

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O PRINCÍPIO DA EQUIDADE EM SAÚDE: ANÁLISE DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Recebido em: 08/04/2026

Aceito em: 24/07/2026

DOI: 10.25110/educere.v26i1.2026-12735



Maria Clara Santana Maroja¹
Lara Maria Alves de Carvalho²
Maxsuel Mendonça dos Santos³
Samara Cibeles Fernandes Barreto Magnos⁴
Paloma Roberta Diniz⁵
Marília Jacqueline Ferreira de Moura⁶
Vinícius Lima do Nascimento⁷
José Jailson de Almeida Júnior⁸

RESUMO: Pretende-se, a partir dos achados em uma realidade de formação multiprofissional em serviços de Saúde Mental, desenvolver discussões conduzidas pelo entrelaçar dos pressupostos pedagógicos de Paulo Freire com as ideias norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), aqui aprofundadas no princípio da equidade. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso, realizada em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Entre os elementos pedagógicos problematizadores, verificou-se a coerência do cuidado com o contexto de vida dos usuários do SUS, o que se mostrou como uma ferramenta eficiente à concretização da equidade em saúde, de modo a considerar as diferenças para reduzir as disparidades entre os sujeitos assistidos. A Educação Problematizadora configura-se como um instrumento capaz de transformar a realidade por meio da ação ética e política em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação de Recursos Humanos Especializados; Equidade na Assistência à Saúde; Formação Acadêmica; Internato não Médico.

¹ Doutoranda em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. FACISA.

E-mail: claramaroja@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1392-8145>

² Mestra em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. FACISA.

E-mail: la3107228@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7476-0051>

³ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

E-mail: maxsuelmendonca2016@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0810-2525>

⁴ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

E-mail: smagnosacademico@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6465-2254>

⁵ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. FACISA.

E-mail: paloma-rd@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8285-8470>

⁶ Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. FACISA.

E-mail: marilia_jacqueline@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8134-8476>

⁷ Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

E-mail: lima.viniciusn@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0508-1352>

⁸ Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN.

E-mail: jailson.junior@ufrn.br, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7448-0703>

PROFESSIONAL TRAINING AND THE PRINCIPLE OF EQUITY IN HEALTH: AN ANALYSIS OF A MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY PROGRAM

ABSTRACT: According to findings from a real world experience of multiprofessional training within Mental Health services, this paper aims to develop discussions guided by integrating Paulo Freire's pedagogical assumptions with the guiding principles of the Unified Health System (SUS), which include a discussion of equity as a principle. In this study, an evaluative, participatory approach is implemented in a multiprofessional residency program in mental health, utilizing a qualitative approach. It was observed that the coherence of care with the life context of SUS users was among the problematizing pedagogical elements, which has proved to be an effective method to achieve health equity, as it reduces disparities between assisted individuals by taking into account differences. Problematizing Education is conceived as a means of transforming reality by taking ethical and political actions in the health sector.

KEYWORDS: Academic Training; Equity in Health Care; Nonmedical Internship; Specialized Human Resources Training.

FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL PRINCIPIO DE EQUIDAD EN SALUD: UN ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL

RESUMEN: Según los hallazgos de una experiencia real de formación multiprofesional en los servicios de Salud Mental, este trabajo tiene como objetivo desarrollar discusiones guiadas por la integración de los supuestos pedagógicos de Paulo Freire con los principios rectores del Sistema Único de Salud (SUS), que incluyen una discusión sobre la equidad como principio. En este estudio, se implementa un enfoque evaluativo y participativo en un programa de residencia multiprofesional en salud mental, utilizando una metodología cualitativa. Se observó que la coherencia del cuidado con el contexto de vida de los usuarios del SUS estaba entre los elementos pedagógicos problematizadores, lo que ha demostrado ser un método eficaz para lograr la equidad en salud, ya que reduce las disparidades entre los individuos asistidos al tener en cuenta las diferencias. La Educación Problematizadora se concibe como un medio para transformar la realidad mediante la toma de acciones éticas y políticas en el sector de la salud.

PALABRAS CLAVE: Capacitación de Recursos Humanos Especializados; Equidad en la Atención de la Salud; Formación Académica; Internado no Médico.

1. INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira há décadas busca uma concreta democratização dos serviços de saúde. Nessa história de lutas, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como a mais importante das conquistas. Nascido na Constituição Federal, promulgada em 1988, o SUS teve seu projeto original pensado sob as influências de um contexto político marcado pelos movimentos sociais contrários ao autoritarismo do regime militar

(Paim, 2008). Desde então, o texto constitucional brasileiro, em seu artigo nº 196, concebe a saúde como “um direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

Esse enunciado legal desdobra-se em princípios e diretrizes que explicam a noção de “todo” presente na lei. Alguns autores sistematizam a compreensão das ideias norteadoras do SUS esclarecendo, inicialmente, que dizer que a saúde é direito de todos significa defender a universalidade do acesso. Por outro lado, explicam os autores, o “todo” desse enunciado sobre o direito à saúde deve ser entendido também como um direito a toda a saúde, o que se defende com o princípio de integralidade. Por conseguinte, deve-se entender que o “todo” do acesso universal e o “todo” do cuidado integral não nos levam a uma concepção padronizada e homogeneizante das ofertas no campo da saúde: para quem precisa mais, mais ofertas e, assim, promover a equidade entre todos os assistidos. Daí, então, os três princípios: universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas. Esses princípios acionam um sistema de produção de saúde, movimentado pelas diretrizes operacionais da descentralização, da territorialização e da participação (Passos, Carvalho, 2015).

O contexto político nacional de criação do SUS também é conhecido pela efervescência das ideias político-pedagógicas de Paulo Freire (2019), para a superação do poder opressivo do Estado. Suas perspectivas sobre a educação vão de encontro ao modelo curricular técnico-linear. Suas propostas apoiam-se em pressupostos pedagógicos centrados na resolução de problemas reais, guiadas por uma relação educador-educando dialógica, humanizada e reflexiva.

Segundo Emmerich e Fagundes (2015), no campo da saúde, a construção do conhecimento sob essa ótica inspira o estabelecimento de uma relação profissional-paciente também dialógica e humanizada, que valoriza a participação direta dos sujeitos assistidos para uma atenção justa e eficiente à saúde.

As contribuições do pensamento crítico-libertador freiriano para a construção do conhecimento e das práticas em saúde são claras não apenas na história de criação do SUS mas, até hoje, na inspiração de transformações dos processos formativos e de trabalho nessa área, apesar da necessidade de um melhor evidenciamento, na literatura científica e normativa, dessas relações.

As Residências Multiprofissionais em Saúde são a mais complexa e avançada dessas transformações. 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 RMSs caracterizam-se pelo ensino em serviço, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais e sob a orientação de profissionais de qualificação ética e profissional na figura de tutores – docentes – e preceptores – profissionais vinculados aos serviços de saúde (Brasil, 2006).

Desse modo, trabalha-se atualmente pela consolidação dos princípios doutrinários e diretrizes operacionais do SUS, por meio da educação problematizadora possibilitada pela aproximação entre as entidades formadoras de profissionais e a rede de serviços de saúde.

Nesse sentido, o presente artigo pretende, a partir dos achados em uma realidade de formação multiprofissional em serviços de Saúde Mental, desenvolver discussões conduzidas pelo entrelaçar dos pressupostos pedagógicos de Paulo Freire – e de pesquisadores que se debruçaram sobre as concepções da pedagogia freiriana – com as ideias norteadoras do Sistema Único de Saúde, aqui aprofundadas no princípio da equidade e na diretriz da participação social. Este estudo, portanto, tem seus esforços situados na perspectiva da reflexão crítica, dialética e de qualificação das ações pedagógicas em saúde para o fortalecimento do SUS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso Único. O lócus de estudo escolhido foi o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, oferecido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da NN [eliminado para efeitos da revisão por pares], cujo Projeto de Curso – submetido em 2015 à aprovação pela Coordenação Geral de Residências Multiprofissionais em Saúde, Ministério da Educação e Cultura – estabelece a metodologia de ensino baseada na Pedagogia Problematicadora de Paulo Freire.

Foram aplicadas entrevistas individuais semiestruturadas aos tutores (7) e preceptores (7), bem como dois encontros de grupo focal com 20 residentes (tendo sido o primeiro encontro realizado no mês de ingresso da turma – março – e o segundo, com os mesmos participantes, ao final do primeiro ano de curso – dezembro). Os tutores e preceptores foram selecionados a partir de um único critério de exclusão: tempo de atuação no programa inferior a um ano. Todos os tutores e preceptores aptos a participar da pesquisa foram entrevistados.

O roteiro para aplicação do primeiro encontro de grupo focal com os residentes contemplou questões distribuídas nos seguintes eixos temáticos: 1) Processos de capacitação e; 2) Concepções sobre problematização nas práticas profissionais em saúde. Quanto ao roteiro para aplicação do segundo grupo focal, este foi construído em um eixo temático único: Processos de trabalho e concepções sobre problematização nas práticas profissionais em saúde. Estes três eixos temáticos foram contemplados também nos roteiros para entrevistas semiestruturadas com tutores e preceptores, acrescidos do eixo 4) Percepções sobre as práticas profissionais dos residentes. Os instrumentos para as entrevistas individuais foram validados por meio da aplicação de entrevistas a tutores e preceptores de outros dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Observou-se na ocasião do pré-teste, se houve compreensão do conteúdo por parte dos entrevistados, se a ordem das questões obedecia a uma lógica sem indução de respostas e se todos os objetivos haviam sido contemplados.

Todas as técnicas para coleta de dados foram executadas pela pesquisadora autora da tese de doutorado que originou o presente artigo. As entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital de voz e transcritas na íntegra, utilizando-se codinomes para preservar a identidade dos participantes.

Os dados coletados foram então analisados seguindo-se as etapas propostas por Análise de Conteúdo de Bardin (2015) : 1) Pré-análise (leitura do material e organização dos dados segundo os eixos temáticos e sujeitos –residentes, tutores e preceptores); 2) Exploração do material (classificação dos dados segundo duas categorias de análise previamente estabelecidas: a) Elementos curriculares freirianos nas práticas pedagógicas – identificação desses elementos, suas limitações e seus fatores facilitadores – e; b) Práticas problematizadoras nas atividades dos residentes nos serviços de saúde – identificação dessas práticas, suas limitações, fatores facilitadores, avanços ao longo do curso, suas relações com as ideias instituintes do SUS e as associações com os elementos curriculares freirianos) e; 3) Tratamento dos resultados e interpretação (estabelecimento de articulações entre os dados coletados e os referenciais teóricos, do qual emergiu o tópico que intitula o presente artigo).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do NN [eliminado para efeitos da revisão por pares], sob o protocolo nº 65311717.6.0000.5185, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Se, por um lado, o modelo hegemônico de ensino e de aprendizagem em saúde vem gerando condutas tecnicistas e limitadas às questões biológicas no processo de adoecimento, por outro lado, experiências com a metodologia problematizadora na formação desses profissionais parecem imprimir processos de trabalho comprometidos com uma visão crítica e resolutive dos problemas encontrados nas rotinas dos serviços públicos de saúde e da realidade de vida da população (Maroja, Junior e Noronha, 2019).

No que se refere ao funcionamento dos serviços de saúde, a experiência educacional *locus* deste estudo, mostrou que uma das dificuldades no enfrentamento dos problemas cotidianos das unidades é a alta rotatividade dos profissionais de saúde, contratados muitas vezes por questões político-partidárias e rapidamente substituídos, especialmente em períodos de mudança de gestão. Segundo os residentes, vem daí a razão de os profissionais de saúde não se sentirem confortáveis ao falar sobre os entraves nas rotinas dos serviços. Diante dessa situação, em uma determinada unidade de saúde, os residentes criaram um espaço externo ao serviço – fora do ambiente de ameaças políticas –, para discutirem, junto à equipe de saúde, os problemas e dificuldades na atenção à saúde, conforme foi relatado nos depoimentos abaixo:

“[...] Eu vejo que os vínculos empregatícios é que são a base disso, a precarização desses vínculos. E os profissionais fazem tudo ‘pisando em ovos’, sabe? Sempre querendo agradar a gestão, a direção. [...] Então ‘Vamos tentar... Vamos sentar e conversar...’, ‘Como que a gente pode fazer isso acontecer?’ [...]” (Residente RGS).

“[...] eles (os residentes) viam essas dificuldades, esses problemas e não conseguiam resolver. Então eles acreditaram que tinham que sair do serviço, criar um espaço fora da unidade para falar das dificuldades dos serviços com as pessoas dos serviços, mas não dentro do serviço, porque essas pessoas estavam ameaçadas no próprio trabalho delas, né? Inclusive unidades que estavam para ser fechadas, com ameaça de não ter mais infraestrutura suficiente pra continuar existindo, e os residentes começaram a ficar muito incomodados com isso e começaram a criar esses momentos de discussão desses problemas” (Tutor MMQN).

A partir das falas dos participantes, foi possível compreender a percepção acerca dos desafios enfrentados no ambiente de trabalho, os quais se caracterizam pela precarização dos vínculos empregatícios e pela pressão para agradar a gestão e a direção. Esse desgaste nas relações contratuais do SUS tem influência da Lei de Responsabilidade Fiscal, promulgada em 2000, que se coaduna com a concepção de um Estado Mínimo para os direitos sociais, ao concentrar esforços na redução de despesas relacionadas ao

funcionalismo público. Em decorrência desse cenário, observa-se a ocupação de muitos postos de trabalho no setor público por profissionais com vínculos precários. Essa realidade se evidencia de forma significativa no âmbito do SUS, onde uma parcela substancial dos trabalhadores está sujeita a diferentes formas de precarização de vínculos (Silva, 2022).

Nesse contexto, torna-se evidente a contradição enfrentada pelos trabalhadores da saúde mental, que, apesar de serem considerados fundamentais para a concretização da reforma psiquiátrica, ao lidarem com condições precárias de trabalho, perdem autonomia, independência e capacidade de organização. Essa realidade contribui para a complexidade do cenário, especialmente em relação à Política Nacional de Saúde Mental, que se desenvolve em meio a uma crise que se intensificou no Brasil na última década, agravada pela reforma do Estado brasileiro, implementada pela Lei nº 13.467/2017, que introduziu nas instituições públicas as principais características do capitalismo flexível global (Lima, Sampaio e Souza, 2023).

Somada à alta rotatividade dos profissionais de saúde, foi referida a sobrecarga de trabalho à qual esses profissionais são submetidos, causada pelo quadro insuficiente de trabalhadores. Profissionais sobrecarregados são impossibilitados de desenvolverem o trabalho em equipe e de prestar a devida atenção à saúde dos usuários. Como consequência de toda essa trama, somente os casos agudos de sofrimento mental acabam recebendo uma assistência efetiva, em detrimento dos assistidos crônicos, que, por não se encontrarem em surto, teoricamente não demandariam cuidados imediatos. Essa foi uma das situações constatadas pelos residentes, a partir da problematização da realidade nos serviços de saúde, conforme o relatado:

“[...] Por esses fatores que as meninas já colocaram, muitos casos a gente teve na residência que fomos nós que enxergamos ou fomos nós que acreditamos. Então os profissionais não enxergam mais, não olham mais aquele usuário, né? Deixam ele lá, escanteado. Parece que aquele usuário mais calado, que não dá trabalho, a equipe não olha, a equipe só olha pra quem dá trabalho, pra quem está surtando, pra quem está movimentando o CAPS, não é o que está quieto, não olha. Mas o que está quieto, quando sair dali dois dias, três dias depois ele (o profissional de saúde) recebe um telefonema, a família liga dando satisfação, ‘ele foi hospitalizado porque ele tentou suicídio, tomou todos os medicamentos depois que recebeu do Caps’” (Residente MSFR).

Percebe-se uma preocupação com a falta de atenção dada pelos profissionais de saúde mental aos pacientes aparentemente estáveis. Dessa forma, muitos casos de crise não são identificados pela equipe profissional, que tende a focar apenas nos pacientes

mais visivelmente perturbados ou problemáticos. Essa falta de atenção é um tipo de negligência que pode resultar em situações graves, como tentativas de suicídio. Considerando essa fala, destaca-se a importância de não subestimar o estado mental dos pacientes aparentemente tranquilos pois eles podem precisar de uma abordagem mais abrangente e atenta por parte dos profissionais de saúde mental.

Infelizmente, é comum que muitos profissionais de saúde enfoquem as situações unicamente sob a perspectiva profissional, o que pode restringir a eficácia do cuidado em saúde mental. Por isso, torna-se fundamental ampliar a compreensão das experiências dos pacientes, visando aprimorar o desempenho do cuidado em saúde mental. É necessário destacar que a assistência à saúde deve ser direcionada por uma abordagem holística, privilegiando a subjetividade e os valores humanos em detrimento de uma ênfase estritamente biomédica (Shojaei *et al.*, 2023). Atitudes inadequadas da equipe e a falta de confiança podem ter um impacto prejudicial na jornada do paciente durante a assistência em saúde mental, resultando em repetidas reapresentações ao serviço, pois o suporte adequado não é recebido (McCarthy *et al.*, 2024).

Para além da crucial questão da inadequada gestão de pessoal no SUS, outro fator limitante para a prática da problematização na atenção à saúde, identificado pelos residentes, foi a ineficiente gestão dos recursos financeiros, refletida, por exemplo, na falta de estrutura física adequada das unidades de saúde (salas para trabalhos coletivos, reuniões etc.) e disponibilização de transporte para realização de visitas domiciliares.

A administração inadequada dos recursos humanos e financeiros no SUS tem sido ressaltada como alguns dos entraves que resistem ao longo da história do SUS. Alguns estudos destacam, como problemas a serem equacionados, as condições vigentes de precarização do trabalhador – incluindo a baixa remuneração, ausência de planos de carreiras e pouco investimento em programas para formação e capacitação profissional – fatores que levam à desmotivação dos trabalhadores da saúde. Outro entrave é o subfinanciamento do Sistema, além da inadequada alocação dos recursos e da ineficiência do gasto (Paim, 2012; Vasconcelos, Pasche, 2006).

Percebe-se, portanto, que, no contexto atual de gestão da saúde no Brasil, onde os trabalhadores enfrentam a precariedade dos recursos e dos arranjos organizacionais, a academia é responsável por algumas das estratégias para a reorganização da saúde numa direção de maior coerência com os preceitos constitucionais do SUS. Essas estratégias educacionais acabam, entretanto, sendo limitadas pelos mesmos obstáculos do Sistema e

apresentam importantes dificuldades para a prática efetiva dos princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde.

As situações-limite reveladas refletem relações de opressão e dominação sofridas pelos trabalhadores da saúde. O que muitas vezes pode parecer conformismo ou adaptação à situação que os oprime na verdade pode ser o enfrentamento de uma dualidade por esses sujeitos, através da qual buscam a liberdade e, ao mesmo tempo, a temem, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la (Campos; Wendhausen 2007).

Nesse contexto, deve-se reconhecer que a proposta das Residências Multiprofissionais em Saúde, alinhada com a pedagogia problematizadora, pode contribuir para o enfrentamento desses entraves e auxiliar na consolidação da reorganização do SUS, de modo a gerar microrrupturas no modelo hegemônico da formação e das práticas em saúde, a partir de um movimento permanente de (des)construção dos processos de trabalho, que aponta para o pensamento crítico, reflexão, busca pela autonomia libertadora e intervenções transformadoras no Sistema.

Garantir espaços de inserção nos serviços para a realização de processos de formação em saúde é, portanto, fundamental, se desejamos produzir fissuras na lógica que dicotomiza teoria e prática, como se não fosse imprescindível que esses dois componentes da aprendizagem estivessem sempre em conexão, um produzindo o outro. Assim, nos serviços de saúde, encontram-se linhas de cuidado mais ou menos flexíveis e linhas fortemente cristalizadas, que se misturam em um processo de afetação mútua, produzindo ações, formas de pensar, perceber, ouvir, enunciar, desejar e, consequentemente, novos territórios existenciais, possibilitando outras experimentações (Pasini, 2010).

A proposta de uma ação transformadora no cuidar da saúde fundamenta-se na condição de o profissional retornar ao senso comum, não no sentido de destruí-lo, mas de torná-lo mais coerente e consciente de sua realidade concreta, frente ao sistema de saúde instituído, que, por vezes, contrapõe-se às suas expectativas. É no desvelamento das situações limites e desafiadoras que o profissional se torna cada vez mais capaz de agir politicamente, como corresponsável na construção de um modelo que melhor satisfaça à saúde (Alvim; Ferreira, 2007).

Quando falamos em um modelo de saúde mais satisfatório, devemos ter em mente não apenas a superação dos entraves operacionais que o sistema de saúde tem apresentado

– distintos entre os diversos serviços – mas também que o Brasil ainda é um país de muitas contradições sociais. Reduzir as disparidades regionais e sociais é um desafio cujo enfrentamento também se dá por meio das ações e serviços de saúde. Nesse sentido, o SUS prevê, em seus documentos normativos, o princípio da equidade, segundo o qual essa necessidade deve ser suprida pelo trabalho permanente de incorporação tecnológica e investimento estratégico e prioritário no combate a situações agudas ou extremas (Brasil, 2000).

Albrecht *et al.* (2017), ao analisarem a evolução do conceito de equidade em saúde na produção científica brasileira observaram que, quando a equidade foi apresentada pela primeira vez após a criação do SUS, seu conceito estava relacionado à igualdade dos cidadãos perante as ações e os serviços do SUS (Brasil, 1990). Na década seguinte, observa-se uma substituição gradativa do enfoque na igualdade dos cidadãos pela ênfase na redução das disparidades sociais e regionais do país (Albrecht *et al.*, 2017). Segundo os autores, essa mudança surge como influência das contribuições de Whitehead (1992), que relaciona diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar essas disparidades. Whitehead (1992. p. 07) afirma que “todos devem ter uma justa oportunidade para atingir seu total potencial de saúde”.

Após as contribuições de Whitehead, diferentes concepções de equidade continuaram a ser definidas, sob perspectivas cada vez mais avançadas, as quais levam em conta a multidimensionalidade da saúde, buscando alcançar maior profundidade sobre as aspirações e oportunidades dos cidadãos, não se restringindo apenas ao acesso dos indivíduos – sujeitos a desigualdades injustas e evitáveis ao sistema de saúde. De qualquer forma, a busca pela equidade em saúde deve constituir-se numa forma de garantir um direito social, à saúde, fortalecendo o protagonismo do indivíduo em um sistema democrático. Devem-se pensar meios de consolidar a equidade, enfrentando a escassez de recursos, de forma contínua (Albrecht *et al.*, 2017).

Ribeiro (2015) reforça que a questão da equidade em saúde 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 funcionais, nos quais o que se pretende igualar é a integridade funcional desses sistemas.

A equidade é, assim, um princípio abstrato, relacionado a aspectos éticos e morais, e sua operacionalização tem apresentado importantes dificuldades. Exemplos dessas

limitações foram constatados nos depoimentos anteriores, ao percebermos que alguns usuários tiveram seu acesso aos serviços ameaçado, ou, quando atendidos, tiveram suas necessidades de saúde subestimadas. As práticas profissionais problematizadoras aparecem nesse contexto como fortalecedoras da consciência sobre a complexidade dos cenários onde o SUS se desenvolve bem como do equilíbrio nas disputas entre distintos interesses, diferentes sujeitos e diferentes necessidades.

A pluralidade social também é a razão pela qual o SUS prevê a participação social como uma de suas diretrizes operacionais para a efetivação de ações e serviços de qualidade. O processo para garantia dessa diretriz é pautado pelo respeito às singularidades dos contextos locais (Brasil, 2013).

Lembremos que a participação social na saúde está na origem da reforma sanitária brasileira. Sua construção tem como referencial a influência do debate e da conjuntura internacional, com destaque para a Conferência de Alma-Ata em 1978. Nesta, os países-membros das Nações Unidas assumiram uma série de compromissos, cuja meta era garantir “Saúde para todos até o ano 2000”, alicerçados numa concepção mais profunda de saúde: como “um completo bem-estar físico, mental e social”. Somado à conjuntura externa, as experiências e o contexto interno conferiram particularidades a esse processo no Brasil, especialmente com a efervescência dos movimentos sociais durante a década de 1980 (Costa; Vieira, 2013).

É importante lembrar ainda que, nesse mesmo período, foram retomados os elementos político-pedagógicos da Educação Libertadora de Paulo Freire e a compreensão da emancipação humana como meio de superação das diferentes formas de opressão. Os fundamentos freirianos da prática dialógica contribuíram, assim, para estabelecer uma relação dialética com as teorias das ciências humanas na construção do novo projeto em saúde (Alvim, 2007; Alves, 2005)

As liberdades democráticas exigidas naquela época visavam à redemocratização do Estado e, em consonância, a reorganização dos sistemas nacionais e públicos de saúde em torno do projeto político da Reforma Sanitária. Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 inovou, ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais. O setor saúde destacou-se nesse processo com a criação do SUS e da institucionalização da participação social, que se materializou em Conselhos e Conferências de Saúde (Costa, 2013).

As duas instâncias colegiadas de participação da sociedade – Conferências e Conselhos de Saúde – são definidas pela Lei nº 8.142 e devem ser instituídas em cada uma das três esferas de governo – municipal, estadual e federal. As Conferências de Saúde têm como objetivos avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política desse setor. Os Conselhos de Saúde, por sua vez, consubstanciam a participação da sociedade organizada na administração do SUS, propiciando e melhorando o controle social do Sistema. Os conselhos e as conferências contam com a representação dos vários segmentos sociais; são, portanto, espaços privilegiados na discussão das políticas de saúde (Brasil, 2013; Brasil, 2000).

O NESC/NN [eliminado para efeitos da revisão por pares] conta com representação no Conselho Estadual e nos Conselhos Municipais de Saúde de João Pessoa e Cabedelo, onde os residentes participam de sessões e também das conferências de saúde, auxiliando e representando os serviços. Essas atividades são registradas em relatórios apresentados ao programa e validadas como carga horária do curso.

Seguindo no percurso de reconhecimento da comunhão entre participação social e ensino em saúde para a formulação de uma política que atenda, de fato, aos anseios da população, é importante registrar ainda que, além das intervenções na realidade e da participação nos diálogos corporativos, há também o engajamento dos residentes em movimentos sociais para a defesa da saúde e da cidadania no campo da Saúde Mental.

O acompanhamento das atividades pedagógicas da NN [eliminado para efeitos da revisão por pares] permitiu identificar a participação dos educandos em mobilizações populares na luta pela garantia da atenção integral e humanizada à saúde mental bem como em resistência a mudanças propostas em projetos de lei que trariam prejuízos ao processo de reinserção sociofamiliar das pessoas com transtornos mentais.

Constata-se, desse modo, que a formação dos profissionais de saúde pode se configurar como um instrumento importante para a reorientação das práticas de cuidado e gestão da saúde, proporcionando variadas possibilidades para a inserção dos diferentes sujeitos – que movimentam esses processos e suas singularidades – no planejamento, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. Os achados aqui apresentados atestam, na realidade dos fatos, as ideias de Passos e Carvalho, ao afirmarem que a participação dos educandos na construção de um projeto comum em saúde promove processos de comunicação que vão além da hierarquia e do corporativismo, considerando a capacidade dos sujeitos de se transformarem através das necessidades mais imediatas,

movimentando espaços de negociação e permitindo a criação de zonas comuns de interesses (Passos; Carvalho, 2015).

Os avanços no modo participativo de trabalhar aqui apresentados também foram encontrados por Campos e Wendhausen, que constataram, na realidade de uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF), a contribuição da educação participativa para a formação de profissionais participativos em suas práticas, reforçando que a educação não se dá apenas a partir de aspectos cognitivos, mas por intermédio de ações e atitudes (Campos, 2017).

Apple reforça a necessidade de lidar continuamente com as complexas tensões e atividades intelectuais, pessoais e políticas. Deve-se dar significação ao conjunto intenso de relações, experiências e realidades históricas, geográficas, econômicas e culturais, que são complexas e contraditórias. Não se deve perder, no entanto, no processo de usá-las, a natureza inerentemente política de seus próprios interesses e história. Quando bem usadas, não há neutralidade ao mobilizá-las, pois nos questionamos até mesmo a respeito da forma como pensamos sobre movimentos contra-hegemônicos e deles participamos (Apple, 2013).

Sob essa perspectiva, vimos que alguns mecanismos diretos e já bem estabelecidos vêm buscando a concretização da participação social no sistema de saúde, ao passo que outras iniciativas de fortalecimento dessa diretriz ainda dependem da consolidação de dispositivos para alcançar a transformação da lógica historicamente dominante na atenção à saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, considerando o contexto de uma formação multiprofissional em serviços de Saúde Mental, foi possível perceber a pertinência de integrar os pressupostos pedagógicos de Paulo Freire com as diretrizes do SUS, principalmente os princípios da equidade e da participação social. A análise crítica e dialética mostrou que o modelo hegemônico de ensino em saúde, centrado em abordagens tecnicistas e biológicas, contribui para práticas limitadas e descontextualizadas da realidade social e humana dos usuários. Por outro lado, a adoção de metodologias problematizadoras na formação profissional mostrou-se eficaz na promoção de uma prática comprometida com uma visão crítica e resolutiva dos problemas enfrentados nos serviços públicos de saúde.

É importante ressaltar que as RMSs são uma estratégia ainda em construção, que buscam, por diferentes vias de participação social – consolidadas ou não –, incluir as instituições formadoras no redirecionamento da lógica assistencial de saúde; daí a necessidade de se conhecer a natureza das transformações que essa modalidade de ensino pode causar no modelo dominante de cuidar e gerir a saúde bem como de se aprofundarem as discussões sobre as bases pedagógicas que melhor sustentam as premissas constituintes da formação multiprofissional em serviço.

Sob essa ótica é que se consegue, portanto, visualizar as contribuições da Educação Problematicadora de Paulo Freire, na construção de práticas profissionais cada vez mais coerentes com as necessidades e desafios do sistema brasileiro de saúde, de modo a formar profissionais críticos e valorizar a capacidade que estes têm de transformar a realidade por meio da ação ética e política em saúde.

Em relação aos avanços nos processos de trabalho dos residentes ao longo do curso, esses compreenderam mudanças nas suas próprias visões de mundo, as quais motivaram transformações nas realidades por eles vivenciadas. A educação inspirada na Pedagogia Problematicadora, desenvolvida dentro do espaço universitário, revelou-se nas práticas profissionais dos residentes, por meio do empenho em atender às demandas da saúde, desde as suas especificidades individuais até os anseios coletivos. A coerência do cuidado com o contexto de vida dos usuários do SUS mostrou-se como uma ferramenta eficiente à concretização da equidade na atenção à saúde, de modo a considerar as diferenças para reduzir as disparidades entre os sujeitos assistidos.

Dessa forma, respeitando-se o contexto de cada realidade de ensino, percebemos que as mais importantes contribuições deste estudo se situam na produção, sob o crivo da técnica científica, de subsídios para o processo de reorientação da formação profissional em saúde, que vem buscando atender às exigências contemporâneas de um amplo conceito de saúde e de políticas públicas mais coerentes com os seus princípios constituintes.

Dessa forma, as práticas pedagógicas baseadas na problematização não só revelaram aos residentes os problemas reais do Sistema mas, sobretudo, desvelaram caminhos possíveis para o enfrentamento dos desafios nas rotinas do SUS – por vezes comuns ao contexto nacional da saúde, por vezes peculiares à dinâmica de cada serviço.

A prática problematicadora no ensino em saúde se revelou, ainda, como um instrumento fortalecedor da participação social nas políticas públicas de saúde. Além do

estímulo curricular à atuação dos residentes junto aos conselhos e conferências de saúde, constatou-se mais um mecanismo de participação e controle social – ainda não tão legitimado quanto os anteriores: a adequação das condutas de cuidado às demandas de saúde, compreendidas no seu contexto mais amplo. A atenção justamente direcionada às necessidades dos usuários do SUS possibilita a atuação direta e efetiva dos cidadãos, tornando visíveis ao poder público as reais demandas e imprimindo as especificidades de cada sujeito e comunidade no planejamento, operacionalização e avaliação dos processos em saúde no País.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. S.; BORDIN, R. The concept of equity in scientific production in health: a review. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 115-128, 2017.

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**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.

APPLE, M. W. As tarefas do estudioso/ativista crítico em uma época de crise educacional. **Revista Pedagógica**, v. 15, n. 30, p. 29-44, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da Família. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 271-279, 2007.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A. Participação e controle social em saúde. In: **A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 237-271.

EMMERICH, A. O.; FAGUNDES, D. Q. Paulo Freire e saúde: revisitando “velhos” escritos para uma saúde do futuro. **Saúde & Transformação Social**, v. 6, n. 2, p. 1-8, 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 62. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; SOUZA, K. C. A. A complexidade do trabalho precário na atenção psicossocial territorial. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 215-226, 2023.

MAROJA, M. C. S.; ARAÚJO JÚNIOR, J. J.; NORONHA, C. A. Challenges of a questioning education to health professionals in a multiprofessional residency program. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2019.

MCCARTHY, M. *et al.* Staff perspectives of emergency department pathways for people attending in suicidal crisis. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 31, n. 3, p. 313-324, 2024.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, 2012.

PASINI, V. L. **Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. 2010. Tese – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, v. 24, supl. 1, p. 88-97, 2015.

RIBEIRO, C. D. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 4, p. 1109-1118, 2015.

SHOJAEI, A. *et al.* The experiences of psychiatric patients during hospitalization. **Health Expectations**, v. 26, n. 5, p. 1915-1922, 2023.

SILVA, L. M. P. *et al.* Potenciais de desgaste no trabalho da atenção básica no Brasil. **Conjecturas**, v. 22, n. 14, p. 401-441, 2022.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Maria Clara Santana Maroja: Conceituação, curadoria dos dados, administração do projeto, redação do manuscrito original.

Lara Maria Alves de Carvalho: Análise formal, validação dos dados, redação do manuscrito original.

Maxsuel Mendonça dos Santos: Redação - revisão e edição.

Samara Cíbele Fernandes Barreto Magnos: Redação - revisão e edição.

Paloma Roberta Diniz: Metodologia, redação do manuscrito original.

Marília Jacqueline Ferreira de Moura: Curadoria dos dados, redação do manuscrito original.

Vinícius Lima do Nascimento: Validação de dados, redação do manuscrito original.

José Jailson de Almeida Júnior: Supervisão.