matos, 2022).

É nesse quadro que se insere, de forma mais estruturada, o debate sobre a formação em saúde e, posteriormente, sobre as RIMS. A inserção dessa temática nos espaços de discussão da Abepss remonta a junho de 2004, quando a entidade é convidada a integrar o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), criado no mês seguinte com o objetivo de contribuir para a transformação da formação em saúde, tendo como eixo a integralidade tanto no ensino quanto na atenção à saúde (Matos, 2022).

A criação do FNEPAS esteve vinculada às iniciativas da SEGETS, do Ministério da Saúde, no início do primeiro governo do Presidente Lula. Tratou-se de uma estratégia que articulou gestores da saúde e entidades representativas da formação profissional com o propósito de induzir mudanças nos processos formativos, buscando também tensionar o Ministério da Educação a participar desse movimento de reorientação da formação em saúde.

No interior desse processo, diversas ações desenvolvidas pelo FNEPAS e por suas entidades participantes contaram com o financiamento proveniente de convênios com a OPAS. A Abepss, durante a gestão 2005-2006,

[...] contou com esses recursos para o desenvolvimento da pesquisa sobre a implementação das Diretrizes Curriculares da Abepss por meio do projeto “Formação Profissional do Serviço Social e sua interface com a saúde”, sendo também levantadas questões referentes ao ensino da saúde [...] (Matos, 2022, p. 20-21).

Paralelamente a esse movimento de reorientação da formação, o Ministério da Saúde também passou a fomentar a expansão das RIMS. A oferta de financiamento como incentivo levou diversas universidades a incorporarem essa modalidade de formação, incluindo o Serviço Social. Esse processo, por sua vez, gerou novas demandas para a Abepss, uma vez que inúmeras Unidades de Formação Acadêmica passaram a requisitar subsídios teóricos e políticos para orientar sua inserção nos programas de residência, impulsionando, assim, a consolidação desse debate no interior da profissão (Matos, 2022).

Como desdobramento dessas iniciativas, e mantendo a perspectiva de articulação entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o Projeto da Reforma Sanitária, a Abepss ampliou significativamente sua inserção no debate

da saúde. A partir de 2009, a entidade passa a integrar espaços estratégicos de formulação e controle social como do Conselho Nacional de Saúde e da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, criada em 2010. Essa atuação se dá em articulação com movimentos e entidades comprometidos com a defesa de um SUS público e estatal, em estreita relação com o Conselho Federal de Serviço Social (Cruz; Matos, 2012). Nesse percurso, destaca-se a eleição da Abepss para a titularidade no Conselho Nacional de Saúde, em 2021, expressando o reconhecimento político-institucional de sua trajetória e de sua atuação coletiva nesse campo.

Paralelamente à inserção nesses espaços, a Abepss também vem consolidando, em sua própria agenda, a problematização da saúde como tema estratégico da formação profissional. Desde 2006, os debates sobre a saúde estiveram presentes em praticamente todas as edições do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS), com exceção do evento realizado em 2008 (Matos, 2022). Observa-se que o autor não explicita os motivos dessa ausência, registrando apenas que o tema voltou a compor as discussões nas edições posteriores. Além disso, as Oficinas Nacionais da entidade realizadas entre 2008 e 2017, mantiveram de forma contínua essa temática em discussão (Matos, 2022).

Nesse cenário, observa-se que o adensamento do debate teórico-político no interior da profissão passa a se articular com novas demandas formativas emergentes no campo da saúde. Dessa forma, a consolidação dessas reflexões pode criar as condições para que o Serviço Social se confronte com espaços específicos de formação em serviço, como é o caso das RIMS, exigindo da entidade representativa o acompanhamento e a problematização desse processo.

É nesse quadro que a expansão do Serviço Social nas RIMS, ao final dos anos 2000, e sua constituição como objeto de estudo e debate tanto na academia quanto nos serviços de saúde, passam a demandar maior atenção da Abepss em relação a essa modalidade formativa. Registros históricos indicam a realização de atividades voltadas à discussão do tema já em 2008 e 2009, no âmbito do Seminário Nacional de Pós-graduação e da Oficina Nacional de Graduação em Serviço Social. Em 2010, as RIMS passam a ocupar lugar de

destaque no Enpess, evidenciando sua consolidação como pauta relevante no interior da profissão (Matos, 2022).

A inserção do Serviço Social nas RIMS ganhou maior impulso a partir dos anos 2000. Entretanto, experiências nessa direção já podem ser identificadas desde a década de 1970. Em 1976, assistentes sociais passaram a integrar a RIMS da Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre (CFESS, 2017). No mesmo ano, foi criada a Residência Uniprofissional no Hospital Universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), seguida, em 1997, pela implementação da Residência Uniprofissional no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF). Esses registros demonstram que a presença do Serviço Social nas RIMS antecede sua expansão e institucionalização mais recentes, revelando um processo histórico contínuo de inserção e consolidação da profissão nesse campo de formação (Fernandes *et al.*, 2022).

A expansão dos RIMS ocorre, de forma mais expressiva, a partir das políticas indutoras do Ministério da Saúde, momento em que essa modalidade formativa passa a ocupar lugar central na qualificação dos trabalhadores da saúde, incluindo as/os assistentes sociais. Ao ser instituída como uma das principais estratégias de formação pós-graduada em serviço, a RIMS introduz um conjunto de tensionamentos no campo da relação entre formação e trabalho, mobilizando intensos debates no interior da profissão.

Esses tensionamentos decorrem, inicialmente, da própria natureza da residência, que articula, de forma indissociável, formação e inserção no trabalho em saúde. Nesse contexto, conforme analisa Rodrigues (2016) evidencia-se uma primeira contradição entre o caráter formativo da residência e sua utilização como força de trabalho nos serviços, na medida em que os residentes passam a integrar a dinâmica institucional, muitas vezes assumindo funções semelhantes às dos trabalhadores efetivos.

Diante desse cenário, emerge a necessidade de compreender mais profundamente a inserção do Serviço Social nesses programas. Com esse objetivo, a ABEPSS realizou, em 2012, um mapeamento nacional que identificou experiências em diferentes regiões do país, reunindo treze programas da região leste, três da região centro-oeste e oito da regional Sul I. Esse levantamento constituiu um marco importante ao oferecer um panorama inicial sobre a

presença e as condições de inserção da profissão nas Residências (Castro, 2013).

Cabe destacar que, embora o levantamento realizado pela Abepss em 2012 tenha representado um importante marco para a compreensão da inserção do Serviço Social nas RIMS, a pesquisa não apresenta referências a programas localizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

Ainda assim, os resultados desse diagnóstico evidenciaram a existência de importantes embates. Entre eles, destacaram-se a precariedade das condições de trabalho e a insuficiência de profissionais para o exercício das funções de preceptoria e tutoria; a elaboração de projetos frequentemente orientados pelo atendimento às exigências ministeriais para implantação dos programas, o que gerava tensões quanto aos seus objetivos formativos; as fragilidades na articulação entre instituições formadoras e campos de prática, comprometendo a efetivação da carga horária teórica; além de dificuldades na incorporação das Diretrizes Curriculares da ABEPSS e do projeto ético-político profissional nas atividades desenvolvidas (Castro, 2013).

A necessidade de aprofundamento dessas questões impulsionou a ampliação do debate no interior da categoria. Nesse sentido, o Enpess, de 2012, promoveu, em seu colóquio de saúde, a mesa intitulada “Política de Formação em Saúde em tempos de contrarreforma: a residência em questão”, configurando-se como um espaço relevante de questionamentos sobre os rumos das Residências (Fernandes *et al*, 2022).

As discussões e pesquisas desenvolvidas nesse período evidenciaram que a expansão das RIMS estava profundamente atravessada pelo contexto de contrarreformas nas políticas de saúde e educação. Esse cenário impôs desafios significativos à consolidação das RIMS como espaços formativos comprometidos com os princípios do SUS, recolocando em debate sua efetividade enquanto estratégia de formação de trabalhadores para o SUS e no SUS.

Dentre os desafios, Rodrigues (2016) destaca que a expansão das residências ocorre em um contexto de precarização do trabalho em saúde, o que se expressa na intensificação das jornadas, nas condições de trabalho e na ambiguidade da posição do residente, situado entre a condição de estudante e trabalhador. Segundo Rodrigues (2016) essa situação pode impactar

diretamente a qualidade da formação e o desenvolvimento das atividades pedagógicas.

Diante disso, destacam-se iniciativas que consolidam o posicionamento da categoria frente a essa temática. Entre elas, a Oficina Nacional da Abepss, realizada em 2015, que incorporou em sua programação a discussão das Residências Multiprofissionais, com o objetivo de qualificar o debate sobre formação continuada e sobre o significado dessas experiências na conjuntura contemporânea. Essa atividade deu continuidade ao trabalho desenvolvido em articulação com o Conselho Federal de Serviço Social, voltado à construção de uma direção coletiva do Serviço Social frente às RIMS (Fernandes *et al*, 2022).

Como desdobramento desse processo, realizou-se, em setembro de 2016, em Olinda/PE, o I Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social. O evento constituiu-se como um importante espaço de articulação política e intercâmbio de experiências, tendo como encaminhamento a continuidade dessa agenda no âmbito das entidades representativas da categoria (Fernandes *et al*, 2022).

O seminário representou um marco no debate coletivo sobre a inserção do Serviço Social nas Residências, ao problematizar questões centrais como a precarização das políticas de saúde e educação, os limites e contradições na implementação das residências, os desafios postos ao SUS nesse campo formativo, a fragmentação dos modelos assistenciais e a fragilidade do trabalho multiprofissional. Além disso, promoveu a participação dos diferentes sujeitos envolvidos nesse processo, reunindo residentes, tutores e preceptores, o que contribuiu para o adensamento crítico e coletivo da reflexão sobre essa modalidade de formação (Fernandes *et al*, 2022).

Inserida nesse processo de aprofundamento do debate sobre as RIMS, a gestão 2017/2018 da Abepss, sob o lema “Quem é de luta, resiste!”, definiu como prioridade a realização de um novo mapeamento nacional do Serviço Social nos Programas de Residência. O objetivo foi adensar a produção de conhecimento sobre essa modalidade formativa, bem como identificar, de forma mais sistemática, os principais desafios enfrentados pela profissão nesse campo (Fernandes *et al*, 2022).

Esse estudo foi desenvolvido em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa dos Fundamentos do Serviço Social, vinculado à Faculdade de Serviço

Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, contando com a participação de assistentes sociais atuantes nos serviços de saúde, docentes, residentes e bolsistas de iniciação científica. A pesquisa teve como propósito central analisar a inserção do Serviço Social nos Programas de Residência no Brasil, contemplando o mapeamento dos programas existentes, suas áreas de concentração e as profissões envolvidas (Fernandes *et al*, 2022).

Para tanto, realizou-se um levantamento a partir da análise de editais públicos de seleção para ingresso em 2018, disponíveis em meio digital. Foram identificados 86 editais que contemplavam o Serviço Social, correspondendo a um total de 232 programas e 496 vagas ofertadas para a profissão. Esse levantamento permitiu não apenas dimensionar a presença do Serviço Social nas Residências, mas também compreender características importantes desses programas (Castro, 2020).

No que se refere às áreas de concentração, observou-se maior incidência em campos como Saúde Mental, Atenção Básica/Saúde da Família, Oncologia, Saúde da Criança e do Adolescente e Urgência e Emergência. Do ponto de vista regional, verificou-se que a maior concentração de programas se encontrava na região Sudeste, embora o maior número de vagas estivesse localizado na região Nordeste, seguida pela própria região Sudeste (Castro, 2020).

A análise dos processos seletivos evidenciou certa diversidade nos critérios de ingresso, ainda que predominem provas objetivas e/ou dissertativas associadas à análise curricular. Em alguns casos, incluem-se entrevistas, avaliação de memorial e provas práticas. Quanto aos conteúdos exigidos, constatou-se uma articulação entre conhecimentos da Saúde Coletiva, áreas específicas dos programas e fundamentos do Serviço Social. As referências bibliográficas, de modo geral, mostram-se atualizadas, contemplando legislações da saúde, referenciais da Saúde Coletiva e autores consolidados do Serviço Social na área, como Bravo, Matos, Vasconcelos e Mito, além dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde (Castro, 2020).

Esse conjunto de dados evidencia não apenas a expansão quantitativa das RIMS, mas também sua consolidação como espaço relevante de formação profissional, o que reforça a necessidade de acompanhamento crítico por parte das entidades representativas da categoria.

É nesse movimento que a ABEPSS passa a incorporar de forma permanente a formação em saúde em sua agenda política e acadêmica, ampliando sua atuação em espaços estratégicos de formulação e controle social. Destaca-se sua inserção no Conselho Nacional de Saúde e em suas comissões, bem como sua participação em fóruns como o Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde, o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde e a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (Fernandes *et al*, 2022).

Além disso, em articulação com o Conselho Federal de Serviço Social, também foram promovidas ações fundamentais para o adensamento desse debate, como a realização do I Seminário Nacional sobre Residência em Saúde e Serviço Social, em 2016, e a publicação, em 2017, da brochura “Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para a reflexão”. Tais iniciativas evidenciam o esforço coletivo das entidades em se apropriar criticamente dessa pauta e contribuir para sua direção política (Fernandes *et al*, 2022).

Nessa perspectiva, compreende-se que a qualificação dos trabalhadores da saúde e a defesa da qualidade dos serviços que constituem os espaços de formação nas RIMS estão intrinsecamente articuladas à luta pela efetivação da saúde como direito universal e dever do Estado, por meio de um SUS público e estatal. Assim, o enfrentamento aos processos de privatização da saúde torna-se parte constitutiva desse debate, especialmente diante das tentativas de subordinação da formação em serviço a interesses privados e da ameaça à autonomia universitária, o que recoloca, de forma ainda mais intensa, a necessidade de resistência e posicionamento crítico por parte da categoria profissional.

A emergência das RIMS, nesse contexto, expressa tanto a ampliação de espaços de formação em serviço quanto a intensificação das contradições que permeiam o trabalho em saúde. É a partir dessas mediações históricas que se torna possível avançar para a análise da formação profissional da/o assistente social no âmbito da RIMS do HU-UFMA, tomando como referência seus PPPs. Interessa, portanto, compreender de que modo essa proposta formativa materializa, ou tensiona, os princípios da articulação entre trabalho e educação na saúde, evidenciando os fundamentos, diretrizes e estratégias que orientam a formação da/o assistente social nesse espaço.

4.2 A formação para o trabalho em saúde da/o assistente social na RIMS do HU-UFMA: uma análise a partir dos Projetos Políticos Pedagógicos

A RIMS do HU-UFMA está fundamentada na Lei nº 11.129 de 2005, que institui as residências em área profissional da saúde como modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Essa formação caracteriza-se pelo ensino em serviço, articulando dimensões teóricas e práticas no âmbito do SUS (Brasil, 2005). Inserida no conjunto das políticas de reorientação da formação em saúde, a residência multiprofissional tem como objetivo qualificar profissionais para atuar em contextos complexos, orientados pelos princípios da integralidade, da interdisciplinaridade e da centralidade nas necessidades sociais em saúde (Brasil, 2019).

O HU-UFMA está localizado na cidade de São Luís, capital do estado do Maranhão. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Censo de 2022, o município possui uma população de 1.037.775 habitantes, sendo o mais populoso do estado, a quarta maior capital do Nordeste e a 15ª do país, com densidade demográfica de 1.779,87 hab/km² (IBGE, 2022).

Caracterizado como hospital de ensino, o HU-UFMA integra ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde, desempenhando papel estratégico na formação de profissionais e no apoio às atividades acadêmicas, pois a instituição desenvolve atividades formativas tanto na graduação quanto na pós-graduação, por meio de residências médicas e uni e multiprofissionais (Brasil, 2021).

Além disso, destaca-se como centro de referência estadual, com atuação em procedimentos de média e alta complexidade em diversas especialidades, como cirurgia cardiovascular, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia bariátrica, cirurgia oncológica, nefrologia e atenção à gestação de alto risco, atendendo tanto adultos quanto pacientes pediátricos (Brasil, 2021).

Ademais, o hospital foi o primeiro da rede pública estadual habilitado para a realização de transplantes de órgãos e tecidos (Brasil, 2023), consolidando sua relevância tanto na assistência quanto na qualificação de recursos humanos para o sistema de saúde. Diante disso, a RIMS pode assumir papel estratégico na formação em saúde, ao promover a inserção direta dos profissionais no cotidiano dos serviços, favorecendo a unidade entre teoria e prática.

Para viabilizar esse processo formativo, compete ao HU-UFMA uma série de atribuições acadêmicas, pedagógicas e administrativas relacionadas à condução da residência multiprofissional. Entre suas responsabilidades estão:

Conferir a titulação de especialista aos alunos do Curso; Ser responsável pela estruturação, avaliação e conclusão do Curso; Gerenciar e fornecer o Corpo Docente Assistencial necessário para o funcionamento do Curso, respeitadas as devidas titulações obrigatórias; Prestar apoio técnico-pedagógico em todas as etapas do Curso; Desenvolver as tarefas técnicas pedagógicas necessárias ao funcionamento do Curso, desde a estruturação até a entrega dos Certificados dos alunos; Fornecer o apoio técnico ao aluno para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso; Fornecer apoio administrativo local necessário para a realização do Curso; Apresentar Relatórios ao Ministério da Educação de todas as atividades desenvolvidas; Coordenar o intercâmbio entre as diferentes Instituições envolvidas (São Luís, 2025, p. 4).

A partir dessa estrutura organizacional, a RIMS desenvolve suas atividades em regime de dedicação exclusiva, com carga horária total de 5.760 horas, distribuídas ao longo de 24 meses, conforme previsto na legislação vigente. Desse total, 20% correspondem a atividades teóricas e 80% a atividades práticas, como prevê a Lei nº 11.129 de 2005. As atividades teóricas são planejadas pelas coordenações dos programas, enquanto as práticas são desenvolvidas nos diversos cenários assistenciais do hospital e da rede de saúde conveniada, sob supervisão de preceptores¹⁵ e tutores¹⁶ (Brasil, 2019).

De acordo com o Manual do Residente, a RIMS do HU-UFMA teria sido instituída em 2010, já sob a configuração próxima à atual, com a especialização de 20 residentes (Brasil, 2019). Contudo, identificaram-se divergências quanto ao período exato de sua origem. Em notícia publicada em 2007 no próprio site da UFMA intitulada “Hu quer novos cursos para a Residência”, já se fazia referência à previsão de uma “segunda turma” da residência para o biênio 2008-2010, indicando que a primeira turma havia iniciado “no ano passado” com os cursos de Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia e Psicologia. A matéria também destacava a ampliação do programa para novas áreas, como Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia (UFMA, 2007).

¹⁵ Os preceptores são profissionais de saúde inseridos nos serviços assistenciais, responsáveis por acompanhar, orientar e avaliar o processo de formação dos residentes, promovendo a integração entre ensino e serviço e contribuindo para o desenvolvimento de competências necessárias à atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2024).

¹⁶ Função de supervisão docente assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde (Parente, 2008, p. 48).

Além disso, a publicação institucional aponta que a proposta de implantação da RIMS surgiu em 2004. Posteriormente, em 2005, o projeto foi encaminhado pela Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão do HU à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), sendo aprovado em 2006. Tais elementos evidenciam que o processo de construção da RIMS no HU-UFMA antecede formalmente o ano de 2010, no entanto, não há registros públicos sobre como seria esse formato inicial dessa RIMS.

Atualmente, a Residência em Saúde do HU-UFMA contempla 215 profissionais residentes, dos quais 115 pertencem à residência médica e 97 à RIMS. Nesse contexto, a RIMS está estruturada nas seguintes áreas de concentração: Atenção em Saúde Renal; Atenção em Clínicas Médica e Cirúrgica; Atenção Cardiovascular; Atenção em Terapia Intensiva; Atenção em Saúde da Criança; Atenção em Saúde da Mulher; Atenção em Neonatologia; e Vigilância em Saúde e Gestão Hospitalar. Além disso, o programa contempla dez categorias profissionais da área da saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A gestão do hospital está vinculada à Ebserh, que é responsável pela administração de 41 unidades hospitalares ligadas a 36 universidades federais (Brasil, 2022). Em relação ao processo seletivo da RIMS/HU-UFMA o ingresso nos programas de residência ocorre por meio do Exame Nacional de Residência, realizado anualmente. O processo seletivo consiste em prova objetiva, de caráter eliminatório e classificatório, composta por 100 questões de múltipla escolha, sendo 20 de competências comuns e 80 específicas da área profissional, correspondendo a 100% da nota final, sem análise curricular (São Luís, 2025).

A Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, aponta que os programas RIMS serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, levando em consideração as necessidades de cada local e/ou região (Brasil, 2012). Sendo assim, a RIMS se destaca como um programa de formação de profissionais da saúde, promovendo a integralidade do cuidado e a humanização do atendimento. Através de um modelo inovador de ensino em serviço, que proporciona aos residentes uma imersão na prática, aliando teoria e vivência em cenários reais de saúde (Dornelas, 2024).

Nesse contexto, a organização do processo formativo encontra-se orientada pelos PPPs da RIMS, os quais estão ancorados na Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012, que estabelece diretrizes para a estruturação desses programas. Conforme dispõe o documento:

Art. 5º. As instituições que oferecerem Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico – PP dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente [...] (Brasil, 2012b, p. 2).

A partir desse marco normativo, evidencia-se que cada programa de residência é responsável pela elaboração e condução de seu próprio projeto pedagógico, respeitando as especificidades do campo de atuação e as demandas locais de saúde. No caso da RIMS/HU-UFMA, essa organização se materializa na existência de um projeto pedagógico específico para cada área de concentração, totalizando nove programas de residência multiprofissional, organizados conforme as necessidades assistenciais e os diferentes níveis de complexidade do hospital universitário, ou seja, conta atualmente com nove PPPs (São Luís, 2025).

O quadro a seguir foi elaborado a partir dos projetos pedagógicos disponíveis no site eletrônico do HU-UFMA, e sistematiza as áreas de concentração atualmente ofertadas pela RIMS/HU-UFMA, destacando categorias profissionais, quantitativo de vagas e objetivos gerais.

Quadro 1: áreas de concentração atualmente ofertadas pela RIMS/HU-UFMA

Área de Concentração	Ano	Categorias Profissionais	Quantidade de Vagas por Categoria Profissional	Objetivo Geral
Residência Multiprofissional em Gestão Hospitalar do HU-UFMA	2025 – 2027	Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia	Enfermagem (03), Farmácia (02) e Fisioterapia (02)	Desenvolver o processo de formação especializada de enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos para a identificação de problemas na gestão de sistemas e serviços de saúde e para a busca de soluções, mediante a aplicação de instrumentos da área de programação, visando

				adequar as propostas às demandas colocadas pela gestão do SUS.
Residência Multiprofissional em Atenção em Terapia Intensiva	2025 – 2027	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional	Enfermagem (01), Fisioterapia (01), Nutrição (01), Farmácia (02), Fonoaudiologia (01), Psicologia (01) e Terapia Ocupacional (01)	Capacitar profissionais de diversas áreas da saúde (Enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional) para atuar de forma integrada e especializada no atendimento a pacientes críticos em unidades de terapia intensiva (UTI Adulto Clínica, UTI Adulto Cirúrgica e UTI Cardiológica). O programa visa desenvolver competências técnicas, científicas e humanas, promovendo uma abordagem interdisciplinar que atenda de forma eficaz e segura às necessidades complexas dos pacientes adultos e idosos, com foco na promoção da qualidade de vida, na recuperação e no cuidado integral.
Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde do HU-UFMA	2024 – 2026	Enfermagem, Farmácia e Nutrição	Enfermagem (03), Farmácia (02) e Nutrição (01)	Desenvolver o processo de formação especializada de enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas, instrumentalizando estes profissionais de saúde à compreensão do processo saúde-doença, oportunizando a prestação de assistência integral, segura e com qualidade, bem como subsidiar as tomadas de decisões funda-

				mentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança	2025 – 2027	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia e Serviço Social	Enfermagem (05), Farmácia (02), Fisioterapia (02), Nutrição (01), Terapia Ocupacional (01), Odontologia (01) e Serviço Social (01)	Formar profissionais de saúde com competências para atuar de forma multiprofissional, integral, humanizada e baseada em evidências na atenção à saúde da criança, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, em todos os níveis de complexidade da rede de atenção, articulando ensino-serviço comunidade e contribuindo para o fortalecimento do SUS.
Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Mulher	2025 – 2027	Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Psicologia	Enfermagem (04), Farmácia (02), Serviço Social (01) e Psicologia (01)	Desenvolver o processo de formação especializada de enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos e psicólogos para desempenharem ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção com abordagem coletiva e individual de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde.
Residência Multiprofissional de Atenção em Clínica Médica e Cirúrgica	2025 – 2027	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional, Odontologia e Serviço Social	Enfermagem (08), Farmácia (02), Fisioterapia (04), Fonoaudiologia (02), Nutrição (01), Psicologia (02), Terapia Ocupacional (02), Odontologia (02) e Serviço Social (01)	Formar profissionais de saúde capacitados para atuar de maneira integrada e interdisciplinar no cuidado clínico e cirúrgico de pacientes, promovendo uma assistência de qualidade, segura e humanizada, em consonância com as diretrizes do Sistema

				Único de Saúde (SUS).
Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Neonatal	2025 – 2027	Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia	Enfermagem (03), Farmácia (01), Fisioterapia (01), Fonoaudiologia (01), Terapia Ocupacional (01) e Psicologia (01)	Desenvolver o processo de formação especializada de enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais para desempenharem ações de assistência, vigilância, prevenção e promoção com abordagem coletiva e individual de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde na área de Atenção à Saúde Neonatal.
Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Renal	2025 – 2027	Nutrição, Enfermagem, Psicologia, Odontologia, Fisioterapia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Farmácia e Educação Física	Nutrição (02), Enfermagem (02), Psicologia (01), Odontologia (01), Fisioterapia (01), Serviço Social (01), Terapia Ocupacional (01), Farmácia (01) e Educação Física (02)	Formar profissionais de saúde (odontólogo, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e profissional de educação física) capacitados para atuar de forma multiprofissional, qualificada e humanizada na atenção integral à saúde renal, com ênfase na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) e outras patologias relacionadas, promovendo a melhoria da qualidade de vida e o fortalecimento das políticas públicas de saúde nessa área.
Residência Multiprofissional em	2025 – 2027	Enfermagem, Fisiote-	Enfermagem (01), Fisioterapia (01), Serviço Social	Formar profissionais de saúde das categorias de enfermeiros,

Atenção Cardiovascular		rapia, Serviço Social e Psicologia	(01) e Psicologia (02)	assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas altamente qualificados e preparados para atuar de maneira integrada e interdisciplinar na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com doenças cardiovasculares na fase adulta, por meio de um treinamento intensivo e supervisionado em diferentes níveis de atenção à saúde.
-------------------------------	--	------------------------------------	------------------------	--

Elaboração própria a partir dos Projetos Pedagógicos da RIMS do HU-UFMA (São Luís, 2025).

Diante disso, observa-se que a RIMS/HU-UFMA estrutura sua proposta formativa em áreas desde ações de gestão e vigilância em saúde até campos assistenciais de alta complexidade. Nota-se, a centralidade atribuída ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar, evidenciada pela composição diversificada das categorias profissionais inseridas nos programas e pela recorrência, nos objetivos pedagógicos, de expressões como “atuação multiprofissional”, “abordagem coletiva e individual”, “assistência segura e humanizada” “formação especializada” e “abordagem interdisciplinar”

Apesar das particularidades, esses projetos compartilham uma estrutura comum, contemplando elementos como justificativa, objetivos, perfil do egresso, caracterização da área, diretrizes pedagógicas, metodologias de ensino, matriz curricular, articulação com as políticas de saúde, pactuação com o gestor local, organização do núcleo estruturante, processo seletivo, avaliação discente, auto-avaliação do programa, infraestrutura e corpo docente-assistencial (São Luís, 2025). Diferenciam-se, contudo, quanto à caracterização das áreas de atuação, aos conteúdos específicos e à composição das equipes profissionais envolvidas, o que confere certa singularidade a cada percurso formativo no interior da residência.

Cabe ainda destacar que das nove áreas de concentração, apenas 5 apresentam vagas para assistente social. Diante disso, merece destaque o perfil

do egresso delineado nos projetos pedagógicos da RIMS/HU-UFMA, uma vez que ele explicita as competências, atribuições e perspectivas de atuação esperadas para a/o assistente social ao final do processo de formação em serviço. O quadro a seguir sintetiza os perfis de egresso previstos para o Serviço Social nos programas da RIMS/HU-UFMA.

Quadro 2: perfis de egresso previstos para o Serviço Social nos programas da RIMS/HU-UFMA.

Área de Concentração da Residência Multiprofissional	Perfil do Egresso do/a Residente em Serviço Social
Atenção à Saúde da Mulher	O assistente social egresso da Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFMA com área de concentração em Atenção em Saúde da Mulher está habilitado a desenvolver uma intervenção técnica, pedagógica e política junto aos usuários e famílias, favorecendo a participação destes durante a internação hospitalar ou acompanhamento ambulatorial. Poderá realizar pesquisas, sistematizações, estudos e pareceres das diferentes realidades sociais dos seus usuários, possibilitando assim um olhar crítico sobre a sua intervenção. Prestará assistência qualificada, realizando interface entre a política de Saúde, Assistência Social, Previdência, Trabalho, Educação, dentre outras. Estará apto para atender mulheres, diferentes tipos de casais e de famílias, compreendendo as relações de gênero (poder, dominação, exploração), violência, estratégias de organização e de superação que os permeiam, visando a plena expansão dos indivíduos sociais, numa perspectiva de garantia dos seus direitos. Sendo suas competências específicas: Promover atividades em grupo, considerando as diferenças individuais e socioculturais de seus membros; Mediar as necessidades das usuárias e suas famílias junto aos serviços disponíveis, promovendo a cidadania, a participação e o controle social; Promover suporte para as pacientes e seus familiares, garantindo direitos e apoio quando solicitado; Promover articulação com os movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais, das mulheres nas várias fases da vida; Promover a garantia dos direitos e acesso às mulheres vítimas dos mais variados tipos de violências e demais mulheres vulneráveis; Estimular o acesso das mulheres aos direitos sexuais e reprodutivos; Realizar ações de educação em saúde; Conhecer e atuar em Rede no SUS; Analisar os

	fatores sociais que possam promover ou dificultar a prática do residente.
Atenção em Clínica Médica e Cirúrgica	O Assistente Social egresso do curso de Residência em Atenção em Clínica Médica e Cirúrgica do HU-UFMA em está habilitado a atuar nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do serviço social no conjunto das relações sociais. Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matérias pertinentes de serviço social.
Atenção à Saúde Renal	O Assistente Social egresso do curso de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFMA com área de concentração Atenção em Saúde Renal está habilitado a atuar nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do serviço social no conjunto das relações sociais. Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matérias pertinentes de serviço social.
Atenção Cardiovascular	O Assistente Social egresso do curso de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFMA com área de concentração Atenção Cardiovascular está habilitado a atuar nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas de intervenção para seu enfrentamento, com capacidade de promover o exercício pleno da cidadania e a inserção criativa e propositiva dos usuários do serviço social no conjunto das relações sociais. Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais; realizar visitas, perícias técnicas, laudos, informações e pareceres sobre matérias pertinentes de serviço social.
Atenção à Saúde da Criança	O assistente social egresso da Residência em Atenção à Saúde da Criança do HU-UFMA está habilitado a desenvolver uma intervenção técnica, pedagógica e política junto às famílias dos usuários, favorecendo a participação destas durante a internação hospitalar ou tratamento ambulatorial. Poderá realizar pesquisas, sistematizações, estudos e pareceres das diferentes realidades sociais dos seus usuários, favorecendo assim um olhar crítico sobre a sua intervenção. Prestará assistência qualificada, realizando interface entre a política de Saúde, assistência social, previdência, educação, dentre outras, à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual se constitui um marco legal e inovador na área da infância ao considerar crianças e adolescentes sujeitos de direitos. Será apto

	para atender famílias, considerando os diferentes modelos que se organizam e as contradições presentes na sociedade, buscando dialogar com estas sobre a sua participação ativa no processo saúde/doença, favorecendo a sua compreensão e enfrentamento da realidade que contribuirá para o desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.
--	--

Elaboração própria a partir dos Projetos Pedagógicos da RIMS do HU-UFMA (São Luís, 2025).

Diante disso, observa-se, inicialmente, que os programas de Atenção Cardiovascular, Atenção à Saúde Renal e Atenção em Clínica Médica e Cirúrgica apresentam perfis praticamente idênticos, estruturados de maneira breve, genérica e pouco contextualizada. Nesses casos, predominam formulações centradas na atuação sobre as expressões da questão social, no planejamento de benefícios e serviços sociais e na realização de instrumentos técnico-operativos, como visitas, perícias, laudos e pareceres.

Embora os textos dos PPPs incorporem categorias historicamente vinculadas ao projeto profissional crítico do Serviço Social, como “questão social”, “cidadania” e “inserção dos usuários nas relações sociais”, nota-se que essas categorias aparecem de maneira predominantemente descritiva e funcional, sem explicitar as mediações históricas, políticas e econômicas que estruturam as desigualdades sociais no capitalismo contemporâneo.

Conforme analisa Iamamoto (2007), a questão social não pode ser compreendida apenas como um conjunto de demandas fragmentadas que chegam às instituições, mas como expressão das contradições entre capital e trabalho, produzidas pela própria dinâmica de acumulação capitalista. Nesse sentido, a atuação profissional exige não apenas competências operativas, mas capacidade crítica de apreensão da totalidade social e das determinações estruturais que atravessam a política de saúde.

Na área da saúde, as expressões da questão social se materializam nas dificuldades de acesso aos serviços, nas desigualdades territoriais, raciais e de classe, na precarização das condições de vida e trabalho, bem como nas limitações impostas pelo subfinanciamento do SUS e pela crescente mercantilização da saúde. Assim, o perfil do egresso não deveria restringir-se à capacidade de executar procedimentos técnico-administrativos, mas pressupor uma formação

capaz de compreender criticamente as contradições presentes no trabalho em saúde e nas instituições hospitalares inseridas na lógica gerencial contemporânea.

Por outro lado, nas áreas de Atenção à Saúde da Mulher e Atenção à Saúde da Criança observa-se um esforço mais consistente de detalhamento das competências profissionais e das dimensões ético-políticas da atuação da/do assistente social. Nessas áreas, aparecem elementos relacionados às relações de gênero, violência, direitos sexuais e reprodutivos, participação das famílias, articulação com movimentos sociais, trabalho em rede e defesa de direitos de crianças, adolescentes e mulheres em situação de vulnerabilidade. Há, portanto, uma maior explicitação das mediações sociais que atravessam o processo saúde-doença e das particularidades dos sujeitos atendidos.

Entretanto, mesmo nesses casos em que há maior densidade descritiva, ainda se percebe certa limitação na explicitação dos fundamentos teórico-metodológicos e societários que orientam a formação profissional. As competências aparecem, em grande medida, associadas à atuação prática e institucional, sem aprofundar de forma mais consistente o debate acerca das determinações estruturais da política de saúde e das transformações no mundo do trabalho, por exemplo.

Observa-se, contudo, que o perfil delineado nos PPPs enfatiza de forma mais evidente as competências técnico-operativas, realização de visitas, perícias, emissão de laudos e pareceres, em detrimento das dimensões teórico-metodológica e ético-política que fundamentam o trabalho profissional. Esse direcionamento revela certa tendência ao pragmatismo e à instrumentalização da formação, aproximando-se de uma racionalidade tecnicista, conforme aponta Ramos (2010) que privilegia a eficiência operacional e a resposta imediata às demandas institucionais. Nessa perspectiva, corre-se o risco de reduzir o exercício profissional a um conjunto de atribuições burocráticas e procedimentais, esvaziadas de reflexão crítica acerca das determinações sociais que produzem as demandas atendidas pelo Serviço Social.

Esse fato dialoga, como visto anteriormente, com as ideias formuladas por Saviani (2008) acerca das pedagogias pragmáticas e tecnicistas, nas quais a formação tende a priorizar o saber-fazer imediato em detrimento da apropriação crítica do conhecimento. Para Saviani (2008), a educação comprometida com a

emancipação humana deve possibilitar a compreensão histórica da realidade e das relações sociais, superando uma formação meramente adaptativa às exigências institucionais e do mercado. De forma semelhante, defende-se uma formação intelectual e política capaz de desenvolver sujeitos críticos, aptos a interpretar e transformar a realidade social, e não apenas a desempenhar funções técnicas fragmentadas (Coutinho, 2003).

Nesse sentido, embora os PPPs utilizem terminologias alinhadas ao discurso crítico do Serviço Social, percebe-se uma tensão entre esse referencial e a centralidade atribuída às competências instrumentais e gerenciais. A ausência de uma explicitação mais consistente acerca do Projeto Ético-Político profissional, da defesa intransigente dos direitos sociais e da saúde pública universal pode indicar uma formação voltada prioritariamente à operacionalização das demandas institucionais hospitalares, em consonância com tendências contemporâneas de flexibilização e racionalização do trabalho em saúde.

No âmbito das diretrizes, comuns presentes em todos os PPPs da RIMS do HU-UFMA, destacam-se as orientações que estruturam o processo de ensino-aprendizagem e definem os fundamentos da formação desenvolvida nos programas de residência. Conforme os PPPs:

[...] Os métodos e técnicas utilizados constarão, sobretudo, de aulas teóricas e atividades de treinamento em serviço [...]. O desenvolvimento destas atividades será atualizado às novas tendências tecnológicas de ensino e assistência, a saber: sessões clínicas, oficinas, seminários, painéis, participação em eventos científicos e debates acerca dos temas desenvolvidos nas diversas áreas do Curso, assim como práticas em serviços especializados, sessões de vídeo de temas específicos da área de conhecimento, dentre outros (São Luís, 2025d, p. 13).

A partir dessa orientação, observa-se que o processo formativo articula atividades teóricas e práticas, priorizando o treinamento em serviço como eixo central da aprendizagem. Essa concepção busca aproximar a formação profissional das demandas concretas do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que incorpora diferentes estratégias pedagógicas voltadas à qualificação técnico-científica dos residentes.

Nessa direção, o projeto pedagógico reafirma a interdisciplinaridade como princípio estruturante da formação ao destacar que:

[...] o treinamento em serviço se caracteriza como modo por excelência de integração da equipe de diferentes profissionais envolvidos no processo assistencial, possibilitando a troca de técnicas,

conhecimentos e saberes entre estes e o usuário do serviço de saúde (São Luís, 2025b, p. 19).

Desse modo, a proposta formativa distancia-se de perspectivas fragmentadas do cuidado em saúde, ao defender uma atuação integrada entre as diferentes profissões e orientada pelo princípio da integralidade da atenção, conforme preconiza o SUS.

No que se refere à matriz curricular, também presente em todos os PPPs, observa-se a organização de um eixo transversal, composto por disciplinas como biossegurança, ética, epidemiologia, políticas de saúde, gestão e pesquisa, e de um eixo específico voltado a cada área profissional, no que se refere ao Serviço Social destacam-se componentes como “Processos de Trabalho do Assistente Social no Âmbito da Saúde”, “Relações de Gênero, Patriarcado e Direitos Sexuais e Reprodutivos”, “Saúde, Proteção Social e Serviço Social” e “Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença”, perfazendo 180 horas. Tal carga horária, quando analisada diante do total de 5.760 horas do programa, sendo 20% (1.152 horas) destinadas às atividades teóricas e 80% (4.608 horas) às atividades práticas e teórico-práticas, evidencia a centralidade atribuída ao treinamento em serviço no processo formativo.

Embora essa organização esteja em consonância com a lógica da residência em saúde, que tem no trabalho seu eixo estruturante, observa-se que há limites dessa predominância da prática. Conforme aponta Iamamoto (2007, p. 63) a formação profissional exige a apreensão crítica da realidade social, o que demanda sólida base teórico-metodológica. Nesse sentido, quando a dimensão prática se sobrepõe à teórica, corre-se o risco de restringir a formação à imediatidade das demandas institucionais, dificultando a compreensão das determinações mais amplas da questão social.

Nessa mesma direção, Netto (1996, p. 112) enfatiza que a formação em Serviço Social não pode se limitar à capacitação técnico-operativa, devendo assegurar a apropriação dos fundamentos críticos que permitem ao profissional interpretar a realidade para além de sua aparência. A desproporção entre carga horária prática e teórica, portanto, pode comprometer essa apreensão crítica, ao privilegiar a execução em detrimento da reflexão.

Além disso, Bravo (2009) destaca que, no campo da saúde, a inserção da/o assistente social está diretamente vinculada às expressões da questão social, o que exige uma formação capaz de articular intervenção e análise crítica. Contudo, como destaca Rodrigues (2016) em contextos marcados por intensas demandas assistenciais, como no HUs, há uma tendência de absorção da/o residente como força de trabalho, o que pode esvaziar o caráter formativo da RIMS.

Dessa forma, a expressiva carga horária destinada às atividades práticas revela uma contradição central: ao mesmo tempo em que potencializa a inserção do/da residente em cenários reais e diversificados, favorecendo a aprendizagem situada, também pode reforçar uma formação pragmática e adaptativa, subordinada às necessidades imediatas dos serviços. Essa configuração tensiona a efetivação de uma formação crítica, ao limitar o tempo e as condições para a reflexão teórica sistematizada.

Assim, a matriz curricular proposta nos projetos pedagógicos da RIMS do HU-UFMA indica que a centralidade do trabalho como eixo formativo, embora fundamental, conforme Saviani (2008) afirma, necessita ser mediada por processos pedagógicos que garantam a unidade entre prática e teoria. Caso contrário, há o risco de que o trabalho, em vez de constituir-se como princípio educativo, reduza-se a espaço de reprodução de práticas instituídas, comprometendo a construção de uma formação profissional para o SUS crítica e alinhada ao projeto Ético-Político do Serviço Social.

No que se refere à metodologia de ensino presente nos projetos pedagógicos da RIMS/HU-UFMA, observa-se que os documentos buscam fundamentar suas propostas em referenciais pedagógicos críticos, especialmente na pedagogia problematizadora de inspiração freiriana. O projeto afirma que: “A qualidade pedagógica que deve estar presente no curso ora proposto relaciona-se à adoção de uma ‘pedagogia problematizadora’” (São Luís, 2025, p. 15).

Além disso, o documento explicita que:

Ao se falar nesta pedagogia é necessário situar a partir de uma perspectiva freiriana, que objetiva formar alunos críticos, criativos e ativos, que constroem seus conhecimentos a partir da realidade, e são protagonistas conscientes na construção das transformações desejadas (São Luís, 2025, p. 15).

A referência a Paulo Freire sinaliza uma tentativa de superar modelos tradicionais de ensino centrados na transmissão verticalizada do conhecimento, aproximando-se de uma concepção de educação crítica, dialógica e vinculada à realidade concreta dos sujeitos. Para Freire (1987), a educação problematizadora deve possibilitar que os educandos compreendam criticamente o mundo e reconheçam sua capacidade histórica de transformá-lo, rompendo com práticas educativas “bancárias” e autoritárias, marcadas pela passividade dos estudantes e pela centralidade do professor como detentor exclusivo do saber.

Essa concepção dialoga diretamente com os pressupostos da EPS, como visto anteriormente, que compreende a aprendizagem como um processo construído a partir da problematização das práticas concretas de trabalho e das necessidades identificadas nos serviços de saúde. Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004), a aprendizagem significativa constitui um dos fundamentos da EPS e está baseada em dois eixos centrais: a problematização do processo de trabalho e a articulação entre os conhecimentos produzidos e os sentidos atribuídos pelos sujeitos às suas experiências cotidianas. Nessa lógica, os processos educativos devem partir das situações concretas vivenciadas pelos trabalhadores, reconhecendo-os como sujeitos ativos na produção do conhecimento e na transformação das práticas de saúde.

Entretanto, embora essa perspectiva represente um avanço em relação aos modelos tradicionais de ensino ao enfatizar a experiência imediata dos sujeitos, a resolução de problemas locais e o desenvolvimento de competências voltadas para a prática, determinadas abordagens podem reduzir a centralidade da transmissão dos conhecimentos científicos, filosóficos e históricos sistematizados. Conforme argumenta Duarte (2011), as pedagogias associadas ao lema do “aprender a aprender” tendem a privilegiar a adaptação dos indivíduos às situações concretas do cotidiano em detrimento da apropriação crítica do patrimônio cultural produzido historicamente pela humanidade. Nessa perspectiva, o conhecimento passa a ser valorizado principalmente por sua utilidade prática e imediata, correndo-se o risco de restringir a formação à capacidade de responder às demandas existentes, sem promover uma análise mais profunda das determinações sociais que produzem tais problemas.

Essa discussão torna-se particularmente relevante quando se observa que os PPPs analisados também incorporam o uso de metodologias ativas de

ensino, destacando, entre elas, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Conforme registrado nos documentos, prevê-se a utilização de "metodologias ativas de ensino, como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)" (São Luís, 2025, p. 14). Essas metodologias partem da premissa de que a aprendizagem ocorre de forma mais efetiva quando os educandos são colocados diante de situações-problema que exigem investigação, reflexão e busca de soluções, assumindo papel ativo na construção do conhecimento.

Contudo, segundo Oliveira-Pereira (2021) a ABP tende a secundarizar a transmissão sistemática dos conhecimentos científicos ao priorizar a resolução de problemas concretos e o desenvolvimento de competências operacionais. Nessa perspectiva, o professor assume predominantemente o papel de facilitador da aprendizagem, enquanto o acesso ao conhecimento historicamente acumulado pode tornar-se fragmentado ou insuficiente. Para Saviani (2013), esse movimento pode comprometer a função social da educação, que consiste justamente em garantir aos educandos a apropriação crítica dos conhecimentos produzidos pela humanidade, condição necessária para compreender e transformar a realidade para além de suas manifestações imediatas.

Desse modo, embora as metodologias ativas e a problematização do trabalho apresentem potencial para aproximar formação e realidade social, sua incorporação exige análise. Caso não estejam articuladas a uma sólida base teórica e ao acesso sistemático ao conhecimento científico, podem favorecer processos formativos voltados predominantemente para a adaptação dos sujeitos às exigências institucionais e às transformações contemporâneas do mundo do trabalho. Em um contexto marcado pela flexibilização das relações laborais, pela gestão por competências e pela valorização da produtividade, torna-se fundamental questionar se tais metodologias contribuem para a formação de profissionais capazes de transformar a realidade social ou se acabam reforçando mecanismos de adaptação à lógica vigente.

Também são destacados como fundamentos metodológicos a “abordagem teórico-prática”, a “educação em serviço” e o “aprendizado baseado em competências”. A centralidade da educação em serviço, da abordagem teórico-prática e da inserção cotidiana do residente nos cenários reais do SUS aproxima-se da compreensão de que o trabalho possui dimensão formativa, constituindo-

se como espaço de produção de conhecimento, socialização e desenvolvimento humano.

Essa perspectiva converge diretamente com as formulações de Gramsci e Saviani acerca do trabalho como princípio educativo. Para Gramsci, o trabalho não deve ser entendido apenas como atividade produtiva, mas como mediação fundamental da formação humana e da construção da consciência crítica (Coutinho, 2003). Saviani (2008) afirma que o trabalho constitui fundamento ontológico da educação, pois é por meio dele que os seres humanos transformam a natureza e produzem a própria existência social.

Nesse sentido, a valorização da realidade concreta dos serviços de saúde e da experiência cotidiana do residente pode favorecer processos formativos mais reflexivos e articulados às necessidades sociais da população usuária do SUS. A própria ênfase na educação em serviço aproxima-se das formulações da EPS, ao reconhecer o trabalho como espaço privilegiado de aprendizagem e problematização das práticas profissionais.

No entanto, uma contradição torna-se particularmente evidente quando os PPPs afirmam simultaneamente defender uma perspectiva freiriana emancipatória e adotar um modelo de formação orientado por competências. Enquanto a pedagogia crítica de Freire pressupõe formação política, consciência histórica e transformação social, o paradigma das competências frequentemente reduz a formação ao desempenho operacional e à adaptação funcional dos sujeitos às exigências institucionais (Ramos, 2010).

Nesse ponto, Frigotto (2001) argumenta que a lógica das competências integra o movimento de reestruturação produtiva do capitalismo contemporâneo, articulando-se às demandas de flexibilização do trabalho e formação de trabalhadores multifuncionais. Assim, a educação passa a priorizar atributos individuais de desempenho e empregabilidade, subordinando a formação humana às necessidades produtivas do capital.

Para Gontijo *et al* (2013, p. 527), a função da Matriz de Competências “[...] é expressar os consensos coletivos acerca do que é imprescindível e o conteúdo que nenhum estudante deverá deixar de saber ao se formar”. Caracteriza-se pela adoção de conteúdos flexíveis, suscetíveis de ajustes conforme as demandas dos serviços e dos processos de cuidado em saúde. Em relação ao seu caráter não previamente determinado, é importante ressaltar que tal capacidade de

adaptação e prontidão está vinculada às mudanças decorrentes da reestruturação produtiva, que passam a exigir a formação de trabalhadores versáteis, polivalentes e aptos a responder às exigências de contextos laborais em constante transformação (Gontijo *et al*, 2013). Outrossim, a formação por competências indica que “[...] a exigência atual de produtividade, além do mercado de trabalho instável e flexível, amplia cada vez mais os requisitos de qualificação” (Santos, 2010, p. 31).

Além disso, embora o documento valorize a “educação em serviço”, é necessário reconhecer que o próprio espaço do serviço é atravessado por contradições estruturais. Como aponta Gramsci, toda prática educativa ocorre em meio a disputas hegemônicas (Coutinho, 2003). Assim, o trabalho em saúde pode constituir tanto um espaço de formação crítica quanto um mecanismo de reprodução das formas dominantes de organização do trabalho.

Outro aspecto contraditório refere-se à própria noção de protagonismo presente no discurso metodológico do projeto pedagógico. Embora o documento afirme buscar formar sujeitos “críticos, criativos e ativos”, não explicita de maneira mais aprofundada as condições objetivas necessárias para que esse protagonismo se concretize. Conforme ressalta Mészáros (2008), não é possível pensar processos educativos emancipatórios descolados das condições materiais e das relações sociais em que se inserem. Assim, a defesa abstrata da autonomia, do protagonismo e da capacidade de transformação dos sujeitos pode revelar-se limitada quando os processos formativos permanecem subordinados à lógica produtivista que estrutura o trabalho contemporâneo.

Nessa perspectiva, corre-se o risco de reforçar a responsabilização individual pelos resultados das ações e pelos problemas enfrentados nos serviços, atribuindo ao trabalhador o papel central na promoção das mudanças necessárias. Essa compreensão tende a desconsiderar as determinações estruturais que incidem sobre as condições de trabalho e sobre a própria qualidade da atenção ofertada no SUS.

Desse modo, a metodologia da RIMS do HU-UFMA apresenta uma dualidade significativa. Por um lado, incorpora elementos progressistas importantes, como a pedagogia problematizadora, a unidade teoria-prática e a valorização da realidade concreta dos serviços de saúde, demonstrando aproximação com referenciais críticos da educação e da saúde coletiva. Por outro, a incorporação do

modelo de competências e a inserção da formação em um contexto institucional marcado pela racionalidade gerencial com o caso da Ebserh, produzem tensões que podem limitar o potencial emancipatório da proposta pedagógica.

Quando se aborda nos projetos pedagógicos da RIMS/HU-UFMA o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, identifica-se uma tentativa de alinhar a formação às diretrizes históricas do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira. O documento afirma que a metodologia deve favorecer a:

Integração de diferentes áreas da saúde: A metodologia deve favorecer o trabalho colaborativo entre essas áreas, promovendo discussões de casos, atendimento compartilhado e planejamento conjunto de cuidados. Aprendizagem em equipe: A educação deve incentivar a cooperação e o aprendizado entre os diferentes profissionais, simulando a dinâmica real (São Luís, 2025a,b,c,d).

Esse aspecto representa um elemento de destaque da proposta pedagógica, sobretudo quando analisado à luz do trabalho como princípio educativo. Segundo Miotto e Nogueira (2009) a atuação multiprofissional e interdisciplinar possibilita que se ultrapasse perspectivas fragmentadas do cuidado em saúde, ampliando a compreensão acerca da totalidade do processo saúde-doença e das múltiplas determinações sociais que atravessam a realidade dos usuários (Miotto; Nogueira, 2009).

No que se refere à supervisão e tutoria, comum a todos os documentos destacam que:

Preceptoria qualificada: A supervisão constante dos residentes por preceptores especializados na área de gestão é fundamental para garantir o aprendizado seguro e eficiente. A preceptoria deve fornecer orientação, apoio e feedback contínuo; Tutoria personalizada: Residentes devem ter acesso a tutores que acompanhem seu desenvolvimento de forma personalizada, oferecendo suporte nas áreas de dificuldade e incentivando o crescimento nas competências específicas (São Luís, 2025, p. 17).

A presença da preceptoria e da tutoria constitui elemento essencial da residência multiprofissional, especialmente por fortalecer a articulação entre ensino e serviço. O acompanhamento contínuo pode favorecer processos formativos mais próximos da realidade concreta do trabalho, contribuindo para a construção gradual da autonomia profissional e da capacidade crítica do residente (Brasil, 2012).

Entretanto, a forma como o documento descreve essas funções também revela marcas importantes da racionalidade gerencial contemporânea. Termos como “aprendizado seguro e eficiente”, “feedback contínuo” e “crescimento nas

competências específicas” demonstram aproximação com modelos empresariais de gestão do trabalho e avaliação por desempenho. Essa linguagem também evidencia a influência de concepções gerencialistas na organização pedagógica da RIMS.

Além disso, os PPPs não explicitam de que maneira se darão os processos de preceptoria e tutoria, tampouco indicam formas de valorização dos profissionais que assumem essas funções, especialmente do preceptor, responsável pelo acompanhamento cotidiano dos residentes nos serviços de saúde. Conforme afirmam os PPPs, trata-se de uma “educação em serviço”, na qual “o foco deve estar na prática, com residentes atuando diretamente em serviços de saúde, sob supervisão de preceptores e profissionais experientes” (São Luís, 2025). Contudo, embora se reconheça a centralidade da supervisão no processo formativo, os documentos pouco detalham as condições objetivas, pedagógicas e institucionais necessárias para a efetivação desse acompanhamento.

Dessa forma, a formação do/a assistente social na RIMS do HU-UFMA se desenvolve em um campo marcado por tensões. De um lado, a proposta pedagógica, fundamentada na problematização e na integração entre ensino e serviço, aponta para a construção de uma formação crítica. De outro, a predominância das atividades práticas e a centralidade das demandas institucionais tendem a limitar essa potencialidade, direcionando a formação para uma lógica de adaptação às condições existentes.

É justamente nesse ponto que emerge a necessidade de aprofundar a análise acerca do lugar do trabalho no processo formativo. Se, por um lado, o ensino em serviço é apresentado como eixo estruturante da residência, por outro, ele também se constitui como espaço de reprodução de contradições próprias do campo da saúde e do mundo do trabalho. Assim, compreender o trabalho como princípio educativo, bem como os limites e possibilidades dessa concepção no interior do projeto pedagógico, torna-se fundamental para problematizar os rumos da formação da/o assistente social nesse contexto.

4.3 O trabalho como princípio educativo e as contradições do projeto pedagógico na formação em saúde da/o assistente social na RIMS do HU-UFMA

Uma análise mais aprofundada das propostas da EPS para as RIMS evidencia o esforço de configurar-se como um referencial teórico-político fundamental, ao propor uma formação crítica e reflexiva, ancorada no próprio processo de trabalho. Como visto anteriormente, trata-se de uma perspectiva que busca superar modelos tecnicistas de formação, orientando-se por uma concepção ampliada de saúde, em consonância com os princípios estabelecidos pela Lei Orgânica do SUS e pelas políticas que dela derivam (Brasil, 2018). Portanto, as RIMS precisam ser entendidas enquanto uma área estratégica que necessita estar articulada com as premissas constitutivas do projeto de Reforma Sanitária

Nessa direção, compreende-se que a formação em saúde não pode restringir-se à dimensão biomédica ou à racionalidade técnico-instrumental, conforme explicitam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43):

[...] não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde [...] desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado.

A partir disso, compreende-se que a formação em serviço proposta pelos programas de residência busca oportunizar aos profissionais experiências orientadas por uma visão ampliada do processo saúde-doença. Isso se expressa na incorporação de temáticas como vigilância em saúde, história das políticas de saúde, educação permanente, interdisciplinaridade, redes de atenção e determinantes sociais da saúde, articuladas ao princípio da integralidade do cuidado e à defesa do acesso universal ao SUS, conforme prevê os PPPs da RIMS/HU-UFMA (São Luís, 2025). Dessa forma, o trabalho em saúde deveria ser compreendido não apenas como execução de procedimentos, mas como espaço de produção de saberes, práticas e sujeitos.

É nesse contexto que se insere a especialização da/o assistente social, cuja função se materializa na mediação entre diferentes níveis de atenção e políticas públicas. Conforme destaca Costa (2000):

A/O Assistente Social é inserida nestes processos de trabalho enquanto elo entre os diferentes níveis de atenção no SUS, e entre as políticas setoriais para assegurar a integralidade das ações.

Dessa forma, ressalta-se que tal inserção reforça o caráter intersetorial e interdisciplinar do trabalho em saúde, exigindo do profissional uma atuação articulada com outras áreas, influenciado pela RIMS do HU-UFMA: “Incentivo ao Trabalho em Equipe e à Abordagem Interdisciplinar: Promover a colaboração e a integração entre diferentes categorias profissionais da saúde, incentivando o trabalho em equipe e a comunicação efetiva [...]” (São Luís, 2025d, p. 8).

Nessa direção, a contribuição do Serviço Social não se dá de forma isolada, mas no interior de um trabalho coletivo, conforme explicita Iamamoto (2001, p. 107-108): “é a visão da totalidade da organização do trabalho que torna possível situar a contribuição de cada especialização do trabalho no processo global”.

Essa perspectiva encontra ressonância na concepção de trabalho interdisciplinar, entendida como condição para a ampliação da resolutividade das ações em saúde. Como destaca Closs (2010, p. 64):

[...] parte da perspectiva de que cada trabalho de qualidade particular se insere em um processo de trabalho coletivo, no qual a articulação dos diversos saberes que os conformam visa ampliar a resolutividade das ações em saúde desenvolvidas. Para tanto, os trabalhadores precisam conhecer a particularidade de cada trabalho, reconhecendo o seu valor de uso em cada situação demandada pela população (Closs, 2010, p.64).

Nessa perspectiva, esse sentido aparece nos PPPs da RIMS do HU-UFMA quando os documentos enfatizam a integração entre as diferentes áreas profissionais e a aprendizagem coletiva no interior do trabalho em saúde.

Integração de diferentes áreas da saúde: A metodologia deve favorecer o trabalho colaborativo entre essas áreas, promovendo discussões de casos, atendimento compartilhado e planejamento conjunto de cuidados. Aprendizagem em equipe: A educação deve incentivar a cooperação e o aprendizado entre os diferentes profissionais, simulando a dinâmica real (São Luís, 2025a, p. 16).

Além disso, o projeto também reforça essa perspectiva ao afirmar o “Incentivo ao Trabalho em Equipe e à Abordagem Interdisciplinar: Promover a colaboração e a integração entre diferentes categorias profissionais da saúde, incentivando o trabalho em equipe e a comunicação efetiva” (São Luís, 2025a, p. 08).

Outro aspecto importante que contribui para essa compreensão aparece quando os documentos, em comum, tratam da educação em serviço e da

articulação teoria-prática: “Abordagem teórico-prática: A residência deve equilibrar atividades teóricas (aulas, seminários, leituras dirigidas) e práticas (atendimentos supervisionados, plantões e simulações clínicas)” (São Luís, 2025c, p. 13-14).

Isso demonstra que as propostas pedagógicas da RIMS do HU-UFMA buscam estruturar a formação a partir da inserção dos residentes em experiências coletivas e interprofissionais de cuidado, compreendendo o trabalho multiprofissional como eixo organizador do processo formativo. A ideia de “discussões de casos”, “atendimento compartilhado”, “planejamento conjunto de cuidados” e “aprendizagem em equipe” evidencia que os projetos pretendem romper, com modelos de formação isolados e fragmentados entre as profissões da saúde (São Luís, 2025a,b,c,d,e).

É nesse movimento que se colocam possibilidades para o desenvolvimento do senso crítico, na medida em que a inserção em práticas concretas tensiona o residente a interpretar a realidade para além de sua dimensão imediata. No entanto, conforme aponta Frigotto (2010), a experiência prática, por si só, não garante a apreensão crítica da realidade, sendo necessária sua mediação por processos de reflexão teórica.

No âmbito da formação da/o assistente social, essa mediação assume centralidade, uma vez que o Projeto Ético-Político da profissão exige unidade teoria e prática orientada pela análise crítica da realidade social e pela compreensão das expressões da questão social no cotidiano dos serviços (Iamamoto, 2007). Nessa direção, a RIMS do HU-UFMA pode se constituir como um espaço potente de formação, desde que favoreça não apenas a inserção no trabalho, mas também a problematização das demandas institucionais e das respostas profissionais construídas.

Entretanto, conforme apontam Conceição e Silva (2025), essa potencialidade formativa não se realiza de forma linear. Ao contrário, é nesse mesmo espaço que emergem as contradições constitutivas do processo formativo. Se, por um lado, o trabalho pode ser assumido como princípio educativo, orientando a formação em serviço e a articulação entre teoria e prática, por outro, sua materialização ocorre em um contexto institucional permeado por demandas imediatas, limitações estruturais e intensificação do trabalho em saúde, (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

No caso do HU-UFMA, gerido pela Ebserh, essas contradições se expressam de forma ainda mais evidente, uma vez que o modelo de gestão adotado pela empresa, como apresentados anteriormente, incorpora características próprias da lógica empresarial no âmbito dos hospitais universitários. Conforme apontam Bravo e Matos (2006), a organização do trabalho em saúde passa a ser orientada por critérios de eficiência, produtividade, cumprimento de metas e indicadores de desempenho, intensificando processos de racionalização dos serviços e de controle sobre o trabalho profissional. Nesse contexto, o hospital tende a operar sob uma dinâmica gerencial voltada à otimização dos resultados institucionais, aproximando-se de práticas típicas da administração empresarial. Diante disso, apreende-se que esse cenário pode incidir diretamente sobre a dinâmica formativa e o cotidiano dos residentes e tensionar o tempo destinado à reflexão crítica e à construção de práticas interdisciplinares.

Desse modo, coloca-se como questão central compreender em que medida o trabalho, no interior da residência, efetivamente se configura como espaço de formação crítica, em consonância com o projeto profissional do Serviço Social, ou se reduz à reprodução de práticas instituídas, orientadas predominantemente por essa lógica.

Essa problemática se insere, ainda, em um cenário mais amplo de reconfiguração das políticas públicas no contexto contemporâneo. Observa-se, nos últimos anos, a ampliação das vagas de residência, o que para Almeida (2021) representa por um lado, a possibilidade de inserção dos profissionais na pós-graduação *lato sensu*, com acesso a bolsas de estudo, e, por outro, se apresenta como alternativa diante da precarização do mercado de trabalho e do desemprego estrutural. Nessa direção, a residência passa a assumir uma dupla função: simultaneamente espaço de formação e estratégia de inserção profissional.

Além disso, essa expansão não ocorre sem tensões, uma vez que se desenvolve sob os impactos das contrarreformas nas políticas de saúde e educação, que incidem diretamente sobre suas condições de funcionamento e seus objetivos formativos. Como destaca a ABEPSS (2018, s/p), esse processo coloca

[...] desafios à conformação das Residências em sua proposta de afirmação dos princípios e diretrizes do SUS e traz à tona o questionamento quanto à efetividade ou não da Residência enquanto possibilidade de qualificar os trabalhadores.

Nesse contexto, a formação em serviço, ao mesmo tempo em que amplia o acesso à qualificação profissional, passa também a responder a novas exigências impostas ao trabalho e às transformações que vêm sendo operadas no próprio SUS. O avanço das contrarreformas do Estado e da saúde tem promovido mudanças na gestão, no financiamento e na oferta dos serviços, repercutindo diretamente sobre os princípios que orientam o projeto da Reforma Sanitária brasileira. Como resultado, observam-se tensões em relação aos princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade, bem como aos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Trata-se de um movimento no qual a qualificação tende a ser capturada por demandas institucionais cada vez mais orientadas pela eficiência, produtividade e flexibilização das relações de trabalho. Conforme analisa Koike (2009, p. 4),

[...] novos perfis profissionais que imprimam novos atributos, ideias e valores à força de trabalho [...] atributos comportamentais [...] com ênfase na criatividade, no empreendedorismo, adaptabilidade e capacidade de trabalhar sob tensão ou crise.

Desse modo, a RIMS revela-se como um espaço atravessado por ambiguidades: ao mesmo tempo em que pode fortalecer uma formação crítica e comprometida com os princípios do SUS, especialmente a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação social, também pode ser subsumida às lógicas de racionalização do trabalho, contribuindo para a reprodução de práticas alinhadas às exigências produtivistas impostas à saúde.

Tais exigências indicam um deslocamento na formação profissional, que tende a incorporar competências voltadas à adaptação às condições adversas do trabalho, o que pode tensionar a construção de uma formação crítica. No âmbito da RIMS do HU-UFMA, essa dinâmica se expressa na necessidade constante de responder às demandas institucionais, ao mesmo tempo em que se busca garantir espaços de reflexão e construção coletiva do conhecimento.

Ademais, a própria configuração contemporânea da política de saúde incide diretamente também sobre o trabalho da/o assistente social, como evidencia o Conselho Federal de Serviço Social:

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do/a assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida (CFESS, 2010, p. 23).

Esse cenário reforça as contradições já apontadas, a medida em que a RIMS, enquanto espaço formativo, não se encontra dissociada das determinações estruturais que incidem sobre o trabalho em saúde. Ao contrário, ela se constitui no interior dessas relações, sendo atravessada por suas mediações e limites.

Ainda assim, a RIMS mantém-se como um espaço de interação entre diferentes profissões e saberes, mobilizando sujeitos em um processo que articula educação e trabalho, historicamente vinculado à luta em defesa do SUS. Nessa perspectiva, o compartilhamento de conhecimentos e experiências configura-se como elemento central para a produção de novos sentidos para a prática em saúde. Como aponta Torres (2015, p. 28):

[...] Reforma Sanitária, a criação do SUS, as Conferências Nacionais e a necessidade de mudar o perfil profissional para responder às demandas de saúde da população por meio de projetos inovadores de mudança na formação de profissionais da saúde.

Nesse sentido, a formação profissional deve estar comprometida com o enfrentamento da fragmentação dos processos educativos, orientando-se por experiências concretas que possibilitem aos sujeitos apreender criticamente a realidade em que estão inseridos. Trata-se de uma perspectiva que exige a articulação entre formação e prática social, de modo a criar condições para que os profissionais superem, no âmbito do trabalho em saúde, os desafios postos à atuação Inter e Multiprofissional (Conceição; Silva, 2025).

Entretanto, a materialização dessa perspectiva no interior da residência e, especificamente, na experiência da RIMS do HU-UFMA não ocorre de forma isenta de contradições. Isso porque, ao se constituir como formação em serviço, a Residência está diretamente atravessada pelas determinações das relações de trabalho na sociedade capitalista. Conforme analisa Antunes (2018), as

transformações contemporâneas do mundo do trabalho, marcadas pela financeirização, flexibilização e precarização, incidem profundamente sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora:

[...] terceirização vem se tornando a modalidade de gestão que assume centralidade na estratégia empresarial, uma vez que as relações sociais estabelecidas entre capital e trabalho são disfarçadas em relações interempresas, baseadas em contratos por tempo determinado, flexíveis, de acordo com os ritmos produtivos das empresas contratantes, com consequências profundas que desestruturam ainda mais a classe trabalhadora, seu tempo de trabalho e de vida, seus direitos, suas condições de saúde, seu universo subjetivo (Antunes, 2018, p. 32).

Diante disso compreende-se que a RIMS, embora se apresente como espaço formativo, não está apartada dessas dinâmicas. Ao contrário, no contexto do HU-UFMA, enquanto hospital de alta complexidade, os residentes vivenciam cotidianamente as exigências institucionais, a intensificação do trabalho e a necessidade de responder às demandas imediatas dos serviços (Melo; Berger, 2024). Desse modo, o trabalho, que deveria se constituir como princípio educativo, pode, em determinadas condições, ser capturado por uma lógica produtivista, aproximando-se mais de uma força de trabalho qualificada do que de um processo formativo crítico

Nessa direção, Saviani (2007) destaca que o trabalho como princípio educativo não se realiza automaticamente no interior das práticas sociais. Para o autor, é necessário que haja uma mediação pedagógica consciente, capaz de transformar a experiência prática em conhecimento sistematizado. Sem essa mediação, o risco é que o trabalho se reduza à repetição de tarefas, esvaziando seu potencial formativo.

É justamente nesse ponto que se inscrevem as relações de trabalho no âmbito da formação em serviço, as quais exigem uma unificação entre prática e reflexão crítica. Nesse contexto, tais relações possibilitam compreender o que Antunes (2018) denomina de processo de “intelectualização” do trabalho, marcado pela crescente exigência de conhecimentos técnico-científicos, competências e capacidades cognitivas dos trabalhadores.

No campo da saúde, essa exigência se expressa na necessidade de atuação interdisciplinar, tomada de decisão rápida, domínio técnico especializado e capacidade de responder a demandas complexas do cuidado (Pires, 2008). Contudo, esse movimento ocorre de forma contraditória, pois, ao mesmo tempo em que há ampliação das exigências intelectuais sobre os trabalhadores da saúde,

intensificam-se também processos de flexibilização e precarização das relações de trabalho (Antunes, 2018).

Em relação as RIMS, essa dualidade se manifesta tanto no caráter temporário da formação, limitada a dois anos, quanto nas próprias condições institucionais em que os residentes se inserem. Segundo Rodrigues (2016) os residentes passam a integrar diretamente a dinâmica cotidiana da assistência hospitalar em contextos frequentemente marcados pela insuficiência de trabalhadores efetivos, sobrecarga assistencial e intensificação do trabalho.

Nesse cenário, a não realização de concursos públicos, associada às terceirizações e subcontratações no âmbito do SUS, contribui para que as RIMS sejam utilizadas, em muitos casos, como alternativa para recomposição da força de trabalho nos serviços de saúde. Diante disso, essa dinâmica tende a tensionar os limites entre formação e trabalho, pois os residentes passam a desempenhar funções essenciais à manutenção da assistência hospitalar em instituições marcadas pelo déficit de profissionais.

Essa lógica pode ser observada na organização curricular da RIMS/HU-UFMA, cuja estrutura privilegia as atividades práticas em relação às atividades teóricas. Como mencionado anteriormente, os Projetos Pedagógicos da RIMS/HU-UFMA estabelecem que a residência possui: “5.760 (cinco mil setecentas e sessenta) horas, distribuídas em 60 horas semanais” (São Luís, 2025c, p. 12). Além disso, determina que: “80% da carga horária será destinada às atividades práticas e teórico-práticas e 20% às atividades teóricas” (São Luís, 2025c, p. 12).

Embora a centralidade da prática seja justificada pela perspectiva da educação em serviço e pela unidade entre teoria e prática, a predominância das atividades assistenciais evidencia o peso assumido pelas demandas institucionais no processo formativo. Em contextos de intensificação do trabalho hospitalar, a extensa carga horária prática pode favorecer a incorporação progressiva dos residentes à lógica produtiva dos serviços, reduzindo o tempo destinado ao aprofundamento teórico, à pesquisa e à reflexão crítica sobre o trabalho em saúde.

Esse cenário tensiona diretamente a natureza do trabalho da/o assistente social, cuja atuação não se restringe a procedimentos técnico-administrativos ou metas quantitativas. Conforme analisa Sodré (2014), o trabalho profissional na

saúde envolve dimensões relacionais e subjetivas, como a escuta qualificada, o acolhimento e a construção de vínculos com os usuários, elementos fundamentais para a efetivação do cuidado em saúde, mas que frequentemente não são reconhecidos pelos modelos gerencialistas de avaliação e produtividade. Nesse sentido, trata-se de um trabalho cujos resultados nem sempre são imediatamente mensuráveis, embora sejam essenciais para a garantia da integralidade do cuidado e do acesso aos direitos sociais (Sodré, 2014).

É precisamente nesse ponto que Conceição e Silva (2024) explicitam o caráter dialético da formação e do trabalho na residência. De um lado, o Projeto Ético-Político do Serviço Social afirma a centralidade da análise crítica como mediações fundamentais para a intervenção profissional. De outro, a lógica produtivista, que organiza os serviços de saúde, tende a invisibilizar essas dimensões por não se adequarem aos critérios de mensuração e controle institucional. Ao mesmo tempo em que podem contribuir para a construção de uma prática crítica e comprometida com a integralidade do cuidado, também podem ser capturadas por uma lógica instrumental, voltada à resolução imediata de demandas.

O cotidiano dos serviços de saúde se apresenta como espaço de disputa. Se, por um lado, possibilita a construção de respostas às necessidades sociais, por outro, submete os trabalhadores à lógica produtivista, que tende a fragmentar o trabalho e reduzir sua dimensão crítica. Como assinala Guerra (2007), a intervenção profissional deve ser compreendida em sua historicidade, o que implica romper com práticas imediatistas e afirmar sua especificidade no interior da divisão social e técnica do trabalho.

Nesse contexto, a formação na residência insere-se diretamente nessas contradições, podendo tanto contribuir para a construção de uma consciência crítica, alinhada ao Projeto Ético-Político do Serviço Social quanto reforçar processos de adaptação às exigências institucionais, reproduzindo a lógica dominante. Como indicam Castro (2013) e Closs (2010), a residência se constitui, simultaneamente, como espaço de potencial transformação e de reprodução das contradições do trabalho em saúde, evidenciando seus limites e possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida nesta dissertação permite compreender que as concepções de educação e trabalho presentes na saúde não podem ser apreendidas de forma isolada ou descoladas das determinações históricas que conformam a sociedade capitalista. Ao longo da história, trabalho e educação constituíram dimensões indissociáveis da existência humana, uma vez que, por meio do trabalho, os seres humanos produzem as condições materiais de sua sobrevivência e, simultaneamente, produzem conhecimentos, valores, cultura e formas de sociabilidade. Conforme assinalam Marx e Engels (2007), o trabalho possui caráter ontológico, sendo elemento constitutivo do ser social e condição fundamental para a humanização dos indivíduos.

Entretanto, com o desenvolvimento das sociedades de classes e, especialmente, com a consolidação do modo de produção capitalista, observa-se um progressivo processo de separação entre trabalho e educação. A divisão social e técnica do trabalho, associada à necessidade de formação diferenciada para distintas posições ocupadas pelos sujeitos na estrutura produtiva, contribuiu para fragmentar processos que, originalmente, constituíam uma unidade. Como destacam Saviani (2007), Frigotto (2001) e Ramos (2010), a educação passa a desempenhar funções distintas para diferentes grupos sociais, reproduzindo desigualdades e contribuindo para a manutenção das relações de dominação existentes.

Nesse contexto, o trabalho deixa de se apresentar predominantemente como atividade criadora e humanizadora para assumir, sob as relações capitalistas, a forma de trabalho alienado. Em Marx (2010), a alienação expressa justamente o processo pelo qual o trabalhador perde o controle sobre sua própria atividade, sobre os produtos que produz e sobre as condições em que realiza seu trabalho. O resultado é a transformação da força de trabalho em mercadoria e a subordinação das necessidades humanas à lógica da acumulação do capital. Por essa razão, as transformações contemporâneas do mundo do trabalho exigem atenção crítica permanente, uma vez que frequentemente apresentam-se sob discursos de modernização, inovação e eficiência, mas podem ocultar

processos de intensificação da exploração, precarização das relações laborais e ampliação das desigualdades sociais.

Essa dinâmica também se expressa no campo das políticas sociais e, particularmente, na saúde. Ao longo da história, diferentes concepções de educação, saúde e trabalho disputaram espaço na organização das instituições e das práticas profissionais. Contudo, tais concepções não se sucedem de forma linear nem se substituem completamente umas às outras. Ao contrário, coexistem e disputam hegemonia em diferentes contextos históricos. A pedagogia tradicional, por exemplo, continua presente em diversas práticas educativas, mesmo após o surgimento e a consolidação de perspectivas críticas e emancipatórias. Da mesma forma, no campo da saúde, concepções biomédicas, tecnicistas e gerencialistas convivem e entram em tensão com perspectivas orientadas pela integralidade, pela participação social e pelos princípios da Reforma Sanitária brasileira.

Ao longo da pesquisa, buscou-se compreender como as categorias educação e trabalho são apropriadas nos documentos institucionais que orientam a formação dos residentes, considerando que os PPPs não se constituem apenas como instrumentos técnicos ou administrativos, mas como expressões de projetos formativos que traduzem determinadas concepções de sociedade, de saúde, de formação profissional e de trabalho.

Os resultados desta pesquisa evidenciam que há uma coexistência de projetos que se manifesta nos PPPs da RIMS do HU-UFMA. Por um lado, os documentos analisados reafirmam princípios vinculados à EPS, à interdisciplinaridade, ao trabalho em equipe e à formação crítica comprometida com o SUS. Por outro, incorporam elementos associados à racionalidade gerencial, à lógica das competências e à valorização da produtividade e do desempenho, do protagonismo, refletindo as transformações contemporâneas do trabalho e das políticas públicas.

Nesse cenário contraditório, a RIMS revela-se atravessada por tensões que expressam os limites e as possibilidades da formação em saúde na atualidade. Se, por um lado, constitui um importante espaço de qualificação profissional e aproximação dos trabalhadores com a realidade concreta do SUS, por outro, também evidencia processos de exploração do trabalho qualificado. Os residentes assumem responsabilidades assistenciais significativas,

participam diretamente da produção do cuidado e contribuem para o funcionamento dos serviços, frequentemente submetidos a jornadas extensas, alta carga de exigências e condições que nem sempre asseguram a plena proteção dos direitos trabalhistas. Ainda que recebam bolsas de estudo e não possuam vínculo empregatício formal, sua inserção cotidiana nos serviços expressa contradições próprias das transformações contemporâneas do mundo do trabalho, marcadas pela flexibilização, intensificação das atividades e valorização crescente da produtividade.

Essas contradições, contudo, não anulam o potencial formativo e político das RIMS. Pelo contrário, reforçam a necessidade de fortalecer uma perspectiva crítica capaz de problematizar as condições concretas em que se realiza a formação em saúde. Nesse sentido, retomar a discussão do trabalho como princípio educativo torna-se fundamental. Conforme Gramsci (2001), Saviani (2007), Frigotto (2001) e Ciavatta (2005), compreender o trabalho em sua dimensão ontológica significa reconhecer sua capacidade de produzir conhecimento, consciência e transformação social. Trata-se de uma perspectiva que se contrapõe às concepções que reduzem a formação à aquisição de competências instrumentais voltadas exclusivamente para atender às demandas do mercado ou das instituições.

No campo da saúde, essa discussão assume relevância ainda maior. A saúde é um espaço privilegiado de produção e reprodução da vida social. O trabalho em saúde não produz mercadorias em sentido estrito; produz cuidado, proteção, acolhimento e condições para a reprodução da vida humana. Por essa razão, constitui um terreno estratégico para a construção de práticas emancipatórias e para a formação de profissionais comprometidos com a defesa dos direitos sociais. A residência multiprofissional, ao articular educação e trabalho no interior dos serviços de saúde, possui potencial para fortalecer essa perspectiva, desde que não se limite à adaptação dos trabalhadores às exigências institucionais, mas promova a reflexão crítica sobre as determinações sociais, econômicas e políticas que atravessam o processo saúde-doença e o próprio trabalho em saúde.

Assim, a principal contribuição desta pesquisa consiste em evidenciar que a RIMS do HU-UFMA se encontra inserida em um campo de disputas. De um lado, estão presentes tendências alinhadas à racionalidade gerencial, à

flexibilização do trabalho e à adaptação dos profissionais às necessidades institucionais. De outro, persistem elementos vinculados ao projeto da Reforma Sanitária brasileira, à EPS e à compreensão do trabalho como prática social, educativa e emancipatória. O futuro desses programas dependerá, em grande medida, da capacidade de fortalecer este último horizonte, reafirmando a formação em saúde como espaço de produção de sujeitos críticos, comprometidos com a transformação social e com a defesa intransigente do SUS público, universal e de qualidade.

Além disso, o enfrentamento aos processos de privatização da saúde torna-se parte constitutiva desse debate, especialmente diante das tentativas de subordinação da formação em serviço a interesses privados e das ameaças à autonomia universitária. Tal cenário recoloca, de forma ainda mais intensa, a necessidade de resistência e posicionamento crítico. Nesse contexto, a/o assistente social é chamado a reafirmar seu compromisso ético-político com a defesa do SUS público, universal e de qualidade, com a formação crítica dos trabalhadores da saúde e com a construção de práticas profissionais comprometidas com os direitos sociais e com os interesses da classe trabalhadora. Trata-se, portanto, de fortalecer uma atuação que não seja forçada a limitar-se às demandas imediatas dos serviços, mas que contribua para a defesa da saúde como direito e para a consolidação de um projeto societário pautado na justiça social, na democracia e na emancipação humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flávia Vizani. Residência multiprofissional em saúde: formação continuada ou trabalho precarizado? **Revista Eletrônica de Políticas Sociais e Sociedade**, v. 1, n. 1, p. 35-52, 2020.

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: **CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2012.

ANDRADE, Kércia Rocha. A formação profissional do assistente social na residência multiprofissional em saúde do HU/UFS. 2015. 130 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2015.

ANDRADE, Yara Rodrigues de Sadi Dal Rosso – **Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea**. São Paulo: Boitempo, 2008.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Impresso), v. 37, p. 275-284, 2013.

ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da Servidão: O novo proletariado de serviços na era digital**; 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2018.

AROUCA, Lucila Schwantes. O discurso sobre a Educação Permanente (1960-1983). **Proposições**, Campinas, v.7, n.2, p. 65-78, jul. 1996.

BAHIA, Ligia. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):753-762, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L7NsQ8y9bgDqtV7PjK7WNbQ/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 14/fev/26.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL, IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Recursos Humanos para as atividades de Saúde**. 1967 Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cns/relatorio-final-da-4a-conferencia-nacional-de-saude.pdf> Acesso em: 16/fev/2026.

BRASIL, **RELATORIO FINAL DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAUDE**. BRASIL, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf Acesso em: 10/mar/2016.

BRASIL. **Constituição da República federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF): Senado Federal; Centro Gráfico, 1998. 292 p.

BRASIL. **Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997.** Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 abr. 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2208.htm. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004.** Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm. Acesso em: 24. fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 24. fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). **Perguntas frequentes HU Brasil.** Brasília, DF, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/aceso-a-informacao/institucional/nova-marca-hu-brasil/perguntas-frequentes-hu-brasil>. Acesso em: 17 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.538 de 19 de outubro de 2006.** Constitui Grupo de Trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (GT-CNRMS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de out de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Preceptoria.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Disponível em: [Portal do Ministério da Saúde – Preceptorial](#). Acesso em: 4 jun. 2026.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. p. 1- 22.

BRAVO, Maria Inês Souza Bravo. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et. al. (orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. Abepss/Opas, 2007.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sóciohistóricos. São Paulo: Cortez, 2013.

CARVALHO, Raul. In: IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 8ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1991.

CASTRO, Marina. M. C et al. Serviço Social e Residências em Saúde no Brasil: panorama nacional. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v.4. n.2, 2020.

CASTRO, Marina M. C. O Serviço Social nos Programas de Residência em Saúde: resultados iniciais do mapeamento da ABEPSS. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), ano 13, no. 26, p. 153- 171, jul./dez. 2013.

CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. (Tradução de José Paulo Netto e Balkys Villa Lobo). 4ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1993.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v14, n.1, p.41-65. Jun. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004> acesso em: 02/mai/2026.

CFESS (Conselho Federal de Serviço Social). **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, 2009. Disponível em: Acesso em: 05 jul. 2025.

CFESS. Serviço Social a caminho do século XXI: o protagonismo ético político do conjunto CFESS-CRESS. **Serviço Social e Sociedade**, nº 50. São Paulo, Cortez, 1996.

Clavatta M. O trabalho como princípio educativo. In: Pereira IB, Lima JCF. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 408-415.

CISLAGHI, Juliana Fiuza. Hospitais universitários: presente caótico, futuro incerto. **Jornal da ADUFRJ**, Rio de Janeiro, p. 12, 2011.

CLOSS, Thaísa Teixeira. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para a integralidade?** Dissertação (Mestrado) –Programa de Pós- Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010. Disponível em: Acesso em: 04 jun. 2024.

CONCEIÇÃO, Deise Maria; SILVA, Saene Santos. Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde: Um Relato de Experiência Sobre os Desafios e Potencialidades da Atuação da Assistente Social na Atenção Primária à Saúde. **18º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**. 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/cbas2025-assets/pdf/625-1280971_28_07_2025_08-46-05_5482_v4.pdf

CONCEIÇÃO, T. S., et al. O financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. Brasília (DF). **Temporalis**, v. 12(23), ano 12, n.23, p.97-124, jan./jun. 2012

CORREIA, Maria Valéria C. Desafios para o controle social na saúde. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 82, p. 58-71, jul. 2005.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. 320 p.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CRUZ, Suenya Santos; MATOS, Maurílio Castro. ABEPSS e FNEPAS: Construindo Interfaces na Formação com Qualidade em Saúde. In: **Caderno FNEPAS**. Volume 3, Julho, 2012. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/caderno2013/ABEPSS_FNEPAS.pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

DORNELAS, Carina B C. Trabalho Em Saúde, Residência Multiprofissional E Serviço Social: Desafios Frente Ao Avanço Do Conservadorismo. **18º Encontro Nacional de Pesquisadoras e Pesquisadores em Serviço Social**. 2024. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/2024/oral/02377.pdf> Acesso em: 03/mai/2026.

DUARTE, Fernando *et al.* **Faculdade de Medicina – 75 anos (1948–2023): história e desenvolvimento** [livro eletrônico]. Fortaleza: Editora Imprensa Universitária da UFC, 2023.

ESCOREL, Sarah *et al.* **As condições de trabalho no SUS no contexto da reestruturação produtiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FERNANDES, Rafaela B, *et al.* Residências em Saúde e Serviço Social: posicionamentos e contribuições da ABEPSS. In: **FORMAÇÃO E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE**: contribuições da ABEPSS. ABEPSS. Brasília, 2022.

FEUERWERKER, Laura. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: 1ª ed. Rede UNIDA, 2014. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%ADtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf Acesso em: 22/mar/2023.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES, Rafael da Silveira; et al. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/IMS /CEPESC/ LAPPIS/ABRASCO, 2013. p. 173–185.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **Cadernos do Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais, Capacitação em Serviço Social e Política Social**, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais. CFESS/ABEPSS – UNB, Brasília, 2007.

HIGASHIJIMA, Marcia Naomi S; et al. Princípios e características da Educação Permanente em Saúde: resgate e resistência em favor de um SUS potente e em defesa da vida. **Ciência e saúde coletiva**. v.30, Supl. 1. 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RjKyy6MwZkwxZNkFY7Kc6sx/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 05/Abr/2026.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 8ª edição. São Paulo: Cortez e Celats, 1991.

KOIKE, Maria Marieta. Formação profissional em Serviço Social: exigências atuais. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, p. 201-226, 2009.

LEITE, Débora. H. **A prática profissional do Serviço Social nos Hospitais Universitários**: um estudo no Rio de Janeiro. Dissertação 2011. p. 87-144. Rio de Janeiro (RJ), 2011.

LIEDKE, E. R. Trabalho (verbetes). In: CATTANI, A. D. (Org.) **Trabalho e Tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997.

LIMA, Júlio César França (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde**: formação profissional e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2003.

LUKACS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. *Temas de Ciências Humanas*, 4: 1-18, 1978.

MANACORDA, Mario Alighiero **O princípio educativo em Gramsci**: americanismo e conformismo / Mario Alighiero Manacorda; [tradução Willian Laços]. - 3ª ed - Campinas, SP: Editora Alínea, 2019. (Coleção educação em debate) e-PUB.

MARCH, Claudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Universidade e Autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital. In: **Universidade e Sociedade**, Brasília, p. 62-70, jan 2012.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, set./dez. 2003.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

MATOS, Maurílio Castro. Serviço Social e a interface com a Saúde na formação profissional. In: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. **Formação e residências em saúde**: contribuições da ABEPSS para o debate. Brasília, DF: ABEPSS, 2022. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/formac%CC%A7a%CC%83o-e-reside%CC%82ncias-em-sau%CC%81de-220601-202206012224227011490.pdf> Acesso em: 31/mai/2026.

MENDES, Raniele; SACARDO Pompei, D. Formação profissional em Saúde: do conhecimento instrumental ao trabalho como princípio educativo. **Boletim do Instituto de Saúde – BIS**, 18(2), 108–118. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1016876/bis-v18n2-educacao-comunicacao-108-118.pdf> Acesso em: 27/out/2025.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamasso *et al.* **As residências multiprofissionais em saúde**: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. In: Serviço Social e Saúde, Campinas, p- 185-209, 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e Saúde**: desafios intelectuais e operativos. *SER Social*, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

MITRE, Sandra Minardi *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008.

MORGADO; *et al.* **Espelho, espelho meu, como são as adaptações psicofísicas por meio do capital?** Reflexões sobre a Educação Física Escolar na perspectiva gramsciana. 2024. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/18092/17744>
Acesso em: 24.fev.2026.

MOROSINI, Márcia Valéria. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. / Márcia Valéria Morosini. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 202 p

MOTA, Ana Elizabete. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 51–67.

NASCIMENTO, C. C. S; OLIVEIRA, C. M. Educação Permanente e Serviço Social: apontamentos sobre a formação profissional. **Revista Temporalis**, Brasília (DF), ano 16, n. 31, jan/jun, p. 133-165, 2016. Disponível em: Acesso em: 08 jun. 2024.

NEGREIROS, D. A. de; *et al.* **Desafios e perspectivas da atuação de assistentes sociais residentes egressos do Programa de Residência em Saúde, atenção integral em ortopedia e traumatologia no oeste do Pará**. v. 11, n. 15, p. 2022. Disponível em:<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37261>>. Acesso em: 20 jul. 2025.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1992.

NETTO, José Paulo. **Transformações societárias e serviço social**: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. São Paulo: Cortez, 1996.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE (OBTEPS). **Trabalho e educação na saúde**. Observatório de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2024. Disponível em:

<https://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/trabalho-e-educacao-na-saude>. Acesso em: 15 out. 2025.

Odeio os indiferentes – Antonio Gramsci. [S. l.: s. n.], 2022. 1 vídeo (5 min 51 s). Publicado pelo canal Doxa e Episteme. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HPLYgyFnVFs>. Acesso em: 7. mar. 2026.

PACHECO, Andressa; AZZOLIN, Gabriela Marchiori Carmo. A experiência do profissional de serviço social na atenção básica de saúde. **Revista Humanidades e Inovação**, v.5, n. 11 – 2018.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo de Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 27–37, jan./abr. 2009.

PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000.

PINHEIRO, Maria Esolina. **Serviço Social: infância e juventude desvalidas** [Documento histórico]. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: CEPUERJ, 1985.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: **O processo histórico do trabalho em saúde** / Org: Angélica Ferreira Fonseca e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RAMOS, Marise Nogueira. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, suplemento, p. 153-173, 2009.

RAMOS, Marise Nogueira. Educação pelo trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 55–59, 2009. Palestra proferida no 1º Seminário ETSUS-SP, outubro de 2007.

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010. p. 290.

RICAS, J. **A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formação continuada de pediatras em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 1994. [Tese de Doutorado].

RODRIGUES, Terezinha. F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho? Campinas. **Serviço Social & Saúde**. v.15. p. 71-82, 2016.

ROLIM, Gerusa do Nascimento. **A residência multiprofissional em saúde como espaço formativo e interdisciplinar: a experiência do serviço social em um hospital universitário público**. 2015. 139 f. Dissertação (Mestrado em

Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

SANTOS, Andréa Catarina B B. **A CONTRARREFORMA DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS MARCOS LEGAIS DO SUS**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do Título de Mestre, pelo curso de Pós-Graduação em Serviço Social. Recife 2011. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9473/1/arquivo3447_1.pdf Acesso em: 06/jan/26.

SARRETA, Fernanda O; FERREIRA, Janice Braga B. Conferências nacionais de saúde: trajetória de lutas e resistências para a educação permanente no SUS. **CUADERNOS DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO**, v.15, n.11, p. 13643-13661, 2023. Disponível: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/93c0d2c2-3d31-4fa2-bf6f-4e827e533938/003200545.pdf> Acesso em: 10/abr/2026.

SARRETE, Fernanda. *et al.* **Serviço Social e Educação Permanente em Saúde: A Potencialidade para Integração Ensino-Serviço**. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 04, núm. 01, p. 17-25, 2016. Acesso em 26/out/2022. Disponível em: < https://www.redalyc.org/journal/4979/497950105003/html/#redalyc_497950105003_ref2 >. Acesso em: 18/mar/2023.

SAVIANE, Demerval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12 n. 34 jan./abr. 2007.

SAVIANI, Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 10. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

SILVA, Maria da Conceição; SÁ-CHAVES, Idália. **Formação profissional e racionalidade técnica: contributos para a compreensão da prática pedagógica**. 2008.

SOARES, Laura Tavares Ribeiro. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, Raquel Cavalcante. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: **Análise da Política de Saúde Brasileira**. Org. GARCIA, Maria Lúcia T. Vitória: EDUFES, 2014. Ebook. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/Livro-edufes-Analise-da-Politica-de-Saude-Brasileira.pdf#page=15> Acesso em: 05/jan/26.

SODRÉ, Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. **Serviço Social & Sociedade**, n. 117, p. 69-83, 2014. Disponível em: Acesso em: 10 jul. 2025.

TORRES, Odete Messa. **O “teatro mágico” das residências em saúde no Brasil: caminhos de uma política pública**. 2015. 278 f. Tese (Doutorado) -

Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2015.

UCHOA, Roberta. Resultados da pesquisa Serviço Social Interfaces com a Saúde: o ensino da política de saúde na formação dos profissionais dos Assistentes Sociais. Revista **Temporalis**, nº 13. São Luís: ABEPSS, 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

Projetos Pedagógicos da RIMS do HU-UFMA 2025-2027

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025a. Disponível: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciaemAtenoSadedeMulher.pdf> Acesso em: 08/jan/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Atenção Neonatal**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025. Disponível: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciaemAtenoSadeNeonatal.pdf> Acesso em: 08/jan/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Gestão Hospitalar**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025. Disponível em: Disponível em: https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/copy6_of_ProjetoPedaggicoRMGESTO_HUUFMAAtualizadoFina21_10_2025.pdf Acesso em: 08/jan/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Médica e Cirúrgica**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciaemAtenoemClinicaMdicaeCirurgica.pdf> Acesso em: 08/fev/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Vigilância em Saúde**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciadeVigilnciaemSadedoHUUFMA.pdf> Acesso em: 10/jan/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025c. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciaemATenoSadedeCrianca.pdf> Acesso em: 10/fev/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciadeAtenoemTerapiaIntensiva.pdf> Acesso em: 08/fev/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025d. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciaemAtenoCardiovascular.pdf> Acesso em: 08/jan/2026.

SÃO LUÍS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (HU-UFMA). **Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Renal**. São Luís: HU-UFMA/EBSERH, 2025e. Disponível em: <https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-ufma/ensino-e-pesquisa/residencia-em-area-profissional-da-saude/2025.ProjetoProgramaResidnciaemAtenoSadeRenal.pdf> Acesso em: 21/jan/2026.