

# Artigo de Revisão

## FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: NOTAS SOBRE O PANORAMA ATUAL

Edson Peixoto de Vasconcelos Neto<sup>1</sup>  
Nereide de Andrade Virgínio<sup>2</sup>

---

### RESUMO

O campo da saúde na contemporaneidade tem desafios dos mais diversos. O intuito deste artigo é refletir um pouco sobre quais são esses dilemas e como atualmente eles podem ser vislumbrados na formação oferecida aos discentes que estão sendo formados em Cursos de Ensino Superior na área da saúde, notadamente em Medicina e em Enfermagem, e de que formas isso repercute em sua profissionalização enquanto colaborador no Sistema Único de Saúde. Para isso, alguns questionamentos devem ser feitos: como foi contextualizada a saúde no Brasil, enquanto construção das primeiras Faculdades de saúde no território e de que maneiras isso teve efeitos nas profissões em saúde? Qual é realmente o panorama atual da formação discente nos cursos de saúde no Nordeste do Brasil, e quais são os desafios impostos aos novos profissionais no campo de trabalho? Quais são as articulações que podem ser vistas entre as políticas educacionais e de saúde com questões como desigualdade, violência, fome, gênero, etnia e geração? Finalmente, quais são as possibilidades que são vislumbradas para encarar os desafios que o século XXI já desvela na relação entre a formação superior em saúde e as problemáticas sociais contemporâneas? Esses pontos remetem ao resultado de que ainda há muito a se fazer, mesmo que haja um movimento que demonstra mudanças na forma de se fazer e instruir a saúde no Brasil da redemocratização para cá. Para finalizar, destacam-se como caminhos a serem ressaltados na formação em saúde no século XXI problemáticas conhecidas através do binômio entre teoria e prática, real e ideal, além da relação com o ensino, pesquisa e gestão.

**Palavras-chave:** Sociologia da Educação. Ensino Superior em saúde. Diretrizes Curriculares em saúde.

---

### INTRODUÇÃO

O panorama da formação de profissionais de saúde no Brasil tem sido intensamente modificado nos últimos anos, a partir do que foi implementado no contexto formativo, principalmente pela expansão da oferta de vagas no ensino superior e o advento da autorização/credenciamento de novas instituições de ensino.

Tal expansão apresenta, como esperado, aspectos muito positivos, no sentido de contribuir para proporcionar maior acesso à formação para os cidadãos brasileiros, mas também provoca muita discussão sobre os parâmetros formativos propostos e a construção de processos formativos que atendam à necessidade de formar profissionais com perfil adequado às demandas sociais vigentes.

Muitos aspectos têm sido intensivamente discutidos pelos autores da área, com vistas a qualificar a análise contextual e oferecer novos e importantes caminhos para o

---

<sup>1</sup> Mestre e Doutorando em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba. Professor Adjunto de Sociologia das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. End.: Rua Jorge de Barros Barbosa, 287, Valentina, CEP: 58063-570 João Pessoa – PB Tel.: (83) 8812-6264 E-mail: edsonpxt@yahoo.com.br.

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem pela UFPB. Mestre em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Pós-Graduação CCS/UFPB. Enfermeira concursada do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Docente e Coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE.

aperfeiçoamento das estratégias aplicadas no ensino superior na área da saúde. Com a perspectiva de formar profissionais que possam atuar a partir de princípios e estratégias adequadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se focado exaustivamente a necessidade de mudanças conceituais e metodológicas nos projetos pedagógicos de curso, para possibilitar o alcance de altos níveis de excelência na formação.

Para focalizar estas necessidades com crescente clareza e objetividade, o Conselho Nacional de Educação investiu esforços e definiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para cursos da área da saúde<sup>1</sup>.

Objetivando a visão sobre a temática, este texto tem a pretensão de fazer uma análise sobre a formação superior em saúde (mais particularmente nos cursos de Enfermagem e Medicina), dando ênfase ao panorama atual dos cursos e o crescimento das possibilidades de acesso ao ensino superior em saúde, além das demandas por melhorias infraestruturais e dos serviços no âmbito da educação, tendo em vista as políticas públicas de saúde.

Pretende-se chegar a construir um texto reflexivo que ofereça informações relativas ao questionamento: Como caracterizar a formação em saúde (em Medicina e Enfermagem) no contexto contemporâneo no nordeste, levando em consideração o paradigma proposto pelas DCN, a excelência no ensino e as questões relativas às demandas sociais?

## OBJETIVO

- Construir texto reflexivo sobre a formação superior em saúde, pontuando as características do panorama atual.

## CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CURSOS EM SAÚDE

A construção dos cursos em saúde no Brasil remonta ao século XIX. Este foi o século de florescimento da ciência moderna, com a propagação do conhecimento no ocidente para fora do continente europeu. Exemplo disso foi dado pela construção das primeiras Universidades fora da Europa, com ênfase nos cursos de Direito e de Medicina.

Faculdades de Medicina foram instauradas no Brasil e nos países de colonização espanhola.

Ao mesmo tempo, houve a preocupação premente com a regulação das profissões relacionadas ao que se coloca hoje como ciências da saúde. Não é por acaso que é nessa mesma época que os primeiros regulamentos foram estabelecidos, nas províncias brasileiras especialmente, regulando as primeiras profissões na área de saúde na região. Com especial atenção às regulações da profissão de Boticário e de Cirurgião, além do Médico Público, questões que inicialmente ficaram a cargo das câmaras provinciais<sup>2</sup>.

Posteriormente, foram criadas as primeiras associações profissionais, com atenção para as Sociedades de Medicina, que tiveram o papel não só de ser o *locus* de discussão dos interesses de classe desses profissionais, mas também um espaço destinado ao encaminhamento dessas demandas para outras instâncias. Sendo assim, as sociedades médicas serviram como espaço onde as reivindicações eram discutidas, mas também encaminhadas. Caracterizaram-se como instância que funcionava como apoio às iniciativas médicas de se posicionar de forma prática no interior dos segmentos sociais mais diversos.

Segundo o autor anteriormente citado, as Sociedades de Medicina ajudaram nesse apoio imprescindível para trazer o aporte necessário para a aglutinação das questões profissionais dos médicos, como também território que tomava para si a responsabilidade de ser a voz da categoria junto ao governo, a sociedade e os interesses de inserção em outros âmbitos.

A enfermagem, conforme os relatos históricos, caracteriza-se como uma área do saber oriunda da prática a princípio intuitiva, informal, de cunho familiar, religioso e filantrópico. A Enfermagem Moderna, com bases científicas, nasceu a partir do trabalho de Florence Nightingale, na Inglaterra (1820-1910). Considera-se que Florence lançou os primeiros postulados da ciência da Enfermagem. Foi a partir da sua atuação que a Enfermagem passou a agir a partir de observações e registros sistematizados, com a enunciação de quatro conceitos básicos, que resultaram nas mudanças características do início da Enfermagem Moderna<sup>3</sup>.

No Brasil, o ensino de Enfermagem começou a partir de 1920. Só no ano de 1923, quase um século depois da organização do ensino médico no Brasil, surgiu na cidade do Rio de Janeiro a primeira Escola de Enfermagem<sup>4</sup>. Segundo essas autoras, o ensino implementado sofreu influências do modelo nightigaliano inglês e do modelo americano, que teve maior impacto, resultante no maior direcionamento da formação, àquela época, para a área da saúde pública, em resposta às demandas representadas pelas epidemias existentes. Autores da área referem-se também a influências exercidas pelos modelos de Enfermagem americano<sup>4</sup> e francês<sup>5</sup>.

Outros autores da área<sup>3</sup> registram, diferentemente, que a primeira escola de enfermagem do Brasil foi instituída em 27 de setembro de 1890, pelo Marechal Deodoro da Fonseca, através do Decreto 791, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Tal iniciativa, segundo os autores, contou com os préstimos e a orientação de enfermeiras francesas. No decorrer dos anos, a Enfermagem tem se desenvolvido e se firmado como a ciência do cuidado, constituindo-se, conforme será apontado posteriormente, em um dos cursos superiores que está entre os dez com maior demanda de alunos no Brasil.

#### PERFIL DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE FORMADOS ATUALMENTE

Tendo em vista o crescimento e disponibilidade de vagas nos cursos na área de saúde, dados do Censo da Educação Superior revelam que, só em 2009, foram matriculados mais de 230 mil alunos nos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil, em um quadro onde o ensino superior mais do que dobrou de tamanho em menos de uma década. Neste quadro, o curso de Enfermagem é o único da grande área de Ciências da Saúde que está entre os 10 maiores cursos de graduação em números gerais e relativos no Brasil<sup>6</sup>.

Esses dados demonstram o crescimento do ensino superior nos últimos tempos e como isso pode ser percebido a partir da disponibilidade de um número de vagas cada vez maior nos últimos anos. Fazendo uma progressão da quantidade de profissionais

formados nos próximos anos, tendo como referência só os cursos de Medicina e de Enfermagem, existem dados consideráveis que projetam mais de 300 mil futuros profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) com cursos superiores concluídos entre 4 a 6 anos. Mas que tipo de formação está sendo oferecida a esses estudantes? Qual o tipo de conceitos de saúde e de doença esses futuros profissionais de saúde estão tendo em sua formação?

Considerando os perfis profissionais propostos nas DCN, encontramos: 1. Para o médico: Art.3º: O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano<sup>7</sup>.

Para a Enfermagem: 2. Para o enfermeiro: Art. 3º O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando/egresso profissional: I – Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e II – Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem<sup>8</sup>.

Em ambas as diretrizes, encontramos no Art.4º: A formação do médico ou enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais relacionadas à atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação

permanente. São definidas as competências e habilidades específicas, caracterizando as áreas foco da atuação profissional (Art. 5º); os conteúdos essenciais à formação (Art. 6º); a obrigatoriedade dos estágios curriculares supervisionados (Art. 7º); atividades complementares e mecanismos de aproveitamento de conhecimentos (Art. 8º); a necessidade de Projeto Pedagógico construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem, em busca da formação integral (Art. 9º).

Com base nestes aspectos constantes das DCN, consideramos que a formação oferecida aos futuros profissionais de saúde, no presente, passa por um conjunto de mudanças que remonta não só à configuração atual dos cursos superiores em saúde. Para se chegar a este ponto, é necessário fazer um pequeno percurso e tentar perceber como se chegou até hoje, tentando, a partir daí, verificar as aproximações e os distanciamentos entre a educação superior oferecida hoje e como tudo isso foi construído em torno do caminho estabelecido até então.

## AS IMPLICAÇÕES CONTEXTUAIS

Segundo Paulo Martins<sup>9</sup>, um dos fatores para o desenvolvimento em nossa sociedade e principalmente nas instituições de saúde do modelo tecnoutilitarista deve-se à formação oferecida aos profissionais de saúde ainda nos bancos universitários. Tal proposta articula-se ao modelo tecnoutilitarista, paradigma estabelecido através de uma relação cada vez mais próxima entre o mercantilismo e o tecnicismo. Isso estaria na agenda do dia, pois o sociólogo estabelece como ponto de articulação, entre os modelos tecnoutilitarista e o humanista, a relação direta da falta de paradigmas que expliquem a realidade e que garantam, nesse sentido, estabilidade e certeza.

Ambos os modelos levariam o ponto da estabilidade e das incertezas como questão corrente para justificar seus pontos de vista. De um lado, o modelo utilitarista teria como destaque a liberação da lógica mercantil. Isso reforçado por uma extrema tecnificação, acompanhado de perto de uma medicina anatomoclínica como problema-

tizada por Foucault<sup>10,11</sup>. Tem-se então o ambiente propício para o que o sociólogo conjuga no modelo das medicinas tecnoutilitaristas. Por conseguinte, em contrapartida à incerteza, haveria o reforço à lógica do comunitarismo e das ações solidárias. Esta lógica, a lógica do dom, estaria intimamente relacionada a uma “humanização” e a reorganização dos sistemas médicos de cura em consonância com um modelo de medicina humanista.

Bem, ambos os modelos seriam saídas para o terreno de incertezas vividas desde as primeiras décadas do século XX no ocidente. O primeiro deles estaria ligado diretamente com a forma de se exercer a saúde nos últimos anos, sobretudo nos Estados Unidos, país que foi o celeiro desse paradigma, tornando-o matéria de exportação para vários lugares, inclusive para o Brasil.

Para se estabelecer como paradigma, tal modelo precisou também se inserir no interior da formação dos profissionais de saúde. O modelo anatomoclínico embasou o que se conhece como hospitalocentrismo e a hegemonia de formação alopática nas formações de saúde. Entre outras características, o tecnoutilitarismo se conjugaria por uma preocupação com a alta especialização das profissões em saúde, acompanhado de uma aparelhagem e a centralização das ações médicas no âmbito do hospital e da clínica. Tendo em vista não funcionar isoladamente, esse modelo de se exercer a saúde contaria com o respaldo da formação de recursos humanos com conhecimento pautado em pressupostos tecnoutilitaristas, como a formação altamente especializada e o estabelecimento de relações intrínsecas com o mercado de trabalho em saúde.

Mas nas últimas décadas, especialmente no Brasil, esse modelo foi colocado em xeque e passou por muitas críticas, sendo problematizado por conta não só dos motivos já colocados, mas também pela centralidade estrutural e profissionalizante. Entre outros fatores, o resultado de tais críticas redundou no movimento de construção de propostas democratizantes na área de saúde e na institucionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Porém, é bom que se diga que o modelo anterior ainda se encontra vigente. Apesar do confronto entre os dois modelos já citados, não há um corte entre a

saída de um e a construção do outro. Ambos funcionam e são atuantes, aproximando-se e se distanciando.

Tais reflexos ficam muito claros ao analisarmos as mudanças paradigmáticas inseridas nos conteúdos das DCN, que passam a apontar novos caminhos para a formação em saúde, quando clarificam que o ensino deverá ser centrado no aluno como sujeito do aprendizado, que deverá assumir características reflexivas e críticas, de problematização dos conteúdos apreendidos/vivenciados, que possibilitarão a formação de profissionais comprometidos, para atuação como transformadores das práticas assistenciais.

Nesse sentido, o acompanhamento desse confronto não se faz de maneira linear, onde um modelo se interpõe ao outro, deixando o outro modelo para trás, muito pelo contrário. Não se pode estabelecer uma relação binária sobre modelos de saúde, pois sua articulação e coexistência são algo comum, configurando-se em um movimento aleatório de aproximações e distanciamentos. Mas como fica a formação do corpo discente para atuar nesses modelos de saúde?

## **FORMAÇÃO DISCENTE PARA ATUAR NA CONTEMPORANEIDADE**

A distinção entre as duas esferas é marcante. Sobre tudo se pensarmos num breve histórico sobre a construção das políticas de saúde no Brasil e a consolidação do Sistema Único de Saúde na década de 90. Nessas duas esferas se defrontam mais de um modelo de saúde. Desde o modelo mais especializado, onde a instrumentalização e o uso da tecnologia é um ponto importante, modelo esse que pode ser colocado como “americanizado” (a saúde no Brasil, sobretudo quando se pensa na saúde enquanto instituição, tem uma inspiração muito forte nos modelos de saúde oriundos dos EUA), até os modelos de maior amplitude, nos quais pesa o interesse por um comunitarismo e a busca do atendimento descentralizado e menos voltado para a doença e sim para o paciente (formação direcionada para a atuação harmônica na estrutura do SUS, conforme recomendado pelas DCN).

A distinção já seria um ponto signi-

ficativo quando se fala na formação oferecida atualmente nos cursos de saúde. Mas outro ponto também deve ser trazido à baila: a formação que é oferecida nos cursos de saúde é voltada para as políticas públicas de saúde. Leia-se com isso o SUS e todo o conjunto de iniciativas que estão junto a ele. Portanto, uma formação ampla, com enfoque não só nos saberes relativos à prática técnica, instrumental, clínica e assim por diante, mas também uma formação mais ampla, com embasamento também em saberes como a Ética, a Cidadania, a Sociologia, a Psicologia, entre outras tantas.

Segundo este enfoque, será necessário, para os futuros profissionais, trabalhar de uma forma multidisciplinar, focada no paciente e nos processos a ele atrelados, com atenção aos efeitos que esses processos causam na saúde de todos eles. Para isso, uma formação ciclópica que conjugue um conjunto de saberes que darão uma visão ampla ao profissional, amplificando sua visão de mundo e o formando enquanto cidadão, profissional de saúde e com consciência de seu papel no interior do sistema de saúde nacional<sup>12</sup>.

Outra questão que é de fundamental importância na formação em saúde atualmente fica a cargo da relação com a comunidade. Como conviver com a violência, as questões de gênero, as discussões sobre o meio ambiente, o tema da etnia, entre outros pontos? A formação oferecida atualmente ao futuro profissional de saúde promete que ele possa se postar sobre todos esses pontos. O futuro profissional não deve só estar capacitado para atuar como um técnico, capaz de dominar os tipos de procedimentos mais importantes de sua área, mas também atuar como cidadão e ter consciência política dos problemas ora pulsantes na sociedade. Levando em conta as competências exigidas pelo SUS, os profissionais de saúde se colocam diante de todas essas questões, pois são problemas que estão colocados no interior do sistema.

A partir da descentralização dos aparelhos de saúde, cada vez mais o profissional de saúde se vê incluído em uma realidade que não é mais a dele. A sua inserção dentro da comunidade demanda uma preparação para lidar não só com os procedimentos básicos para tratar as doenças, mas uma postura profissional para se inserir de

maneira comunitária. Tendo isso como ponto de partida, faz-se necessária uma preparação antecipada, pois é nesse caminho, e só assim, que o futuro profissional poderá atuar da forma mais adequada com as comunidades circunvizinhas a sua unidade de saúde.

Questões contemporâneas como gênero, etnia, envelhecimento, responsabilidade social, dentre outras precisam estar na agenda do dia dos profissionais que estarão inseridos em comunidade. Isso é necessário, pois muitos deles estarão em locais onde a realidade é alheia a sua. Nesse sentido, uma postura ética e profissional é fundamental para uma melhor condução do processo. Saúde e a contemporaneidade, portanto, são problemas a serem listados dentro de todos os outros que o futuro profissional de saúde, independente de sua área de formação, tentará administrar em seu cotidiano.

Questões relativas ao sistema público de saúde no Brasil também trazem à tona automaticamente questões como pobreza e desigualdade. Mais uma vez, faz-se necessário lembrar os pontos referentes à formação desses profissionais e como eles devem ser preparados para se ver defronte desses problemas. Dois pontos são importantes nesse caso: o primeiro é sobre o papel das vivências das atividades práticas na formação desse profissional; o segundo está dedicado à experiência que muitos já possuem como profissionais de outras áreas (assistentes sociais, técnicos, auxiliares de Enfermagem, entre outros). Também é importante considerar a relação entre as políticas de saúde e de educação no Brasil e como elas são consideradas, levando em conta o processo de formação de sujeitos capacitados para atuar no sistema de saúde vigente.

No Brasil, desde a construção das Leis e Diretrizes e Bases da Educação – LDB, percebe-se que há uma desarticulação entre as políticas educacionais e de saúde. Não há uma explicação plausível para isto. Até porque, tanto as reformas na área educacional, como as reformas na saúde pública (leia-se, Sistema Único de Saúde) acompanham o movimento de abertura democrática, que em 2011 completou vinte e seis anos de consolidação<sup>13</sup>, a partir das Diretas Já e da Eleição de Tancredo Neves. Conco-

mitante a isso, temos a promulgação da Constituição de 1988 que deu o esteio necessário para as reformas educacionais (LDB) e de saúde (SUS)<sup>14</sup>.

Apesar de todo esse esforço ainda se percebe certo distanciamento entre as duas políticas. Talvez um dos sintomas seja a superficial aproximação do acompanhamento entre as questões meio e as questões fim, referente à reflexão sobre a consolidação de uma avaliação mais aproximativa sobre estes processos educacionais, quando se pensa em educação na saúde<sup>12</sup>.

### **QUADRILÁTERO: ENSINO, GESTÃO, PESQUISA E CONTROLE SOCIAL**

Um conjunto de ações de cunho propositivo pode ser avaliado para aquilo que está por vir na formação dos futuros profissionais de saúde. Uma proposição, nesse sentido, seria a de aliar o que chama de quadrilátero<sup>15</sup>. Articular o ensino, a gestão, a pesquisa e o controle social em torno de um conjunto de medidas que visem beneficiar a construção de uma formação múltipla ao aluno. Formação essa que seria enquadrada como ampla, pois ofereceria mecanismos variados de ação nos diversos âmbitos que estão à disposição do profissional de saúde hoje.

A preocupação com a docência, todo o planejamento e construção de medidas administrativas da gestão; a pesquisa como peça-chave entre ensino e extensão universitários; e, finalmente, o controle social perfazendo um dos fatores implicados sobre a noção de Processo Saúde Doença. A junção dessas quatro pontas daria o cabedal necessário para o profissional de saúde do século XXI. Um profissional comprometido em ter uma boa formação e, ao mesmo tempo, alerta às demandas da sociedade, das políticas públicas e do sistema de saúde vigente no Brasil. Essa é um das propostas que visam beneficiar o discente em prol de uma formação ampla e comprometida com as problemáticas que o mundo contemporâneo oferece.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para concluir, sabe-se que a relação

entre a teoria e a prática, seja nas ciências da saúde, seja de maneira geral nas ciências, é simplesmente uma relação baseada na sistematização do conhecimento. Se formos abordar rigorosamente os aspectos sobre uma prática, vai-se perceber que essa divisão não existe na maioria das vezes. Essa duplicidade é mantida de uma maneira didática, para um melhor entendimento de um contexto onde conhecimentos teóricos e práticos podem ser discerníveis. Efetivamente, teoria e prática só existem em uma relação de reciprocidade: só se pode entender essa relação na medida em que a prática existe em relação a uma teoria e vice-versa.

Isso tem uma implicação na formação nos cursos em saúde. Sobre tudo, entre aquilo que é o ideal, e aquilo que é real. Em grande parte das vezes, os alunos falam sobre os pontos nevrálgicos da formação, e grande parte das suas dúvidas está relacionada ao mercado de trabalho. O que está de fora das salas de aula das universidades? O que será encontrado nas instituições de saúde?

Esse impacto entre o que é ideal e o que é real faz com que a formação oferecida no ensino superior nos cursos de saúde seja pensada no sentido de se aproximar cada vez mais do que os discentes irão encontrar do lado de fora das instituições de ensino. Isso vem sendo feito na medida em que o aluno já se coloca defronte dos estágios desde o início do curso, por exemplo. Tendo o referencial da Faculdade como aquilo que é ideal para a sua carreira, com os instrumentos necessários, os equipamentos e as técnicas mais apropriadas para colocar em prática no seu trabalho cotidiano.

Questões como essas são o ponto de partida de muitos questionamentos, sobretudo quando da reflexão sobre o Sistema Único de Saúde. Quando do conhecimento do tema, os discentes reclamam por verem que a lei é o que há de mais ideal, e que, na prática, a maior parte daqueles princípios não é aplicado como se deveria. Princi-

palmente os que já têm uma experiência na área de saúde, oriundos de outros cursos da área, veem o conjunto de leis em saúde com muito ceticismo. O embate entre o que é ideal e o que é o real pode se tornar inócuo na medida em que se transforma em uma lamúria generalizada, e não como forma de enriquecimento do debate em torno da existência de uma relação mais íntima entre a teoria e prática.

Nesse sentido, cabe aos interlocutores, sejam eles professores ou não, as rédeas para conduzir da forma mais interessante uma discussão sobre os métodos mais adequados de verificar um caminho que leve em contato o envolvimento entre os conhecimentos teóricos e práticos, sem desembocar em caminhos tortuosos, problematizando e trazendo pontos relevantes para o debate em torno das demandas contemporâneas e a formação do campo da saúde no século XXI.

Consideramos que há a necessidade de que esses interlocutores estejam sensibilizados para experienciar com os discentes as vivências propostas nos conteúdos programáticos, buscando a reflexão crítica sobre o que é ideal e o que é real, enquanto compartilham a visão de que eles necessitam conhecer o ideal, mesmo vivenciando a realidade dos serviços de saúde, no qual vão ser inseridos após o término do curso, pois deverão ser deles o compromisso e o desejo de transformar esses cenários e práticas.

Urge investir esforços cada vez mais intensos para que os alunos em formação possam alcançar o amadurecimento necessário para vislumbrar os dilemas existentes entre as situações reais e as ideais, de forma a crescerem no sentido de chegarem ao mercado de trabalho com possibilidade de adotarem uma performance de profissionais dotados das competências e habilidades necessárias para a adoção de um novo posicionamento profissional, inovador, de compromisso com as necessidades da comunidade.

## HIGHER EDUCATION IN HEALTH IN BRAZIL: NOTES ON THE CURRENT PANORAMA

### ABSTRACT

The health field today has various challenges. The aim of this article is to reflect a little on what are these dilemmas and how they currently can be glimpsed in the training offered to the students being trained in Courses of higher education in the field of health, notably in medicine and nursing, and that shapes this debate on its professionalization as collaborator in the single health system. To do this, some questions should be made: how was contextualised health at Brazil, while construction of the first health Faculties in the territory and in what ways this had effects on health professions? What is really the current panorama of student training in health courses in northeastern Brazil, and what are the challenges posed to the new professionals in the field of work? What are the joints that can be seen between educational and health policies with issues such as inequality, violence, hunger, gender, ethnicity and generation? Finally, what are the possibilities that are seen to face the challenges of the 21ST century has already revealed in the relationship between higher education in contemporary social issues and health? These points refer to the result that there is still much to be done, even if there is a movement that shows changes in the way they make and instruct the health in Brazil of democratization here. Finally, stands out as paths to be highlighted in shaping health care in the 21st century known issues through conundrum between theory and practice, real and ideal, in addition to the relationship with the teaching, research and management

**Keywords:** Sociology of education. Health education. Educational policies in health.

### REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos Superiores da Saúde. Brasil: Governo Federal, 2001.
2. Vasconcelos E. Em terra de leigo quem é higienista é rei: genealogia do olhar médico social na Paraíba. [Dissertação de mestrado] Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa; 2008.
3. Geovanini, T.; Moreira, A.; Dornelles, S.; Machado, W. C. A. História da enfermagem: versões e interpretações. 3. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.
4. Nóbrega-Therrien, S. M.; Almeida, M. I. Enfermeira-Profissão, saberes e prática: potencialidades, limites e possibilidades. UECE/UFCE: Fortaleza, 2007.
5. Oguisso, T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2.ed. São Paulo: Manole, 2007.
6. BRASIL. Resumo Técnico – Censo da Educação Superior de 2009. INEP: Brasília, 2010.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasil: Governo Federal, 2001.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasil: Governo Federal, 2001.
9. Martins PH. Contra a desumanização da medicina - crítica sociológica das práticas médicas modernas. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. FOUCAULT M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
11. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense; 2001.
12. Amâncio Filho A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. Interface (Botucatu), Botucatu. Ago 2004;8(15):375-380.
13. Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Brasil: Governo Federal; 1996.
14. Sousa Júnior L (org.). LDB: visões críticas. João Pessoa: Idéia; 1997.
15. Ceccim, RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro. Jun 2004;14(1):41-65.