



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(PRMSF): entre a lógica neoliberal e o cotidiano do SUS**

ANA AUGUSTA PENTEADO DE OLIVEIRA

Foz do Iguaçu
2026

ANA AUGUSTA PENTEADO DE OLIVEIRA

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(PRMSF): entre a lógica neoliberal e o cotidiano do SUS**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade de residência.

Orientador: Prof. Dr. **Anaxsuell Fernando da Silva**
Coorientadora: Me. **Érica Ferreira de Souza**

Foz do Iguaçu

2026

ANA AUGUSTA PENTEADO DE OLIVEIRA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
(PRMSF): entre a lógica neoliberal e o cotidiano do SUS

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: **Anaxsuell Fernando da Silva, UNILA**

Coorientadora: **Érica Ferreira de Souza, PMFI**

Adriana Dias Lourenço Izuka, PMFI

Simone Heberle Alves dos Santos, PMFI

Camila Pereira Abagaro, UAM-Xochimilco

Aprovação: () Sim () Não

Foz do Iguaçu, 15 de janeiro de 2026.

Dedico este trabalho às minhas companheiras e aos meus companheiros de residência, bem como a todas as pessoas que lutam por uma formação profissional para o SUS que seja crítica e emancipatória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu companheiro de vida, Félix, por não me deixar desistir desde os primeiros percalços que enfrentei neste processo, antes mesmo de ingressar de fato na residência. Obrigada por me incentivar, me apoiar e pelos cuidados de manutenção da vida que o trabalho me impossibilitou de cumprir, por tanto amor e carinho que foram essenciais neste processo.

Agradeço também a todas as minhas companheiras e aos meus companheiros de residência da Turma IX; nossa união, de algum modo, me deu forças também para não desistir nos momentos mais difíceis do primeiro ano. Um agradecimento especial a Gustavo, Elis e Aya, por todo apoio e amizade; e aos meus R2, Maria e Felipe, que me ajudaram muito no início da jornada, compartilhando conhecimentos e vivências. Agradeço, especialmente, ao Jesus, colega de turma, de profissão e amigo, cujo apoio e parceria foi fundamental neste percurso.

Quero agradecer particularmente às minhas preceptoras, Adriana e Érica (coorientadora), por me acolherem como parte da equipe no Programa Municipal de Imunização (PMI), bem como a todas as colegas de trabalho do setor, Nadir, Roselene e Alessandra pelos aprendizados e pela valorização dos processos de formação em saúde, por sempre se colocarem à disposição para tirar minhas dúvidas e me ensinarem tanto. Em especial a Érica pela leitura atenciosa e detalhada, pelas dicas e sugestões para o texto. Agradeço também a Simone e a Camila, por aceitarem compor esta banca e contribuírem para uma discussão tão fundamental sobre a formação de trabalhadoras/es para o SUS.

Em especial, agradeço também ao meu orientador, Anaxsuell Fernando, pela paciência e compreensão com meus processos de escrita. Obrigada, principalmente, pelo apoio, comprometimento e pelas leituras tão atenciosas e detalhadas do que eu ia escrevendo, mesmo durante o período de festas de fim de ano.

Agradeço a todas as pessoas não mencionadas nominalmente, mas que fizeram parte da minha formação e que lutam por uma educação para o SUS que seja crítica e emancipatória. Admiro cada uma das pessoas mencionadas e sou muito grata por encontrá-las em meu caminho.

Espero que este trabalho possa contribuir para a discussão sobre a reformulação das residências em saúde, assim como a do Projeto Pedagógico Curricular deste programa. Que possa servir como ponto de apoio para reflexão crítica e para o fortalecimento de todas/os as/os profissionais residentes.

Como siempre: lo urgente no deja tiempo para lo importante.

(Mafalda - Quino)

OLIVEIRA, Ana Augusta Penteado de. **Programa Multiprofissional de Residência em Saúde da Família (PRMSF): entre a lógica neoliberal e o cotidiano do SUS**. 2026. 41 páginas. Trabalho de Conclusão de Residência (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, 2025.

RESUMO

A presente investigação analisa o processo de formação de trabalhadoras/es em saúde no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA) e de seu campo de prática (Atenção Primária à Saúde-Foz do Iguaçu), confrontando a proposta político-pedagógica do programa com a sua estruturação concreta. O objetivo geral consistiu em investigar a relação entre a lógica da uberização do trabalho, manifesta no cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e o papel do PRMSF como espaço potencial de resistência e/ou reprodução dessa racionalidade neoliberal. Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, fundamentada na perspectiva sócio-histórica, na observação participante das vivências cotidianas no contexto da residência e no ensaio teórico-crítico, utilizando-se da autoetnografia, da análise de trechos da matriz curricular do programa, como da revisão bibliográfica e documental. O desenvolvimento apontou que a estrutura atual do programa - caracterizada por uma carga horária de 60 horas semanais e incoerência em alguns componentes pedagógicos - em grande medida opera no sentido oposto ao intuito político-pedagógico do projeto, em detrimento do desenvolvimento de uma formação crítica e emancipatória. Evidenciou-se também que essa configuração tende a precarizar a formação, na qual a/o residente é subsumida/o pela racionalidade neoliberal dominante, o que fragiliza o potencial de resistência e de produção de um 'trabalho vivo em ato'. Conclui-se que o PRMSF possui um potencial de resistência calcado em sua fundamentação teórica, expressa em partes de seu Projeto Pedagógico Curricular e nos princípios da APS e do SUS. Contudo, é imperativo que a perspectiva da Educação Popular em Saúde oriente, de forma mais contundente e transversal, tudo o que é desenvolvido pelos programas de residência em saúde, transformando a residência em um território de práxis capaz de resistir à lógica do capital e reafirmar o compromisso ético do SUS em defesa da vida.

Palavras-chave: Formação Profissional em Saúde; Processo de Trabalho em Saúde; Neoliberalismo; Uberização do Trabalho; Residência em Saúde.

ABSTRACT

This investigation analyzes the process of health professional education of health workers within the scope of the Multiprofessional Residency Program in Family Health (PRMSF-UNILA) and its field of practice (Primary Health Care - Foz do Iguaçu), confronting the program's political-pedagogical proposal with its concrete structuring. The general objective was to investigate the relationship between the logic of the "uberization" of work, manifested in the daily routine of the Unified Health System (SUS) services, and the role of the PRMSF as a potential space for resistance and/or reproduction of this neoliberal rationality. Methodologically, this is qualitative research grounded in a socio-historical perspective, participant observation of daily experiences within the residency context, and a theoretical-critical essay, utilizing autoethnography, the analysis of excerpts from the program's curricular matrix, as well as bibliographic and documentary reviews. The study pointed out that the current structure of the program - characterized by a 60-hour weekly workload and incoherence in some pedagogical components - largely operates in the opposite direction of the project's political-pedagogical intent, to the detriment of the development of critical and emancipatory education. It also became evident that this configuration tends to make the education process precarious, in which the resident is subsumed by the dominant neoliberal rationality, weakening the potential for resistance and the production of "living work in act". It is concluded that the PRMSF has a potential for resistance based on its theoretical foundation, expressed in parts of its Curriculum Pedagogical Project, on the principles of PHC and SUS. However, it is imperative that the perspective of Popular Health Education guides, in a more forceful and transversal way, everything developed by health residency programs, transforming the residency into a territory of praxis capable of resisting the logic of capital and reaffirming the ethical commitment of the SUS in defense of life.

Key words: Health professional education; Health work process; Neoliberalism; Uberization of work; Health residency.

RESUMEN

La presente investigación analiza el proceso de formación de trabajadores/as de la salud en el ámbito del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia (PRMSF-UNILA) y de su campo de práctica (Atención Primaria de Salud - Foz do Iguaçu), confrontando la propuesta político-pedagógica del programa con su estructuración concreta. El objetivo general consistió en investigar la relación entre la lógica de la uberización del trabajo, manifiesta en el cotidiano de los servicios del Sistema Único de Salud (SUS), y el papel del PRMSF como espacio potencial de resistencia y/o reproducción de esa racionalidad neoliberal. Metodológicamente, se trata de una investigación de enfoque cualitativo, fundamentada en la perspectiva socio-histórica, en la observación participante de las vivencias cotidianas en el contexto de la residencia y en el ensayo teórico-crítico, utilizándose de la autoetnografía, del análisis de fragmentos de la matriz curricular del programa, así como de la revisión bibliográfica y documental. El desarrollo señaló que la estructura actual del programa — caracterizada por una carga horaria de 60 horas semanales e incoherencia en algunos componentes pedagógicos — opera en gran medida en el sentido opuesto al propósito político-pedagógico del proyecto, en detrimento del desarrollo de una formación crítica y emancipadora. Se evidenció también que esta configuración tiende a precarizar la formación, en la cual la/el residente es subsumida/o por la racionalidad neoliberal dominante, lo que debilita el potencial de resistencia y de producción de un "trabajo vivo en acto". Se concluye que el PRMSF posee un potencial de resistencia basado en su fundamentación teórica, expresada en partes de su Proyecto Pedagógico Curricular, en los principios de la APS y del SUS. Sin embargo, es imperativo que la perspectiva de la Educación Popular en Salud oriente, de forma más contundente y transversal, todo lo desarrollado por los programas de residencia en salud, transformando la residencia en un territorio de praxis capaz de resistir a la lógica del capital y reafirmar el compromiso ético del SUS en defensa de la vida.

Palabras clave: Formación profesional en salud; Proceso de trabajo en salud; Neoliberalismo; Uberización del trabajo; Residencia en salud.

ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo intitulado 'Programa Multiprofissional de Residência em Saúde da Família (PRMSF): entre a lógica neoliberal e o cotidiano do SUS' será adequado às normas do periódico 'Interface – Comunicação, Saúde, Educação' para fins de submissão, visto que a versão atual segue as normas da ABNT.

INTRODUÇÃO

“A vida não é só trabalhar.”

Pepe Mujica

Muitos de nós estamos de acordo com a máxima do ex-presidente uruguaio Pepe Mujica de que “a vida não é só trabalhar”. Contudo, em nosso cotidiano a vida se afoga submersa em trabalho - intenso, extenuante e precarizado. O que será que faz nossos pés caminharem na direção oposta daquilo que acreditamos, ou como nossas subjetividades são capturadas a tal ponto que nos deixamos alienar, que desejamos a produtividade incessante, que adotamos uma postura de “servidão voluntária” (La Boétie, 2021), assim como, modos de vida adoecedores? Tais indagações nos ajudarão a realizar um percurso reflexivo através deste artigo, a abrir um espaço/tempo (produzidos como ausências) para elaboração e processamento das intensas vivências dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF - UNILA).

Conforme Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 5/2014 (Brasil, 2014) sob a qual é regida o PRMSF da UNILA, este programa se constitui uma pós-graduação lato-sensu na modalidade formação em serviço, onde 80% da carga horária é prática, inserindo-se diretamente no cotidiano dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Foz do Iguaçu. As profissões admitidas no programa são 6: odontologia; fisioterapia, psicologia, enfermagem, nutrição e saúde coletiva. As residências, em todo Brasil, se estruturam com uma carga horária de 60 horas semanais, sendo 48 delas em serviço e 12 destinadas aos componentes teórico-práticos que se distribuem entre aulas e atividades acadêmicas.

A grade curricular do PRMSF da UNILA possui distribuição em 21 módulos além de 100 horas complementares, sendo que 14 deles deveriam ser cursados no primeiro ano e 7 no

segundo. No primeiro ano, existiram momentos em que tivemos de cursar 7 disciplinas simultaneamente, com 7 trabalhos que demandariam muito mais do que 12 horas semanais para sua realização, ainda que essas horas fossem estritamente dedicadas a eles. Além disso, também devemos repor a carga horária perdida por atestados de saúde ou até mesmo por feriados.

Considerando que uma carga horária de 60 horas semanais de trabalho constitui, no mínimo, uma sobrecarga de trabalho quantitativa, é importante refletir sobre o objetivo do programa, se este busca uma formação em serviço crítica e/ou técnica, ou se apenas preenche uma falta de trabalhadora dentro do SUS. E considerando estas duas opções, além do espectro de possibilidades entre elas, seria preciso refletir sobre o objetivo de tantas disciplinas com seus respectivos trabalhos dentro do objetivo maior do programa. É preciso, ainda, refletir se tais objetivos são de fato possíveis diante da carga horária das residências no Brasil. Finalmente, é fundamental que se discuta sobre caminhos formativos, criativos e principalmente sobre a saúde mental das residentes diante deste cenário que parece estar inserido em um processo produtivista próprio da racionalidade neoliberal.

Desta forma, a pergunta de partida desta pesquisa a qual me ajudará a tecer o fio narrativo e analítico dessa reflexão é: como, diante da proposta político-pedagógica do PRMSF, se dá na prática o processo da formação das trabalhadoras em saúde (ou para o SUS) deste Programa em um contexto marcado pelo neoliberalismo?

As hipóteses das quais parto são primeiro que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) reforça a lógica neoliberal e de uberização do trabalho ao se estruturar com uma carga horária de 60 horas semanais assim como a partir da falta de espaço/tempo para reflexões essenciais ao processo formativo; e segundo que o PRMSF, em sua concepção político-pedagógica baseada nos princípios do SUS e na perspectiva da Saúde Coletiva, se configura também e ao mesmo tempo como possibilidade de resistência à lógica neoliberal, como um espaço potencial para a produção de "Trabalho Vivo em Ato" (Merhy, 2005) e para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde.

Deste modo, o objetivo geral deste artigo é analisar a relação entre a lógica da uberização do trabalho, manifesta no cotidiano dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e o papel do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) como espaço potencial de resistência e/ou reprodução dessa lógica.

Na mesma direção, os objetivos específicos serão:

- Conceituar os processos da racionalidade neoliberal, de uberização do trabalho, de trabalho em saúde e suas implicações no campo da saúde, a partir das contribuições de autores como Maristella Svampa, Verónica Gago, Pierre Dardot, Christian Laval, Luiza da Silva, Ricardo Antunes, Diego Souza, Camila Abagaro e Ludmila Abílio, situando-os no contexto do serviço público de saúde;
- Descrever e discutir algumas das experiências vivenciadas no PRMSF, enquanto profissional residente, identificando elementos que revelem a incorporação de lógicas de produtividade;
- Refletir sobre o potencial do PRMSF, considerando seu papel formativo e de produção de cuidado centrado na Atenção Primária à Saúde (APS), como espaço de contraponto e/ou reprodução da lógica neoliberal, dialogando com o conceito de trabalho vivo de Emerson Merhy;

A relevância política e acadêmica da reflexão que este artigo propõe reside em dois fatores indissociáveis. Primeiramente, na urgência pela reestruturação das residências no Brasil, que caminham na direção oposta ao seu intuito político-pedagógico, sendo cooptadas pela lógica de uberização e adoecendo residentes cujas vidas são anuladas pela carga horária. Busca-se, assim, contribuir com as discussões em curso sobre a reforma desses programas, suscitadas pela Associação Nacional de Pós-Graduandos e pelo Fórum Nacional de Residentes.¹

Em segundo lugar, e de forma mais profunda, a relevância reside na necessidade analítica de desvelar a tensão estrutural entre a intenção político-pedagógica e a prática da Residência, que, ao negligenciar o espaço-tempo para reflexões, configura o esvaziamento do Trabalho Vivo em Saúde e perpetua uma lógica instrumental e produtivista. Analisar este paradoxo, a partir do contexto do neoliberalismo, é, portanto, imprescindível.

METODOLOGIA

O presente artigo se estrutura como um ensaio teórico-analítico, de natureza qualitativa, situado no campo crítico da Saúde Coletiva e fundamentado na análise sócio-histórica e na observação participante das vivências cotidianas no contexto da

¹ Através da mobilização de residentes em todo país para o Dia Nacional de Paralisação dos Residentes (14 de agosto de 2025), em que foram pleitear em Brasília uma Vida Além da Carga Horária, solicitando a redução da carga horária que hoje é de 60 horas semanais, para 44 horas semanais, como garante a Constituição brasileira.

residência, utilizando-se da autoetnografia, da análise de trechos da matriz curricular do programa, como também da revisão bibliográfica e documental. A escolha metodológica reflete um posicionamento político e epistemológico que busca a desnaturalização das práticas e das estruturas de formação.

Para enunciar a complexidade das tensões e contradições que atravessam o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), optou-se pela análise sócio-histórica. Tal escolha não é arbitrária, mas sim uma exigência analítica imposta pela própria natureza do objeto de estudo, pois os fenômenos de precarização e as estruturas de formação são compreendidos como produtos de processos históricos, culturais e de relações de poder concretas, alinhando-se ao pensamento de todas as autoras/es referenciados/as neste trabalho. Por meio deste método, almeja-se, sobretudo, criar um espaço reflexivo (produzido como ausência na estrutura dos programas) necessário para processar e elaborar a experiência intensa da residência, assim como as tensões entre o intuito político-pedagógico do programa e sua estruturação prática no cotidiano do SUS.

A análise sócio-histórica, ancorada no materialismo histórico e dialético, permite que o objeto de estudo seja apreendido em sua historicidade e totalidade, reconhecendo o movimento e a contradição como motores de transformação social. Ela exige um olhar que ultrapasse a mera descrição do presente para situar as práticas em sua gênese estrutural. Nesse sentido, esta abordagem “percebe os sujeitos como históricos, datados, concretos, marcados por uma cultura como criadores de idéias e consciência que, ao produzirem e reproduzirem a realidade social, são ao mesmo tempo produzidos e reproduzidos por ela” (FREITAS, 2002, p. 22). Essa perspectiva é imprescindível para compreender o residente como um sujeito que é, ao mesmo tempo, produtor da lógica do cuidado (potência de resistência) e produto da lógica da uberização (potência de reprodução) dentro do campo de forças do SUS.

Para adensar a discussão e acessar as linhas tênues da capilarização da lógica neoliberal no cotidiano do SUS e da formação de trabalhadoras/es para o SUS, este trabalho adota a autoetnografia como caminho metodológico. Essa escolha fundamenta-se na necessidade de situar a voz da pesquisadora não como um elemento externo e pretensamente neutro, mas como parte integrante do fenômeno estudado. Ao utilizar a própria experiência no cotidiano da residência, busca-se estabelecer uma ponte entre a subjetividade do/a trabalhador/a em formação e as estruturas objetivas que organizam o trabalho no SUS. Conforme elucida Santos (2017):

“Autoetnografia” vem do grego: auto (self = “em si mesmo”), ethnos (nação = no sentido de “um povo ou grupo de pertencimento”) e grapho (escrever = “a forma de construção da escrita”). Assim, já na mera pesquisa da sua origem, a palavra nos remete a um tipo de fazer específico por sua forma de proceder, ou seja, refere-se à maneira de construir um relato (“escrever”), sobre um grupo de pertença (“um povo”), a partir de “si mesmo” (da ótica daquele que escreve). [...] a autoetnografia é um método de pesquisa que: a) usa a experiência pessoal de um pesquisador para descrever e criticar as crenças culturais, práticas e experiências; b) reconhece e valoriza as relações de um pesquisador com os “outros” (sujeitos da pesquisa) e c) visa a uma profunda e cuidadosa autorreflexão, entendida aqui como reflexividade, para citar e interrogar as interseções entre o pessoal e o político, o sujeito e o social, o micro e o macro. (SANTOS, 2017, p. 218; 221).

Dessa forma, a autoetnografia permite que a dimensão micropolítica, como relações e práxis cotidianas, seja interrogada em sua relação com a macropolítica, ou seja, com a racionalidade neoliberal e a uberização. O método transforma a reflexividade em uma ferramenta analítica, onde o relato biográfico serve de base para uma crítica profunda das práticas institucionais. Contudo, para que essa autorreflexão não se encerre em si mesma, a narrativa autoetnográfica é tensionada e complementada pelo diálogo com a produção teórica já consolidada.

Por conseguinte, o procedimento técnico utilizado para a construção da argumentação foi a revisão bibliográfica e documental. Foram mobilizados autoras/es clássicas/os e contemporâneas/os do campo da Teoria Crítica, da Saúde Coletiva e dos Estudos do Trabalho, como aquelas/es já mencionado anteriormente, cujas contribuições fornecem as categorias de mediação para a análise das "rachaduras" no PRMSF. Essa técnica se justifica, pois, conforme defendem Marconi e Lakatos: “dessa forma, a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (MARCONI e LAKATOS, 2003, p. 183).

A articulação desses referenciais possibilita, assim, a proposição de um novo olhar sobre o adoecimento e a instrumentalização dos Programas de Residência em Saúde, contribuindo com as discussões em curso sobre a reestruturação política desses programas.

DESENVOLVIMENTO

Trabalho em saúde, neoliberalismo e uberização do trabalho

Para avançar na análise sócio-histórica proposta, faz-se necessário delimitar as categorias teóricas que sustentarão esta discussão: o trabalho em saúde, o neoliberalismo e a

uberização. No campo da Saúde Coletiva, a compreensão do fazer profissional ultrapassa a mera execução de tarefas técnicas. Segundo Emerson Merhy e Túlio Franco (2009), o trabalho em saúde é definido pela centralidade do:

[...]‘trabalho vivo em ato’: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e depende da forma como elas se comportam no processo de trabalho; pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (como as máquinas) (Merhy; Franco, 2009).

Essa definição é crucial pois situa o cuidado no campo da intersubjetividade e da criatividade. No entanto, o "trabalho vivo", em sua potência de invenção e vínculo, encontra-se hoje sitiado por lógicas que tentam capturá-lo e convertê-lo em "trabalho morto" — ou seja, em protocolos rígidos e produtividade mensurável apenas em números. Essa tentativa de captura não é aleatória; ela responde a uma reconfiguração macro e microestrutural das relações sociais e de poder que ganhou força nas últimas décadas.

A década de 90 marcou uma intensificação do neoliberalismo na América Latina, implementado nas décadas anteriores com as ditaduras que invadiram o território. Embora tal termo tenha se tornado muito presente no senso comum, é fundamental explicitar qual compreensão de neoliberalismo será utilizada neste trabalho, conceituá-lo para assentar o debate e poder usá-lo como categoria de análise. Trabalharei com o conceito de neoliberalismo como compreendido por Pierre Dardot e Christian Laval, em que para além de ser uma forma de governo, constitui uma racionalidade, um modelo de subjetivação, que não se reduz ao *modus operandi* daqueles/as que governam, mas que é incorporada, sobretudo, também pelas pessoas governadas.

[...] o neoliberalismo antes de ser uma ideologia ou uma política econômica, é em primeiro lugar e fundamentalmente uma racionalidade e, como tal, tende a estruturar e organizar não apenas a ação dos governantes, mas até a própria conduta dos governados. A racionalidade neoliberal tem como característica principal a generalização da concorrência como norma de conduta e da empresa como modelo de subjetivação. O termo racionalidade não é empregado aqui como um eufemismo que nos permite evitar a palavra 'capitalismo'. O neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo, de um capitalismo desimpedido de suas referências arcaizantes e plenamente assumido como construção histórica e norma geral de vida. O neoliberalismo pode ser definido como o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 17).

A partir dessa perspectiva, o neoliberalismo se consolida como um dispositivo de poder que não apenas reestrutura o mercado, mas reforma a subjetividade, transformando o sujeito em um capital humano que deve se autogerir, competir e produzir incessantemente. O neoliberalismo como modelo de subjetivação dissolve as fronteiras entre o ser e o fazer, submetendo a vida inteira à lógica da concorrência, do desempenho e da produtividade. É justamente a capilarização dessa racionalidade (que valoriza números, quantidades, efetividade em detrimento da qualidade e da eficácia) no tecido das políticas públicas que pavimenta o caminho para a precarização e a uberização do trabalho também no setor público.

É neste ponto de inflexão dos modos de subjetivação -captura e molde das subjetividades individuais e coletivas-, que a racionalidade neoliberal demonstra seu impacto mais danoso no campo da saúde. Ao introduzir o princípio universal da concorrência nas instituições de estado, o neoliberalismo passa a erodir a fundamentação ética do serviço público. A internalização do *ethos* empreendedor pelo profissional culmina no desmantelamento da noção de função pública e, conseqüentemente, na anulação do compromisso coletivo que define o projeto do SUS, por exemplo. Conforme argumenta Luiza Silva (2023), essa racionalidade se manifesta de forma aguda ao exigir do indivíduo a autossuficiência em seu próprio agir profissional:

[...]o neoliberalismo promove o desmonte da própria noção de política pública, já que nesse modelo cada pessoa é autossuficiente inclusive no julgamento do que se deve fazer profissionalmente quando exerce a função pública, justamente porque essa condição – a de função pública – parece já não existir mais, sendo esta uma discussão muito atual para se discutir o SUS do presente (SILVA, 2023, p.19).

Em suma, a convergência entre a racionalidade descrita por Dardot e Laval e o esvaziamento da função pública apontado por Luiza Silva revela que o impacto do neoliberalismo no SUS atua diretamente nos processos de subjetivação e moldam o agir profissional. Ao transformar o/a trabalhador/a da saúde em um "gestor de si" e a unidade pública em um espaço de métricas e produtividade competitiva, rompe-se o elo de solidariedade e o sentido de pertencimento a um projeto ético-político coletivo. Essa desestruturação do compromisso público, mediada pela internalização da lógica empresarial, é o que torna o terreno fértil para o avanço de formas cada vez mais precarizadas de gestão e de trabalho. Portanto, a erosão do serviço público não é um efeito colateral, mas o resultado deliberado de uma razão que desintegra o comum para consolidar o indivíduo-empresa como a única métrica possível da existência social.

Para compreender a uberização do trabalho no contexto da residência multiprofissional, é imperativo situar o neoliberalismo não apenas como uma política econômica, mas como um paradigma em constante mutação que assume contornos específicos no sul global. Conforme aponta Maristella Svampa (2007), o neoliberalismo na América Latina consolidou-se através de um "paradigma neoliberal" que, ao quebrar consensos anteriores, passou a reorganizar os territórios e as relações sociais. Para a autora, essa configuração contemporânea (muitas vezes denominada neoextrativismo) envolve uma reconfiguração do capitalismo periférico que combina a exportação de bens primários com a militarização dos territórios e a criminalização de subjetividades resistentes (Svampa, 2007). No campo da saúde pública, essa lógica se traduz na invasão de modelos de gestão que tratam o trabalho do cuidado como um recurso a ser extraído sob máxima eficiência, muitas vezes despojando trabalhadoras/es de seus direitos fundamentais. Tal mecanismo de extração possui expressão na figura da/o residente, que passa a ser gerido não apenas como um profissional em especialização, mas como um recurso de baixo custo e alta disponibilidade, essencial para a manutenção da engrenagem assistencial em detrimento de sua própria saúde mental e direitos.

Complementando essa visão macroestrutural, Verónica Gago (2018 apud Tumelero; Vernal, 2020) propõe uma análise da "razão neoliberal" que a identifica, no âmbito microestrutural, como uma racionalidade enraizada nas subjetividades populares e na vida cotidiana. O neoliberalismo, na perspectiva de Gago, não é apenas um conjunto de medidas impostas "de cima para baixo" pelo Estado, mas um modelo de subjetivação que coopta as subjetividades das pessoas que então sustentam um 'neoliberalismo de baixo para cima'(Gago, 2018 apud Tumelero; Vernal, 2020). Essa perspectiva é fundamental para analisar o residente de saúde: ele é compelido a operar dentro de uma lógica de "extração" de valor (onde sua força de trabalho é capturada) ao mesmo tempo em que precisa se subjetivar como um gestor autônomo de sua própria formação e sobrevivência.

Assim, o neoliberalismo que permeia o Sistema Único de Saúde (SUS) hoje pode ser lido como uma operação extrativista do capital que, segundo Gago e Mezzadra (2015), expande o conceito de exploração para além da fábrica, atingindo a própria cooperação social e a vida. A convergência entre o modelo de desenvolvimento excludente descrito por Svampa e a racionalidade pragmática analisada por Gago indica que a uberização do trabalho em saúde é o resultado de um projeto que busca diluir a fronteira entre o público e o privado, transformando o direito à saúde e o tempo de formação em ativos financeiros e métricas de desempenho.

Uma das facetas da racionalidade neoliberal é o processo de uberização do trabalho, que é um fenômeno socioeconômico que consiste na remodelação dos processos e modos de (des)organização do trabalho, mediada por plataformas digitais e algoritmos, realizando “de forma muito racionalizada, eficiente e controlada, a transformação dos trabalhadores em trabalhadores por demanda” (ABÍLIO, 2025, tempo 00:21:16). Este conceito surge de análises sobre as relações de trabalho estabelecidas pela empresa Uber, que conecta prestadores de serviço a consumidores através de um aplicativo. Porém, pode ser aplicado para compreensão de processos mais amplos no mundo do trabalho, pois indica uma tendência de caráter global, uma forma mais refinada de capilarizar a lógica neoliberal, torná-la mais eficaz e efetiva diante das transformações sociotecnológicas contemporâneas.

[...]se compreendermos a uberização como esse processo de informalização que corre junto com a consolidação do trabalhador como um trabalhador sob demanda, podemos reconhecer que as formas de organização relacionadas às plataformas digitais se inserem em uma tendência mais ampla, que hoje vai permeando o mundo do trabalho em dimensões globais, e que envolve redefinições sobre a categoria emprego, ampliação e reconfiguração da informalidade, informalização dos meios de controle e gerenciamento, transferência de riscos e custos, assim como o desmanche de garantias e direitos do trabalho (ABÍLIO, 2019, p. 42).

Isso significa que todos os processos de trabalho são atravessados pelos efeitos dessa adaptação do neoliberalismo que se tornaram mais visíveis, ou se sintetizaram, no processo chamado de uberização do trabalho, em maior ou menor grau de intensidade, devido ao fato dessa precarização se distribuir desigualmente pelo globo, e também de acordo às estruturas mantenedoras do sistema capitalista, como classe, raça/etnia, gênero.

Para Ricardo Antunes (2018), esse processo de uberização representa o ápice da "devastação do trabalho", em que a tecnologia de ponta é utilizada para reviver formas arcaicas de exploração. Ao transformar o trabalhador em um "empreendedor de si mesmo", o sistema oculta a relação de subordinação sob o manto da flexibilidade, operando o que ele define como o "privilégio da servidão": a condição de ter um trabalho, mas ao custo da anulação total de direitos e da produção da própria subjetividade.

Essa lógica de captura subjetiva e esvaziamento de direitos, descrita por Antunes, encontra eco na análise macroeconômica de Marcio Pochmann (2016). Para este autor, a uberização não é um evento isolado, mas uma reconfiguração do trabalho contemporâneo que institucionaliza a transferência dos riscos da atividade ao trabalhador e a desmobilização das

garantias sociais. Ao transpor essa lógica para o contexto do PRMSF/UNILA, observa-se que a/o residente, embora amparado por um projeto pedagógico emancipatório, é capturado por uma estrutura que opera sob a racionalidade neoliberal. A exigência de uma jornada de 60 horas em regime de dedicação exclusiva, somada à centralidade da prestação de serviços na APS -e não na formação em serviço-, configura uma forma de 'trabalho uberizado'.

Nesse cenário, o residente atua como suporte vital à rede local, assumindo responsabilidades análogas às de um/a servidor/a público/a para suprir o déficit de profissionais concursados/as, mas sem o respaldo do vínculo empregatício. Semelhante ao motorista de aplicativo, que deve estar permanentemente disponível e estender sua jornada para viabilizar sua subsistência, o residente é submetido a uma carga horária que asfixia o descanso e a sociabilidade sob a justificativa da 'formação'. Trata-se de uma precariedade disfarçada de academicismo, na qual o 'trabalho vivo em ato' é subsumido pela necessidade produtivista do serviço.

Interfaces da capilarização do neoliberalismo/uberização no SUS e no PRMSF

Essa tendência global de transformação dos/as trabalhadores/as em trabalhadores/as por demanda, se expressa, para dar apenas um exemplo, nas comunicações laborais via whatsapp, que construíram um senso de urgência indistinta e constante. O que torna impossível o usufruto real dos momentos destinados às férias assim como ao descanso. Com este aplicativo, se potencializou a fusão entre espaço/tempo de trabalho, de lazer e de descanso, com sobreposição daquele que gera produtividade, desempenho e visibilidade. Este exemplo, ilustra uma nova (des)organização do trabalho que afeta a grande maioria das pessoas que trabalham (em diferentes setores ou tipos de trabalho) e se traduz como uma das implicações deste processo de uberização.

Trazendo para o âmbito do cotidiano dos serviços que compõem uma das maiores políticas públicas mundiais, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, podemos também observar as implicações deste processo de uberização como imprescindíveis para a capilarização da lógica neoliberal. A partir de um 'neoliberalismo de baixo para cima' (Gago, 2018 apud Tumelero; Vernal, 2020), esta lógica adentra os corações e orienta os desejos, e consequentemente as ações daqueles/as que atuam no SUS, transformando em operárias/os da produtividade (de números e dados), aquelas/es que deveriam ser artesãs/os que fabricam o cuidado da vida e saúde, ou então, nos termos de Merhy, transformando o "trabalho vivo" em "trabalho morto".

Essa dinâmica dentro do trabalho em saúde, contudo, não é um fenômeno isolado ou meramente tecnológico, ela responde a uma necessidade estrutural de reorganização do sistema produtivo em geral. Conforme apontam Souza e Abagaro (2021):

[...]a força de trabalho em saúde está inserida no movimento histórico geral das formas de reposição de exploração empreendidas pelo capital, a exemplo do que temos visto no âmbito da precarização do trabalho. Não é um processo homogêneo, até porque na divisão social do trabalho em saúde há diversas nuances que atravessam um processo de hierarquização e (super)especialização que impõe diferenças e peculiaridades para as profissões contemporâneas(SOUSA; ABAGARO, 2021, p. 5).

A análise da autora e do autor permite compreender que a precarização vivenciada no contexto da residência e no cotidiano do serviço em saúde não é um desvio de percurso ou uma exceção, mas parte de um movimento histórico de "reposição da exploração". No contexto da formação em saúde, essa exploração assume contornos específicos: a racionalidade neoliberal exige um tipo de trabalhador/a que seja, simultaneamente, altamente especializado e subjetivamente capturado pela lógica da eficiência autogerencialista. O trabalho em saúde, que em sua essência deveria ser pautado pelo “trabalho vivo em ato” (Merhy; Franco, 2009), e pela construção de vínculos, é cooptado para se adequar a métricas de desempenho que priorizam a quantidade em detrimento da qualidade.

Nesse cenário, o neoliberalismo na saúde não se expressa apenas através de cortes orçamentários ou privatizações diretas, mas principalmente pela imposição de uma cultura de autogerenciamento e de produtividade incessante. Requer-se um perfil profissional que não apenas execute tarefas, mas que incorpore a figura do empreendedor de si mesmo, onde o residente, sob a pressão de uma jornada extenuante, acaba por negligenciar sua própria saúde mental, sua capacidade crítica, sua vida, em nome de uma formação que o prepare para o mercado de trabalho cada vez mais precarizado.

Essa exigência por um trabalho em saúde mecanizado e subordinado aos tempos do capital fragiliza o que Merhy denomina 'Trabalho Vivo em Ato', pois o espaço para a invenção e para a autonomia profissional é substituído pelo 'trabalho morto' dos protocolos rígidos e das metas numéricas. É precisamente nessa encruzilhada, onde a formação profissional é tensionada entre o papel social do SUS e as exigências da racionalidade neoliberal, que se situam os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Como veremos a seguir, a residência torna-se um território privilegiado para observar as rachaduras entre a resistência à lógica neoliberal e a sua reprodução, inserindo-se

em um campo de disputa entre a reprodução dessa lógica de exploração e a resistência a ela, necessária para a construção de uma formação emancipatória.

Nesse cenário de uma racionalidade neoliberal capilarizada no trabalho em saúde, o PRMSF situa-se em uma zona de tensão fundamental. Ao definir-se sob a modalidade de formação em serviço, o programa opera em uma linha tênue entre a qualificação profissional e a utilização da força de trabalho residente para suprir demandas assistenciais do sistema. Essa configuração exige, portanto, uma estrutura que legitime a carga horária extenuante e as condições de precarização inerentes a esse contexto: tal justificativa encontra-se depositada no Projeto Pedagógico Curricular. Os componentes pedagógicos passam a atuar, então, como dispositivos que cancelam a imersão da/o trabalhadora/or em formação no processo de uberização do trabalho, transmutando a urgência da produção do cuidado em etapas de um percurso formativo.

Conforme o art. 5º da Política Nacional de Residências em Saúde, Portaria nº 8.995 de 2025 (BRASIL, 2025), o intuito político-pedagógico dos programas de residência em saúde no Brasil é justamente promover o fortalecimento do SUS, buscando realinhar as práticas/saberes que na maioria das vezes se distanciam da proposta do SUS; promover estratégias para alcançar um SUS humanizado através de uma formação interprofissional crítica, ética, reflexiva; assim como incentivar ações de cuidado à saúde mental de residentes e demais categorias que compõem a residência. Contudo, na prática os programas de residência se estruturam na direção oposta desses objetivos, como evidenciam os fatores destacados a seguir.

Um desses fatores é a sobrecarga de trabalho gerada pela necessidade de cumprir 5760 horas em 24 meses. Sendo que 1152 destas são de caráter teórico/teórico, e 4608 são estritamente práticas, resultando em 60 horas de trabalho por semana (UNILA, 2016). Além disso, esta alta carga horária semanal elimina o direito de atestados por saúde ou feriados, pois é necessário o cumprimento total desta carga horária no período estabelecido², conforme a Resolução CNRMS nº 5/2014 (Brasil, 2014). Ou seja, por vezes, residentes precisam trabalhar doentes pois repor essas horas significaria ter de fazer depois, mais de 60 horas semanais, o que comporia uma sobrecarga de trabalho humanamente impossível.

² Ainda que seja possível terminar o cumprimento da carga horária total após o período mínimo estabelecido de dois anos e obter a titulação mesmo assim, a bolsa da residência multiprofissional é vigente apenas neste período mínimo de formação, e a grande maioria dos e das profissionais que cursam essa especialização lato sensu, não possuem condições financeiras para seguir repondo carga horária após esse período de 24 meses, trabalhando sem remuneração.

Outro destes fatores são os componentes pedagógicos do programa. Durante o primeiro ano, devemos realizar 9 disciplinas teóricas e no segundo ano 5. Porém, devido às dificuldades encontradas pelo programa, as disciplinas não são equitativamente distribuídas entre os 24 meses de residência. Isso, devido a falta de articulação, interesse e incentivo à adesão de docentes da UNILA ao PRMSF. A minha turma, que é a nona, teve de cursar, durante alguns meses, 7 disciplinas teóricas ao mesmo tempo no primeiro ano. A décima turma em seu primeiro ano teve de fazer as 9 disciplinas teóricas concomitantemente.

Nesses dois anos de residência, tem sido tão frequentes os cancelamentos das aulas³ pouco antes de seu início, de modo que esta prática virou cotidiana e estrutural. Tais cancelamentos costumam ocorrer depois que os/as residentes já haviam se deslocado de seus postos de serviço. Quando levamos em consideração que as/os residentes estamos distribuídos/as por todos distritos sanitários do município; que os bairros são distantes uns dos outros; que o transporte público da cidade é ineficaz; e além disso, que na maior parte dos dias precisamos trabalhar mais de 8 horas para repor as horas não trabalhadas por atestados e feriados e que quando temos aulas não podemos fazer essas horas extras, compreendemos que é um grande esforço se deslocar para as aulas e uma grande frustração quando aproximadamente metade, ou mais, delas são canceladas em cima da hora sem aviso prévio, sem levar em consideração todas essas condições de trabalho de residentes. Essa incerteza (cancelar aula em cima da hora) é uma face da uberização na formação: o trabalhador/a residente deve estar sempre disponível, mas o programa não garante as condições mínimas de estabilidade para o estudo.

Abaixo trago também a grade curricular que devemos cursar durante o primeiro e segundo ano de residência, suas respectivas cargas horárias assim como seu caráter prático ou teórico/teórico prático, para analisar alguns pontos deste currículo na sequência.

Tabela 1 - Componentes curriculares do PRMSF do primeiro ano

1º ANO - Eixo Transversal da Área de Concentração		
Módulo	Característica	Carga Horária (h)
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva interdisciplinar 1	Prática	1504
Diagnóstico Situacional e Planejamento em Saúde na Comunidade	Prática	210

³ Embora este artigo não trate sobre isso, compreendo que um dos fatores para estes cancelamentos pode ser devido a sobrecarga de trabalho que docentes também enfrentam. Como mencionado anteriormente, a uberização do trabalho é um processo que afeta todos os processos de trabalho em maior ou menor intensidade.

Ferramentas da Epidemiologia e Bioestatística para o trabalho em Saúde da Família em região de fronteira	Teórica ou teórica-prática	60
Produção e sistematização do conhecimento em saúde 1	Teórica ou teórica-prática	70
Determinantes do processo saúde-doença em região de fronteira	Teórica ou teórica-prática	50
Participação popular e educação popular em Saúde	Prática	120
Modelos de Atenção à Saúde: APS e Saúde da Família	Teórica ou teórica-prática	170
Segurança do paciente	Teórica ou teórica-prática	40
Vigilância em saúde dos principais agravos em região de fronteira	Prática	80
Educação ambiental na Saúde da Família	Teórica ou teórica-prática	30
Concepções e instrumentos de estudo e trabalho com famílias 1	Teórica ou teórica-prática	50
Comunicação em saúde e trabalho em equipe	Teórica ou teórica-prática	30
Momentos temáticos 1	Teórica ou teórica-prática	80
Eixo Específico da Área Profissional		
Módulo	Característica	Carga Horária (h)
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da enfermagem 1	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da psicologia 1	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da nutrição 1	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da fisioterapia 1	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da odontologia 1	Prática	390
Gestão da situação de saúde na perspectiva da saúde coletiva 1	Prática	390
TOTAL DE HORAS		2884

Fonte: Projeto Pedagógico Curricular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, UNILA, 2016, Foz do Iguaçu/PR

Tabela 2 - Componentes curriculares do PRMSF do segundo ano

2º ANO - Eixo Transversal da Área de Concentração		
Módulo	Característica	Carga Horária (h)
Produção e sistematização do conhecimento em saúde 2	Teórica ou	200

	teórica-prática	
Momentos temáticos 2	Teórica ou teórica-prática	200
Princípios da Ética e da Bioética	Teórica ou teórica-prática	80
Concepções e instrumentos de estudo e trabalho com famílias 2	Teórica ou teórica-prática	50
Cuidado integral à pessoa, à família e à comunidade na perspectiva interdisciplinar 2	Prática	1814
Saúde baseada em evidências	Teórico	42
Atividades Complementares	Prática	100
Eixo Específico da Área Profissional		
Módulo	Característica	Carga Horária (h)
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da enfermagem 2	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da psicologia 2	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da nutrição 2	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da fisioterapia 2	Prática	390
Cuidado integral à pessoa, a família e a comunidade na perspectiva da odontologia 2	Prática	390
Gestão da situação de saúde na perspectiva da saúde coletiva 2	Prática	390
TOTAL DE HORAS		2876

Fonte: Projeto Pedagógico Curricular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, UNILA, 2016, Foz do Iguaçu/PR

A análise da matriz curricular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) exige compreendê-la não como um plano técnico neutro, mas como o resultado de um complexo processo de recontextualização. Segundo Basil Bernstein (2003), a base de qualquer discurso pedagógico é uma regra de recontextualização que retira um discurso de seu campo original de produção e o realoca em um campo de reprodução (o currículo), transformando o conhecimento científico em um "discurso pedagógico". Na residência, esse processo define quais saberes são "pedagogizados" e como eles moldam a identidade do profissional em formação, operando um controle sobre o que o autor identifica como a construção de identidades de "desempenho" ou de "competência".

Nesse cenário, a distribuição da carga horária e a predominância de certas áreas sobre outras ou de uma abordagem biomédica sobre uma abordagem da saúde coletiva, revelam

uma disputa pelo que Michael Young (2007) denomina conhecimento poderoso que “refere-se ao que o conhecimento pode fazer, como, por exemplo, fornecer explicações confiáveis ou novas formas de se pensar a respeito do mundo” (Young, 2007, p. 1294). Para o autor, a função primordial da educação é garantir o acesso a conhecimentos que permitam ao sujeito extrapolar sua experiência cotidiana e local, oferecendo bases para generalizações e pensamento crítico. No entanto, quando a grade curricular da residência privilegia somente a dimensão prática-assistencial da formação, negligenciando a dimensão teórica e teórico/prática, ocorre uma "diluição das fronteiras" entre o conhecimento científico e o senso comum estabelecido pela lógica neoliberal no cotidiano dos serviços do SUS. Essa tendência, alertada por Young (2007), pode acabar negando às/aos residentes as condições para adquirir o que ele chama de conhecimento poderoso necessário para questionar as realidades sociais e laborais nas quais estão inseridos.

Portanto, observar a grade curricular é identificar como o saber biomédico e a lógica produtivista são recontextualizados para formar identidades voltadas primordialmente ao desempenho técnico (BERNSTEIN, 2003). A análise a seguir busca demonstrar que o esvaziamento de componentes teóricos e sociopolíticos não é uma falha técnica, mas uma escolha pedagógica que limita a diferenciação entre o conhecimento especializado e a prática cotidiana do serviço, consolidando o que Young descreve como o risco de um currículo excessivamente focado na relevância econômica e/ou utilitarista em detrimento do desenvolvimento intelectual e sociopolítico da/o profissional para atuação na Atenção Primária à Saúde.

Voltando a dimensão da carga horária, se constata que a Organização Internacional do Trabalho(OIT) propõe uma jornada de trabalho de 48 horas semanais, a Constituição Federal de 44 horas semanais, a média da jornada de profissionais da saúde segundo a OIT (2024) é de 38 horas semanais; a PEC nº 08/2025 propõe como jornada máxima 36 horas semanais. Nas residências em geral fazemos a escala 6x1, mas devido à quantidade de trabalhos das disciplinas, junto à carga horária prática do programa, o dia de folga se torna o único possível para a realização de tais trabalhos. Isto, ainda, sem considerar o tempo necessário para organizar marmitas para a semana, lavar roupa, limpar a casa e todos os trabalhos invisibilizados e imprescindíveis para a manutenção da vida, além do efetivo descanso para o bem estar físico, mental e emocional.

O esgotamento promovido por esta jornada de trabalho é sensivelmente expresso no Trabalho de Conclusão de Residência de Máisa Melara (2019) no qual faz uma esquizoanálise das afecções “mal de engasgo” e “vexame do coração”. Em suas palavras:

Nos momentos em que os afetos tristes veem atordoar os pensamentos, tentar escrever qualquer linha organizada desprende bastante atenção. É que esses afetos des potencializadores insistem em ficar se remoendo em algum lugar dentro de mim, confundindo minhas ideias. A imaginação do meu corpo se decompondo nos encontros causa tanto vexame no meu coração que chego a pensar que sou incapaz de me recompor. O coração acelera e a vontade de digerir melhor ou apagar essas imagens me consome, parece que estou entalada, que há algo constantemente preso em minha garganta (MELARA, 2019, p. 11).

A sensação expressa na citação acima é compartilhada entre residentes em muitos momentos do “percurso formativo”, não sobra tempo nem espaço psíquico para realização de estudos e pesquisas. A maior parte dos trabalhos entregues às disciplinas, são entregues com a qualidade mínima necessária para aprovação na disciplina, pois nem as aulas conseguem se fazer como espaço de reflexão em sua maioria. Uma das expressões que mais usamos entre nós é a do “rolo compressor”, para descrever o que sentimos, como somos cooptados pela lógica neoliberal capilarizada nos espaços de serviços do SUS. Quando nos damos conta passamos pelo “rolo compressor” e entramos no *modus operandi* do “trabalho sob demanda” (ABÍLIO, 2021).

A capilarização da racionalidade neoliberal na estrutura do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) se manifesta não apenas pela dimensão da carga horária, mas também pela dimensão qualitativa do seu currículo. A dificuldade das/os residentes em manter a qualidade no cumprimento dos trabalhos, para além da questão temporal, decorre da própria desconexão epistemológica entre os conteúdos propostos e a prática na especialização em Saúde da Família. Embora o programa se proponha como um espaço de reflexão dialógica sobre o território, as exigências estruturais do cotidiano podem acabar secundarizando essa dimensão, o que tende a fragmentar a teoria em componentes curriculares burocratizados que parecem desarticulados da prática. Para exemplificar, abaixo podemos ver a ementa da disciplina, de caráter teórico-prático, “Determinantes do processo saúde-doença em região de fronteira”:

Ementa: Introdução aos determinantes de Saúde. Conceito de Saúde. Abordagem Integrativa da Saúde. Tripla Carga de Doenças correlacionada com transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. Terminologia da Promoção de Saúde. Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde. Proteção da Saúde ou Prevenção de Riscos. Saúde Funcional. Pirâmide das Necessidades Humanas. Paradigma da Salutogênese. Pilares do Estilo de Vida Salutogênico: alimentação, exercício físico, sono, manejo do estresse e conexão com valores pessoais. Hábito, Comportamentos e Saúde. Neurociência da Mudança de Hábitos. Promoção de Saúde Positiva. Educação em Saúde. Letramento em Saúde. Empoderamento em Saúde. Intervenções no Estilo de Vida. Qualidade de Vida (UNILA, 2016, p. 41).

Primeiramente, tal disciplina, em sua ementa, é desconectada do que propõe o título, não há nada nela que diga respeito ao estudo da dimensão da região de fronteira enquanto um dos fatores sociais que influenciam diretamente a determinação dos processos de saúde/doença no município. Ela possui muitos tópicos super extensos, o que coopera para torná-la inviável, e alguns deles possuem abordagens acríticas com perspectivas que colocam toda a responsabilidade das condições de saúde/doença nos indivíduos.

Nesta disciplina tivemos que fazer dois trabalhos, um deles sendo uma revisão integrativa com temas sorteados entre diversos tópicos para além da ementa e uma apresentação em slides. O outro trabalho, foi somente uma apresentação em slides onde cada dupla abordou um dos tópicos da ementa. Para realizar uma revisão integrativa é necessário muito tempo e estudo, leitura e avaliação de um volume muito grande de artigos, o que se torna impossível ao cursar esta disciplina concomitantemente com outras 6, além da jornada diária de trabalho. Por outro lado, os temas da ementa que apresentamos, foram discutidos de forma muito superficial, sem problematizar e articular os temas. O conhecimento, neste cenário, é burocratizado, e a produção acadêmica é reduzida a um fim em si mesmo, transformando-se em “Trabalho Morto”, sem sentido.

Além de que, não conseguimos dar conta das leituras necessárias para apropriação e discussão dessas temáticas. Independentemente da minha experiência subjetiva com relação às disciplinas, que certamente poderá variar entre residentes, é evidente que os inúmeros conteúdos desta ementa em conjunto à outras disciplinas que acontecem paralelamente, tornam a parte teórica do programa, no mínimo, problemática.

Outro módulo que trago para exemplificar a capilarização da lógica neoliberal dentro do PRMSF é a disciplina de “Participação Popular e Educação Popular em Saúde”, que é imprescindível para uma formação crítica e emancipatória em Saúde da Família, levando em consideração que a maior parte dos/as residentes são inseridos em equipes multiprofissionais, participando ativamente ou até coordenando muitos grupos nos territórios onde atuam. A seguir está descrita a ementa deste módulo:

Ementa Histórico da Participação Popular em Saúde. O SUS e o Controle Social da Saúde. Participação Popular, controle democrático e monitoramento de Políticas Públicas de Saúde. Movimento Popular de Saúde. Conselho Municipal de Saúde e Conselho Local de Saúde. Educação em Saúde. Educação Popular em Saúde (UNILA, 2016, p. 40).

Dentro do que é proposto para esta disciplina, a única coisa que conseguimos cumprir foi conhecer e participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde (COMUS), e entregar um relatório do que foi discutido nesses encontros. Foi uma experiência muito rica, ainda mais porque foi o primeiro contato de muitos com um espaço coletivo político onde realmente se exercita o controle social em saúde prezado pela política pública que instituiu o SUS. Essa ementa acompanha diversas referências bibliográficas que dizem respeito à leis, à Política Nacional de Educação Popular em Saúde, à Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, dentre outros, cuja leitura e discussão em turma seriam fundamentais para o trabalho exercido nos grupos das equipes multiprofissionais, assim como para construção de uma formação crítica para qualquer trabalho realizado em equipe, ou seja, todo trabalho realizado no âmbito do SUS.

No entanto, a referida disciplina foi cursada simultaneamente a outras seis, o que inviabilizou o tempo necessário para processar as vivências nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (COMUS) ou para o aprofundamento das leituras teóricas. Essa fragmentação impediu que os debates necessários ocorressem de forma qualificada dentro da turma. Vale ressaltar que a Educação Popular em Saúde (EPS) é uma dimensão imprescindível do SUS e, portanto, não deveria ser restrita a uma disciplina isolada, mas pautar transversalmente todo o desenvolvimento do programa de residência. A formação deveria viabilizar um processo emancipatório, contrapondo-se à 'educação bancária' denunciada por Paulo Freire (1987) — na qual o conhecimento é meramente depositado no educando. Em oposição a esse modelo, a residência deve transcender a realização acrítica de tarefas, centrando-se na troca de saberes, na autonomia e na leitura crítica da realidade material e social do território no qual está inserida/o.

Esses foram dois exemplos de componentes curriculares teóricos que exemplificam os problemas de dimensão qualitativa na formação, para além da dimensão da carga horária. Na sequência, trago um exemplo pontual de um trabalho desenvolvido durante a atuação prática na Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIAT), no primeiro ano de residência, para exemplificar também os nós críticos da formação no que diz respeito às dimensões qualitativas e da carga horária.

Experiência de trabalho no PRMSF e a lógica neoliberal

Durante o primeiro ano de residência, concomitantemente às sete disciplinas, desenvolvemos (residentes sanitaristas) a partir de nossa atuação na DIAT o evento “Vozes

Das Nossas Ruas” no dia 19 de agosto de 2024, Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. Para a realização deste evento foram necessárias diversas reuniões e articulações intersetoriais. Para contextualizar, começamos a participar das reuniões na Secretaria de Direitos Humanos (extinta no novo governo) sobre a elaboração do evento que seria o III Fórum Municipal da População em Situação de Rua, dando continuidade ao trabalho de articulação, para desenvolvimento do evento, iniciado por residentes sanitaristas então R2 e anteriores, com as duas primeiras versões do evento. A ideia inicial era realizá-lo na data instituída como um marco da luta da população em situação de rua, em que marca o massacre da Sé que aconteceu entre 19 e 22 de agosto de 2004.

Porém, vimos a possibilidade de conseguir realizar um evento melhor com apoio financeiro do Grupo de Trabalho de Saúde da ITAIPU Binacional⁴. Para tanto, devido a processos burocráticos, não seria possível realizar na data prevista. Então, graças à persistência de uma pessoa que participava ativamente das reuniões representando a população em situação de rua, decidimos fazer um evento menor no dia 19 de agosto de 2024 para não passar a data em branco e pleitear verbas para realização do evento maior com maior qualidade. Éramos quatro residentes sanitaristas e nos dividimos para o trabalho das articulações necessárias. Dois ficaram responsáveis por desenvolver o Fórum da População em Situação de Rua da Tríplice Fronteira - Vozes da Rua, juntamente ao GT-Saúde da ITAIPU e eu e meu colega de turma e profissão ficamos responsáveis pelo evento do dia 19 de agosto.

Para tanto, precisamos fazer o trabalho de articular os seguintes setores:

- SUS - Secretaria Municipal de Saúde; Diretoria de Atenção Primária; Diretoria de Saúde Mental (extinta no novo governo); Consultório na Rua; CAPS Infantojuvenil; CAPS II; CAPS AD; Serviço de Assistência Especializada (SAE); COMUS;
- Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - Secretaria de Assistência Social; Centro POP; Cadastro Único; Centro Referência em Atendimento à Mulher em Situação de Violência(CRAM);
- Secretaria de Direitos Humanos;
- Secretaria de Esporte, Lazer, Juventude e Melhor Idade (cedeu o espaço para realização do evento);
- Fundação Cultural - projeto Foz Fazendo Arte; projeto pegue e leve(livros);

⁴ O Grupo de Trabalho para Integração das Ações de Saúde na Área de Influência da Itaipu – GT Itaipu Saúde, foi constituído pela ITAIPU Binacional em 2003, com o intuito de subsidiar a empresa nas questões relacionadas à saúde.

- Demais serviços - cortes de cabelos; defensoria pública; Foz Habita; casa do migrante; brechó solidário.

O intuito deste evento, era ofertar diversos serviços públicos, para atender e ouvir as necessidades da população em situação de rua, bem como ofertar espaços para banho, corte de cabelo, café da manhã, almoço, oficinas artísticas, como também uma grande roda de conversa entre todas as pessoas, entidades e instituições públicas presentes para refletir sobre o presente e futuro, sobre as condições de vida, e para criar um espaço de diálogo que pudesse favorecer condições de articulação política entre todas as pessoas presentes. Também ao final da roda de conversa, uma residente fisioterapeuta coordenou uma sessão de alongamentos, e contamos com o apoio de diversas colegas residentes e estudantes de graduações da UNILA.

A breve descrição desta ação, é suficiente para compreender todo o trabalho e esforços envolvidos nela. Foram diversas reuniões, em diversos locais, muitos deslocamentos (sem meios de transporte próprios), para conseguir articular tantos setores e serviços. Foi uma luta para conseguir marmitas, espaço, para que permitam que o público alvo do evento pudesse tomar banho neste espaço, conseguir as mesas e cadeiras (que no dia demoraram muito a chegar), enfim, para desenvolvimento de um evento feito a tantas mãos, tão intersetorial e transversal quanto propõe a Política Nacional para População em Situação de Rua, foram inúmeros os percalços que enfrentamos.

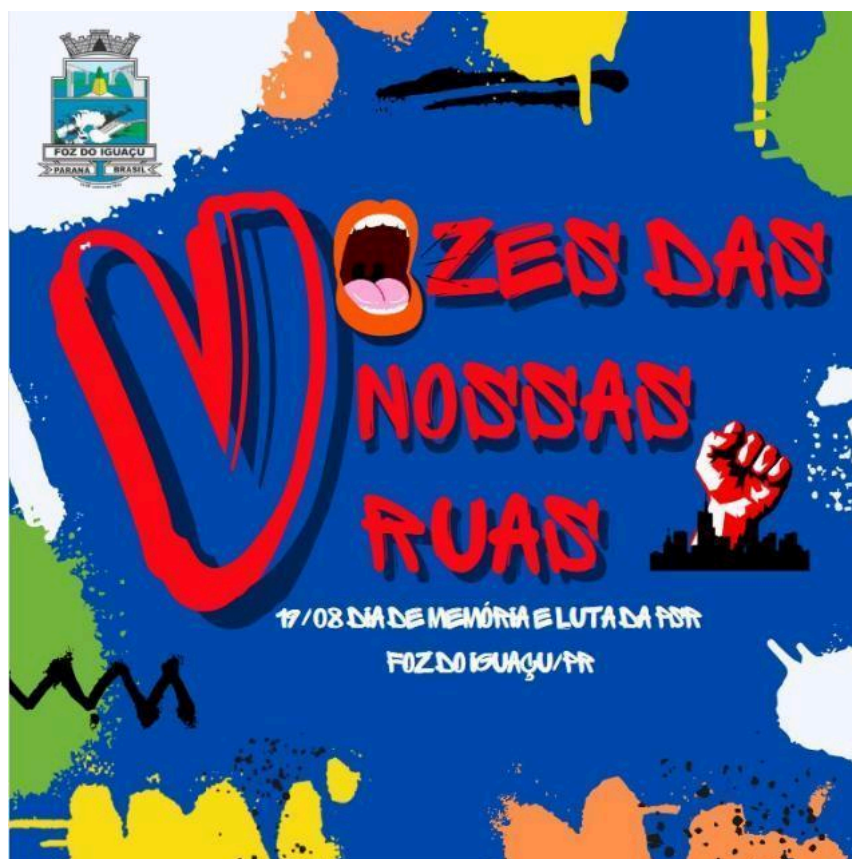
Apesar das dificuldades, nos sentimos muito realizados, pois além de estarmos aprendendo e aplicando os princípios do SUS e da Atenção Primária à Saúde, pudemos desenvolver as competências próprias de nossa profissão sanitária. A participação na realização deste evento tinha total alinhamento com a proposta de nossa área de especialização em saúde da família, porém o realizamos praticamente como uma atividade paralela, extraoficial. Isso porque precisamos seguir normalmente com as demandas de nossas atividades diárias no serviço (com o monitoramento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos-CNES, dentre outros), ademais de cursar 7 disciplinas, com 7 trabalhos, ou mais, a serem entregues.

O sentimento de quase burnout e as inúmeras vezes em que eu cogitei a desistência do programa não foram eventos isolados, mas reflexos de um sofrimento patogênico indissociável da organização do trabalho. Conforme postulam Dejours e Abdoucheli (1994), esse estágio de sofrimento emerge quando todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento do sujeito à organização do trabalho foram esgotadas, resultando em uma relação subjetiva bloqueada que impede a concordância entre a realidade laboral e o desejo. Embora tais desejos e dores se manifestem de forma singular em cada sujeito, eles afetam a

coletividade que sobrevive sob a mesma lógica de produção. É fundamental destacar que, apesar de o sofrimento ser experienciado na esfera individual, sua causalidade é eminentemente sociopolítica e não individual, trata-se de um fenômeno estrutural que emerge no sujeito, mas que possui raízes coletivas e sistêmicas.

Apresentam-se, a seguir, quatro registros fotográficos que ilustram o dia da culminância da experiência relatada. A primeira é do cartaz de divulgação do evento, que foi compartilhado no formato pdf para os profissionais da rede pública de serviços do município, como também na versão impressa e colorida para distribuição entre a população em situação de rua, pois muitos não têm acesso a celulares ou internet, para divulgação em unidades de saúde, universidades, e outros espaços dos serviços públicos.

Imagem 1 - Cartaz de divulgação do evento



Na segunda imagem, estamos os dois residentes da turma IX, ao final do evento, com uma tela pintada com um tronco de árvore e folhas/flores feitas com as digitais de diversas pessoas que participaram do evento. As seções de arte-educação contaram com oficinas de zine, pintura e música.

Imagem 2 - Árvore feita por arte educadora do Foz Fazendo Arte, com as digitais das pessoas que iam chegando no evento



A terceira imagem, mostra a seção onde todas as pessoas em situação de rua (PSR) podiam cortar seus cabelos gratuitamente, serviço oferecido em parceria com a Escola e Salão de Cabeleiros Mutari. A necessidade da presença deste serviço no evento foi fortemente indicada pela pessoa que representava essa população nas reuniões e que foi fundamental para organização de um evento que de fato buscasse atender as necessidades do público alvo.

Imagem 3 - Corte de cabelo pela Escola e Salão de Cabeleiros Mutari



A quarta fotografia registra a última atividade do dia: uma ampla roda de conversa composta por diversos atores sociais, cujo objetivo foi tecer um debate transversal sobre os desafios enfrentados por aquela população. A decisão de realizar o debate após o almoço foi deliberada, partindo da premissa de que o suprimento das necessidades humanas básicas é condição imprescindível para que se estabeleça um espaço de diálogo e construção política coletiva.

Imagem 4 - Roda de conversa entre pessoas em situação de rua, estudantes e diversas instituições



Para adensar a análise das contradições que permeiam o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), é imperativo confrontar a realidade prática vivenciada com o horizonte ético-político que, teoricamente, deveria orientar sua estrutura. Segundo o Projeto Pedagógico Curricular (PPC) do PRMSF, o perfil do egresso preconiza uma formação de caráter crítico-reflexivo, ancorada nos pilares da Atenção Primária à Saúde (APS) e, por extensão, nas diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS):

O perfil geral dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família são profissionais que possuem uma compreensão ampliada do seu papel no cenário da atenção primária à saúde, com capacidade ativa, corresponsável, crítico-reflexiva que traduza comprometimento com a viabilização de uma prática pautada nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e do Sistema Único de Saúde (SUS) e voltada para as necessidades sociais, epidemiológicas de saúde para a população de fronteira. Os profissionais egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família serão mais bem preparados, em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes, para atuar na APS, proporcionando uma maior resolubilidade da atenção, e dessa forma contribuirão para consolidar a Estratégia Saúde da Família (UNILA, 2016, p.18).

Então, o Projeto Pedagógico Curricular desta especialização, além de reforçar e buscar fortalecer todos os princípios do SUS e da APS, também se propõe a olhar para a dimensão social, política e territorial da região de tríplice fronteira internacional (Brasil, Argentina e Paraguai) onde se desenvolve. Além das dificuldades apresentadas anteriormente em relação a concretização de uma formação crítica-reflexiva, existe uma lacuna no que diz respeito a uma formação para atuar não só no âmbito da APS, como no âmbito da APS em região de fronteira.

Isso porque existem apenas 3 componentes (2 teóricos e 1 prático) que em seu título se propõem trabalhar a questão fronteiriça no âmbito da APS. Destas, nenhuma chegou a tangenciar a dimensão da região de fronteira, e uma delas (mencionada anteriormente) não possui nenhuma temática em sua ementa que faça alusão a dimensão territorial de fronteira como promete seu título. E nenhum dos componentes práticos são desenvolvidos com acompanhamento pedagógico, simplesmente são contabilizados na carga horária que fazemos em serviço. Além disso, também há dois módulos de caráter prático, o Diagnóstico Situacional e Planejamento em Saúde na Comunidade e as Atividades Complementares, que somados possuem carga horária de 310 horas, que até agora não estavam sendo contabilizados e descontados na carga prática total que devemos cumprir e serviço.

Ademais, é preciso considerar que o SUS, em sua gênese, pressupõe a participação e o controle social como dispositivos de democratização da saúde. No entanto, a racionalidade neoliberal que captura o PRMSF transmuta o sentido da formação: o residente deixa de ser um sujeito em processo de especialização crítica para se tornar um insumo da rede, “mão de obra barata”. A falta de espaço-tempo para a reflexão pedagógica nega o princípio da Educação Permanente em Saúde, transformando o aprendizado em uma "formação para o mercado" disfarçada de "formação para o SUS". A ausência de suporte para o processamento das vivências de uma residência em saúde família em região de fronteira, impede que se construa uma formação em saúde intercultural, capaz de responder aos fluxos migratórios e às desigualdades específicas deste território.

Portanto, a tensão entre o SUS constitucional e o SUS operacional, precarizado e uberizado, manifesta-se no cotidiano da residência como um processo de dissociação entre o intuito político pedagógico do PRMSF e sua estruturação na prática. A capacidade ativa e corresponsável exigida pelo PPC é subsumida por uma estrutura que privilegia a reprodução técnica e burocratizada em detrimento da produção criativa/crítica/reflexiva do cuidado. Reestruturar as residências multiprofissionais implica, necessariamente, resgatar o tempo da

reflexão como um ato político, garantindo que de fato se tenha uma formação crítica em serviço capaz de promover transformação social através da atuação no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É imprescindível sublinhar, inicialmente, que produzir ciência e manter uma perspectiva crítica sob as condições concretas (apresentadas anteriormente) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) exige um esforço muito grande. Como compartilhado por tantos colegas, a vivência de dois anos de residência muitas vezes impõe uma suspensão da própria vida, um distanciamento de si em prol de um modo "fazer" incessante e alienante. Diante da escassez de um espaço-tempo, que deveriam ser garantidos institucionalmente, destinados à reflexão crítica dos processos vividos durante esta formação profissional, este Trabalho de Conclusão de Residência constitui-se, em si, como um ato de resistência: a insistência em criar uma pausa reflexivo/crítica no fluxo do produtivismo.

Sob a ótica crítica da abordagem sócio histórica, esta investigação propôs-se a analisar parte do processo da formação das/os trabalhadoras/es em saúde (ou para o SUS) na prática, frente a proposta político-pedagógica do PRMSF que está inserida em um contexto marcado pelo neoliberalismo. O percurso feito permitiu refletir brevemente sobre algumas das dimensões desta formação na prática, compreendendo que sua estruturação concreta não compõe uma experiência isolada ou impermeável em relação ao contexto neoliberal. Mas sim, que esta formação se insere em território de práxis em saúde em que a racionalidade neoliberal se encontra capilarizada, incorporada às subjetividades que orientam o fazer/pensar no cotidiano dos serviços do SUS.

A partir dessa perspectiva, o percurso realizado buscou cumprir o objetivo geral de analisar como a lógica da uberização do trabalho se manifesta no cotidiano dos serviços do SUS e de que maneira o PRMSF atua como um campo de forças entre a reprodução dessa racionalidade e a resistência a ela. A investigação confirmou a hipótese de que a estrutura atual das residências, marcada por uma carga horária, sem justificativa político-pedagógica plausível, de 60 horas semanais e pela escassez de tempo-espaço para a reflexão crítica, tende a reforçar o paradigma neoliberal e também a precarização das/os trabalhadoras/es residentes. Simultaneamente, observou-se que parte do potencial do programa como espaço de resistência reside na sua fundamentação nos princípios do Sistema Único de Saúde, da

Atenção Primária à Saúde, e na possibilidade de implementá-los na práxis do PRMSF, caminhando assim em direção à produção do "Trabalho Vivo em Ato".

Ao longo deste artigo, discutiu-se como a racionalidade neoliberal opera uma captura das subjetividades, transformando artesãos do cuidado em operários de números e protocolos, processo este que denominamos como a "uberização do trabalho em saúde". Através da análise da matriz curricular e das experiências descritas, evidenciou-se um currículo que muitas vezes privilegia o desempenho burocratizado em detrimento da construção de um processo de ensino-aprendizagem que de fato promova uma formação crítica e emancipatória.

A percepção de uma fragmentação dos saberes, aliada aos desafios mencionados e à consequente dificuldade de preservação da saúde mental das/os residentes, sinaliza que os processos formativos são permeados e tensionados pela lógica neoliberal. Tais fatores sugerem que a execução prática das residências têm caminhado, em diversos momentos, em descompasso com o seu intuito político-pedagógico original de promover uma formação integral e emancipatória, voltada para a transformação do SUS.

Nesse sentido, torna-se urgente resgatar a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire como bússola para a reestruturação dos programas de residência. Pensar a formação em saúde exige a construção de currículos que sejam efetivamente críticos, dialógicos e emancipatórios, capazes de romper com a "educação bancária" que apenas transfere conteúdos técnicos e/ou burocráticos. A autonomia do residente e do/a trabalhador/a do SUS só pode ser forjada em espaços que respeitem o tempo necessário para o processamento, discussão coletiva e reflexão crítica sobre tudo que é vivenciado durante a formação, permitindo que o profissional se reconheça como sujeito histórico e não apenas como recurso humano cuja força de trabalho deve ser extraída da forma mais otimizada possível.

Portanto, defende-se que a perspectiva da Educação Popular em Saúde não seja reduzida a um módulo isolado ou a uma ementa burocratizada, mas que pautar, transversalmente, todas as dimensões do PRMSF e dos demais programas de residência. O profissional especialista em Saúde da Família deve ser formado para valorizar os saberes populares em contraposição a métodos prescritivos exclusivamente pautados pela hegemonia biomédica. Para que o cuidado em saúde seja de fato emancipador e interessado na transformação social, é imperativo considerar a realidade material vivida pela comunidade, fortalecendo a participação popular e o SUS. É necessário que o diálogo e a escuta sensível orientem tanto a prática assistencial quanto a organização pedagógica, transformando a residência em um território de práxis, onde a formação e o cuidado caminharão juntos na

construção de um sistema de saúde que resista à lógica do capital — à razão neoliberal — e reafirme o compromisso ético-político com a defesa da vida.

REFERÊNCIAS

ABÍLIO, L. C. Uberização: Do empreendedorismo para o autogerenciamento subordinado. **Psicoperspectivas**, Valparaíso, v. 18, n. 3, p. 41-51, 2019.

ABÍLIO, L. C. Uberização: a era do trabalhador just-in-time?. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 98, p. 111-126, jan./abr. 2020.

ABÍLIO, L. C.; AMORIM, H.; GROHMANN, R. Uberização e plataformização do trabalho no Brasil: conceitos, processos e formas. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 23, n. 57, p. 26-56, maio/ago. 2021.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo Editorial, 2018.

BERNSTEIN, Basil. A pedagogização do conhecimento: estudos sobre recontextualização. **Cadernos de pesquisa**, p. 75-110, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014**. Dispõe sobre o regime de trabalho e a carga horária dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre o processo de avaliação dos residentes. Brasília, DF: CNRMS, 2014. Disponível em: [Página 34 do Diário Oficial da União - Seção 1, número 217, de 10/11/2014 - Imprensa Nacional](#). Acesso em: 15 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 8.995, de 28 de novembro de 2025**. Dispõe sobre a Política Nacional de Residências em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 nov. 2025. Disponível em: [Portaria INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 8.995, DE 28 DE novembro DE 2025 - Portaria INTERMINISTERIAL MS/MEC Nº 8.995, DE 28 DE novembro DE 2025 - DOU - Imprensa](#)

[Nacional](#). Acesso em: 15 nov. 2025.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Editora Boitempo, 402 p, 2016.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, p. 119-145, 1994.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 1996.

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

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de pesquisa**, p. 21-39, 2002.

GAGO, Verónica. Para una crítica de las operaciones extractivas del capital: patrón de acumulación y luchas sociales en el tiempo de la financiarización. *Nueva sociedad*, 2015, 255: 38-52.

LA BOÉTIE, É. de. **Discurso sobre a servidão voluntária**. São Paulo: Coleção Folha Os Pensadores, 2021.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MELARA, Maísa. **Sanitarista e seu duplo: cartografia da crueldade**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso.

MERHY, E. E. et al. Trabalho em saúde. In: **DICIONÁRIO da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPJV/FIOCRUZ, 2009. Disponível em: [Trabalho em Saúde](#). Acesso em: 15 nov. 2026.

POCHMANN, Marcio. Terceirização, competitividade e uberização do trabalho no Brasil. **Precarização e terceirização: faces da mesma realidade**, p. 59-68, 2016.

SANTOS, Sílvio Matheus Alves. O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. **Plural: Revista de Ciências Sociais**, v. 24, n. 1, p. 214-241, 2017.

SILVA, L. R. da. **Neoliberalismo e saúde**: implicações na saúde mental de trabalhadores do SUS da cidade de São Paulo. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Saúde) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, 2023

SOUZA, Diego de Oliveira; ABAGARO, Camila Pereira. A uberização do trabalho em saúde: expansão no contexto da pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00328160, 2021.

SVAMPA, Maristella. Movimientos sociales y escenario político: las nuevas inflexiones del paradigma neoliberal en América Latina. **Observatorio Social de América Latina-CLACSO**, 2007, 1-15.

TUMELERO, Náina Ariana Souza; VERNAL, Javier Ignacio. A razão neoliberal: economias barrocas e a pragmática popular Resenha da obra de Verônica Gago. **Desenvolvimento Socioeconômico em Debate**, 2020, 6.2: 144-148.

TV ABRASCO. #21 “Escala 6×1, uberização e precarização do trabalho”, com Ludmila Abílio. Rio de Janeiro, 6 jun. 2025. 1 vídeo (32 min 11 s). Publicado no canal TV Abrasco. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=3rMzFttRG7M>. Acesso em: 15 jun. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. **Projeto Pedagógico Curricular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Foz do Iguaçu, 2016. Disponível em: [PPCResidenciaMultiprofissional.pdf](#). Acesso em: 15 jun. 2025.

YOUNG, Michael. Para que servem as escolas?. **Educação & sociedade**, v. 28, p. 1287-1302, 2007.

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, sem exceção, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao editor.

No ato da submissão do manuscrito é preciso que a ordem de apresentação dos autores esteja definida e acordada com todos, pois caso o artigo seja aprovado para publicação, os nomes dos autores serão apresentados exatamente na ordem estabelecida quando o artigo foi submetido

Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas e tema do Debate.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, título alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha. O título da obra resenhada, em seu idioma original, também deve estar indicado na primeira página do texto, abaixo da imagem da obra resenhada.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]. Os dados dos autores são informados apenas em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a cinco. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A autoria implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: a) concepção e delineamento do trabalho ou participação da discussão dos resultados; b) redação do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo; c) aprovação da versão final do manuscrito. Todas as três condições precisam ser atendidas e descritas para cada um dos autores.

Nota

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a três.

4 A página inicial do manuscrito (Documento principal) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

Notas

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

Notas

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

5 Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

6 Manuscritos referentes à pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar apenas o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.

7 Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.

8 Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), com seus respectivos créditos ou legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 É possível incluir no manuscrito um texto suplementar, denominado Apêndice [de autoria do (s) próprio (s) autor (es)] ou Anexo (de outra autoria). Esse texto suplementar deve ser inserido logo após o item de Conclusão do manuscrito, antes das informações autorais e das referências.

10 Interface adota as regras da Convenção de Vancouver como estilo para citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções