

HUMANAS E SOCIAIS
V.12 • N.3 • 2025 • Publicação Contínua

ISSN Digital: 2316-3801
ISSN Impresso: 2316-3348
DOI: 10.17564/2316-3801.2025v12n3p512-525



DO PENSAMENTO SOCIAL AO CRÍTICO-LIBERTADOR NO CONHECIMENTO E NAS PRÁTICAS EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

FROM SOCIAL TO CRITICAL-LIBERATING THINKING IN
KNOWLEDGE AND PRACTICES IN MULTIDISCIPLINARY
RESIDENCIES IN HEALTH

DEL PENSAMIENTO SOCIAL AL CRÍTICO-LIBERTADOR EN SABERES Y
PRÁCTICAS EN RESIDENCIAS MULTIPROFESIONALES EN SALUD

Maria Clara Santana Maroja¹
Franklin Learcton Bezerra De Oliveira²
Lara Maria Alves de Carvalho³
Maxsuel Mendonça dos Santos⁴
Maria Neyrian de Fátima Fernandes⁵
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda⁶
José Jailson de Almeida Júnior⁷

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo contextualizar as contribuições do pensamento social e da pedagogia freireana para o ensino da Saúde Coletiva no âmbito das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). **Método:** Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo, com abordagem qualitativa, que busca responder às seguintes questões: a) de que forma a construção do pensamento social, com ênfase nas RMS na interface com a Saúde Coletiva, contribuiu para as transformações históricas na formação profissional? e b) como os pressupostos filosóficos, sociológicos e pedagógicos da Educação Crítico-Libertadora de Paulo Freire se relacionam, no campo teórico, com a prestação de serviços e com a construção curricular na área da Saúde Coletiva? A análise propõe um entrelaçamento entre a trajetória do ensino da Saúde Coletiva no Brasil e a emergência da proposta freireana, ressaltando seu papel no fortalecimento dos princípios e diretrizes que visam à democratização da saúde. **Resultado:** Como resultado, evidencia-se a importância de marcos históricos, textos e atores sociais na consolidação do pensamento social crítico aplicado à formação em saúde, além de refletir sobre como as RMS têm incorporado os fundamentos da pedagogia freireana. **Conclusão:** Conclui-se que a proposta crítico-libertadora promove a formação de profissionais autônomos, críticos e comprometidos com a integralidade do cuidado e com a transformação social. As RMS, por integrarem teoria e prática, se consolidam como espaços potentes para a materialização desses princípios na formação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Internato e Residência. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Reforma dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aims to contextualize the contributions of social thought and Freirean pedagogy to Public Health education within the scope of Multiprofessional Health Residencies (MHRs).

Methods: It is a theoretical-reflective study with a qualitative approach, which seeks to answer the following questions: a) how has the development of social thought, with an emphasis on MHRs in interface with Public Health, contributed to historical transformations in professional training? and b) how do the philosophical, sociological, and pedagogical assumptions of Paulo Freire's Critical-Liberating Education relate, from a theoretical perspective, to service delivery and curriculum development in the field of Public Health? The analysis proposes an intersection between the trajectory of Public Health education in Brazil and the emergence of Freirean pedagogy, highlighting its role in strengthening principles and guidelines aimed at the democratization of health. **Results:** As a result, the study underscores the relevance of historical milestones, texts, and social actors in the consolidation of critical social thought applied to health training, and reflects on how MHRs have incorporated Freirean pedagogical principles. **Conclusion:** It concludes that the critical-liberating approach promotes the formation of autonomous, critical professionals committed to comprehensive care and social transformation. MHRs, by integrating theory and practice, are consolidated as powerful spaces for the realization of these principles in health education.

KEYWORDS

Internship and Residence; Public Health; Health Unic System; Health Services Reform.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo contextualizar las contribuciones del pensamiento social y de la pedagogía freireana a la enseñanza de la Salud Colectiva en el ámbito de las Residencias Multiprofesionales en Salud (RMS). **Métodos:** Se trata de un estudio teórico-reflexivo, con enfoque cualitativo, que busca responder a las siguientes preguntas: a) ¿de qué manera la construcción del pensamiento social, con énfasis en las RMS en su interfaz con la Salud Colectiva, ha contribuido a las transformaciones históricas en la formación profesional? y b) ¿cómo se relacionan, desde una perspectiva teórica, los

supuestos filosóficos, sociológicos y pedagógicos de la Educación Crítico-Liberadora de Paulo Freire con la prestación de servicios y la construcción curricular en el campo de la Salud Colectiva? El análisis propone un entrecruzamiento entre la trayectoria de la enseñanza de la Salud Colectiva en Brasil y la emergencia de la propuesta freireana, destacando su papel en el fortalecimiento de los principios y directrices orientados a la democratización de la salud. **Resultados:** Como resultado, se evidencia la importancia de hitos históricos, textos y actores sociales en la consolidación del pensamiento social crítico aplicado a la formación en salud, y se reflexiona sobre cómo las RMS han incorporado los fundamentos pedagógicos freireanos. **Conclusión:** Se concluye que la propuesta crítico-liberadora promueve la formación de profesionales autónomos, críticos y comprometidos con la integralidad del cuidado y la transformación social. Las RMS, al integrar teoría y práctica, se consolidan como espacios potentes para materializar estos principios en la educación en salud.

PALABRAS CLAVE

Prácticas y Residencia. Salud pública. Sistema Único de Salud. Reforma de los Servicios de Salud

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é concebida como o campo balizado por múltiplos saberes e práticas sociais (Nunes; Nascimento; Barros, 2010). Sua compreensão do contexto na reconstrução histórica do conhecimento nessa área, proporciona como ponto de partida a inserção das Ciências Sociais nas práticas, no ensino e na pesquisa em saúde.

As bases históricas alicerçam as ideias defendidas no item sobre “Reforma Sanitária Brasileira e Paulo Freire: caminhos que se encontram na gênese das Residências Multiprofissionais em Saúde”, no qual se concentra a principal contribuição deste estudo, seu destaque no campo teórico, das congruências entre os princípios educacionais de Freire e os fundamentos pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), a fim de colaborar para um adequado embasamento e direcionamento das ações educativas e de cuidado em saúde.

O pensamento crítico-libertador enunciado por Paulo Freire, apresenta raízes junto aos processos de reestruturação do processo democrático e de liberdade ao pensar crítico e reflexivo, que estimula o diálogo problematizador que somente o ser autônomo e livre constrói, constituindo um entender sensível ao ensino e o modo como se operacionaliza nas mais diversas áreas do conhecimento, encontrando no campo da saúde terreno sólido e acolhedor a implementação desses conhecimentos (Oliveira, Fortunato e Abreu, 2022).

E para compreender o passado e aprender com suas experiências, incluindo acertos e equívocos, é fundamental interpretar o presente e projetar o futuro (Falk, 2003). Dessa forma, sem a pretensão de esgotar todo o referencial teórico envolvido, e com o propósito de este trabalho configura-se como

um estudo teórico-reflexivo, de abordagem qualitativa, que tem como objetivo contextualizar as contribuições do pensamento social e da pedagogia freireana para o ensino da Saúde Coletiva nas Residências Multiprofissionais em Saúde. Para isso, busca-se responder aos seguintes questionamentos: a) de que forma a construção do pensamento social, com ênfase nas Residências Multiprofissionais na interface com a Saúde Coletiva, contribuiu para as transformações históricas na formação profissional nessa área? e b) como os pressupostos filosóficos, sociológicos e pedagógicos da Educação Crítico-Libertadora de Paulo Freire se relacionam, no campo teórico, com a prestação de serviços e com a construção curricular na Saúde Coletiva?

2 A HISTÓRIA COMO PROCESSO CONSTRUTIVO INDISSOCIÁVEL À SAÚDE E A EDUCAÇÃO NO CONTRASTE SOCIAL

As bases do pensamento social em saúde apoiam-se nos movimentos europeus de Reforma Sanitária e Reforma Médica na França e Alemanha, ocorridos na segunda metade do século XIX, surgindo a compreensão da ciência médica também como uma ciência social, possibilitando compreender os problemas de saúde e das relações da medicina com os assuntos públicos, a partir da consciência do papel e da importância dos fatores sociais (Nunes, 1996).

No Brasil, emerge nas primeiras décadas do século XX por meio do inquérito de Castro (1957) sobre as condições de vida das classes operárias de Recife, Pernambuco, portanto pioneiro, sobre o tema das ciências sociais em saúde no Brasil, que aconteceu em um período marcado pela chegada de alguns antropólogos ao país (final dos anos 1930) (Nunes, 2006).

As preocupações com o contexto social se expressaram diante dos problemas enfrentados pelos países europeus e Estados Unidos da América (EUA), durante a reconstrução política socioeconômica, assim como assistencial para reconstrução dos países envolvidos no conflito global da segunda guerra mundial. No pós-guerra, a saúde torna-se tema sociológico de destaque, quando significantes verbas foram destinadas às pesquisas sociomédicas (Nunes, 2006).

A difusão das ciências sociais no ensino biomédico nos países latino-americanos iniciou no período entre pós-guerra e primeira metade da década de 1960, contribuindo ao processo de reformulação do ensino médico, com a inclusão da abordagem da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, desde os anos 1950 (PAHO, 2023).

A Medicina Preventiva focalizou na análise do processo saúde-doença no campo ecológico e social, por meio de suas dimensões sociais e culturais (Canesqui, 1998), demandando novos enfoques para a quebra do olhar biomédico. A maior expansão do ensino das ciências sociais em saúde pode ser atribuída à Reforma Universitária Brasileira de 1968, mediante a incorporação de conteúdos referentes à organização da prática médica e da administração dos serviços de saúde no currículo mínimo de Medicina (Canesqui, 1998).

Na década de 1960, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e algumas fundações norte-americanas dedicaram-se a analisar os pressupostos econômicos que poderiam interferir na adoção

de medidas e no planejamento em saúde. Nesse período, houve um avanço significativo na compreensão do processo saúde-doença, reconhecendo o fator social não apenas como um elemento correlato, mas como um determinante fundamental do adoecimento (Nunes, 2006).

Foi nesse contexto que se consolidou a ideia dos determinantes sociais de saúde, condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas que influenciam diretamente a saúde das populações. Essa perspectiva ampliou o enfoque biomédico tradicional, destacando que fatores como desigualdade social, pobreza, educação, habitação, acesso a serviços públicos e trabalho são decisivos na promoção ou comprometimento da saúde coletiva (Galvão *et al.*, 2021).

3 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E PAULO FREIRE: CAMINHOS QUE SE ENCONTRAM NA GÊNESE DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

A década de 1970 marcou o início do Movimento Sanitário Brasileiro (MSB), contextualizado pelas lutas sociais e pelas reformas agrária e universitária. Nos primeiros anos dessa década, falava-se em Medicina Social no Brasil apenas em alguns círculos restritos (Virgens; Teixeira, 2022). A expressão “Reforma Sanitária” aparece pela primeira vez no país em 1973, em artigo sobre as origens da Medicina Preventiva no ensino médico, que discutia o sanitarismo desenvolvido na Inglaterra em meados do século XIX, comparando-o e contrapondo-se com o movimento da Medicina Social surgido na França e na Alemanha (Virgens; Teixeira, 2022).

O contexto da emergência da RSB é marcado pelo período em que o país estava sob a ditadura militar, imposta em 1964, que despertou resistência e insatisfação na população, precipitando, ao longo da década de 1970, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares. Nesse período, despontaram as concepções pedagógicas de Paulo Freire e sua compreensão da educação como ação política para libertação dos sujeitos, como um caminho possível para que os homens submetidos à dominação pudessem lutar por sua emancipação (Freire, 2019; Brasil, 2006).

Os elementos político-pedagógicos da Educação Libertadora e os fundamentos da prática dialógica contribuíram para estabelecer uma relação dialética entre o currículo e o contexto histórico, social, político e cultural para superar a concepção técnica e estreita de currículo, associando-o aos diferentes contextos num processo dinâmico, que se relacionam e se influenciam (Alves, 2005).

A Reforma Sanitária chegou ao Brasil no auge da ditadura militar e se configurou como um movimento de resistência ao poderoso complexo médico-industrial e ao modelo de formação baseado na especialização como fragmentação do conhecimento e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico (Brasil, 2006).

Nesse contexto, em 1974, foi criada, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a primeira Residência em Medicina Comunitária, que objetivava formar profissionais críticos e humanizados, com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, capazes de prestar uma atenção resolutiva à saúde da comunidade. Dois anos depois, a Residência em Medicina Comunitária se torna multiprofissional e o Decreto nº 80.281/1977 cria a Residência Médica, moda-

lidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço e considerada o “padrão ouro” da especialização médica. As primeiras residências em Saúde Comunitária, em 1976, já propunham um modelo municipalizado e qualificado de Atenção Básica (Brasil, 2006).

As RMS se constituíram como espaços potenciais para oportunizar as propostas defendidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, cuja meta foi o alcance da saúde por todos no primeiro ano do novo século que se aproximava. Esta Conferência firmou a ideia de que o povo tem o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação de sua atenção de saúde (Buziquia *et al.*, 2023). Também, em 1978 surgiu a área da Saúde Coletiva, fruto da aglutinação dos diversos segmentos que tratam da Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública.

O texto aprovado pela 8ª CNS projetou o principal desfecho da RSB, nascido na Constituição Federal de 1988: o Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2007). Desde então, o texto constitucional brasileiro, no artigo nº 196, garante a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” (Silva *et al.*, 2024). Dizer que a saúde é direito de todos significa defender a universalidade do acesso. A integralidade também prevista expressa a consideração do “todo” do indivíduo e o acesso a todos os níveis de assistência do SUS.

A implementação e unificação do SUS garantiu o acesso universal aos serviços públicos de saúde, promovendo a descentralização e o fortalecimento dos municípios, que passaram a contar com responsabilidades claras e recursos financeiros adequados. Nesse contexto, o Programa Saúde da Família foi instituído como uma estratégia prioritária para descentralizar as ações de saúde e consolidar os princípios e diretrizes do SUS. De forma semelhante, o projeto da Unidade Sanitária Murialdo destacou-se como uma iniciativa pioneira que buscou integrar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, valorizando a participação da comunidade e a atuação interdisciplinar, o que reforça a importância de modelos comunitários na organização dos serviços de saúde (Busnello, 1977).

O novo projeto em saúde buscou sensibilizar e envolver docentes, discentes, gestores e serviços para questões que abrangem mudanças na produção de conhecimentos e na formação desses profissionais, uma vez que grande parte dos recursos humanos resultava de um modelo de ensino tradicionalmente baseado na assistência individual, curativa e especializada, em detrimento dos aspectos de promoção e proteção da saúde coletiva (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

O Estado passa a propor e desenvolver ações para atender aos desafios do ensino em saúde, entre as quais é relevante citar: as ações que orientam a formação na perspectiva da multiprofissionalidade como ferramenta fortalecedora da integralidade na atenção à saúde, por meio do apoio a componentes curriculares, como estágios obrigatórios e projetos de extensão (Dias; Lima; Teixeira, 2013); e o apoio às instituições formadoras para desencadear mudanças curriculares com implantação e/ou ampliação de disciplinas de ciências sociais e humanas, entre elas, as de saúde coletiva nos currículos dos cursos de graduação em saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Ainda, a articulação entre as instâncias formadoras e os serviços de saúde, na garantia da inclusão dos estudantes em questões da gestão dos serviços e da participação social por meio de vivências práticas no SUS (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Nesse contexto, e como meio de fortalecer as ações de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)(Brasil, 2004). A PNEPS é uma estratégia do SUS para potencializar as ações pedagógicas e valorizar a aprendizagem que ocorre no trabalho, por meio de uma maior articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, o que demonstra a importância da problematização do processo de trabalho com participação ativa dos atores integrantes da gestão, da atenção, do ensino e do controle social(Pizutti; Almeida; Milão, 2016).

Entre as ações para o redirecionamento da formação de profissionais de saúde pensadas sob as concepções do projeto que deu origem ao SUS, a proposta das RMS merece relevância em virtude da sua complexidade. Trata-se de uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* sob a forma de curso de especialização, regulamentada pela promulgação da Lei nº 11.129 de 2005. As RMS caracterizam-se pelo ensino em serviço, com carga horária entre 40 e 60 horas semanais e sob a orientação de profissionais de qualificação ética e profissional na figura de tutores ou docentes e preceptores que são profissionais vinculados aos serviços de saúde(Brasil, 2006).

Há desafios a serem superados em relação à própria organização e funcionamento dos programas. Dois anos após a criação das RMS, o MS identificou dificuldades nas parcerias entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, falta de perfil dos tutores e falta de preparo dos sujeitos envolvidos. Ainda hoje, nos serviços, são percebidos o desconhecimento por parte dos profissionais sobre o papel dos residentes na rede de atenção à saúde(Oliveira *et al.*, 2025) e a falta de preparo pedagógico dos preceptores (Rodrigues; Witt, 2022). Também existe a má gestão dos recursos financeiros, expressada pelas precárias condições de trabalho, e a desvalorização do trabalhador da saúde, percebida na fragilidade dos vínculos empregatícios, na baixa remuneração e na ausência de planos de cargos e carreiras.

Apesar das limitações, a proposta das RMS é uma importante ferramenta para a consolidação dos princípios do SUS, com ênfase para a integralidade das ações em saúde, sob a perspectiva de um cuidado humanizado(Cunha e Rodrigues, 2016)

4 ASPECTOS TEÓRICOS E PRÁTICOS DE INTERCESSÃO ENTRE AS RMS E A EDUCAÇÃO CRÍTICO-LIBERTADORA

Diferentemente das residências médicas, as RMS abrangem todas as profissões da área da saúde que, segundo a Resolução Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2/2023(Brasil, 2023), são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

De modo geral, a PNEPS(Brasil, 2014) fundamenta-se na formação em serviço, onde o processo ensino-aprendizagem funde-se às rotinas das unidades de saúde e conta com a participação dos diferentes sujeitos que movimentam os cenários reais de prática. Segundo essa política, a aprendizagem, conectada à realidade dos trabalhadores, ganha sentido e se torna significativa. Nessa perspectiva, as práticas pedagógicas não se limitam à simples aquisição de conhecimentos técnico-científicos concernentes a uma

determinada área profissional. Busca-se formar sujeitos críticos e reexivos sobre o mundo, que atuem como agentes de criação de novos processos de trabalho e de transformação da realidade(Brasil, 2014).

Entre as bases mínimas que sustentam as ideias político-pedagógicas definidas nos documentos normativos da PNEPS, identifica-se a relação mais explícita entre a proposta das RMS e a pedagogia freiriana. A concepção de formação evidenciada nesses documentos revela um alinhamento com a Educação Problematicadora do educador Paulo Freire, citado para esclarecer que o educando é agente da sua própria formação, e que, como tal, deve ser compreendido dentro do seu contexto. Nessa perspectiva, os sujeitos desenvolvem-se por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências(Brasil, 2014; Freire, 2019).

Apesar de suas associações não serem aprofundadas pela PNES, o MS aponta o modelo Freireano como uma importante contribuição para o ensino e para a promoção da saúde. Em análise dos avanços e desafios das RM, a partir da experiência de diferentes programas, o MS percebeu a relevância da pedagogia freiriana, com destaque para os seguintes elementos: a formação de profissionais críticos, a politicidade do ato educativo, a importância da dialogicidade entre educador e educando, a valorização dos conhecimentos prévios que o educando possui e o respeito à diversidade cultural(Freire, 2019).

Os discursos quanto a proposta das RMS traz a articulação com discursos globalizados sobre meio ambiente, cidadania e solidariedade e retomam o ideário da Reforma Sanitária. São discursos que, ao falarem das necessidades pedagógicas para formar o profissional idealizado pelo SUS, acionam a questão da Reforma Universitária e dos serviços de saúde(Dallegrave; Kruse, 2019). Sob essa égide que são aprofundadas as conformidades metodológicas e ideológicas entre a formação em serviço para trabalhadores do SUS e os pressupostos político-pedagógicos freirianos, esse campo de intersecção observacional consegue proporcionar a reflexão e o estudo entre a relação saúde e educação.

Paulo Freire apresenta um legado de obras que o tornou conhecido mundialmente, destaca-se Pedagogia do Oprimido, livro no qual sistematiza teoricamente seu método e elenca os conceitos que definem as bases da Educação Libertadora(Gadotti, 1996). Freire fez duras críticas ao que chamou de Educação Bancária, isto é, ao tradicional modelo narrativo de ensino e de aprendizagem, o qual negligencia a dialogicidade e se estabelece na simples narração de conteúdos desconectados do mundo dos educandos. Esses, por sua vez, são vistos como sujeitos passivos, capazes somente de receber, memorizar e repetir os comunicados e “depósitos” feitos e elaborados pelos educadores(Freire, 2019).

O processo de ação e reflexão verdadeiramente transformadoras da realidade, isto é, capazes de promover a autonomia e libertar os sujeitos de situações de opressão, tem-se *práxis*, que é criar o domínio da cultura e da história, por meio da ação sobre o mundo. Ocorrendo por meio do diálogo, que é o encontro dos indivíduos mediatizados pelo mundo para transformar a própria realidade(Freire, 2019).

A educação problematizadora também é chamada, por Freire, de crítico-libertadora. É por meio de uma educação problematizadora, baseada na relação dialógica e humanizada, que a superação da contradição educador-educando e se desenvolve a consciência crítica para a formação de sujeitos competentes e cidadãos. A construção pedagógica crítica, comprometida com a população socialmente excluída, parte das necessidades e dos conflitos vivenciados pela comunidade escolar, para se tornar significativa, contextualizada e transformadora(Saulo e Silva, 2011). É no diálogo sensível para a ação política e para a autonomia dos sujeitos em que se atesta a importância da Educação

Crítico-Libertadora para a promoção da saúde(Emmerich e Fagundes, 2015). O olhar emancipatório e de autonomia sobre os sujeitos é, assim, incorporado como uma das dimensões do princípio da integralidade em saúde(Goulart, 2013).

Nesse sentido as concepções de residentes revelam que a proposta das RMS rompe com o modelo biomédico e hospitalocêntrico ainda predominante no cuidado e na gestão da saúde, que beneficia a transformação de serviços em produtos e que prejudica a consolidação dos princípios do SUS, os quais se sustentam na ideia de justiça social(Surjus; Raggio; Rosa, 2016; Soares, 2017).

A prática problematizadora exige respeito a aspectos morais e éticos, considerando os distintos interesses, os diferentes sujeitos e necessidades. O protagonismo do indivíduo é fortalecedor do princípio da equidade, que precisa ser pensada não apenas em processos macros (como políticas públicas ou alocação de recursos financeiros) mas também micros (como o funcionamento dos serviços de saúde e indivíduos), com o propósito de formar sistemas nos quais o que se pretende igualar é a integralidade funcional desses sistemas(Ribeiro, 2015).

É trazendo as instituições formadoras à vida cotidiana que os programas de RMS vêm oportunizar espaços de cooperação entre educação e atenção à saúde, a um só tempo, no mesmo território(Surjus; Raggio; Rosa, 2016). É no tecer dos fios entre teoria e prática, na fusão entre os processos formativos e de trabalho, que a Educação Problematizadora adotada no ambiente universitário promove práticas profissionais também problematizadoras e, por natureza, transformadoras.

A pedagogia de Freire proporciona um processo de reestruturação educacional, ao modo de ensino e aprendizado no entendimento de que “educar é um ato político”, e portanto, permeado por responsabilidades sociais no âmbito individual e coletivo no processo formador de indivíduos críticos e capazes de mudar iniquidades de suas realidades; a constituição dos currículos dos cursos de pós-graduação em saúde coletiva, perpassa a formação de profissionais imbuídos do olhar social sensível aberto as populações e subjetividades apresentadas e as RMS dotadas na interação com o outro e no processo transformador coletivo, implementa práticas e melhorias as populações.

O SUS é uma conquista inacabada, em permanente construção. Novos agravos e cuidados à saúde surgem a cada dia, em cada realidade, são necessárias melhorias e novas práticas de cuidar e gerir a saúde. É para essas novas necessidades da saúde que identificamos o imenso legado de contribuições de Freire. Apesar de pontualmente explicitados nos documentos que regem a formação de profissionais para o SUS e os programas de RMS, são muitas e claras as aproximações metodológicas e ideológicas entre o processo de ensino e de aprendizagem nas RMS e a proposta pedagógica de Freire, uma importante ferramenta de transformação social, que compactua e potencializa os princípios/diretrizes do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo histórico pertinente a compreensão das formulações sociopolíticas, no âmbito da saúde e da educação, permite observar as lutas e participações das instituições, profissionais e comunidades na formação do sistema de saúde vigente, os caminhos são claros a estruturação da formação

dos profissionais de saúde contemporâneos, possuindo objetivos voltados a integralidade dos usuários e no compromisso social, contribuindo para a melhoria e modificação das realidades.

A educação problematizadora a partir do pensamento crítico-libertador, constrói indivíduos capazes de exercer a autonomia na busca constante pela verdade, proporcionando oportunidades no desenvolvimento de ações condizentes a redução de iniquidades sociais e vulnerabilidades; o profissional oriundo dos aspectos previstos na PNEPS havendo por base tal processo educativo, entende o amplo conceito de saúde, a necessidade da implementação diária as questões humanísticas à saúde e a defesa ao SUS.

As RMS contemplam o melhor de ambos mundos, teoria e prática, pois no momento que se trabalha as questões teóricas fundamentais ao discernimento, o campo de prática espera abrangente ao recebimento das ações vivenciadas no cerne teórico; a partir desse entendimento e na relação com os aspectos freirianos, ocorre o alcance do estudante as diretrizes que permeiam a saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

BECHLER, R. G.; DELIZOICOV, D.; VIRCHOW, R. Rudolf Virchow, divulgador científico? Palavras-chave. **História da Ciência e Ensino construindo interfaces**, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/hcensino/article/view/22344>. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Resolução CNRMS nº 1, de 28 de março de 2023. Estabelece os procedimentos de reconhecimento dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde no Sistema Nacional de Residências em Saúde (SINAR). **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2023. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**: princípios e conquistas. Brasília, 2000. Acesso em: 12 março 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial, 2007. Disponível em: www.mec.gov.br/sesu. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

BUZQUIA, S. P.; JUNGES, J. R.; LOPES, P. P. S.; NIED, C.; GONÇALVES, T. R. Participação social e Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220121pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DmJfByh5D-7GXMpkd7cdfwph/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

BUSNELLO, E. **O projeto do sistema de saúde comunitária - Unidade Sanitária Murialdo**. Porto Alegre, 1977.

CANESQUI, A.M. Ciências Sociais e Saúde no Brasil: Três Décadas de Ensino e Pesquisa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231998000100131&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

CASTRO, J. **Geografia da fome**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1957.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Changes in undergraduate education in the health professions from the perspective of comprehensive training. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500036&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

CUNHA, D.; RODRIGUES, V. B. Vivência do residente em nutrição da RMAB no processo de trabalho do NASF na Região de saúde leste do Distrito Federal. **Tempus**, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2288>. Acesso em: 17 jul. 2025.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. In the eye of the hurricane, on fantasy island: The invention of multiprofessional residence within healthcare. **Interface Comunicação Saúde Educação**, 2009. Disponível em: <http://vagalume>. Acesso em: 17 jul. 2025.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2013.

EMMERICH, A.O.; FAGUNDES, D.Q. Paulo Freire e saúde: Revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. **Saúde e Transformação Social**, 2015. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/3211>. Acesso em: 17 jul. 2025.

FALK, J. W. Medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. **Revista brasileira de Medicina de família e comunidade**, 2003. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/2/87>. Acesso em: 17 jul. 2025.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2019. Acesso em: 12 março 2023.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Terra P&, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GALVÃO, A. L. M.; OLIVEIRA, E. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5FJFLz6sS/>. Acesso em: 16 jul. 2025.

GADOTTI, M. **Paulo Freire: uma biobibliografia**. 1996.

GOULART, D. M. **Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano: abrindo caminhos entre educação e saúde mental**. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. 8a Conferência Nacional da Saúde. **Relatório Final**. Brasília, 1986. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 17 jul. 2025.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: Revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1996. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231996000100055&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

NUNES, E. D. The path taken by social sciences within health in Latin America: Review of scientific production. **Revista de Saúde Pública**, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

NUNES, E. D.; DO NASCIMENTO, J. L.; BARROS, N. F. The curricular issue for academic training plan in Public Health: Theoretical aspects. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 jul. 2025.

PAHO. Social medicine and the social sciences in Latin America: conceptual tensions for the transformation of public health in the 20th century. **Pan American Journal of Public Health**, 2023. Disponível em: <https://journal.paho.org/en/articles/social-medicine-and-social-sciences-latin-america-conceptual-tensions-transformation>. Acesso em: 17 jul. 2025.

PIZUTTI, P. L.; ALMEIDA, A. N.; MILÃO, L. F. Educação permanente em saúde: 10 anos de uma política instituída para fortalecer o SUS. *In*: Moriá (org.). **Ensino na saúde: desafios contemporâneos na integração ensino e serviço**. 2016. Disponível em: <http://www.moriaeditora.com.br/nossas-publicacoes/ensino-na-saude-desafios-contemporaneos-na-integracao-ensino-e-servico>. Acesso em: 17 jul. 2025.

RIBEIRO, C. D. Justiça social e equidade em saúde: Uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saúde e Sociedade**, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401109. Acesso em: 17 jul. 2025.

RODRIGUES, M. T.; GOMES, C. M.; PESSOA, D. F. Integração ensino-serviço na formação do profissional da saúde: avaliação das residências multiprofissionais do SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000400004&script=sci_abstract. Acesso em: 17 jul. 2025.

SILVA, J. F.; PEREIRA, M. R.; LIMA, S. A. A importância do ensino em serviço para a formação dos profissionais de saúde: uma análise da residência multiprofissional. **Revista Saúde em Debate**, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100201&script=sci_abstract. Acesso em: 17 jul. 2025.

1Doutora em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Especialista em Nutrição Clínica, Universidade Gama Filho; Graduada, Universidade Federal da Paraíba; Nutricionista. E-mail: claramaroja@gmail.com

2Graduado, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Doutorando em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – UFRN; Enfermeiro. E-mail: franklinbezerra@bol.com.br

3 Graduada, Universidade Federal de Campina Grande; Mestranda do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Enfermeira. E-mail: la3107228@gmail.com

4 Graduado, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Mestrando do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; Enfermeiro. E-mail: maxsuelmendonca2016@gmail.com

5 Doutora, Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP; Enfermeira; Professora Adjunta do departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão – UFMA. E-mail: neyrian.maria@ufma.br

6 Enfermeiro; Pós-Doutor em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – ESESJD-U-ÉVORA, Évora/Portugal; Professor Titular do Curso de Graduação em Enfermagem e Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: farnoldo@gmail.com

7 Doutor em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Enfermeiro; Professor Associado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte e do Programa acadêmico de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: jailson.junior@ufrn.br

Recebido em: 17 de Junho de 2024

Avaliado em: 30 de Setembro de 2024

Aceito em: 11 de Agosto de 2025



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

Copyright (c) 2025 Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.