

A FORMAÇÃO EM SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO: À PROCURA DA INTEGRALIDADE?

FORMACIÓN EN SALUD Y CONSTRUCCIÓN DEL CUIDADO: ¿EN BUSCA DE LA INTEGRALIDAD?

HEALTH TRAINING AND THE CONSTRUCTION OF CARE: LOOKING FOR INTEGRALITY?



Ângela Catarina Inácio Costa de ANDRADE¹
e-mail: angelacontato@yahoo.com.br



Paulette Cavalcanti de ALBUQUERQUE²
e-mail: paulette.albuquerque@fiocruz.br

Como referenciar este artigo:

ANDRADE, A. C. I. C; ALBUQUERQUE, P. C. A formação em saúde e a construção do cuidado: à procura da integralidade? **Nuances: Estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 35, n. 00, e024015, 2024. e-ISSN: 2236-0441. DOI: <https://doi.org/10.32930/nuances.v35i00.10374>



| Submetido em: 28/03/2024
| Revisões requeridas em: 08/10/2024
| Aprovado em: 17/11/2024
| Publicado em: 11/12/2024

Editores: Profa. Dra. Rosiane de Fátima Ponce
Prof. Dr. Paulo César de Almeida Raboni
Editor Adjunto Executivo: Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz

¹ Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife – PE – Brasil. Doutoranda do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública do IAM, Fiocruz, PE. Mestre em Educação Profissional em Saúde pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, RJ.

² Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Recife – PE – Brasil. Docente do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública e da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do IAM, Fiocruz, PE. Doutora e mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, RJ.

RESUMO: O debate acerca da formação em saúde ganha relevância ao se inserir nas discussões sobre a qualificação da atenção à saúde, fundamentada nos princípios do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que critica a fragmentação do cuidado. Neste processo, o atendimento integral torna-se diretriz do Sistema Único de Saúde. Considerando a expectativa colocada na formação para a transformação da prática, buscou-se refletir sobre a integralidade do cuidado e a sua interface educativa. Contemplou-se como referencial teórico-metodológico o materialismo histórico-dialético. Identificou-se que as concepções pedagógicas são construídas de maneira dinâmica, heterogênea e contraditória, que há hegemonia de uma perspectiva funcionalista, reproduzida na formação em saúde. Uma formação calcada no cuidado integral sinaliza que a dimensão da realização da vida precisa ser resgatada em conjunto com o debate sobre o modo de organização social, no qual o lugar da escola, em permanente tensão, requer um posicionamento pedagógico crítico.

PALAVRAS-CHAVE: Formação profissional em saúde. Atenção à saúde. Integralidade em saúde.

RESUMEN: *El debate sobre la formación en salud alcanza importancia con las discusiones sobre la calificación de la atención de salud, guiadas por el Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña en crítica a la fragmentación de la atención. Con esto, la atención integral se convierte en directriz del Sistema Único de Salud. Considerando las expectativas puestas en la formación para transformar la práctica, buscamos reflexionar sobre la integralidad de la atención y su interfaz educativa. El materialismo histórico-dialéctico fue el referente teórico-metodológico. Los conceptos pedagógicos se construyen de manera dinámica, heterogénea y contradictoria, con hegemonía de una perspectiva funcionalista, reproducida en la formación en salud. La formación basada en la atención integral señala que es necesario rescatar la dimensión de la plenitud de la vida en conjunto con el debate sobre el modo de organización social; y el lugar de la escuela, en permanente tensión, requiere un posicionamiento pedagógico crítico.*

PALABRAS CLAVE: *Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Atención Integral de Salud. Integralidad en Salud.*

ABSTRACT: *The debate on health training reaches importance with discussions on the qualification of health care, guided by the Brazilian Health Reform Movement in criticism of the fragmentation of care. In this process, comprehensive care becomes a guideline of the Unified Health System. Considering the expectations placed on training to transform practice, we sought to reflect on the comprehensiveness of care and its educational interface. Historical-dialectical materialism was considered a theoretical-methodological reference. It was identified that pedagogical concepts are constructed in a dynamic, heterogeneous, and contradictory way and that there is hegemony of a functionalist perspective, reproduced in health training. Training based on comprehensive care signals that the dimension of life fulfillment needs to be rescued in conjunction with the debate on the mode of social organization, in which the place of the school, in permanent tension, requires a critical pedagogical positioning.*

KEYWORDS: *Health Human Resource Training. Comprehensive Health Care. Integrality in Health.*

Introdução

Este artigo tem aspecto ensaístico e constitui parte de uma tese de doutorado que perpassa a discussão da formação em saúde sob a perspectiva da integralidade, em particular no tocante às residências em saúde. Entende-se que uma perspectiva educativa desenvolve-se em articulação ao contexto social e histórico no qual se cunha o trabalho, em especial aquele relacionado ao cuidado em saúde. Nesse contexto, a construção de um perfil profissional alinhado ao princípio da integralidade, mediada pela formação em saúde, evidencia a importância do desenvolvimento de estudos que promovam a reflexão sobre as concepções pedagógicas subjacentes ao percurso formativo.

Destaca-se que o desenvolvimento desta formação tem angariado importância com as discussões sobre a qualificação da força de trabalho. Sem um processo educativo articulado às necessidades de saúde e à realidade dos serviços, o trabalho torna-se alienado e fragmentado. Essa é uma das críticas levantadas pelo *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira* (MRSB), que ganhou significativa expressão a partir da década de 1970. O movimento surgiu no contexto da luta contra a ditadura militar e da redemocratização, tendo como pautas a qualificação da atenção à saúde e o reconhecimento da saúde como um direito social (Souto; Oliveira, 2016; Paim, 2007; Brasil, 1986).

Entretanto, a concepção de saúde como direito social revela uma contradição no contexto da atenção à saúde no período de redemocratização. Esse cenário se insere em um contexto global marcado pelo avanço do ideário neoliberal, promovido por organismos internacionais como a *Organização Mundial do Comércio* (OMC), o *Fundo Monetário Internacional* (FMI) e o *Banco Mundial* (BM). Esses organismos historicamente defendem uma agenda de restrição de direitos, focalização das políticas sociais e intensificação da dependência financeira. Além disso, prevalece o modelo biomédico, caracterizado pela expansão do complexo médico-industrial e por um paradigma de formação profissional baseado na especialização, que reduz a compreensão da doença a um fenômeno estritamente biológico (Souto; Oliveira, 2016; Lima; Matta, 2010; Brasil, 2006).

É importante mencionar que o modelo de saúde biomédico ganha grande expressão a partir de fins do século XIX e vem se reconfigurando até os dias atuais em articulação às mudanças no mundo do trabalho. Atualmente, inclui o nexos biopsicossocial, através do qual compreende-se que vários fatores, biológicos e não biológicos, influenciam no adoecimento, o qual faz parte do paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia tradicional. O limite desta abordagem consiste na linearidade de tais fatores e a naturalização das determinações do

adoecimento. Simultaneamente, observa-se a transferência do cuidado para respostas biomédicas, acompanhada da responsabilização individual pela saúde, sem a devida consideração e transformação do contexto social e das relações que influenciam a saúde (Almeida; Gomes, 2014; Breilh, 2013).

Na contra-hegemonia deste movimento, destaca-se a determinação social da saúde (DSS), que se apresenta como expressão do pensamento crítico protagonizado pelo movimento latino-americano da saúde coletiva a partir de meados da década de 1970, no qual se insere o MRSB. A dimensão crítica baseia-se no entendimento de que é insustentável produzir saúde em um sistema econômico em que há propriedade privada sobre os meios de produção e o acesso desigual às objetivações produzidas pelos sujeitos na sociedade. No contexto do capitalismo, observa-se historicamente uma busca progressiva por intensificar os graus de exploração do trabalho, resultando no desgaste e sofrimento dos indivíduos, bem como na ampliação da demanda por respostas dos serviços de saúde para lidar com os processos de adoecimento (Breilh, 2013; Almeida; Gomes, 2014).

Observa-se que o cuidado em saúde tem sido construído em uma conjuntura político-econômica progressivamente desfavorável ao acesso às condições objetivas para sua produção. Mediante as repercussões da hegemonia de um modelo biomédico compensador do processo de adoecimento, o MRSB procura resgatar tais condições e reconstruir o processo de cuidado de maneira que atenda à população em consonância com as suas necessidades de produção da vida.

Nesse processo de luta política, mobilizado pelo MRSB, vislumbra-se no arcabouço jurídico-legal um caminho para promover a mudança de paradigma por meio da política de Estado. Com a inscrição na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assume a saúde como sua responsabilidade, estabelecendo o atendimento integral entre suas diretrizes.

Sob essa perspectiva e articulando a pauta da formação em saúde à aproximação com os serviços, o Sistema Único de Saúde (SUS) é destacado no texto constitucional e pela Lei n.º 8.080/1990 como ordenador da formação de recursos humanos na área da saúde. Ressalta-se que o processo de construção do SUS aponta a integração ensino-serviço como estratégia político-metodológica fundamental para materializar uma formação profissional alinhada à realidade dos territórios (Dias; Lima; Teixeira, 2013).

O aspecto da transformação com a mediação educativa remete à perspectiva do trabalho como princípio educativo, proposição marxista que compreende o trabalho em sua dimensão histórica e ontológica. A partir desta concepção, entende-se que, ao trabalhar, o ser humano se

educa para autoproduzir-se, o que confere à produção de sua existência o sentido de formação, a qual se reconfigura no processo histórico (Saviani, 2007; Teodoro; Santos, 2011).

Ao trazer a centralidade do trabalho para o campo da educação, sinaliza-se desde já a limitação de considerá-la enquanto componente isolado para a transformação. Este entendimento pode ser amparado através da leitura de Vivan (s.d), que aponta duas hipóteses quanto a dimensão educativa do trabalho: 1) o trabalho enquanto princípio educativo, abarcando as dimensões de adaptação e de emancipação; e 2) O trabalho que se institui como trabalho alienado que reforça o sentido de adaptação e limita a dimensão emancipatória da educação.

Com base no componente educativo, destaca-se que a escola assume um papel central na reflexão sobre o processo de transformação. Ao resgatar o pensamento de Gramsci acerca do espaço escolar, observa-se que o autor considera a filosofia da práxis como referência para estabelecer a relação entre teoria e prática. Gramsci afirma que o problema fundamental da filosofia, ao produzir uma atividade prática que se transforma em movimento cultural, consiste em manter a unidade ideológica na totalidade do bloco social com o qual se identifica. Além disso, ele ressalta que uma organicidade de pensamento e uma solidez cultural só poderiam ocorrer:

se entre os intelectuais e os simples se verificasse a mesma unidade que deve existir entre teoria e prática, isto é (...) se os intelectuais (...) tivessem elaborado e tornado coerentes os princípios e os problemas daquelas massas colocavam com a sua atividade prática (...) (Gramsci, 2006, p. 100).

Neste aspecto, faz-se importante destacar que a unidade teórico-prática na sociedade sinaliza a abrangência das necessidades vivenciadas pelo conjunto da própria sociedade, e não apenas por uma parte desta. A distinção entre “intelectuais” e “simples” reforça esta coerência ao orientar que o saber intelectual se coloca como ferramenta pedagógica de sistematização de uma necessidade coletiva e não segregadora de classes particulares.

Através desta compreensão da unidade intelectual com as massas populares, destaca-se a transição de uma elaboração do pensamento individual para o senso comum. A filosofia da práxis apresenta-se em um posicionamento crítico para superação do pensamento concreto existente e, portanto, do senso comum que o precedeu. Toma como base para a construção do conhecimento a totalidade da realidade material, considerando a perspectiva histórica, contraditória e as possibilidades de superação em direção a uma nova concepção de mundo (Gramsci, 2006; Nascimento; Favoreto, 2022).

Assim, a constituição de uma nova cultura, fundamentada em uma nova concepção de mundo, não se restringe à descoberta de novos saberes. É igualmente necessário promover a socialização do conhecimento acumulado, de modo que ele se torne um elemento de coordenação, ordem intelectual e moral, servindo como base para ações transformadoras (Gramsci, 2006).

Tendo em vista as bases sociais, políticas e econômicas sob as quais se produzem as práticas e o modelo de saúde no processo histórico, cabe refletir, além do aspecto metodológico, sobre quais são as reverberações deste contexto na intencionalidade pedagógica. Em decorrência disso, é necessário investigar como se manifestam as tensões que orientam a construção de um perfil profissional alinhado ao cuidado integral. Neste contexto, o presente artigo teve como objetivo refletir sobre a integralidade do cuidado e sua interface com a educação. Para tanto, analisaram-se as características das concepções pedagógicas ao longo da história e abordou-se a dimensão educativa associada à integralidade do cuidado, buscando articulá-la à formação em saúde.

Foi considerado o materialismo histórico-dialético como referencial teórico-metodológico, o qual tem como base a materialidade que constitui a vida para refletir sobre a sua produção e reprodução na sociedade. Entende-se que a construção do conhecimento através de uma reflexão teórica articulada ao campo prático constitui-se enquanto etapa de transformação do homem e do mundo. Para tanto, parte-se da aparência do objeto em direção à sua essência, utilizando procedimentos analíticos e sínteses que envolvem sua estrutura e dinâmica (Konder, 1999; Netto, 2009; Netto, 2011).

Ao observar as diversas concepções ou correntes pedagógicas, Ramos (2010) as compreende agrupadas em correntes não críticas (tradicional, tecnicista, pragmática e (neo)pragmática) e críticas (pedagogia da libertação e pedagogia histórico-crítica). Em seguida, procura-se discorrer sobre as características das concepções pedagógicas, bem como expor as relações com a formação em saúde.

A Pedagogia tradicional e a escola a serviço da estruturação produtiva

A pedagogia tradicional emergiu no contexto da Revolução Industrial do século XIX, quando o desenvolvimento das forças produtivas e da cultura urbano-industrial passou a demandar o domínio de uma cultura intelectual. Nesse cenário, o alfabeto tornou-se o componente mais elementar, e a escola assumiu a responsabilidade pelo acesso a esse conteúdo.

A maquinaria, integrando-se ao modo de produção, impulsionou uma revolução educacional. Essa transformação foi representada pela criação de uma base comum na escola primária, bifurcando-se em escolas de formação geral, voltadas para qualificações amplas, e escolas profissionais, direcionadas a aspectos operacionais relacionados ao processo produtivo (Ramos, 2010; Saviani, 2007; Alves, 2020).

Observa-se que esta separação representou a divisão social entre aqueles relacionados às profissões manuais cuja formação prática estava focada na execução das tarefas, e aqueles relacionados às profissões intelectuais, aos quais seria proporcionado o domínio teórico amplo para uma elite que seria dirigente nos diferentes setores da sociedade. No Brasil, esta particularização foi identificada mediante a oferta de escolas de formação profissional e aquelas de formação acadêmica para populações de diferentes origens e finalidades sociais (Saviani, 2007; Campello, 2009).

Com o papel do Estado através da escola com a formação elementar, entende-se que esta teria a missão de resolver o problema da marginalidade causada pela ignorância mediante a difusão da instrução e a transmissão do conhecimento. No campo pedagógico, destacam-se as contribuições de Herbart com a elaboração da teoria da instrução formal, que coloca a psicologia como eixo central do processo educativo, em que, através da experiência sensível, o ser humano molda a sua subjetividade e ideias. Neste caso, considera-se o aluno como um receptor passivo do conhecimento; e o professor enquanto detentor e transmissor do conhecimento, bem como responsável por controlar os seus impulsos, desejos, emoções e ideias (Saviani, 2007; Ramos, 2010).

Partindo do entendimento de Saviani (2007) acerca da construção de uma nova ordem social, associada às particularidades da indústria moderna, é importante destacar o papel consolidado da instituição escolar em consonância com a estruturação produtiva. Nesse contexto, deve-se alertar para o risco de compreender uma relação linear entre a escola e a reconfiguração da estrutura social.

No século XX, algumas críticas são tecidas ao pensamento de Herbart por meio da perspectiva representada por John Dewey e por pedagogos de sua contemporaneidade. Tais críticas voltam-se à superestimação da centralidade do professor por meio da instrução, e por subestimar e ignorar a ação do aluno, bem como a sua capacidade de educar-se. Entende-se que a transmissão de conhecimento e tradições produzidos por gerações anteriores não acompanha o processo de acelerada e constante mudança na sociedade. Tais críticas estão na base do

surgimento da pedagogia nova ou escolanovismo, que se insere na compreensão do pragmatismo clássico (Ramos, 2010).

A Pedagogia nova ou escolanovismo e o espaço do indivíduo

A pedagogia nova surge no contexto do desenvolvimento capitalista, com a ascensão da burguesia ao poder econômico. Ela responde à necessidade de transformação da escola, alinhando-se à ideologia de que os problemas sociais decorrem de sua ineficácia e dos princípios pedagógicos nela empregados. Assim, seria necessário modificar esses princípios, e não a sociedade em si. Propunha-se, portanto, promover uma integração social a partir da descoberta e do tratamento diferenciado das diferenças individuais, adaptando o indivíduo à sociedade e promovendo a inclusão. Essa perspectiva pedagógica se insere na epistemologia empirista, refletindo as relações sociais funcionalistas (Saviani, 2014; Ramos, 2010).

Como método científico, destaca-se a importância do pensamento reflexivo para qualificar o objeto do conhecimento. Neste processo, propõe-se que, a partir de situações no campo da aprendizagem, sejam feitas as deduções, selecionadas as hipóteses e realizada a comprovação crítica por meio da experimentação. Ao ser viabilizada a utilidade da informação, esta adquire a condição de conhecimento. Nota-se que a pedagogia nova apresenta dimensões progressistas que superam alguns limites da pedagogia tradicional, a exemplo da valorização dos estudantes como sujeitos da aprendizagem e a articulação entre o conhecimento e a prática social. Porém, ainda apresentam alguns limites epistemológicos, como: a anistoricidade da aprendizagem prática dos estudantes e do conhecimento produzido pela sociedade, sendo este último não priorizado no pragmatismo (Ramos, 2010).

É importante observar que as proposições metodológicas localizadas na transição entre a pedagogia tradicional e o escolanovismo indicam que o processo de ensino-aprendizagem é construído em direção a objetivos que se inserem em seu contexto produtivo e social. Portanto, acolher as particularidades metodológicas quanto a sua aplicabilidade prática não deveria se encerrar nas capacidades cognitivas do aluno e do professor, tendo em vista o risco de serem isolados de sua dimensão sócio-histórica e de seu espaço coletivo. Alerta-se, a partir desta reflexão, para a relevância desta prática ser reconhecida em seu contexto, sem desconsiderar as inovações pedagógicas delas advindas e também não culminar com uma compreensão generalizada de sua aplicabilidade.

No campo da ciência, no contexto de desenvolvimento industrial e urbanização, destaca-se na Europa a incorporação de um progressivo movimento de normalização. Considerando o estudo da dimensão do trabalho médico, observa-se que esse movimento foi absorvido tanto em seu escopo teórico quanto prático. Nota-se que o Estado passa a controlar os programas de ensino e a atribuição dos diplomas, conferindo às universidades e às corporações médicas a função de definir o conteúdo da formação e as condições para a concessão do diploma a essa categoria profissional. Na prática médica, há um deslocamento de uma atuação baseada na pequena produção privada e autônoma para uma dinâmica mais socializadora na assistência e no processo de trabalho (Foucault, 1979; Gomes, 2017).

É importante sinalizar que, no Brasil, localizado na formação social periférica e de capitalismo tardio, durante o século XIX, vai predominar a atenção aos agravos de saúde pelos práticos, como parteiras e cirurgiões-barbeiros. A medicina artesanal de base liberal desenvolveu-se tardiamente, com poucos médicos atuantes, a maioria destes formados no exterior. Destaca-se o desenvolvimento do exercício da farmácia com a elaboração e venda de remédios. Nesse momento histórico, alguns farmacêuticos recebiam autorização do governo para exercerem a medicina, cujas licenças eram concedidas pela *Fisicatura-mor* (1808-1828) (Gomes, 2017; Pimenta; Costa, 2008).

No Brasil, identificam-se as primeiras escolas vinculadas às universidades, a saber: em 1808, os cursos médicos; em 1832, os primeiros cursos de farmácia; e, em 1888, o primeiro curso de odontologia no país, vinculados à Faculdade de Medicina da Bahia e à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Frisa-se que, até 1925, apenas estas profissões eram consideradas de nível superior, na área da saúde. A partir do século XX, notar-se-á o início da ampliação das escolas médicas no Brasil associada ao aumento da demanda por serviços e por profissionais de saúde no cenário do primeiro ciclo de industrialização brasileira (Silva, 2015; Pimenta; Costa, 2008; Lino-Júnior *et al.*, 2015; Wermelinger; Vieira; Machado, 2016; Gomes, 2017).

Cabe mencionar ainda que, ao final do século XIX, em 1890, é criada a primeira escola de enfermagem no Brasil, denominada “*Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras*”, voltada à atenção hospitalar. Considerava-se este espaço formativo enquanto alternativa social para meninas providas de orfanato e que não tinham perspectiva de trabalho. Destaca-se que no desenvolvimento da formação a partir da experiência desta escola, o exercício da profissão voltava-se ao saber fazer de modo simples, e que tanto a forma de ingresso quanto a permanência reforçam as diferenças sociais, em que esta profissão se apresenta em posição subalterna (Stutz, 2010; Cofen, 2024).

Nas situações descritas sobre o desenvolvimento da formação em saúde, observa-se a centralidade do processo de instrução e normatização, os quais foram sendo incorporados à formação profissional. Estes acompanhavam as mudanças socioeconômicas e o campo saúde-doença, reproduzindo a divisão social do trabalho. Nesse contexto, a educação passa a ser inserida ao lado da dinâmica estatal de intervenção na sociedade, sendo disseminada na formação em saúde, à medida que fragmenta e seleciona o saber intelectual e manual para diferentes classes sociais.

A partir de 1920, mediante as mudanças com a reforma sanitária e com a referência do *Departamento Nacional de Saúde Pública* (DNSP), com base nos princípios de profilaxia, em ações de educação e saúde com foco aos hábitos de higiene e cuidado com as moradias, nota-se o redirecionamento para a criação de cursos e escolas que formassem profissionais especializados. Neste contexto, em atuação conjunta entre a Fundação Rockefeller e o DNSP, em 1923 é criada a Escola de Enfermeiras do DNSP, futuramente designada Escola de Enfermeiras D. Anna Nery (Stutz, 2010; Cofen, 2024).

Entre as décadas de 1920 e 1940, considerando tanto o cenário de desenvolvimento urbano-industrial quanto os desdobramentos das guerras e da desigualdade social, bem como as práticas normativas e sanitárias voltadas à população, surgem os primeiros cursos relacionados à fisioterapia, psicologia, serviço social, educação física e terapia ocupacional. Neste período histórico, os cursos de fisioterapia e terapia ocupacional eram predominantemente técnicos (Pereira; Almeida, 2006; Vieira *et al.*, 2006a; Oliveira; Castro; Vilar, 2006; Cardoso, 2016; Garcia *et al.*, 2006; Pereira; Nicolletto, 2006).

No campo pedagógico, no cenário capitalista de desenvolvimento industrial e de produtivismo no pós-guerra, especialmente com a implementação do modelo taylorista-fordista de produção, a busca pela eficiência instrumental se alinha aos métodos direcionados pela pedagogia nova, apresentando o tecnicismo como orientador da prática pedagógica (Ramos, 2010).

O tecnicismo e a dimensão da máquina orgânica

No cenário em que emerge o tecnicismo, alinhado ao modo de produção taylorista-fordista, vivencia-se um contexto de regulamentação e contratação de profissionais e um paradigma de concepções concentradas na aprendizagem de habilidades técnicas para tarefas atreladas ao mercado de trabalho. Este processo educacional dialoga com a perspectiva

do capital humano, teoria desenvolvida por Theodore Schultz na década de 1960, que indica o investimento no capital intelectual como forma de aperfeiçoar as habilidades dos indivíduos, torná-los mais produtivos, e com isto ter os seus salários aumentados, proporcionando o progresso econômico. No Brasil, a perspectiva de capital humano foi concretizada com a Lei n.º 5.692/1971, que instituiu a profissionalização compulsória para o ensino de 2º Grau (Ruckstadter, 2005; Viana; Lima, 2010; Teodoro; Santos, 2011; Frasseto; Miguel, 2022).

Vale acrescentar que este modelo de produção enfatiza concepções fundamentadas na ausência de conhecimentos científicos-tecnológicos das diversas ciências, das artes e da filosofia. Destaca-se um processo de trabalho caracterizado pela mecanização, parcelização, manualização, além do distanciamento do trabalhador do produto do seu trabalho. Esse distanciamento se materializava na medida em que o trabalhador, ao ser submetido a uma função restrita à demanda da produção, não se identificava na totalidade do processo de trabalho (Kuenzer, 2005 *apud* Teodoro; Santos, 2011; Antunes, 2010; Andrade, 2015).

A concepção tecnicista evidencia a incorporação, pela escola, dos processos produtivos e sua capacidade de resposta às demandas desse processo. Ancorada na teoria dos sistemas proposta por Churchman, na administração científica do trabalho de Taylor e na psicologia comportamental de Skinner, parte-se do pressuposto de que a equalização social seria promovida pelo equilíbrio do sistema, composto por múltiplas funções interdependentes, cada uma correspondendo a ocupações específicas. Nesse campo, preconizam-se métodos e conteúdos básicos para uma conformação moral e psicofísica dos sujeitos aos padrões estabelecidos, como: planejamento e organização racional dos tempos, movimentos e espaços; disciplina rígida; obediência a normas relativas à execução do trabalho; e cumprimento dos padrões de comportamento convencionais (Ramos, 2010).

Destaca-se que, no tecnicismo, tanto o professor quanto o aluno ocupam uma posição secundária, em que o principal objetivo é que ambos executem um processo concebido, planejado, coordenado e controlado por especialistas considerados habilitados, neutros, objetivos e imparciais. Ressalta-se a perspectiva do “aprender a fazer”, que desloca a centralidade do processo de ensino-aprendizagem para os meios desenvolvidos como recursos didático-pedagógicos. Essa concepção também define o trabalho e as responsabilidades entre administradores e operários, sendo aos primeiros atribuída a função de planejamento e aos segundos a de execução das atividades (Ramos, 2010; Alberto; Placido; Placido, 2020).

No campo da saúde, é essencial destacar os reflexos que o tecnicismo trouxe para a formação dos profissionais da área. Essa concepção aliou-se ao estudo consolidado pelo

Relatório Flexner de 1910, que contemplou recomendações para a formação médica, as quais se estenderam para as demais profissões da saúde. O modelo flexneriano articula-se à medicina científica, com ênfase na reprodução da força de trabalho, no aumento da produtividade, na medicalização dos problemas sociais e políticos (Silva-Jr, 1996; Almeida; Gomes, 2014).

A medicina científica, que influenciou a reforma do ensino das profissões de saúde a partir da década de 1940, baseou-se em elementos como: o mecanicismo, que compara o funcionamento do corpo humano ao de uma máquina; o individualismo, em que o indivíduo é descontextualizado dos aspectos da vida social e considerado responsável pelo seu adoecimento; e a especialização, possibilitada pelo aprofundamento do conhecimento científico em partes específicas. Nos cursos de graduação, organiza-se o currículo em disciplinas básicas, como anatomia, fisiologia, histologia, patologia, etc., cujo processo pedagógico valoriza a memorização e a repetição dos conteúdos, sem necessariamente correlacioná-los à prática futura. No ciclo profissional, a organização é baseada nas especialidades, tendo o hospital como principal campo de atuação (Silva-Jr, 1996; Pontes; Silva-Jr; Pinheiro, 2005).

É importante mencionar que, em 1961, foi promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei n.º 4.024, a qual estabeleceu a organização da educação em três níveis (primário, médio e superior) e autorizou a realização de cursos técnicos de nível médio na área da saúde (Wermelinger; Vieira; Machado, 2016; Ramos, 2010).

Salienta-se que, a partir do final da década de 1950, especialmente em 1960, diversas profissões da área da saúde passaram a ser regulamentadas no Brasil, como serviço social, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e odontologia. Nesse período, as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional passaram a ser consideradas de nível superior (Oliveira; Castro; Vilar, 2006; Pereira; Almeida, 2006; Vieira *et al*, 2006b; Pereira; Nicoletto, 2006).

Quanto à formação técnica no Brasil, destaca-se o surgimento das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) como marco importante para o seu desenvolvimento. Apesar do reconhecimento do nível técnico como novo patamar de escolaridade, considerando que as ETSUS têm como base o princípio da integração ensino-serviço, ressoa uma contradição devido à forte vinculação dessas escolas com os serviços e aos limites que isso impõe à sua consolidação como instituição. Vale ressaltar a existência de um movimento de disputa entre as esferas governamentais, supragovernamentais e a sociedade civil, no qual segmentos progressistas propunham uma formação com menos ênfase na divisão técnica e maior ênfase nas estratégias pedagógicas. Esse movimento foi materializado através do projeto de formação em Larga Escala (PLE), que teve como foco principal trabalhadores já inseridos nos serviços e que não podiam se afastar para

cursar os cursos técnicos regulares. O contexto favorável para esse projeto foi proporcionado pela Lei n.º 5.692/1971, por meio da existência dos exames de suplência (Ramos, 2010; Bassinello; Bagnato, 2009).

É relevante mencionar o lapso temporal que marca a institucionalização educacional do nível técnico em saúde, cujo reconhecimento como nível de escolaridade ocorreu apenas no século XX. Nesse contexto histórico, destaca-se a evidência da cultura intelectual presente no trabalho técnico, que se coloca ao lado do processo produtivo, e a disputa entre um processo educacional restrito ao fazer, observado tanto na formação de nível superior quanto na de nível técnico em saúde, o qual reproduz as diferenças entre as classes sociais, e da educação que busca superar tal limitação por meio de uma perspectiva integral, com as pedagogias críticas, as quais serão aprofundadas posteriormente.

Em meados da década de 1970, destaca-se a crise do modelo de medicina científica, que se desenvolveu no contexto da crise do modo de produção taylorista-fordista. Questionava-se a ineficiência dos resultados da medicina científica, apesar dos investimentos significativos realizados para seu desenvolvimento. Além disso, criticava-se o aumento dos custos, decorrente da absorção de diversos tipos de mão de obra especializada para operar as especialidades dos serviços. Quanto ao sistema produtivo, destaca-se o modelo toyotista e o modelo de acumulação flexível como novos mecanismos a serviço do acúmulo de capital (Silva-Jr, 1996; Antunes, 2010), contexto em que se destaca a pedagogia das competências.

A pedagogia das competências e o cenário de reestruturação produtiva

A pedagogia das competências ou (neo)pragmatismo, no cenário de reestruturação produtiva, busca responder às necessidades dos novos padrões de competitividade, assim como das exigências de qualidade dos produtos e serviços, em que toma relevância a subjetividade e os seus desdobramentos no espaço de trabalho. É demandado um conjunto de competências adequadas ao mercado para o cidadão produtivo, a qual compreende a responsabilidade para realizar um trabalho com qualidade, com visão global e senso crítico. Porém, considera que a atividade política apenas diz respeito aos especialistas. Acrescenta-se também que a pedagogia das competências foi absorvida pelo capital na forma de intensificação da exploração do trabalho no modelo de acumulação flexível (Chinelli; Vieira; Deluiz, 2013; Frigotto; Ciavatta; Ramos, s.d.).

A associação da pedagogia das competências ao (neo)pragmatismo é pensada a partir de uma aproximação com o escolanovismo e com o tecnicismo, que tem como característica o

desenvolvimento mais metódico de competências, compreendida como uma possível via para sair da crise do sistema educacional. Entende-se que a aprendizagem ocorre através do pensamento reflexivo, o qual proporciona que o sujeito desenvolva respostas originais e eficazes para problemas novos. Neste sentido, resgata o fundamento psicológico construtivista de Piaget no qual as estruturas mentais são conformadas a partir da exposição a situações novas (Ramos, 2010).

Tal concepção atribui à ação a capacidade de determinar os conhecimentos, que se configuram como recursos para identificar e resolver problemas, além de orientar a tomada de decisões. Os métodos de ensino devem envolver o aluno de maneira sistemática em problemas complexos, numerosos e realistas, de modo a ativar diversos recursos cognitivos e promover o desenvolvimento da capacidade de discernimento e adaptação. A construção de novos conhecimentos, nesse modelo, é possibilitada pela aprendizagem significativa, mobilizada pelos interesses e necessidades do indivíduo. Torna-se mais importante que o estudante desenvolva um método próprio de aquisição, elaboração, descoberta e construção do conhecimento, do que simplesmente aprenda aquilo que foi elaborado por outras pessoas (Ramos, 2010).

Em relação à importância da educação no modo de produção, é relevante observar que, nas políticas educacionais do período de transição entre o século XX e o século XXI, identifica-se uma inversão na relação entre 'trabalho e educação' para 'educação e trabalho'. Tal inversão remete a uma intencionalidade operacional e instrumental da educação, articulada à capacidade produtiva dos trabalhadores, que facilitaria seu ingresso no mercado de trabalho. Em consonância com esse fenômeno, a pedagogia das competências retoma a noção de capital humano, com uma base pragmática e com a perspectiva da empregabilidade, vinculada à flexibilidade do sistema produtivo, político e cultural (Noma; Koepsel; Chilante, 2010; Teodoro; Santos, 2011; Lemos, 2010).

Dentro dessa lógica, o desemprego é associado à desqualificação do trabalhador, sem uma relação direta com a crise estrutural do capital. Assim, transfere-se para o trabalhador a responsabilidade pela sua qualificação, entendida e discutida como condição que ampliaria as possibilidades de empregabilidade. Nesse contexto, essa pedagogia molda-se às relações sociais ultraindividuais, ao desmantelamento dos direitos sociais e coletivos, e às políticas universais, apresentando-se também como uma ferramenta ideológica que mascara a falta de oportunidades de trabalho (Vissotto, 2021; Lemos, 2010; Frigotto, 2011).

No campo da saúde, essa concepção dialoga com a especificidade do trabalho, com a vida humana e com as habilidades subjetivas do trabalhador, que trazem resolutividade aos imprevistos surgidos no ambiente de trabalho. Adicionalmente, o conceito de competência alinha-se ao discurso do trabalho centrado no usuário, ao desenvolvimento da solidariedade, da humanização e do trabalho em equipe (Chinelli; Vieira; Deluiz, 2013).

A Pedagogia da libertação na oposição das relações de exploração-opressão

A pedagogia da libertação fundamenta-se no pensamento de Paulo Freire e é concebida no contexto do movimento de educação popular, defendendo a organização da educação pelo povo e para o povo, em contraposição à elitização do ensino. Trata-se de uma corrente crítica, com um forte compromisso ético-político e progressista, que se distingue por sua marcante dimensão de conscientização e envolvimento com a integração das camadas mais populares da sociedade. A educação é entendida como um instrumento para que os trabalhadores superem a dominação e a opressão a que estão submetidos na sociedade (Ramos, 2010; Saviani, 2021).

A concepção freireana parte do entendimento do homem enquanto ser histórico-social e de que a educação deve considerar o homem como ser inacabado, que pode construir-se e reconstruir-se, bem como a sua realidade, sua comunidade e sua história. Acredita-se que os condicionamentos materiais, econômicos, políticos, sociais, culturais e ideológicos, que inserem o indivíduo em um determinado contexto e identidade, são passíveis de transformação por meio da ação humana, conforme as possibilidades temporais (Ramos, 2010).

Este pensamento compreende a situação de opressão como característica humano-social e crítica a educação “bancária” como instrumento pedagógico para a sua reprodução. A relação entre educador e educando reflete o encontro dialético de suas existências, o que provoca a aprendizagem para ambos. Além disto, considera-se que a educação não é neutra, uma vez que os saberes veiculados na escola reproduzem uma hegemonia de concepção de mundo, de sociedade, de homem e de conhecimento. Considera-se que a prática educativa deve contribuir para a formação de sujeitos críticos e autônomos, que possam observar, julgar e intervir sobre o que lhe é proposto (Ramos, 2010; Saviani, 2021).

Um ponto fundamental para o desenvolvimento dessa aprendizagem é a curiosidade, entendida como a força capaz de mover os seres humanos para a compreensão de sua realidade. Nesse processo, a visão inicialmente ingênua, mediada pela problematização e compreensão, transforma-se em uma visão epistemológica. A prática educativa-progressista possui ainda uma

dimensão de esperança, pois trabalha com a perspectiva de superação dos condicionantes que limitam os seres humanos. Nesse sentido, Freire critica a perspectiva fatalista, que serve como um recurso ideológico para a manutenção do sistema capitalista (Ramos, 2010).

A pedagogia da libertação insere-se na perspectiva da fenomenologia existencial expressa pelo personalismo cristão, na qual incorpora, em parte, contribuições do marxismo. A conscientização é vista como fundamental para superar a alienação humana, sendo desenvolvida tanto pela classe dominada quanto pela classe dominante. A partir desse processo, os dominantes se solidarizariam com os dominados, deixando de oprimi-los. Contudo, essa perspectiva apresenta limites pedagógicos quando consideramos o pensamento marxista, que sustenta que o conflito entre as classes sociais é insuperável apenas no plano das consciências (Saviani, 2021; Ramos, 2010).

De acordo com essa segunda perspectiva, seria necessário superar as mediações econômicas, como a propriedade privada, a divisão social do trabalho e a mercadoria. Contudo, no sistema capitalista, a condição de classe em que se situa a classe dominante impõe um limite estrutural que não pode ser dissolvido apenas pela conscientização. O desenvolvimento da consciência de classe pela classe dominante seria uma condição para a preservação do sistema, ao passo que, para a classe dominada, a consciência de classe alcançada se configuraria como uma mediação para a revolução. Assim, é central para ambos os casos que a educação possa mediar a conscientização, a serviço da não alienação. Porém, para Freire, a conscientização seria um ponto de chegada no processo pedagógico, enquanto, para Marx, seria um ponto de partida (Ramos, 2010).

A Pedagogia histórico-crítica e o lugar da escola na sociedade

A pedagogia histórico-crítica é desenvolvida no contexto da ditadura militar, entre as décadas de 1970 e 1980, tendo como principal representante o pensador Dermeval Saviani. Este considera que o ser humano não se define por uma essência, mas adquire essa particularidade por meio das relações sociais ao longo do processo histórico, alinhando-se à concepção histórico-social do ser humano. Nesse sentido, a pedagogia histórico-crítica incorpora o materialismo histórico, compreendendo as determinações das condições da existência humana. Toma como referência a base do pensamento marxista, representada por Marx, Engels, Lênin e Gramsci (Saviani, 2014; Ramos, 2010; Saviani, 2021).

Diante disto, a prática educativa objetiva produzir, direta e intencionalmente, no indivíduo singular, a humanidade produzida coletivamente e historicamente pela sociedade.

Nesta perspectiva, considera-se como objeto de ensino os elementos culturais, produzidos pela intervenção humana, o que torna o conteúdo essencial e a escola um espaço fundamental para a socialização do conhecimento sistematizado. Embora o conteúdo tenha grande importância, ele não é um fim em si mesmo, como ocorre na pedagogia tradicional. Tampouco há ênfase no método ou na prática reflexiva em detrimento do conteúdo, como é observado na pedagogia nova. O objetivo central é a transformação do ser e do mundo por meio da apreensão do conteúdo, sendo necessário viabilizar as condições para sua transmissão e assimilação (Ramos, 2010).

Como parte desta concepção, propõe-se o método composto pelas etapas: prática social inicial, em que se leva em consideração professores e alunos enquanto agentes sociais em níveis particulares de compreensão; problematização, em que se identificam os principais problemas da prática social e os conhecimentos necessários para solucioná-los; instrumentalização, onde se trabalha a apropriação dos instrumentos teóricos e práticos para a solução dos problemas; catarse, que corresponde à incorporação dos instrumentos culturais possibilitados para a transformação ativa; e a prática social (Ramos, 2010; Saviani, 2014).

Observa-se que, na transição entre os séculos XX e XXI, com o desenvolvimento do cenário de reestruturação produtiva e aprofundamento da precarização do trabalho, também surgem embates nas lutas sociais. No campo pedagógico, isso se reflete nas diferentes concepções e intencionalidades quanto à formação profissional. Especialmente no Brasil, durante o período de redemocratização e de luta por pautas sociais, em um contexto de avanço do ideário neoliberal, a formação em saúde será reconformada, refletindo interesses particulares e contraditórios.

Ao retomar o processo de construção do SUS e da importância da formação para a qualificação da prática em saúde, destaca-se que a integração ensino-serviço vem se constituindo como estratégia político-metodológica para materializar a formação profissional aliada à realidade dos territórios. Pode-se mencionar diversas experiências, como, para o nível médio e elementar, o PLE em 1981, mencionado anteriormente; e o *Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem* (PROFAE) em 2000. Para nível superior, o *Programa de Integração Docente Assistencial* (IDA) em 1981, o *Uma nova iniciativa* (Projeto UNI) em 1990 e o *Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina* (PROMED) em 2002 (Bassinello, 2009; Borges, 2012; Dias; Lima; Teixeira, 2013; Ribeiro, 2000).

Identifica-se que tais experiências contribuíram para a inserção prática e a reformulação da formação em saúde, promovendo a aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Contudo, é importante ressaltar que a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS foi efetivamente viabilizada no contexto da operacionalização das políticas de saúde e educação, promovida pela aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, cuja institucionalidade foi consolidada com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SEGTES) em 2003 (Dias; Lima; Teixeira, 2013).

Vale destacar que, no período de 1995 a 2003, as graduações em saúde apresentam um importante crescimento no número de cursos³, assim como o aumento no processo de privatização do sistema educativo. Tais mudanças ancoram-se, dentre outros motivos, nas mudanças possibilitadas através da LDB - Lei n.º 9.394/96, que propiciaram a criação de cursos e a privatização do ensino. Destaca-se que após a promulgação desta lei, com as reformas do ensino médio e da educação profissional, tornou-se proibida a formação integrada do ensino médio e técnico (Vieira *et al.*, 2006; Campello, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que foi reformulada e teve suas diretrizes de implementação publicadas em 2007. Nesse momento, a política incorpora transversalmente a perspectiva pedagógica centrada no trabalho e na aprendizagem significativa, estruturando o processo de gestão da formação dos profissionais para o SUS. Esse processo aborda a reorientação da formação, promovendo a aproximação entre a formação e os serviços de saúde, com foco no cuidado integral e delineando a integração ensino-serviço com a participação das instâncias decisórias do SUS e das instituições de ensino na definição e condução do processo formativo. Nesse contexto, os estados passaram a desempenhar um papel mais ativo na organização da formação dos profissionais de saúde, considerando as especificidades regionais (Brasil, 2018; Gigante; Campos, 2016; Dias; Lima; Teixeira, 2013; Batista, 2013; Santos; Felipe, 2019).

Daí em diante, acrescentam-se outras experiências, tais como o *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil)*, o *Aprender-SUS*, o *Ensina-SUS*, em 2003; o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE)* I e II; e o *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE)*. É neste cenário em que também é promulgada a Lei n.º 11.129/2005, que criou a Residência em

³ Estudo realizado pela Estação de Trabalho Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-ENSP/FIOCRUZ, cuja pesquisa envolveu 14 profissões de saúde: enfermagem, fisioterapia, biologia, farmácia, nutrição, odontologia, serviço social, medicina, medicina veterinária, fonoaudiologia, biomedicina, terapia ocupacional, educação física e psicologia.

Área profissional da Saúde e instituiu a CNRMS, anteriormente mencionadas, bem como o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas-PRÓ-RESIDÊNCIA em 2009 (Brasil, 2006; Dias; Lima; Teixeira, 2013; Brasil, 2005; Brasil, 2009).

No contexto das residências em saúde, em 1976, no Brasil, pode-se identificar a criação das primeiras residências de medicina comunitária, em estados como Rio Grande do Sul (RS), Rio de Janeiro (RJ) e Pernambuco (PE). Destaca-se que, em 1978, a Residência em Medicina Comunitária São José Murialdo (RS) tornou-se multiprofissional, experiência que foi posteriormente incorporada nos outros dois estados (Falk, 2017; Rosa, Lopes, 2009).

Em 2003, por meio da interlocução entre as áreas de saúde e educação e da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES), é instituída a Lei n.º 11.129/2005, que estabelece a Residência em Área Profissional da Saúde, e a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 2.117, que institui a Residência Multiprofissional em Saúde. Nesse contexto, diversos grupos se articularam nas diferentes regiões do país para criar residências multiprofissionais e médicas (Brasil, 2006).

A literatura sinaliza que a formação em saúde ainda apresenta muitas lacunas, considerando as propostas de formação que visam a mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil. Alguns desafios podem ser identificados, tais como: fragilidade no diálogo entre profissionais, preceptores e tutores; pouco preparo para o trabalho coletivo, incluindo a produção de conhecimento; poucos profissionais com perfil e disponibilidade para preceptoria e tutoria; além da tendência de profissionais da saúde trabalharem de forma isolada, dissociada e fragmentada. No âmbito das residências integradas em saúde, estas se apresentam como projetos importantes de formação profissional, que agregam diversidade de sentidos atribuídos e de organizações didáticas (Torres *et al.*, 2019).

Silva (2018) propõe uma reflexão interessante sobre a particularidade das residências multiprofissionais em saúde. Alinhada a uma formação em saúde que acolhe a diversidade e a complexidade do contexto do SUS, sua proposta coloca como horizonte a construção de práticas interdisciplinares, que se contraponham à lógica da fragmentação dos saberes e dos fazeres. Contudo, observa-se que seu desenvolvimento ocorre em um cenário de desmonte das políticas sociais, especialmente no campo da saúde, com ênfase na política de recursos humanos, o que resulta no esvaziamento da proposta de formação integral e na possibilidade de precarização e intensificação da força de trabalho dos residentes.

O esforço teórico para compreender as concepções pedagógicas formadas nas particularidades históricas é essencial para nos aproximarmos de sua dinâmica. Com isso, é possível reconhecer tendências nas práticas de cuidado e, especialmente, nas práticas de formação em saúde, que se refletem no cotidiano, apontando caminhos no processo pedagógico que se conectem com o cuidado integral.

A integralidade do cuidado e a sua interface educativa

A integralidade é um conceito polissêmico. A partir da perspectiva epistemológica, Oliveira e Cutolo (2018) percebem que não há totalidade perceptível na relação cognitiva entre sujeito e objeto e, por este motivo, a integralidade não pode ser definida em si mesma. Por mais que haja uma aproximação com as necessidades de outra pessoa, ainda assim não seria possível compreendê-la em si. Portanto, a integralidade não se resumiria a uma característica de soma das partes. Com esta reflexão, os autores consideram a integralidade não como totalidade, mas como processo; não como fim, mas como meio.

Ao situar a integralidade no contexto das discussões do MRSB, destaca-se sua crítica às práticas de saúde e de formação em saúde fragmentadas. Compreende-se que o fenômeno saúde-doença não pode ser reduzido aos campos biológicos e ecológicos. A ampliação da concepção de saúde proposta pelo MRSB considera que sua produção está articulada a condições como alimentação, habitação, educação, trabalho, emprego, transporte, renda, meio ambiente, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso a serviços de saúde. Sua base está estruturada a partir das formas de organização social da produção, as quais podem gerar significativas desigualdades nos níveis de vida (Paim, 2008; Paim; 1997; Brasil, 1986).

Destaca-se a articulação da concepção ampliada de saúde com a determinação social da saúde. Entende-se que a saúde relaciona-se à possibilidade de o ser humano poder realizar aquilo que o gênero humano apresenta como possibilidade de realização e utilizar-se das possibilidades de transformação da natureza a partir de uma finalidade. Isto é afetado pela forma de organização social de produção. No sistema capitalista, considera-se que o mesmo sustenta-se sob um sistema de exploração social e da natureza que reproduz um sistema social insalubre, insustentável e desigual, e que dialoga com o paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia tradicional (Albuquerque; Silva, 2014; Breilh, 2013).

Observa-se, portanto, que a concepção de integralidade, que orienta a reformulação das práticas de saúde e de formação em saúde, conecta-se à constituição do ser humano, que pode

acessar as dimensões necessárias à sua reprodução, assim como às relações sociais que sustentam o funcionamento da sociedade. Esta perspectiva é coerente com a compreensão de que a correlação entre desgaste e reprodução, bem como a apropriação do conjunto de riqueza social produzida em um determinado tempo histórico, interfere na manutenção e ampliação das capacidades humanas. A saúde estaria, assim, relacionada à integridade biopsíquica vinculada à preservação das capacidades vitais para o processo de objetivação-apropriação. O desgaste dessas capacidades vitais, sem a devida restauração, pode impedir os indivíduos de desempenharem as funções que as relações sociais lhes incumbem (Gomes, 2014; Breilh, 2013).

A reflexão sobre integralidade também é abordada por Mattos (2006), que a associa ao MRSB como impulsionador desse processo. O autor concebe a integralidade como uma imagem-objetivo, que busca indicar a direção do que se pretende transformar, a partir de uma crítica a algumas características existentes que se pretende superar. Ela não é um projeto específico, mas se expressa por meio de enunciados gerais.

Mattos (2006) identifica três importantes dimensões para a integralidade: a boa medicina, que envolve a crítica à prática fragmentada e reducionista nas diferentes profissões de saúde, e a aproximação com uma prática integral, alinhada aos pressupostos da saúde coletiva; a organização das práticas, que parte da crítica à estrutura dicotomizada do sistema de saúde e visa borrar as distinções rigidamente estabelecidas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais; e as políticas especiais, que se referem às respostas governamentais a problemas de saúde ou necessidades de grupos específicos.

A partir das reflexões apresentadas, compreende-se que a “integralidade” não se constitui em um componente específico do cuidado. É uma perspectiva que sinaliza lacunas referente ao modo reduzido de enxergar e de compreender como se produz a saúde, e que procura resgatar as necessidades objetivas de reprodução da vida que se articulam à saúde que foram historicamente negligenciadas na sociedade. Isto aponta o risco de que as dimensões da vida sejam reduzidas à própria saúde. Assim, reforça-se que o cuidado integral não pode ser concretizado sem uma articulação sistêmica com outros setores e com a forma de organização social de produção.

Dessa forma, tomou-se como referência para o cuidado integral, no campo da saúde, a concepção ampliada de saúde e a saúde como um direito social. Os limites e as conexões entre o campo da saúde, os demais setores sociais e os processos da estrutura social precisam ser

objetos do cuidado, a fim de que a prática de saúde seja desenvolvida em sua particularidade e as dimensões intersetoriais e de organização social sejam transformadas no plano geral.

Ao observar a relação entre trabalho e educação, refletir sobre a integralidade do cuidado implica, necessariamente, refletir sobre o processo educativo que os orienta. Destaca-se que a fragmentação do trabalho acompanha a organização da sociedade no sistema capitalista, onde o homem é constituído sob uma perspectiva unilateral burguesa, caracterizada por limitações associadas à submissão da sociedade à dinâmica do sociometabolismo do capital (Junior, 2009).

Neste contexto, vivencia-se uma dualidade estrutural que se manifesta em uma fragmentação da escola, a qual orienta caminhos distintos para diferentes classes sociais. No campo da saúde, observa-se o foco nas especialidades, a separação entre teoria e prática, a dicotomia entre o preventivo e o curativo, assim como a formação de um profissional que se mantém produtivo sob graus progressivos de exploração do trabalho, reproduzindo uma divisão social do trabalho (Campello, 2009), sem que o processo formativo em saúde proporcione o reconhecimento desse fenômeno ou vislumbre processos de mudança.

Neste sentido, a formação deveria possibilitar o acesso às determinações dos fenômenos no processo histórico, bem como às contradições e lutas sociais sob as quais estes se constituem. No âmbito teórico-prático, é essencial a mediação do conhecimento, a fim de que o trabalhador compreenda a totalidade de seu trabalho e do seu processo de produção. Portanto, contrapõe-se à lógica de redução do conhecimento ao componente instrumental, propondo-se a superação do conceito de trabalho limitado ao contexto produtivo e ampliando-o para o plano da criatividade humana (Ramos, 2009; Frigotto; Ciavatta; Ramos, s.d.).

Para que seja superada a fragmentação do cuidado em saúde, é preciso, portanto, romper com a unilateralidade e construir em direção à omnilateralidade, a qual compreende a abertura e disponibilidade para desenvolver os variados aspectos da formação do ser social, como nos campos da moral, da ética, da prática, da criação intelectual, da afetividade, por exemplo (Junior, 2009).

Em diálogo com esta perspectiva, identifica-se no pensamento gramsciano a concepção de escola unitária, a qual, voltada para o nível básico de ensino, abrange o ideal da formação integral por meio do acesso, por parte da escola, aos elementos culturais mais desenvolvidos pela humanidade. Dessa forma, visa permitir a elevação do nível de consciência dos educandos e induzir ações individuais e coletivas mais amplas, que possibilitem a formulação de estratégias e a promoção de ações voltadas à superação das contradições sociais que desafiam a sua existência (Martins, 2021).

Nessa perspectiva, o processo educativo que possibilita a socialização do conhecimento sistematizado, abrangendo a dimensão histórico-crítica, é considerado um referencial essencial para desenvolver um processo formativo em consonância com a perspectiva da integralidade aqui considerada. Esta abordagem propõe uma aproximação com o componente da concepção histórico-crítica, que toma como base o materialismo histórico e reconhece que a prática educativa tem como objetivo proporcionar aos sujeitos o acesso à humanidade coletivamente e historicamente produzida, contemplando os elementos culturais advindos de sua intervenção (Ramos, 2010).

Tal consideração não propõe anular ou elevar, como verdade absoluta, determinada concepção pedagógica. Isso seria, inclusive, contraditório ao entendimento aqui apresentado, uma vez que se compreende que as concepções pedagógicas são produzidas no processo histórico. Nesse sentido, é essencial e oportuno reconhecê-las neste contexto, para que, sob a ótica da integralidade, sejam considerados os elementos a serem suprimidos, mantidos ou superados em determinado contexto histórico.

É importante destacar, neste momento, que “concepção” não deve ser confundida com “metodologia”. A maneira ou o procedimento utilizado para atingir determinado objetivo constitui apenas um componente do processo pedagógico. Considerando-se, por exemplo, a aferição da pressão arterial, esta pode ser uma habilidade desenvolvida a partir de um processo mecânico. No entanto, a forma de compreender como a pressão arterial de um usuário é produzida, mantida, descompensada ou recuperada em seu contexto sócio-histórico não deve ser mecânica.

Por fim, ao refletir sobre a formação em saúde, observa-se que a fragmentação restrita dos conteúdos e a redução da aprendizagem ao fazer produtivo no sistema capitalista indicam uma saturação das possibilidades de produção da saúde enquanto prática formativa. Isso sinaliza a importância de considerar a noção de formação integral para a área da saúde.

Cabe ainda mencionar que, a partir das considerações feitas, entende-se que a formação em saúde, ao buscar alinhar-se a um movimento potencial de transformação, poderia acolher, como etapa educativa, as possibilidades de organização social que permitam ao educando acessar espaços coletivos articulados ao processo de determinação social da saúde. Dessa forma, ele poderia construir conhecimento sobre as condições de incorporação aos movimentos particulares e gerais, a fim de fomentar práticas que não seriam possíveis apenas no plano singular.

O lugar da escola na formação em saúde: ou se define ou será definida

Pode-se observar que o desenvolvimento da formação em saúde no processo histórico expressa que a composição deste trabalho é fundamental para a manutenção da reprodução da sociedade. Neste processo, a constituição do espaço escolar, tanto no nível técnico quanto no superior, se coloca a favor do seu desenvolvimento na medida em que busca qualificar o fazer para a produção da saúde. A questão que se apresenta é: até onde vai essa qualificação e por quê? Os resquícios que não entram neste campo de atuação parecem estar relacionados à fragmentação da prática e da própria formação.

A partir da reconstituição histórica das concepções pedagógicas, observa-se o predomínio de concepções não críticas e funcionalistas, o que tem conduzido a formação em saúde a um rumo tecnicista, pragmático e dual, ocultando a relação intrínseca entre a formação e o mundo produtivo. Tal processo educativo se configura ao lado da hegemonia de um modelo biomédico e hospitalocêntrico, bem como da restrição dos direitos sociais, que limitam a atenção à saúde pautada na concepção ampliada de saúde.

No entanto, essas concepções e práticas não se manifestam de forma uniforme. Elas têm sido tensionadas pelas perspectivas do processo saúde-doença, veiculadas pela epidemiologia crítica, e pelas correntes pedagógicas críticas. Reconhecer essa heterogeneidade, composta por movimentos contraditórios, bem como a dimensão que une os movimentos particulares, parece indicar a formação de uma dimensão coletiva e dinâmica da concepção pedagógica.

Ao resgatar o pensamento de Gramsci (2006) sobre a manutenção da unidade ideológica na totalidade do bloco social, torna-se fundamental que as necessidades da população sejam consideradas no processo de transformação, considerando a totalidade material, histórica e contraditória na qual são produzidas. Assim, a inserção da dimensão crítica na formação em saúde pode levar os profissionais em formação a perceberem a relação entre seu trabalho e as determinações dos modos de viver e adoecer na sociedade.

Com esta reflexão e considerando a essencialidade do trabalho em saúde, propõe-se que o processo formativo não se restrinja ao fazer utilitário, nem a uma busca fatalista por postos de trabalho com uma melhor inserção no mercado. Deve-se possibilitar o reconhecimento dos limites sócio-históricos que se impõem ao seu fazer, bem como perceber os espaços de mudança que extrapolam o âmbito escolar. Contudo, esse processo não deve ser sustentado sem a socialização do conhecimento acumulado e sistematizado, servindo como substrato para novas ações e para a constituição de um novo movimento cultural.

Destaca-se, ainda, que este estudo sugere que a formação política, embora muitas vezes não aparente, se desenvolve em sua essência em articulação com o mundo do trabalho. Portanto, alerta-se para o caráter espontâneo que pode ser impresso aos educandos e para a eterna expectativa de uma militância derivada, mas que não foi apresentada ou até mesmo foi negada. Nesse sentido, enfatiza-se a importância de que a formação política esteja explicitamente evidenciada e sistematizada durante o processo formativo, sendo compreendida como parte dessa totalidade social.

REFERÊNCIAS

ALBERTO, S.; PLACIDO, R. L.; PLACIDO, I. T. M. Docência nos cursos de formação de professores que ensinam matemática: o que as pesquisas revelam? **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 15, n. esp. 2, p. 1652-1668, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6198/619865688014/html/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde debate**, [S. l.], v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014.

ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014. DOI: 10.14572/nuances.v25i1.2728.

ALVES, D. J. Notas para o estudo do trabalho industrial urbano: o princípio educativo da “escola para todos” a partir da modernidade. **Revista Trabalho Necessário**, [S. l.], v. 18, n. 35, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/40491/24288>. Acesso em: 17 nov. 2024.

ANDRADE, R. T. **Interfaces entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados. In: GUIMARÃES, C.; BRASIL, I.; MOROSINI, M. V. (org.). **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 2010.

BASSINELLO, G. A. H.; BAGNATO, M. H. S. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de lembrar. **História da Enfermagem Rev. Bras. Enferm.**, [S. l.], v. 62, n. 4, 2009. DOI: 10.1590/S0034-71672009000400022.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jun. 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2022.

BORGES, F. T.; GARBIN, C. A. S.; SIQUEIRA, C. E.; GARBIN, A. J. Í.; ROCHA, N. B.; LOLLI, L. F.; MOIMAZ, S. A. S. Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 4, p. 977-87. 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000400020.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional da Saúde**: Relatório final. Brasília: Ministério da saúde, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. **Lei N 11.129, de 30 de junho de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm. Acesso em: 28 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial ME/MS Nº 1.001, de 22 de outubro de 2009**. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. Brasília, 2009.

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?** Primeira edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 13 jan. 2023.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, [S. l.], v. 31, n. supl. 1. 2013.

CAMPELLO, A. M. Dualidade educacional. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CARDOSO, P. F. G. 80 anos de formação em Serviço Social: uma trajetória de ruptura com o conservadorismo. **ARTIGOS • Serv. Soc. Soc.**, [S. l.], v. 127, 2016. DOI: 10.1590/0101-6628.079.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M.; DELUIZ, N. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, M. V. G. C.; LOPES, M. C. R.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F.; VIEIRA, M. (org.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação para o SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Raízes históricas da profissão: Primeiras escolas de Enfermagem no Brasil**. 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/raizes-historicas-da-profissao-primeiras-escolas-de-enfermagem-no-brasil/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

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**, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FALK, J. W. **Medicina de Família e Comunidade no Brasil: 42 anos de história**. In: Anais Do Congresso Brasileiro De Medicina de Família E Comunidade, 2017. Anais eletrônicos do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, Campinas, Galoá, 2017. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc/trabalhos/medicina-de-familia-e-comunidade-no-brasil-42-anos-de-historia?lang=pt-br>. Acesso em: 16 nov. 2024.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRASSETO, D. L. P.; MIGUEL, M. E. B. A reforma do ensino médio brasileiro no contexto histórico de aprovação das Leis nº 5.692/71 e nº 13.415/17. **Revista Educação em Foco**, Juiz de Fora, v. 27, n. 1, p. 27024-27024, 2022.

FRIGOTTO, G. Novos fetiches mercantis da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE, J.; PAIVA, L. G. (org.). **As políticas públicas para a educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. **O trabalho como princípio educativo no projeto de educação integral de trabalhadores – Excertos**. [S. l.: s. n.], [21--].

GARCIA, A. C. P.; FILHO, A. A.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, S. P.; OLIVEIRA, E. S. Educação física. In: VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. (org.). **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00124.

GOMES, R. M. Trabalho Médico e Trabalho em Saúde na Contemporaneidade. In: GOMES, R. M. **Humanização e desumanização no trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**, 4. ed. Civilização brasileira: Rio de Janeiro, 2006. v. 1.

JUNIOR, J. S. Omnilateralidade. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/omn.html>. Acesso em: 25 maio 2023.

KONDER, L. **Marx: vida e obra**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

KUENZER, A. Z. **O Ensino Médio**: Construindo uma proposta para os que vivem do trabalho. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LEMOS, C. L. S. **A Concepção de educação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. 2010. Tese (Doutorado em Educação Brasileira) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2010.

LIMA, J. C. F.; MATTA, G. C. Documento síntese. *In*: LIMA, J. C. F.; MATTA, G. C. (org.). **Debates e síntese do Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010;

LINO-JÚNIOR, H. L.; GABRIEL, M.; DARUGE-JÚNIOR, E.; SILVA, R. H. A. Ensino de Odontologia Legal no Brasil: um convite à reflexão. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 38-46, 2015. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/161/153>. Acesso em 12 nov. 2023.

MARTINS, M. F. Gramsci, educação e escola unitária. **ARTIGOS Educ. Pesqui.**, [S. l.], v. 47, 2021. DOI: 10.1590/S1678-4634202147226099.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS: ABRASCO, 2006.

NASCIMENTO, L.; FAVORETO, A. Teorias da transformação social e da educação: um debate à luz de Gramsci. **Revista práxis e hegemonia popular**, Marília, v. 7, n 10, p. 158-182, 2022. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/PHP/article/view/13955/10022>. Acesso em: 24 set. 2023.

NETTO, J. P. Introdução ao método da teoria social. *In*: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. Disponível em: http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/morena.marques/disciplina-servico-social-e-processos-de-trabalho/bibliografia/livro-completo-servico-social-direitos-sociais-e-competencias-profissionais-2009/at_download/file. Acesso em 15 ago. 2023.

NETTO, J. P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOMA, A. K.; KOEPESEL, E. C. N.; CHILANTE, E. F. N. Trabalho e educação em documentos de políticas educacionais. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n. esp., 2010. DOI: 10.20396/rho.v10i38e.8639751.

OLIVEIRA, I. C.; CUTOLO, L. R. A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S. l.], v. 42, n. 3, p. 146-152. 2018. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170102r1.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Serviço social. *In*: VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. (org.). **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para

uma política de recursos humanos. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2006;

PAIM, J. S. **Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira**. Saúde e democracia - a luta do Cebes. 1997. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6538/1/Paim%20JS.%20%20Bases%20conceituais.%201997.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2023.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a reflexão crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2022.

PAIM, J. S. A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. *In*: **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 153-174. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 03 mar. 2023.

PEREIRA, L. A.; ALMEIDA, M. J. Fisioterapia. *In*: VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. (org.). **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PEREIRA, L. A.; NICOLETTO, S. C. S. Terapia ocupacional. *In*: VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. (org.). **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PIMENTA, T. S.; COSTA, E. A. O exercício farmacêutico na Bahia da segunda metade do século XIX. Análise. **Hist. Cienc. Saúde**. Manguinhos. v. 15, n. 4, 2008. DOI: 10.1590/S0104-59702008000400007.

PONTES, A. L. M.; SILVA-JR, A. G.; PINHEIRO, R. Ensino da saúde e a rede de cuidados na experiência de ensino-aprendizagem. *In*: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (org.) **Ensinar Saúde**: a integralidade e os cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005. p. 215-74.

RAMOS, M. N. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 18, supl. 2, p. 55-59, 2009.

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

RIBEIRO, E. C. O. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 7, 2000. DOI: 10.1590/S1414-32832000000200014.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde**, [S. l.], v. 7, n. 3, 2009. DOI: 10.1590/S1981-77462009000300006.

RUCKSTADTER, V. C. M. Educação e economia nos anos 1990: a resignificação da teoria do capital humano. *In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL*, 2., 2005, Cascavel. **Anais [...]**. Cascavel, PR: UNIOESTE, 2005.

SANTOS, J. S.; FELIPE, D. A. Tecendo os caminhos da implantação da Política de Educação Permanente em Saúde no estado de Pernambuco. *In: SANTOS, J. S.; FELIPE, D. A. (org.). Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede*. Pernambuco. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2019.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], v. 12, n. 3, 2007.

SAVIANI, D. A pedagogia histórico-crítica. **Revista Binacional Brasil Argentina**, Vitória da Conquista, v. 3, n. 2, p. 11-36, 2014.

SAVIANI, D. Pedagogia histórico-crítica e pedagogia da libertação: aproximações e distanciamentos. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 13, n. 3, p.170-176, dez. 2021. ISSN: 2175-5604. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/47177/25792>. Acesso em: 26 nov. 2023.

SILVA-JR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva**. São Paulo, 1996.

SILVA, H. B. **A proliferação de escolas médicas no Brasil**. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/a-proliferacao-de-escolas-medicinas-no-brasil/>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018. ISSN 1982-0259. DOI: 10.1590/1982-02592018v21n1p200.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em debate**, [S. l.], 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBgLB/>. Acesso em 17 nov. 2022.

STUTZ, B. L. As primeiras escolas de enfermagem e o desenvolvimento desta profissão no Brasil. **Cadernos de História da Educação**, [S. l.], v. 9, n. 2, 2010. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/che/article/view/11450/6713>. Acesso em: 05 nov. 2023.

TEODORO, E. G.; SANTOS, R. L. Trabalho como princípio educativo na educação profissional. **Revista de C. Humanas**, [S. l.], v. 11, n. 1, 2011.

TORRES, R. B. S.; BARRETO, I. C. H. C.; FREITAS, R. W. J. F.; EVANGELISTA, A. L. P. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 23. 2019. DOI: 10.1590/Interface.170691.

VIANA, G; LIMA, J. F. Capital humano e crescimento econômico. **Interações**, Campo Grande, v. 11, n. 2, 2010. DOI: 10.1590/S1518-70122010000200003.

VIEIRA, A. L. S.; SILVEIRA, D. P.; GARCIA, A. C. P.; FILHO, A. A.; OLIVEIRA, S. P. Psicologia. *In*: VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. (org.). **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A.; OLIVEIRA, S. P.; GARCIA, A. C. P. Panorama das graduações em saúde no Brasil - 2003. *In*: VIEIRA, A. L. S.; FILHO, A. A. (org.) **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil**: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Dinamica_Graduacoes_Saude.pdf. Acesso em: 07 nov. 2023.

VISSOTTO, C. Pedagogia das competências: educação para a emancipação ou semiformação? *In*: SILVEIRA, B. S. L.; SOUZA, G. J. A.; MORANDO, I. A.; FERREIRA, L. A. B.; VENTURA, L.; RIPA, R. (org.). **Pesquisas em Educação**: uma conversa com os clássicos e com a Teoria Crítica da Sociedade. 1. ed. Foz do Iguaçu: Editora CLAEAC, 2021. Disponível em: <https://publicar.claec.org/index.php/editora/catalog/view/45/46/355>. Acesso em: 29 nov. 2024.

VIVAN, R. P. **O trabalho como princípio educativo**: algumas reflexões. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/156403960/o-trabalho-como-principio-educativo-algumas-reflexoes>. Acesso em: 26 nov. 2023.

WERMELINGER, M.; VIEIRA, M.; MACHADO, M. H. Evolução da formação na equipe de enfermagem: para onde aponta a tendência histórica? **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 56, p. 134-147, 2016. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/884448/evolucao-da-formacao-na-equipe-de-enfermagem-para-onde-aponta-a_UjVCGQ9.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023.

CRediT Author Statement

- Reconhecimentos:** Agradecemos a Cristiane Simão Lopes Lemos por sua contribuição teórica e por provocar a esperança através da construção do conhecimento; e ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, PE, pelo apoio financeiro a este trabalho.
 - Financiamento:** Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, PE.
 - Conflitos de interesse:** Não há.
 - Aprovação ética:** Não se aplica.
 - Disponibilidade de dados e material:** Os artigos, assim como os materiais disponíveis por meio dos links, são de acesso público.
 - Contribuições dos autores:** Ambas as autoras contribuíram na concepção do estudo; no desenvolvimento da metodologia; na aquisição, análise e interpretação de dados; na revisão crítica do conteúdo; na aprovação da versão final para publicação; e no âmbito da responsabilidade geral pelo estudo.
-

Processamento e editoração: Editora Ibero-Americana de Educação.
Revisão, formatação, normalização e tradução.

