



Educação Permanente em Saúde: reflexões acerca do programa de residência multiprofissional em atenção à saúde cardiovascular no Hospital Universitário do Maranhão

Permanent Health Education: reflections on the multidisciplinary residency program in cardiovascular health care at the Maranhão University Hospital

Suerly Ferreira Melo

suerlyferreira.sf.sf@gmail.com

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Mariana Cavalcanti Braz Berger

mariana.braz@ufma.br

Universidade Federal do Maranhão

10.52521/opp.v22n47.13987

FLUXO DA SUBMISSÃO

Submissão do trabalho: 09/02/2024

Aprovação do trabalho: 13/12/2024

Publicação do trabalho: 23/12/2024

Resumo

O Sistema Único de Saúde é um marco histórico em nosso país. No entanto, apesar de todos os avanços, encontra-se distante da proposta ambicionada pela Reforma Sanitária. Destaca-se como impasse, o modo como se organizam os processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. A vista disso, tem-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) apontada como importante estratégia a ser desenvolvida nas Residências Multiprofissionais em Saúde, que visa contribuir com a qualificação e a transformação das práticas, por meio da formação articulada com ensino e serviço. Dessa forma, objetiva-se analisar os padrões e as tendências da EPS presentes no cotidiano dos residentes da área de atenção à saúde cardiovascular no Hospital Universitário do Maranhão. A investigação apoiou-se no método do materialismo histórico-dialético, abordagem qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada e questionário eletrônico aplicado com os residentes, dos anos de 2020 a 2024, contabilizando 14 profissionais. Verificou-se que a EPS discute a educação no trabalho e provoca o sentido ético-político dos sujeitos. No entanto, os fundamentos e a implementação da EPS enfrentam limitações ao priorizar o trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as contradições do capitalismo. Diante disso, é essencial a compreensão da EPS em uma perspectiva que considere diversos fatores e contextos.

Palavras-chave

Educação Permanente; Trabalho; Formação Profissional

Abstract

The Unified Health System is a historic milestone in our country. However, despite all the advances, it is far from the proposal sought by the Health Reform. What stands out as an impasse is the way in which work processes are organized in the daily routine of health services. In view of this, Permanent Health Education (EPS) is identified as an important strategy to be developed in Multiprofessional Health Residencies, which aims to contribute to the qualification and transformation of practices, through training combined with teaching and service. Thus, the objective is to analyze the patterns and trends of EPS present in the daily lives of residents in the cardiovascular health care area at the Maranhão University Hospital. The investigation was based on the method of historical-dialectical materialism, a qualitative approach, through semi-structured interviews and an electronic questionnaire applied to residents, from 2020 to 2024, accounting for 14 professionals. It was found that EPS discusses education at work and provokes the ethical-political sense of the subjects. However, the foundations and implementation of EPS face limitations when prioritizing the worker as an element of change, disregarding the contradictions of capitalism. Given this, it is essential to understand EPS from a perspective that considers different factors and contexts.

Keywords

Permanent Education; Work; Professional qualification.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco histórico em nosso país, criado em 1988 pela Constituição Federal. Organiza-se em torno dos princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade e, sobretudo, parte de um princípio constitucional da saúde como dever do Estado e direito de todos (Brasil, 1988).

No entanto, apesar de todas as acumulações e avanços, o SUS real encontra-se ainda distante da proposta ambicionada pelo movimento da Reforma Sanitária. Dentre suas especificidades ligadas ao movimento, apresenta-se como o ordenador da formação dos trabalhadores da saúde em sua integralidade (Brasil, 1988). Entretanto, Merhy (2007) afirma que o modo como se organizam os processos de trabalho no cotidiano se mostra como um obstáculo para as propostas defendidas pelo movimento, que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, caracterizado pela formação profissional tradicionalmente apoiada em um modelo biomédico. Segundo Matta e Morosini (2008), esse modelo se desenvolveu durante o século XIX com a ideia de limitar o processo saúde-doença à sua dimensão anatômica e fisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a política, a econômica e a cultural, e, consequentemente, focalizando suas principais estratégias de ação na doença.

Conforme aponta Sarreta (2009), historicamente há a prevalência desse padrão assistencial na saúde, representado por práticas curativas centradas no médico e nas tecnologias. Trata-se de um modelo que focaliza a doença e não a promoção da saúde, além de reforçar a formação fragmentada e distante do perfil profissional para o trabalho na saúde pública. Logo, a configuração dos processos de trabalho na saúde se apresenta como um desafio à efetivação e ao fortalecimento do sistema público de saúde, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988: universal, integral e com prestação de serviços de saúde com qualidade a todos os usuários do SUS.

Em vista disso, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pela Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004, é apontada como uma importante estratégia do SUS que visa contribuir para a organização dos serviços de saúde, com a qualificação e a transformação das práticas tecnoassistenciais por meio da formação e do desenvolvimento dos profissionais, buscando articular a integração entre ensino e serviço (Brasil, 2004). Com base em seus documentos oficiais, a política pretende integrar tanto trabalhadores da área da saúde quanto trabalhadores do ensino em saúde à discussão das mudanças das práticas profissionais, direcionadas à consolidação e ao fortalecimento do sistema público de saúde.

Porém, como afirma Feuerwerker (2002), para operar mudanças é necessário reconhecer a existência dos projetos em disputa, que envolvem a formação desses tra-

balhadores, ou seja, as tendências que são reprodutoras da condição atual e as que estimulam a mudança e a transformação de práticas. Dessa forma, chama-se a atenção para as tendências que seguem as bases de formação dessa política e como se apresentam no cotidiano e nos espaços das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), levando em consideração os projetos vigentes: Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista, que serão discutidos adiante.

Enquanto profissional de Serviço Social residente na área de Atenção à Saúde Cardiovascular, fez-se necessário refletir acerca da implementação da Educação Permanente em Saúde (EPS) no programa de residência e suas implicações na formação e no trabalho dos profissionais de saúde residentes que atuam na Atenção Cardiovascular.

Destaca-se esse programa, pois é a especialidade que capacita profissionais para cuidar de uma das demandas mais urgentes da rede de saúde do país, as doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, cerca de 14 milhões de brasileiros sofrem de alguma doença cardíaca, e cerca de 400 mil morrem anualmente devido a essas condições, representando 30% de todas as mortes no país (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2021). Apontando, assim, para uma necessidade maior de serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Simão *et al.*, 2013).

Posto isso, objetiva-se refletir com base na experiência dos profissionais de saúde residentes da área de atenção à saúde cardiovascular do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) a EPS na formação e no trabalho desses residentes. Contemplando as seguintes categorias profissionais: Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social e Enfermagem, priorizando as turmas dos anos de 2020 a 2024, o que equivale a 14 residentes para essa pesquisa, não incluindo a pesquisadora nesse grupo.

Metodologia

Esse estudo se baseou em uma investigação apoiada no método do materialismo histórico-dialético, considerando que

a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e da totalidade da realidade concreta, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser considerados isolados, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais (Gil, 2008, p. 32).

A partir desse método, é possível uma aproximação com a realidade da EPS em suas múltiplas dimensões no contexto hospitalar do programa de residência em um hospital universitário. Esse trabalho se constitui de uma pesquisa com ênfase na abordagem qualitativa. Conforme explicita Minayo (2013), esse tipo de pesquisa se ocupa de “um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, atua

com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2013, p. 21). Além disso, permite uma compreensão e análise mais aprofundada dos discursos, possibilitando uma exploração detalhada das perspectivas individuais. Assim, analisou-se as experiências, com base nos discursos, relacionadas à EPS desenvolvida na RMS, de forma a apreender as experiências subjetivas e objetivas dos residentes.

A pesquisa foi delineada através de três etapas distintas: revisão bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo. Na revisão bibliográfica, foram consultados livros, revistas, anais e dissertação para aprofundar as reflexões sobre a EPS, enquanto a pesquisa documental se baseou na análise de legislações. A pesquisa de campo, por sua vez, consistiu em entrevista semiestruturada, conduzida tanto de forma presencial individual quanto remotamente através de questionário eletrônico.

O estudo foi realizado no HUUFMA, na Unidade Presidente Dutra, cidade de São Luís no Maranhão. O hospital é certificado pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000 de 15 de abril de 2004, que integra assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde (Brasil, 2021). Atualmente é reconhecido como referência estadual em procedimentos de alta complexidade, inclusive na área cardiovascular (Brasil, 2021).

Quanto ao universo da pesquisa, considerou-se o total de 77 residentes por turma, abarcando os dois programas de residência e suas áreas de especialização correspondentes. Um programa dedicado à saúde do adulto e do idoso, contempla áreas como Atenção em Saúde Renal, Clínica Médica e Cirúrgica, Cardiovascular e Terapia Intensiva. O segundo programa é voltado para a saúde da criança e da mulher que compreende segmentos como Atenção em Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Neonatologia.

Entretanto, a amostra desse estudo concentra-se exclusivamente nos residentes da área de Atenção à Saúde Cardiovascular, especificamente nas três turmas dos anos de 2020 a 2024 (turma 2020 a 2022, 2021 a 2023, 2022 a 2024). Em cada turma, ingressam cinco residentes de cada uma das categorias profissionais: Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia, com exceção da Psicologia, que possui dois residentes por turma, totalizando 14 participantes¹ para essa pesquisa. Não foram considerados para inclusão nesse trabalho profissionais da área da saúde e preceptores², pois trata-se exclusivamente da percepção e vivências dos residentes. Bem como, não foram incluídos residentes da Residência Médica, de acordo com a Lei Federal nº 11.129, em relação à

1 Eles atenderam ao seguinte critério de inclusão: ser ou que tenha sido profissional de saúde residente lotado na área de concentração em atenção à saúde cardiovascular do HUUFMA.

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

natureza desses Programas de Residência Multiprofissional, a Portaria Interministerial nº 45 destaca ser essa, uma modalidade de ensino, destinada às áreas profissionais não médicas, relacionadas à saúde (Rodrigues, 2016).

Além disso, é relevante mencionar que a partir de 2020, as vagas nos programas de residência passaram a ser ofertadas por meio do Exame Nacional de Residências, ampliando o alcance do programa ao abranger um número maior e diversificado de residentes profissionais em todo Brasil, possibilitando que profissionais de todo o país pudessem ter acesso.

A coleta de dados envolveu duas bases que transcorreram durante o período de setembro a outubro de 2023. A primeira por meio de entrevista semiestruturada realizada individualmente com 3 residentes em atividade no hospital. As entrevistas foram conduzidas no ambiente hospitalar, em um espaço que garantisse o conforto e a confidencialidade das informações. E a segunda por meio de questionário eletrônico enviado aos dez residentes que já haviam concluído a residência e não estavam mais no hospital, contatados previamente por meio de rastreamento de dados junto a coordenação da residência, para participarem da pesquisa. Um dos residentes que ainda atuava no hospital estava afastado, mas recebeu o convite para participar por meio remoto, portanto, 11 participantes foram contatados mediante questionário eletrônico. No entanto, houve adesão apenas de 6 residentes. Dessa forma, foram analisados as 3 entrevistas realizadas de forma presencial e os discursos dos 6 que aceitaram participar remotamente, totalizando 9 participantes.

Cabe ressaltar que a pesquisa foi conduzida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. Todas as entrevistas foram realizadas somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ademais, a fim de garantir o sigilo e confidencialidade, a identidade dos participantes foi preservada por meio da codificação pela letra R, por ser a letra inicial da palavra “Residente”, seguida de um número que não corresponde à sequência de participação na pesquisa.

Resultados

Considera-se que a EPS explicita as discussões acerca da educação no trabalho e provoca o sentido ético-político nos sujeitos para a consolidação do SUS. No entanto, os fundamentos da PNEPS enfrentam limitações ao priorizar o sujeito/trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as condições estruturais que têm grande impacto na qualidade do SUS. Além disso, torna-se essencial compreender que os problemas do mundo do trabalho que se propõe resolver não são de natureza exclusivamente

pedagógica (relacionada ao ensino ou à educação) e prática (que diz respeito ao trabalho); ou seja, para esses problemas é necessária uma compreensão mais ampla e abrangente que leve em consideração diversos fatores e contextos, por exemplo, econômicos, culturais, sociais e políticos.

DISCUSSÃO

Educação Permanente em Saúde: a relação entre educação e trabalho

A educação permanente se constitui em uma ideia político-pedagógica que favorece aos trabalhadores um processo de ensino aprendizagem através do seu cotidiano laboral (Brasil, 2018). Tal processo defende uma filosofia de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho dos profissionais. Além disso, possui como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturada a partir da problematização do processo de trabalho. Apoia-se no conhecimento significativo de transformação, levando em consideração os conhecimentos e as experiências do dia a dia (Brasil, 2004).

Diante disso, apreende-se que a EPS se apresenta como uma proposta capaz de gerar mudanças nas práticas profissionais, à medida que propõe reestruturar tanto os processos de trabalho quanto os processos formativos dos profissionais de saúde. Sendo assim, é fundamental compreender como o trabalho é concebido nessa abordagem e como está delineado o processo de formação dos trabalhadores da área da saúde. Para tanto, faz-se necessário um resgate do processo histórico do surgimento da EPS e suas particularidades acerca da relação educação e trabalho, especialmente na sociedade capitalista.

Reflexões acerca da implantação da Educação Permanente em Saúde.

A discussão sobre Educação Permanente se iniciou na Europa no âmbito da temática da educação, nos anos 1930 e ganhou destaque nos anos 1960. O conceito de educação permanente 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). Nesse contexto, 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.

A temática específica sobre EPS surgiu por volta da década de 1980, apresentada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)³. Nesse momento, conforme ressalta Lemos (2016), na década de 1980, vivenciava-se a queda do muro de Berlim, o fortalecimento do neoliberalismo⁴, os questionamentos sobre o socialismo e o desmoronamento da união do fordismo/taylorismo e do keynesianismo. Com base no sistema de produção Toyotista, a intenção da OPAS foi construir um novo referencial pedagógico, a educação permanente, no qual o trabalhador tenha maior envolvimento no processo produtivo da saúde (Lemos, 2016).

No Brasil, a discussão acerca da EPS se destaca no ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, na qual, em seu artigo 200, inciso III, define-se como atribuição do SUS: ordenar a formação na área da Saúde (Brasil, 1988). A partir daí, os assuntos pertinentes à questão da educação na saúde passaram a fazer parte do conjunto de atribuições do sistema público de saúde. Desde então, ao longo dos anos, têm-se desenvolvido estratégias e políticas públicas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

Em 2003 foi instituída, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde, que assumiu a atribuição de elaborar “políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil” (Lemos, 2016, p. 22). Como resultado disso, o Ministério da Saúde passou a ter um órgão específico responsável por direcionar e coordenar as ações relacionadas à gestão e educação em saúde. Consequentemente contribuiu para uma maior organização e integração das políticas voltadas para os trabalhadores da saúde, buscando garantir a melhoria das condições de trabalho e a qualificação dos profissionais.

No ano de 2004, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde- PNEPS, pela Portaria nº 198, como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Seguinte a esse momento, em 2007, foi estabelecida uma nova portaria de nº 1.996, a qual fortalece e implementa a política no país (Brasil, 2004). A partir dessas portarias, a PNEPS começou a se formalizar e a ganhar espaços cada vez maiores na cena do SUS.

A PNEPS, no cenário do sistema de saúde brasileiro, propõe integrar ações de ensino, serviço, gestão e controle social a partir da compreensão de educação e trabalho

3 A OPAS é responsável pelos países das Américas em melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano (Brasil, 2021).

4 Corrente de 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, online).

em saúde. Além disso, é apontada como uma estratégia de transformação do processo de trabalho em saúde, com a finalidade de melhoria da qualidade do serviço, favorecendo a integralidade e a equidade do cuidado e o acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2004).

A partir dessas medidas, observa-se um aumento significativo na importância atribuída à interação entre educação e trabalho no âmbito da saúde. Ademais, uma necessidade se fazia presente pois era essencial introduzir uma abordagem inovadora que permitisse aos profissionais da saúde não apenas participarem ativamente do processo de aprendizagem, mas também explorarem os conhecimentos adquiridos na realidade vivenciada.

Isso pode ser presenciado na concepção de Educação Permanente, a qual apresenta como principal estratégia a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (Brasil, 2018, p. 13). Adotando os referenciais construtivistas da educação: a problematização⁵ e aprendizagem significativa⁶ como possibilidade de transformação do SUS.

Para Lemos (2016), uma das abordagens inovadoras podem ser observadas na primeira fase da PNEPS, em que ocorreu uma ampliação da atuação da EPS. Antes, somente existia a tradicional parceria ensino/serviço, já mencionado na OPAS para outros setores. Posteriormente, a novidade consiste em desenvolver uma gestão da educação descentralizada e de forma democrática, a qual envolve diversos setores no delineamento da EPS, como gestores, trabalhadores, usuários, professores e acadêmicos.

Além disso, o documento oficial da PNEPS concebe a EPS como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, a qual apresenta como finalidade a possibilidade de “educar um sujeito com compromisso e capacidade de gerar resolutividade aos problemas da saúde pública brasileira” (Brasil, 2003, p. 6). Diante disso, ressalta-se, a observação realizada por Lemos (2016) ao analisar as documentações referentes a PNEPS (2003-2005), destaca o trabalho como eixo central da proposta de EPS da PNEPS, apresentado como fundamento educativo e transformador da realidade.

Referente a isso, o Ministério da Saúde considera:

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, inte-

5 Metodologia que visa oportunizar a solução de problemas como forma de participação ativa e de diálogo constante entre alunos e professores na busca de conhecimento. O objetivo dessa metodologia é dar sentido ao conteúdo, partindo de situações e problemas da realidade (Colombo; Berbel, 2007, p. 122).

6 A aprendizagem significativa se caracteriza pela interação entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos [...] nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados [...] (Moreira, 2012, p. 2).

gradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País (Brasil, 2014, p. 2).

Nesse sentido, nota-se que a ênfase recai para o trabalho, enquanto processo contínuo de aprendizagem, enxergando o cotidiano como um ambiente propício à construção e aplicação do conhecimento. Observa-se que a EPS valoriza as experiências do dia a dia as enfatizando como elementos essenciais na formação do conhecimento, considerando, portanto, o ambiente de trabalho como o local primordial para ensino e educação.

No entanto, o encadeamento entre educação e trabalho foi concebido por Marx como uma relação dialética. O autor explicita 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. Na perspectiva ontológica marxista, o trabalho é o elemento fundante de todas e quaisquer relações e constitui em elemento de transformação humana. Contudo, na particularidade histórica do capitalismo, o trabalho carrega em si uma negatividade. Ao invés de criação, torna-se alienação. O homem deixa de ser “homem”, desumaniza-se ocorrendo um processo de “coisificação” da essência que vai repercutir nas suas relações sociais que se tornam embrutecidas e desumanizadas (Marx, 2004 *apud* Lemos, 2016, p. 916).

Na perspectiva do autor, em vez de ser uma força criativa, o trabalho no contexto da sociedade capitalista assume uma conotação negativa, à medida que se torna um processo de desumanização, onde o indivíduo deixa de ser verdadeiramente humano, ocorrendo uma espécie de objetificação de sua essência. Conseqüentemente, esse processo repercute nas relações sociais, evidenciando o trabalho com toda sua complexidade na sociedade capitalista.

Entretanto, presencia-se que a construção teórica da PNEPS expressa uma positividade na relação entre educação e trabalho, ao passo que atribui como resultado dessa relação, as renovações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, o que diverge com as teses marxistas que vêm a incapacidade do trabalho como fundamento educativo no capitalismo.

Além disso, a política aponta a mudança de postura do trabalhador frente aos desafios do cotidiano como estratégia fundamental, motivando os trabalhadores a enfatizarem o eixo das tecnologias leves⁷ e reduzir a dimensão centrada no profissional ou nos procedimentos (tecnologia leve-duras e duras⁸), e com isso mobilizar os profissionais para que tenham uma postura mais humanizada e tenham maior compromisso

7 As tecnologias leves são as das relações (Coelho; Jorge, 2009, p. 1524).

8 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).

com a ação de cuidar do usuário (Lemos, 2016).

Para tanto, essa abordagem traz uma vertente educacional ligada a mecanismos e temas que incentivam

[...] gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (Brasil, 2018, p. 15).

Frente a isso, Vieira *et al.* (2008, p. 118) destacam a estratégia de corresponsabilização das ações, que 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.

Perante o exposto, torna-se necessário examinar as estratégias da EPS e sua aplicação em seus Pólos de disseminação, especificamente nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, os quais desempenham papel significativo ao ampliar a discussão da EPS. Para isso, é fundamental destacar e analisar a natureza específica dessa formação e refletir de que forma o ensino em serviço influencia na sustentação destas ideias, por exemplo, a corresponsabilização e a intencionalidade do trabalhador como principais mecanismos de mudanças do até então modelo tecnoassistencial de saúde.

Processo Formativo e Trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde

O conceito de Residência Multiprofissional surgiu a partir de discussões realizadas em um seminário que idealizava a constituição de um modelo de residência que preservasse as especialidades de cada profissão, acrescida da ideia da criação de uma

área comum, particularmente alinhada ao pensamento de saúde pública, enriquecida por valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (Brasil, 2006). O movimento contou com a participação de órgãos formadores: Associações de Ensino das respectivas áreas, Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde, Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2006).

Ao longo de amplos debates, os Programas de Residência foram instituídos por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, artigo 13, integrados no âmbito do Ministério da Educação. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde possui organização e funcionamento disciplinados em ato conjunto dos Ministérios da Educação e da Saúde (Brasil, 2006).

A Residência Multiprofissional é conceituada como uma modalidade de pós-graduação, *lato sensu*, que se caracteriza pela formação em serviço, supervisionada por profissionais especializados, em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde (Brasil, 2006). O Ministério da Educação preconiza que a residência multiprofissional tenha a duração mínima de 2 anos, com 60 horas semanais. A inclusão do residente multiprofissional às equipes de saúde surgiu como um incentivo à saúde pública, baseada nos princípios da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, através da formação de uma equipe multiprofissional, nos hospitais de ensino, com o objetivo de promover uma assistência integral ao usuário (Brasil, 2006).

A carga horária total é contemplada por atividades teóricas e práticas. Os currículos de formação propõem metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como metodologia da problematização, aprendizagem baseada em problemas (Brasil, 2019). Por metodologia ativa, entendem-se momentos de discussão e aprofundamento dos conhecimentos de forma multiprofissional e interdisciplinar, partindo das necessidades de aprendizado com base na prática em serviço, pactuada entre os tutores⁹, preceptores e residentes (Bernardo *et al.*, 2020). Nesse momento, percebe-se um programa, cujo principal objetivo é o ensino e a formação de profissionais da saúde por meio da educação em serviço.

Segundo Lobato (2010), a RMS possui como perspectiva a construção interdisciplinar da experimentação do trabalho em equipe, da educação permanente e, assim sendo, da reorientação das lógicas tecnoassistenciais. Propondo que seja através do trabalho e da educação (ensino em serviço) a construção de profissionais capacitados e preparados para atender às demandas complexas do atual sistema de saúde. No entanto, cabe destacar que essa relação ensino em serviço impõe aos profissionais residentes a inserção no mundo do trabalho e, conseqüentemente os desafios que dele decorrem.

9 Supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde (Parente, 2008, p. 48).

O “Mundo do Trabalho”, de acordo com Antunes (2018, p. 56), 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, compreende-se que o trabalhador está inserido em uma lógica de produção que perpassa por contradições que implicam diretamente no desenvolvimento dos processos de trabalho, como as formas de flexibilização e precarização do fazer profissional. Entretanto, observa-se no discurso da EPS o destaque para a intencionalidade do trabalhador no processo de resolução e superação das insuficiências e fragilidades dos serviços de saúde, sem mencionar a lógica do sistema capitalista.

Para Bravo (2010), essas insuficiências e fragilidades a serem enfrentadas estão presentes tanto na consolidação e desenvolvimento das políticas públicas, em especial a política de saúde, quanto nas relações no mundo do trabalho, e são permeadas pelas tensões e propostas entre os dois projetos em confronto que materializam a política de saúde em direções opostas: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde Privatista. O primeiro projeto caracteriza-se pela defesa das políticas sociais e dos direitos sociais, incluindo a saúde como direito universal entendida por diversas determinações sociais, um projeto alinhado com os interesses da classe trabalhadora e o segundo alinhado aos interesses do capital e da ideologia neoliberal, que visa uma política precarizada, focalizada, privatista e individualizada, transformando a saúde em um bem de consumo, uma mercadoria (Helena *et al.*, 2013).

Dessa forma, salienta-se a necessidade de refletir como essa perspectiva de modelo privatista implica na formação dos profissionais da saúde, além de investigar os processos formativos que são produzidos na sociedade capitalista e quais influências reverberam no ensino em serviço, principalmente nos programas de RMS.

Lima (2007) destaca que a expansão do conceito de saúde, resultante do movimento da reforma sanitária, e a complexidade que surgiu durante essa ampliação, principalmente a partir dos anos 1990, trouxeram implicações nos processos formativos. Nesse período, nota-se que se tornou evidente que somente a experiência e o treinamento em serviços de saúde não eram suficientes, tornando-se imperativo estabelecer escolas técnicas para a formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que se almeja. A proposta da Reforma Sanitária consistia não apenas em promover a compreensão individual como membro da equipe de saúde, mas, de forma primordial,

em promover a atuação conjunta na gestão, organização e controle do sistema, sendo assim uma perspectiva democrática (Lima, 2007).

No entanto, faz-se necessário destacar que, nesse período, houve uma redefinição da concepção de educação no SUS. Isso pode ser verificado na definição de formação profissional inscrita na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS:

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), esse fenômeno, que prioriza o desenvolvimento das habilidades e competências individuais em detrimento das relações sociais, está associado aos pressupostos defendidos pela ideologia neoliberal, que, no decorrer dos anos 1990, expandiu-se no país. 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 empregabilidade. Essa concepção surgiu no mundo do trabalho com a flexibilização e integração dos processos produtivos, os quais passam a dar ênfase à subjetividade e ao saber tácito do trabalhador (Ramos, 2001).

Verifica-se que, embora haja uma valorização da subjetividade ao considerá-la positiva como riqueza das experiências individuais, é importante refletir se essa abordagem não é, em certos casos, convertida em estratégias do próprio modo de produção para adequar e manter as condições de trabalho.

O estudo de Garrafa e Córdón (2009) aponta que os ambientes do cuidado profissional são inevitavelmente regulados pelos princípios da sociedade capitalista. Isso pode ser constatado quando o trabalhador da saúde também se vê compelido a atingir metas de produtividade, a ter seus serviços avaliados permanentemente e a manter seus conhecimentos atualizados. Além disso, de acordo com Kuenzer (2004), os trabalhadores desse âmbito não se diferenciam dos demais no que se refere à superexploração, flexibilização e precarização do trabalho. Nesse contexto, é crucial ponderar sobre os processos que configuram a formação e o trabalho dos profissionais de saúde residentes, tendo em vista o avanço crescente de iniciativas como o Programa de RMS.

Educação Permanente em Saúde na residência multiprofissional no Hospital Universitário do Maranhão

O programa de RMS do HUUFMA iniciou no ano de 2010, com a especialização de 20 residentes, sob uma promoção conjunta do Ministério da Saúde e da Educação, oferecido pela Universidade Federal do Maranhão, sendo desenvolvido nas unidades Presidente Dutra, Materno Infantil, bem como nas unidades da rede conveniada do SUS (Brasil, 2019).

Os cursos seguem a modalidade de dedicação exclusiva, conforme Lei nº 11.129/2005, em regime integral de 60 horas semanais. A carga horária total é de 5.760 horas, sendo distribuída entre atividades teóricas (20%, equivalente a 1.152 horas) e atividades práticas (80%, totalizando 4.608 horas) (Brasil, 2019). Ademais, o profissional da saúde residente recebe mensalmente, durante todo o Programa de Residência, uma bolsa, de estudo de acordo com o estabelecido pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Portaria nº 1.111/GM/MS), a qual está sujeita aos descontos e retenções tributárias e previdenciárias nos termos da lei.

O desenvolvimento da estrutura teórica do Programa de RMS/HUUFMA ocorre a partir de programação prévia estruturada pelas Coordenações dos programas. A estrutura prática é organizada pelos preceptores e tutores, estruturados segundo o Projeto Pedagógico de cada Programa (Brasil, 2019).

Desde 2019 a RMS/HUUFMA conta com 77 vagas por ano, distribuídas nas seguintes categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Além disso, o programa é distribuído em dois programas: Programa de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso e Programa de Atenção em Saúde da Criança e da Mulher com suas respectivas áreas de concentração, e em uma delas destaca-se a Atenção à Saúde Cardiovascular (Brasil, 2019).

Atualmente, a Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular do HUUFMA possui vagas somente para as categorias profissionais: Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia, a cada ano ingressa um profissional residente por categoria, a exceção da Psicologia com o ingresso de dois profissionais por turma (Brasil, 2019).

Ao que se refere a proposta formativa a EPS vincula-se a uma formação orientada à integralidade e à interdisciplinaridade, que são princípios norteadores e inovadores na prática de saúde do SUS. A proposta formativa, que se faz presente e é percebida pelos residentes e pode ser observada através das seguintes falas. Segundo R1, trata-se de “um processo de ensino-aprendizagem no cotidiano de trabalho que serve como espaço de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho na saúde”. O R3 define a Educa-

ção Permanente como “troca de saberes, ensino-aprendizagem, envolve solidariedade e acolhimento por partes dos atores envolvidos”.

Já o R9 descreve: “É isso que eu entendo como educação permanente, esse processo que vai além de uma educação continuada, além daquela formação que é institucional, ela vai para a discussão, vai para o aprendizado no dia a dia”.

Percebe-se que em conjunto, essas declarações destacam a EPS como um processo essencialmente reflexivo, colaborativo e contínuo. E isso pode ser corroborado na fala de Merhy (2002) ao afirmar que na perspectiva da EPS a RMS consiste em um espaço intercessor, apresentando-se como um local que produz encontro entre os sujeitos de diferentes saberes permitindo troca de experiências, e construção de pensamento coletivo, ou seja, como resultado desse encontro tem-se a possibilidade de surgir novas maneiras de formação e aprimoramento profissional em saúde.

No entanto, ao passo que a RMS contraria à formação fragmentada dos profissionais e se direciona à práticas voltadas à saúde coletiva, a trajetória das RMS é, como a própria política de saúde pública, também moldada por interesses contraditórios que, como explicitado por Silva (2020, p. 9, grifos do autor), ora o profissional residente é visto como trabalhador assalariado, “mão de obra barata” qualificada e precarizada dentro dos serviços de saúde, ora como profissional em processo de formação especializada.

Todavia, ressalta-se a percepção dos residentes ao serem questionados sobre a relação ensino em serviço:

[...] a gente sabe que 60 horas é uma rotina puxada. O treinamento em serviço, a maior parte é isso, né? Então assim, a gente passa muito tempo em treinamento em serviço e como eu te disse, tem que ter um tempo, né? Esse treinamento em serviço envolve tanto estar no setor atendendo, fazendo os atendimentos clínicos ou totalitários, quanto... discutir os casos, nem que seja informalmente. A gente estava conversando sobre o PTS agora pouco, e a gente sabe que o PTS é uma discussão de casos de forma formal, estruturada (R9).

Sobre esse aspecto o R5 ressalta que “a extensa carga horária semanal impacta negativamente sobre o processo de ensino-aprendizagem”. Enquanto isso, o R3 destaca que “a exigência maior, tanto da coordenação quanto da categoria [...], é apenas para cumprimento de trabalho e hora sem uma reflexão dos atendimentos realizados”. Para o R2, a dinâmica ensino em serviço traz características ligadas “às imposições institucionais que exigem o cumprimento de metas nos números de atendimentos. Dinâmica do setor que não estimula um planejamento ou integração e déficit de profissionais”.

Diante disso, percebe-se que as falas apresentadas abordam um ciclo de desafios no processo ensino em serviço vivenciados pelos residentes durante o programa. Destaca-se carga horária extensiva, foco na quantidade e não na qualidade, bem como déficit de profissionais. Desse modo, ressalta-se que as problemáticas que são enfren-

tadas no mundo do trabalho também perpassam o trabalho dos profissionais de saúde residentes, as quais dizem respeito à própria lógica do sistema de produção vigente.

Nesse sentido, Silva (2020) ressalta que a formação em serviço, modalidade que localiza as Residências em Saúde, traz a centralidade para o processo formativo a partir do trabalho, assim como a abordagem é reforçada pela EPS que tem o trabalho como fundamento educativo e transformador da realidade. No entanto,

É preciso entender que o trabalho da saúde não está inserido numa bolha imune aos problemas do capital. O trabalhador da saúde, como qualquer outro, está submetido à lógica do capital e o seu trabalho por mais relacional ou humanizado que seja também está voltado para a lógica mercantil de acumulação. A alienação não se dá apenas no ato da produção material (no cotidiano do trabalho), se constitui a partir do um estranhamento do trabalhador consigo e com os outros, intervindo nas relações e constituição do homem para si e para os outros homens (Lemos, 2016, p. 917).

Logo, compreende-se que o trabalhador da saúde não é uma parte isolada da história e, por isso, também está sujeito às imposições do capital. Consequentemente, vivencia as fragilidades do mundo do trabalho, assim explicitadas por Borges (2007) em sua condição de assalariados no contexto do Estado neoliberal, representado pela ausência de direitos trabalhistas e, cada vez mais, pela precariedade. Em um contexto caracterizado principalmente pela flexibilização dos salários e da carga horária, e pela instabilidade e precariedade do vínculo empregatício.

Diante desse cenário, Silva (2020) destaca ainda que a Residência é um espaço permeado por múltiplas dimensões que interagem com esta formação pelo e para o trabalho em saúde. Na Residência diversos sujeitos sociais estão envolvidos no processo, por exemplo, as instituições, os coordenadores de programa, os docentes, os tutores, os preceptores, os demais trabalhadores inseridos nos serviços, os usuários e os residentes, submetidos às contingências objetivas do processo de reestruturação produtiva na saúde, “processo este marcado, dentre outras questões, pela privatização dos serviços, desoneração fiscal, intensificação do trabalho em saúde, precarização dos vínculos e das condições para sua realização no SUS” (Silva, 2020, p. 11). Sendo assim, essas contingências podem influenciar tanto os processos formativos como os processos de trabalho nos serviços de saúde.

Na visão de Lemos (2016, p. 914), a introdução da EPS trouxe uma nova roupagem à abordagem da relação trabalho e educação nos serviços de saúde, a fim de sanar as insuficiências produzidas pelo, até então, modelo de produção fordista. Com o advento do modelo toyotista, têm-se as novas exigências relacionadas ao mundo do trabalho, que se delineiam em outro ritmo, outra intensidade e outros requisitos.

A OPAS buscava construir um novo referencial pedagógico baseado na lógica

do trabalhador mais comprometido no processo produtivo da saúde, superando o fragmentado, desumanizado, conflitivo e alienante por efeitos da lógica fordista/taylorista imperante, visando melhorar a qualidade dos serviços prestados e possuindo como intencionalidade responder às demandas emergentes impostas pelo capital (Lemos, 2016). Para isso, de modo a superar a lógica do fordismo que, de certa forma, desconsidera o aspecto intelectual do trabalho e se baseia na execução de atividades repetitivas e desprovidas de sentidos, tem-se o modelo toyotista que desenvolve uma lógica mais integrativa do sujeito no envolvimento dos processos e organizações do trabalho (Lemos, 2016).

Entretanto, esse discurso da EPS, o qual propõe uma corresponsabilização entre os sujeitos e uma participação ativa do trabalhador e uma valorização ao saber intelectual, reproduz e destaca uma relevância na intencionalidade do sujeito, ao passo que o próprio trabalhador, por meio de sua intencionalidade, consiga propor mudanças e solucionar as dificuldades que enfrenta no cotidiano. Nesse caso, desconsidera que o trabalhador faz parte do processo de reprodução das relações sociais e do modo de produção capitalista, à medida que é atravessado pelas implicações do mundo do trabalho.

Para Silva (2020, p. 8) essa lógica da relevância na intencionalidade do sujeito também é reforçada nos processos formativos, pois “as mudanças são tensionadas mundialmente para que o sistema de educação esteja alinhado à economia capitalista vigente, demandando formação profissional polivalente, flexível, capaz de gerenciar crises”. Campos (2019) destaca que a formação, orientada pela EPS, ocupa um lugar estratégico na cena do SUS. Afirma que a EPS pode contribuir para uma formação profissional multiprofissional no sentido da efetivação do sistema de saúde democrático, considerando as necessidades de saúde da população e realizando uma leitura da realidade social concreta.

Essa perspectiva da EPS é reconhecida pelos profissionais de saúde residentes, conforme demonstram as declarações quando questionados sobre o papel da EPS em relação à formação profissional. Para o R1: “Desenvolvimento de capacidade crítica para reflexão e ação sobre o cotidiano de trabalho em contexto de saúde, para que sejam aplicadas de forma correta os princípios doutrinários e organizativos do SUS”.

Através da educação permanente, o estímulo à reflexão crítica seria uma das principais contribuições para o aperfeiçoamento profissional, ao passo que, melhora a qualidade dos atendimentos, deixando de se transformar em um trabalho meramente mecanizado ou que venha apenas atender as necessidades da sociedade burguesa (R3).

Essa parte da educação contribui para isso e isso na minha formação, no meu dia a dia, no treinamento de serviço, propriamente dito. [...] porque querendo ou não, diferencia quem está dentro de uma residência de outras pós-graduações. Dentro da área da saúde, eu acho que todo mundo devia passar por um treinamento em serviço na residência, porque a gente

sabe que a faculdade não ensina tudo o que a gente deveria aprender (R8).

São várias as contribuições, entre elas posso mencionar a atuação em equipe multidisciplinar. Reconhecer a importância dos diversos profissionais de saúde envolvidos e saber trabalhar em equipe é fundamental para um trabalho de qualidade. Além disso, quando aliamos teoria e prática no âmbito hospitalar, vivenciando situações reais de saúde, desenvolvemos uma série de habilidades profissionais (R5).

Com isso, nessas declarações, tem-se a RMS como espaço de desenvolvimento das potencialidades da EPS. Para Campos (2019), nos programas de residências, assume-se a ideia de que a construção de aprendizados vai além da aquisição formal de conhecimentos academicamente validados e transmitidos pela escola, valorizando, assim, as experiências adquiridas no processo de trabalho. Logo, a proposta visa um aprendizado contínuo, no qual os profissionais residentes são incentivados a refletir sobre suas práticas, identificar necessidades de aprimoramento e desenvolver habilidades que atendam às demandas reais dos serviços de saúde.

Contudo, vale ressaltar que a formação orientada pela EPS não deve deixar de levar em consideração a essencialidade das rápidas mudanças que se processam nos processos de trabalho, ou decorrentes dos eventos que ocorrem com as novas formas de produção flexível na sociedade capitalista. Ao passo que a formação pode ser utilizada como forma de substituição e precarização das condições de trabalho no SUS, conforme observado nos discursos dos residentes.

Conclusão

Os Programas de RMS têm sido apresentados como uma estratégia importante para atuarem como espaços de construção da EPS. Porém, essa estratégia também é formada por interesses que contribuem para a manutenção do sistema de produção vigente. Atualmente, vivencia-se a saúde pública no país com grandes contradições, especialmente no que se refere à formação profissional. Esses programas vêm contribuindo para a mudança da lógica tradicional da fragmentação do cuidado, promovendo a integração entre saberes e práticas multiprofissionais. Entretanto, persistem questões relacionadas às problemáticas estruturais do SUS, como a precariedade dos vínculos de trabalho e, conseqüentemente, a flexibilização e a precarização.

Ressalta-se que as experiências dos profissionais residentes evidenciam tensões e contradições vivenciadas no contexto da RMS. Ao relatarem suas experiências, destacaram aspectos positivos e negativos que merecem atenção. Quando questionados sobre o papel da EPS em relação ao ensino, ressaltam a contribuição positiva como a criação de um espaço de reflexão e crítica, um ambiente de ensino-aprendizagem, fo-

mento da solidariedade e acolhimento. Destacam-se também elementos como a transcendência dos limites da formação institucional, a superação da rotina mecanizada, a recomendação da experiência de residência para outros profissionais e a oportunidade de vivência de situações reais de saúde. Além disso, destacaram a RMS como espaço de cuidado integral ao usuário e o desenvolvimento de habilidades profissionais.

Por outro lado, quando questionados sobre a interação ensino em serviço, apontam aspectos negativos dessa vivência, incluindo a carga horária extensa e cansativa, a percepção de que muitas vezes a atividade se torna apenas um cumprimento de tarefas, a pressão para atingir metas, a falta de reflexão sobre os atendimentos realizados, o déficit de profissionais e a dinâmica do setor, que nem sempre vivenciam o planejamento adequado.

Sendo assim, percebe-se que a condução da EPS na RMS é constantemente tensionada por conflitos de interesses, os quais exercem impacto significativo que influenciam seu desenvolvimento. Tem-se, portanto, um ambiente complexo e desafiador para a implementação eficaz da EPS. Entretanto, é crucial ressaltar que, embora apresente desafios, também oferece oportunidades de mudanças substanciais. Logo, compreende-se que as relações não devem ser fragmentadas ou tratadas como fatos isolados, bem como não se deve atribuir demasiada relevância às intencionalidades do sujeito para que haja mudanças, resolução de insuficiências e fragilidades do SUS, desconsiderando o contexto social, estrutural e as próprias contradições da sociedade capitalista.

Desse modo, torna-se necessário pensar em uma perspectiva de EPS que articule o objetivo central da saúde como direito de todos, com a possibilidade de melhoria da qualidade de vida, tanto para trabalhadores, profissionais residentes como para usuários, sem desconsiderar o avanço cada vez mais fortalecido do projeto privatista em disputa com o projeto que prioriza a concretização do SUS constitucional.

Referências

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BERNARDO, Mariana da Silva *et al.* A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis, v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020.

BORGES, Ângela Maria C. Mercado de trabalho: mais uma década de precarização. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia. (org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 81-93.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospital Universitário da UFMA**: histórico de competência e referência. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Gerência de Ensino e Pesquisa, Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. **Manual do residente**. São Luís/MA, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. A trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006. p. 11-16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS** (NOB/RH-SUS). Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde** - OPAS/OMS. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Brasília, 2014. p. 1-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde**: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?. Brasília, 2018.

BRAVO, Maria Inês S. Política de saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DAS AMÉRICAS-SISTEMAS DE PODER, PLURICULTURALIDADE E INTEGRAÇÃO, 2., 2010, Rio de Janeiro. **Anais Eletrônicos** [...] Rio de Janeiro, 2010. p. 1-12. Disponível em: <https://ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-187.pdf> Acesso em: 24/mar/2023.

CAMPOS, Euler Antonio. Residência Multiprofissional em Saúde: Qualificação ou Precarização da Formação em Saúde?. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16., 2019, Brasília. **Anais Eletrônicos** [...] Brasília, 2019. p. 2-12. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1693> Acesso em: 04/abr/2023.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Fortaleza, v. 14, n.1, p. 1523-1531, 2009.

COLOMBO, Andréa; BERBEL, Neusi Aparecida. N. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p.121-146, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, Laura Camargo M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GARRAFA Volnei, CORDÓN Jorge. Determinantes sociais da doença. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 388-396, 2009.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HELENA, Moara M Sant' *et al.* Da reforma sanitária às privatizações: discutindo a saúde pública brasileira. In: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS. 2013, Florianópolis. **Anais Eletrônicos** [...] Florianópolis, 2013. Não paginado. Disponível em: <https://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Da-Reforma-Sanit%C3%A1ria-%C3%A0s-Privatiza%C3%A7%C3%B5es-discutindo-a-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-brasileira.pdf> Acesso em: 22/abr/2023.

KUENZER, Acácia Zeneida. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 107-119, 2004.

LEMOS. Cristiane Lopes S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente ?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Goiânia, v. 21. n.3, p. 913-922, 2016.

LIMA, Júlio C. França. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Trabalho Necessário**, Niterói, v. 5, n. 5, p. 1-16, 2007.

LOBATO, Carolina P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: Uma cartografia da dimensão política. 2010. 117p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2010.

MATTA, Gustavo C; MOROSINI, Márcia V. G. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, Isabel B; LIMA, Júlio C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 39-44.

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

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília S. O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, Maria Cecília S (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 09-30.

MOREIRA, Marco Antonio. O que é afinal aprendizagem significativa? **Qurrriculum**, La Laguna, v. 25, p. 29-56, mar 2012. Disponível em: <http://moreira.if.ufrgs.br/oqueeeafinal.pdf> Acesso em: 24/out/2023.

MUNIZ, Mariana C Soares; NUNES Thátilla C. Ideologia Neoliberal e a sua incidência na Assistência Social: identificação de tendências. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 7., 2015, São Luís. **Anais Eletrônicos** [...] São Luís, 2015. Não paginado. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/ideologia-neoliberal-e-incidencia-na.pdf> Acesso em: 02/dez/2023.

PARENTE, José Reginaldo F. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **SANARE**, Sobral, v. 7, n. 2, p. 47-53, 2008.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação?. São Paulo: Cortez, 2001.

RODRIGUES, Terezinha F. Residências multiprofissionais em saúde: formação ou trabalho?. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 15, n. 1, p. 71-82, 2016.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: UNESP, 2009.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Fundamentos Ético-Políticos da Educação no Brasil de Hoje. In: LIMA, Júlio

C. F, NEVES, Lúcia M. W. (org.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 289-320.

SILVA, Leticia Batista. Residência Multiprofissional: notas sobre uma formação através do trabalho em saúde. **Libertas Online**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 140-158, 2020.

SIMÃO, Antônio Felipe *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 101, n. 6, p. 02-52, 2013. Supl. 2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Aumenta o número de mortes por doenças cardiovasculares no primeiro semestre de 2021**. 2021. Disponível em: <https://www.portal.cardiol.br/br/post/aumenta-o-n%C3%BAmero-de-mortes-por-doen%C3%A7as-cardiovasculares-no-primeiro-semester-de-2021> Acesso em: 13/mar/2023.

VIEIRA, Mônica *et al.* Análise da política nacional de educação permanente em saúde: um estudo exploratório dos projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; DANTAS, André Vianna (org.). **Estudos de politécnica e saúde**. vol 3. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 103-124.

Sobre as autoras

Suerly Ferreira Melo - Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário do Maranhão e Mestranda em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão.

Mariana Cavalcanti Braz Berger - Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Maranhão com graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba e mestrado e doutorado em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão.