

Educação médica: Tensões e Pluralidade

Carmen Fontes Teixeira¹

A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) anunciou, recentemente, a criação de uma turma inédita do curso de [Medicina](#) com 80 vagas destinadas exclusivamente a candidatos sem-terra e quilombolas², beneficiários do Programa Nacional de Educação para Áreas da Reforma Agrária (Pronera). Criado, em 1998, para ampliar o acesso à educação no campo, é a primeira vez que o Pronera inclui Medicina em sua lista de cursos, antes restrita a áreas como pedagogia da terra, direito, agronomia e medicina veterinária.

A medida gerou forte reação do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe), do Sindicato dos Médicos, da Associação Médica de Pernambuco e da Academia Pernambucana de Medicina, que classificaram o processo como um “*afronte aos princípios da isonomia e do acesso universal*”, argumentando que a seleção, realizada fora do Enem e do [Sisu](#), comprometeria a credibilidade acadêmica e abriria um “*precedente perigoso*” para a formação médica no país. Em resposta, a UFPE afirmou que as vagas oferecidas pelo Pronera são extras e não reduzem a quantidade destinada ao Sisu, destacando que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) assegura autonomia às universidades para definir o número de vagas e criar turmas supranumerárias destinadas a políticas públicas específicas, com aval do Ministério da Educação (MEC).

¹ Profa. Titular do IHAC/UFBA e docente do PPGSC-ISC-UFBA. Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). carmen@ufba.br.

² Os candidatos ao curso deverão ser assentados e acampados cadastrados pelo Incra, quilombolas, educadores do campo, egressos de cursos vinculados ao instituto e participantes do Programa Nacional de Crédito Fundiário. Metade das vagas será reservada a candidatos de cotas - ex-alunos de escolas públicas, pessoas de baixa renda, pretos, pardos e pessoas com deficiência. O processo seletivo prevê uma redação presencial (peso 6), sobre temas ligados à reforma agrária, saúde no campo ou educação rural, além da análise do histórico escolar do ensino médio (peso 4), considerando notas de português, biologia e química.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), por sua vez, considerou esta iniciativa uma “conquista histórica”, ao reconhecer que “a formação de profissionais de saúde precisa dialogar com as realidades sociais e territoriais do país, não apenas com os grandes centros urbanos”, como afirma Cláudia Travassos, diretora-executiva do Cebes e pesquisadora da Fiocruz. Para ela, “formar médicos no contexto da reforma agrária e dos quilombos significa preparar profissionais comprometidos com o SUS e com a redução das desigualdades. Essa é uma ação afirmativa de enorme alcance social”. Ana Costa, diretora-executiva do Cebes e professora da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-DF), reforça essa posição ao comentar que “Não se trata apenas de acesso à universidade, mas de formar médicos enraizados em seus territórios, que compreendem a realidade do campo e das comunidades negras rurais”.

A iniciativa da UFPE e a reação que suscitou evidencia a tensão entre as entidades representativas da categoria médica e representantes do movimento sanitário (Cebes), sendo mais um exemplo do enfrentamento entre posições e projetos políticos distintos no campo da saúde, que, nesse caso, se apresenta como uma polêmica em torno da direcionalidade a ser impressa à formação de médicas/médicos no país. Para entendermos melhor as raízes dessa polêmica, é necessário revisar, ainda que brevemente, a situação atual do ensino médico no país, tratando de identificar as concepções e projetos em disputas nesse campo. É isso que nos propomos a fazer a seguir, com a intenção de estimular a reflexão, a realização de estudos e pesquisas e o debate político em torno do tema.

Situação atual e tendências do Ensino Médico no Brasil

Nos últimos anos tem se verificado um crescimento extraordinário de escolas e cursos de Medicina no Brasil, principalmente a partir da criação do Programa Mais Médicos³, em 2013, configurando-se um processo de expansão e financeirização

³ BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2

013. **Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 03 jul. 2021.

do ensino médico. Atualmente, conta-se com cerca de 494 cursos, com um total de 50.974 [vagas de graduação](#) ofertadas por um conjunto heterogêneo de escolas situadas em universidades, faculdades e centros de educação superior, a grande maioria (80%) vinculada ao setor privado^{4,5}, que cobra em média cerca de 10 mil reais de mensalidade. A título de exemplo dessa expansão, veja-se o caso do Estado da Bahia⁶ (Box).

Criação, expansão e privatização do ensino médico na Bahia (1808-2025)

O primeiro curso médico da Bahia data de 1808, com a criação da Escola de Cirurgia da Bahia, transformada em Faculdade de Medicina em 1852 e integrada ao conjunto de escolas que deram origem à Universidade Federal da Bahia em 1946. Em 1952 foi fundada a Escola Bahiana de Medicina e Saúde, permanecendo a Bahia com apenas duas escolas médicas até o final do século XX. Na primeira década do século XXI, foram implantados quatro novos cursos em universidades públicas estaduais e um curso em uma instituição privada, sem fins lucrativos. Na década seguinte, observou-se um rápido crescimento do número de escolas e cursos, a maioria privadas, de modo que, atualmente, a Bahia conta com 36 cursos de Medicina, sendo 25 destes vinculados a instituições privadas (das quais, 23 com fins lucrativos) e 11 cursos vinculados a IES públicas (6 federais e 5 estaduais). Estas últimas abrem, anualmente, cerca de 3.597 novas vagas, sendo 694 (19,3%)

⁴ DAL POZ, M.R.; MAIA, L.S e COSTA-COUTO, M.H. **Financeirização e oligopolização das instituições privadas de ensino no Brasil: o caso das escolas médicas**. Cad. Saúde Pública 2022; 38 Sup 2:e00078720. Disponível em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-38-s2-00078720.pdf>. Acesso em 16 nov. 2022.

⁵ SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2025**. Brasília: Ministério da Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Associação Médica Brasileira, 2025. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1WL1iLvHvykgea72H1JY3Xfc1vWmZxsDS/view>. Acesso em: 18 maio. 2025.

⁶ Informações coletadas em 2025 no Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior: <https://emec.mec.gov.br/emec/>.

oferecidas por universidades federais (500) e por estaduais (100), enquanto as instituições privadas oferecem 2903 vagas (80,7%), distribuídas entre as faculdades (300) e centros universitários (80) sem fins lucrativos, bem como em universidades (270), faculdades (1086) e centros universitários (1167) com fins lucrativos.

O Brasil assim, se tornou o segundo país do mundo com maior número de escolas médicas, só perdendo para a Índia (cerca de 600), país com mais de 1,4 bilhão de habitantes —o Brasil tem 213 milhões, segundo o IBGE.

Além de constatar a expansão e privatização do ensino médico no país, cabe problematizar o modelo de formação existente nesse conjunto heterogêneo de escolas de cursos, tema que tem sido, inclusive, objeto de estudos e debates em torno da formulação e implementação das [Diretrizes Curriculares Nacionais](#) (DCN), referencial para a elaboração dos projetos pedagógicos dos novos cursos e para a reforma curricular dos cursos existentes, cuja versão atualizada foi amplamente discutida, aprovada pelo [Conselho Nacional de Educação](#) e homologada pelo MEC no dia 39 de setembro.

Apesar dos princípios e fundamentos das DCN apontarem a importância da formação de profissionais dotados de visão “*humanista, crítica, reflexiva e ética*”, e indicarem que a estrutura curricular dos cursos deve contemplar a aquisição de competências que os qualifiquem a atuar nos diversos níveis de organização do sistema de saúde, com ênfase na Atenção Primária/Saúde da Família, e no cuidado aos principais problemas e necessidades de saúde da população, não se conta com estudos abrangentes que permitam a análise e compreensão do que realmente se passa na maioria dos cursos médicos do país.

Com base em estudos focalizados, que abordam cursos específicos, é possível se pensar que a tendência predominante, principalmente no conjunto dos cursos mantidos por instituições privadas, é a reprodução do modelo hegemônico de

formação⁷, com ênfase no aprendizado das disciplinas que compõem o paradigma biomédico, especialmente Clínico, fragmentado nas diversas especialidades médicas, com participação subalterna do ensino de saberes e práticas de APS e/ou Saúde da Família/Medicina de Família e Comunidade⁸, e escassa participação de componentes do campo da Saúde Coletiva, ainda que previstos e enfatizados nas DCN.

A “pluriversidade” do ensino médico em questão

Nesse ponto, convido o raro leitor ou leitora desse texto a imaginar o mapa do Brasil, salpicado de cursos de medicina, com distribuição desigual em seu vasto território, para onde afluem centenas e milhares de estudantes, carregando suas aspirações, sonhos, fantasias e projetos com relação à formação profissional, ansiosos por se tornarem médicos e médicas, sendo que, a imensa maioria deles sequer imagina o que os espera durante os seis anos que passarão no curso.

Peço que, em seguida, imaginem a multiplicidade de projetos pedagógicos que têm sido construídos nessas escolas, uns mais, outros menos coerentes com as

⁷ O modelo de formação de pessoal em saúde predominante, tanto nas instituições públicas quanto privadas, privilegia cursos profissionalizantes, sob responsabilidade de escolas e faculdades específicas, organizadas em departamentos que reproduzem a fragmentação do conhecimento em disciplinas sem articulação entre si. Esse modelo acaba gerando desenhos curriculares lineares, que periodicamente são submetidos a “reformas” que não alteram substancialmente a racionalidade que preside o processo de ensino, focado na memorização de conteúdos e aprendizagem acrítica das práticas que são realizadas nos serviços de saúde. Ver TEIXEIRA, C. F; SANTOS, L; ROCHA, M. D. Desafios da formação profissional em saúde. In: LINA, F. et al (Org). **Educação em saúde na Atenção primária: história e memória**. 1ª.ed. São Paulo: HUCITEC, 2022, v. 1, p. 19-40.

⁸ Os limites desse ensaio não permitem a análise das aproximações e distanciamentos entre essas três abordagens. A APS deriva de um movimento internacional de reorganização dos sistemas de saúde, que orienta a formação de médicos generalistas, aptos a trabalhar nesse nível de atenção. A Saúde da Família também tem uma origem externa ao Brasil, porém foi redefinida enquanto uma estratégia de reorientação do modelo de atenção no âmbito do SUS, incorporando a contribuição do pensamento crítico do campo da Saúde Coletiva, e enfatiza a atuação de equipes multiprofissionais no enfrentamento dos problemas de saúde da população de determinados territórios. A Medicina de Família e Comunidade reitera a ênfase na prática médica, predominantemente clínica, exercida pelos profissionais nas unidades básicas do sistema. Ver TEIXEIRA, C. F VILABÔAS, A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO N. A. M. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 2ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023.p.691-735. E também: ANDRADE, H.S; ALVES, M.G.M.; CARVALHO, S.R.; JUNIOR, A.G.S. A formação discursiva da Medicina de Família e Comunidade no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280311, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VyPQFypXtF6MkRcqQ7P9bcc/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11 jun. 2024.

DCN, e pensem na diversidade de experiências pedagógicas dos estudantes e na multiplicidade de perfis profissionais dos egressos dessas escolas, porquanto cada escola médica é um campo de disputas entre concepções distintas acerca da saúde e da doença, das possibilidades de promoção e proteção da saúde, das modalidades de prevenção de riscos e dos modos de organização do trabalho médico e da produção do cuidado, seja individual, familiar ou coletivo.

Assim, a partir da ênfase que cada escola dá aos enfoques que atravessam o desenho curricular, a relação entre os diversos componentes, a relação entre teoria e prática, a definição dos campos de prática a serem privilegiados, enfim, a direcionalidade que cada curso imprime no processo de ensino-aprendizagem, resulta o perfil profissional dos egressos, com maior ou menor variação, a depender da sensibilidade ético-política e do compromisso social de cada estudante e das características das relações de ensino que cada um estabelece com docentes e supervisores durante o curso.

Considerando a diversidade de escolas e cursos atualmente existentes, ousamos pensar que a formação médica no Brasil hoje é “multipolar”, configurando um espaço atravessado por eixos compostos, por um lado, pelo conjunto de escolas e cursos do setor privado, e, por outros, por escolas, faculdades e cursos vinculados ao setor público.

No eixo das escolas privadas, distribuem-se as escolas, faculdades e centros universitários que só têm em comum o fato de serem privadas, porém se diversificam na medida em que se dispõem em um gradiente de qualidade e sofisticação dos cursos, ou seja, desde escolas “de alto padrão”, vinculadas a serviços hospitalares de ponta, nas principais regiões metropolitanas do país, dispondo de um corpo docente altamente qualificado, até centros universitários recém-criados, em cidades do interior dos estados, que por vezes nem dispõem de corpo docente minimamente necessário para ofertar o conjunto dos componentes curriculares do curso.

No eixo dos cursos vinculados a universidades públicas, também é possível imaginar a diversidade existente na organização, direcionalidade e qualidade do processo de ensino-aprendizagem, decorrente das opções

políticas do corpo dirigente/docentes com relação ao projeto pedagógico dos cursos. Assim, pode-se identificar escolas mais “tradicionais”, que resistem às mudanças curriculares propostas nas DCN, até escolas mais recentes e “inovadoras”, implantadas em áreas remotas do país⁹, cujos cursos tratam de se ajustar a estas diretrizes, enfatizando a articulação do ensino aos serviços de APS e, em alguns casos, indo além, como nos parece o exemplo do curso proposto pela UFPE, que inova ao contemplar a oferta de um curso voltado para candidatos oriundos de comunidades quilombolas e de assentamentos do MST.

De todo modo, é possível pensar que, na maioria das escolas atualmente existentes no país, o profissional que está sendo formado privilegia o enfoque clínico, voltado para a atenção individual, especializada e superespecializada, com uso intensivo de tecnologia diagnóstica e terapêutica em sua prática, mesmo no âmbito da APS, reproduzindo a hegemonia do médico/médica sobre os demais profissionais e trabalhadores de saúde. Desse modo, se distancia do perfil desejado de um profissional dotado de competências cognitivas, habilidades técnicas e valores consentâneos com um trabalho em equipe, multiprofissional e integrado, que contemple ações de promoção, vigilância e assistência, em qualquer espaço do sistema de saúde, seja na atenção básica ou na atenção de média e alta complexidade, quer no âmbito do SUS ou nos estabelecimentos do setor privado.

Diante disso, nos perguntamos e compartilhamos com vocês, nossas inquietações:

Que médicos e médicas estamos formando? Que práticas de saúde estão preparados para desempenhar? Que ideologias profissionais reproduzirão ao se inserirem no mercado de trabalho? Que modelo de atenção vão fortalecer? O modelo médico-assistencial hegemônico ou um modelo de atenção integral, que valoriza a atuação interprofissional e a articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e reabilitação? Que contribuição serão capazes de

⁹ CYRINO, E. G. *et al.* Mapeamento das características da implantação de novos cursos de Medicina em universidades federais brasileiras. *Rev Panam Salud Publica* 44, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52802/v44e1172020.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 06 dez. 2021.

oferecer à consolidação do SUS e à melhoria da situação de saúde da população brasileira?

Essas e muitas outras perguntas nos inquietam quando pensamos na complexidade da formação de pessoal de saúde, não somente a formação médica, e recordamos as lições que nos foram legadas pelos estudos pioneiros de Juan Cesar Garcia¹⁰, Maria Cecilia Donnangelo¹¹ e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves¹² acerca da Educação Médica, da Prática Médica e do Processo de trabalho médico. E também quando nos debruçamos sobre os trabalhos mais recentes que resgatam a contribuição desses pioneiros e avançam na análise das contradições que atravessam a visão de mundo e os posicionamentos políticos dos médicos/médicas no Brasil hoje, a exemplo do trabalho de Medeiros¹³ sobre a penetração da ideologia de extrema direita no âmbito da categoria.

No momento atual em que vivemos a revolução tecnológica na esfera da informação e comunicação, com o uso da inteligência artificial, utilização de grandes bancos de dados, debates sobre a medicina baseada em evidências¹⁴ e a difusão da

¹⁰ GARCÍA J. C. La educación médica em la América Latina. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n°. 255, 1972. Ver a edição brasileira publicada pela EDUFBA em 2022: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/36283>.

¹¹ DONNANGELO MCF. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

¹² MENDES-GONÇALVES R. B. Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico, 1979, Dissertação de mestrado, São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo.

¹³ MEDEIROS, H.G.D. O bolsonarismo, a categoria médica e a política de saúde no contexto da crise de hegemonia contemporânea, p. 299. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2024.

¹⁴ Medicina Baseada em Evidências (MBE) é uma abordagem que integra a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica do profissional e os valores do paciente para tomar decisões de saúde mais eficazes e seguras. Em vez de se basear na autoridade ou tradição, a MBE busca provas de alta qualidade, como revisões sistemáticas de ensaios clínicos, para orientar diagnósticos, tratamentos e ações preventivas, garantindo que a prática médica seja cada vez mais eficiente e centrada no paciente. O debate sobre este enfoque não está imune a críticas severas. Ver LAPA, T.G. As controvérsias em torno da medicina baseada em evidências. [Dissertação de Mestrado] PPGEISU/IHAC, UFBA, 2019. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/30958?mode=full>. Acesso em 4/10/2025.

chamada medicina de precisão¹⁵, ao tempo em que precisamos lidar com fenômenos contemporâneos, como a crise climática, a violência social em suas diversas formas e seus efeitos na saúde física e mental dos diversos grupos da população, consideramos necessário resgatar, atualizar e ampliar o olhar analítico e compreensivo sobre a Educação e a Prática Médica no Brasil, bem como defendemos que, mais que nunca é necessário que ocorra a ampliação do ensino da Saúde Coletiva em todos os cursos da área de saúde.

Nessa perspectiva, é bem-vinda a iniciativa da Universidade Federal de Pernambuco, que agrega complexidade ao debate sobre os rumos da Educação Médica no país, e estimula a reflexão e a militância em prol de uma política de educação superior em saúde que leve em conta a possibilidade de definição de uma “base curricular comum” a todos os cursos da área de saúde, sem perder de vista a possibilidade de adaptação de cada curso à realidade econômica, social, política e cultural da população que vive, trabalha e se mobiliza politicamente, em seus territórios de referência, pela defesa do direito à saúde, proteção do meio-ambiente, e garantia da preservação dos valores e cultura dos seus ancestrais.

Ainda é possível sonhar?

Com base na experiência docente em cursos da área de saúde, inclusive no curso médico e no bacharelado interdisciplinar em saúde temos refletido sobre os desafios atuais da formação de pessoal em saúde¹⁶, consideramos extremamente oportuno a retomada do debate e a mobilização social e política em torno da mudança na formação de pessoal em saúde, concomitante à luta pela retomada do processo

¹⁵ Medicina de Precisão é uma abordagem médica personalizada que utiliza dados genéticos, estilo de vida e ambientais para adaptar tratamentos e prevenções às características individuais de cada paciente, aumentando a eficácia e diminuindo efeitos colaterais. Essa prática permite diagnósticos mais precoces, tratamentos direcionados, como em oncologia, e a personalização de planos de prevenção e bem-estar. Para uma análise crítica dessa abordagem ver: IRIART, J Medicina de precisão/medicina personalizada: análise crítica dos movimentos de transformação da biomedicina no início do século XXI. Cad. Saúde Pública 2019;35(3):e00153118. <https://www.scielo.br/j/csp/a/MDnkgxSFz89BSRM45zhNM3D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso 4/10/2025.

¹⁶ TEIXEIRA, C. F; SANTOS, L; ROCHA, M. D. Desafios da formação profissional em saúde. op. Cit.

de construção do SUS constitucional, apesar do cenário restritivo em que nos encontramos.

Defender um processo dessa natureza pode soar como ingenuidade ou utopia, dada a configuração atual do “sistema formador” de pessoal de saúde¹⁷, mas, animados com a iniciativa da UFPE, pensamos ser possível sensibilizar outras universidades, faculdades e escolas de saúde a retomar o debate em torno da mudança não só na Educação Médica, senão que no conjunto dos cursos de formação de pessoal de saúde.

Nesse sentido, consideramos ser imprescindível que, no momento atual, esse tema seja incluído na agenda da Reforma Sanitária e dos movimentos em defesa do SUS e demais movimentos sociais¹⁸ que incluem a luta pelo direito à saúde em suas pautas, a exemplo do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra, do movimento negro, do movimento indígena, do movimento quilombola e outros.

O debate ampliado e ressignificado acerca da formação de pessoal em saúde pode, assim, incluir propostas com relação à reorientação da política de ensino superior nesta área, de modo a defender o fortalecimento do ensino público e uma maior regulação da expansão do ensino privado, inclusive com rigor redobrado na avaliação da qualidade dos cursos.

Do mesmo modo, talvez seja oportuno retomar o debate em torno da reforma da arquitetura acadêmica da universidade brasileira, desencadeado por alguns autores e gestores na época da implantação do REUNI¹⁹ [Programa de Apoio

¹⁷ ROCHA, M. N. D. Educação superior no Brasil: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI. 2014. [tese doutorado] Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2014. Disponível em: <https://repositorio.Ufba.br/ri/bitstream/ri/16327/1/TESE%20MARCELO%20DOURADO.%202014.pdf> Acesso em 11 nov. 2021.

¹⁸ Sobre estes movimentos e a inserção de suas lutas no campo da saúde, ver ESPERIDIÃO, M. et al. Participação e controle social no SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO N. A. M. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 2ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023.p.241-257.

¹⁹ SANTOS, BSS e ALMEIDA FILHO, N. A universidade no século XXI: para uma universidade nova. Almedina. CES. Coimbra, dezembro 2008. Ver também. ALMEIDA-FILHO, N. M. e COUTINHO, D. **Nova arquitetura curricular na universidade brasileira**. Cienc. Cult. vol.63 no.1 São Paulo Jan. 2011. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n1/a02v63n1.pdf> Acesso em: 23 jan. 2023.

a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais] e atualmente praticamente esquecido depois de uma década de desmonte da universidade pública em função dos cortes sucessivos no orçamento e da conflagração dos *campi* por conta da “polarização”²⁰ política e cultural no país.

Além disso, pensamos que é importante desencadear e ampliar o debate em torno da possibilidade de definição de uma **base conceitual comum** a todos os cursos da área, contemplando a inclusão de temas que têm sido objeto de pesquisas no campo da Saúde Coletiva e precisam, a nosso ver, fazer parte do aprendizado de todo e qualquer profissional de saúde, quais sejam: a) a compreensão das várias dimensões do conceito ampliado de saúde, isto é, a saúde enquanto estado, serviço, sistema, valor, direito e campo de saberes e práticas; b) a análise permanente da situação de saúde da população brasileira, incluindo a compreensão das determinações sociais que incidem sobre o perfil epidemiológico dos diversos grupos, delimitados segundo classe, raça/cor, gênero, condições de vida, educação e trabalho, território e cultura; c) a compreensão do processo histórico de luta pelo direito universal à saúde enquanto direito de cidadania e, portanto, a análise da emergência e desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e do processo de construção do SUS; d) a análise dos projetos em disputas no campo da saúde, as relações público-privado e as implicações desse processo sobre a configuração do sistema de saúde e do mercado de trabalho no setor; e) a análise das políticas e programas de saúde dirigidas a problemas e grupos populacionais específicos, a exemplo da política de saúde da população negra, do programa de atenção integral à saúde da mulher e outros; f) a análise do modelo de atenção hegemônico e das propostas de mudança, a exemplo da vigilância em saúde, da estratégia de saúde da família, e a organização de redes integradas de atenção; g) o estudo das racionalidades em saúde e do processo de incorporação de práticas integrativas aos

²⁰ Na verdade, observa-se um conjunto heterogêneo de disputas entre visões de mundo, concepções e projetos que atravessa os campos econômico, político, científico, cultural, religioso e artístico, incidindo sobre os debates e embates que ocorrem no âmbito das políticas públicas de Saúde, Educação, Cultura, Meio-ambiente, Comunicação e Trabalho. A redução da complexidade dos debates a um confronto entre Direita e Esquerda esconde a multiplicidade de temas e projetos em disputa em cada um desses campos.

sistemas oficiais a partir da aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC); h) a análise das características e especificidades das práticas de saúde – promoção, prevenção e vigilância, assistência e reabilitação; i) o estudo das características do processo de trabalho de cada categoria profissional e os desafios colocados face à precarização do trabalho em saúde, a importância do trabalho em equipe e a valorização da dimensão educativa e comunicativa nas relações entre os profissionais de saúde e a população; j) e outros temas que constituem desafios da prática no campo da saúde²¹.

Estes assuntos e outros emergentes, como a constituição do campo da Saúde Digital e sua institucionalização no SUS²², não têm sido priorizados no desenho curricular dos cursos da área de saúde, estando praticamente ausentes na maioria deles ou, quando muito, são abordados marginalmente em algum componente curricular ou em aulas isoladas. Pesquisa recente sobre o ensino da Saúde Coletiva nos cursos médicos da Bahia²³, por exemplo, evidenciou o quão rarefeito e superficial é o ensino de conteúdos relacionados à compreensão da Política de saúde, da RSB e do SUS, e quão descolado da realidade da população do território onde se situa a escola/curso é realizado o ensino da Epidemiologia e das Ciências sociais em saúde, principalmente nos cursos oferecidos por faculdades e centros universitários privados implantados nos últimos anos.

Por conta disso, além de defender a incorporação desses temas no debate em torno da revisão e adequação dos projetos pedagógicos dos cursos da área e sua abordagem no processo de ensino-aprendizagem, consideramos necessário que se estimule a elaboração e implantação de projetos de integração curricular e se amplie

²¹ TEIXEIRA CF E COELHO, MTAD. O campo da saúde na contemporaneidade: desafios da prática. In: COELHO, MTAD e TEIXEIRA, CF (org). Problematicando o campo da saúde. EDUFBA, Salvador, 2017, p 17-45.

²² HADDAD AE, LIMA NT. Saúde Digital no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu). 2024; 28: e230597 <https://doi.org/10.1590/interface.230597>

²³ MIRANDA, G.C.S. O Ensino da Saúde Coletiva nos cursos de graduação em medicina do estado da Bahia: uma análise a partir dos projetos pedagógicos. [tese doutorado] Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, 2024.

o debate e a articulação interinstitucional em torno da criação de cenários de prática interprofissional²⁴. Além disso, defendemos a importância de se valorizar o protagonismo estudantil no campo da saúde, especialmente na formulação e implementação de projetos de extensão e outras iniciativas que contribuam para a formação de uma consciência crítica acerca dos problemas e desafios atuais, produzindo assim uma readequação dos perfis profissionais, tendo em vista as necessidades e demandas do sistema de saúde, ainda que levando em conta a segmentação do mercado de trabalho no setor nas diversas regiões, estados e municípios do país.

Por fim, também é necessário se pensar na promoção e proteção das condições de trabalho dos docentes e na saúde mental dos professores, técnicos e alunos que convivem nos cursos, muitas vezes em situações precárias, intensificadas pela insuficiência das políticas de assistência estudantil e de apoio à permanência na universidade.

Utópicos, sonhadores, concluímos ouvindo a voz do poeta²⁵ que descreve a persistência em lutar por ideais inalcançáveis, e conclama: "Sonhar, mais um sonho impossível, lutar quando é fácil ceder, vencer o inimigo invencível...", com a coragem de desafiar limites, lutar contra adversidades e recusar o conformismo, buscando um ideal mesmo que pareça distante ou condenado ao fracasso.

²⁴ A EIP é conceituada como o aprendizado que acontece quando duas ou mais profissões aprendem sobre, com e entre si, de forma a melhorar a colaboração e os resultados na saúde. Esse processo pode se dar pela criação de espaço comuns e integrados de ensino-trabalho em equipes multiprofissionais, em diversos âmbitos da rede de serviços de saúde, ou seja, tanto em unidades de atenção primária quanto em unidades de atenção especializada e hospitalar. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

²⁵ Versos de "Sonho Impossível" de Chico Buarque e Ruy Guerra.