

### A história da expansão recente das escolas médicas no Brasil: uma conversa sobre educação, inovação e compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS)

The history of the recent expansion of medical schools in Brazil: a conversation about education, innovation and commitment to the Brazilian National Health System (SUS)

La historia de la expansión reciente de las escuelas médicas en Brasil: una conversación sobre educación, innovación y compromiso con el Sistema Brasileño de Salud (SUS)

**Mara Regina Lemes De Sordi<sup>(a)</sup>**

<maradesordi14@gmail.com> 

**Eliana Goldfarb Cyrino<sup>(b)</sup>**

<ecyrino@fmb.unesp.br> 

**Carolina Siqueira Mendonça<sup>(c)</sup>**

<siqueira.carol@uol.com.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Ensino e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Avenida Bertrand Russell, 801, Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP, Brasil. 13083-865.

<sup>(b)</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Botucatu, SP, Brasil.

<sup>(c)</sup> Pós-graduanda do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, FMB, Unesp, Botucatu, SP, Brasil.

Henry Campos é médico, nefrologista, com especialização em Educação Médica. Atualmente é reitor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e tem uma participação importante, no Brasil e no exterior, como líder de projetos de mudanças na educação médica, comprometidos com a responsabilidade social e com maior envolvimento com os sistemas públicos de saúde e as necessidades sociais. É um entusiasta de inovações na formação em saúde e está sempre muito atento a possibilidades de chamar à mudança. Teve importante participação na Secretaria do Ensino Superior (SESu), no Ministério da Educação (MEC) nos últimos 15 anos e



Imagem cedida pelo autor.

também no Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), liderando o Sistema de Revalidação de Diplomas Médicos (Revalida), bem como em ações de parceria entre o MEC e Ministério da Saúde (MS). Além disso, integra a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), alinhando-se aos demais reitores na valorização e defesa da universidade pública brasileira.

Conhecemos o Henry em um evento do MS, em 2005, e logo o reencontramos durante o Curso de Ativadores de Mudança<sup>(d)</sup>, no mesmo ano, quando participava do grupo de avaliação daquele curso. Em 2006, no fim do Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cobem), em Gramado, encontramos-nos na saída do evento para o aeroporto e tivemos oportunidade de conhecê-lo um pouco mais. Ele nos contou sobre o Ceará, o orgulho de ser nordestino, falou um pouco sobre a história do seu estado e começou a discorrer sobre um grande projeto que estava planejando com outros professores de diversas escolas brasileiras: a formação de lideranças para a mudança da educação médica em nosso país.

Nesses últimos 12 anos coordena, juntamente com um grupo de docentes de várias instituições de ensino superior, o Programa Instituto Regional de Educação Médica Faimer Brasil (Faimer), que tem sido considerado uma grande rede colaborativa e uma potente comunidade de práticas para formação docente e para fortalecer mudanças nos cursos de formação na saúde com base nos princípios do SUS e em inovações pedagógicas. Nos dias que antecederam nossa entrevista a UFC, havia realizado, pelo trigésimo ano consecutivo, o Cine Ceará, um dos maiores festivais de cinema do Brasil. Ele estava entusiasmado e nos contou que a mostra de filmes tinha sido muito especial.

O foco de nossa entrevista, realizada por videoconferência, foi sobre o trabalho do Henry como coordenador da Comissão de Acompanhamento e Monitoramento de escolas Médicas (Camem)<sup>(e)</sup>, do MEC. Explicamos a ele que a entrevista está contida na proposta de publicação de um suplemento da revista Interface sobre o eixo Formação, do Programa Mais Médicos.

### Discorra um pouco sobre o seu papel como liderança da educação médica no país.

Na verdade eu comecei a ter uma atuação mais direta na educação médica no Brasil enquanto era diretor da Faculdade de Medicina da UFC e comecei a frequentar os fóruns de ensino, as reuniões, embora eu já tivesse uma vinculação com toda essa luta da saúde... pelos hospitais, e pela qualificação dos hospitais universitários, principalmente os da rede federal de ensino. Participava da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE). Além disso, também desenvolvia atividades no Conselho Federal de Medicina, mas realmente a entrada no mundo do ensino foi a partir de 1999, quando assumi a direção da Faculdade de Medicina. Nesse período, fui para o Estados Unidos fazer uma especialização em educação médica no Programa Faimer, na Filadélfia. Quando assumi a direção, pensei: “Não, isso aqui não é para amador, eu preciso me profissionalizar para assumir essa tarefa”; principalmente porque um dos desafios que tínhamos pela frente era a mudança curricular, e isso me fez aproximar, dando-me um olhar mais abrangente... havia todo o movimento da Associação Brasileira das Escolas Médicas (Abem) e de outras escolas para a mudança e

<sup>(d)</sup> Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde promovido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) e a Rede Unida. Foi um curso de pós-graduação *lato sensu*, modalidade semipresencial, ofertado pelo Programa de Educação a Distância da ENSP e realizado de maio de 2005 a julho de 2006. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Caderno do especializando. Brasília, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde (MS), Fiocruz, 2005.

<sup>(e)</sup> Instituída pela Portaria nº 306 de 26 de março de 2015, com a finalidade de monitorar e acompanhar a implantação e a oferta satisfatória dos cursos de graduação em Medicina nas Instituições Federais de Educação Superior (Ifes), juntamente com a Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. A Camem tem por objetivos participar dos processos de avaliação relacionados a cursos de graduação em Medicina, com vistas a auxiliar os procedimentos regulatórios; realizar visitas de avaliação *in loco* na fase de execução dos projetos de implantação dos cursos nas Ifes, sendo ao menos duas visitas por semestre até a emissão do ato autorizativo dos novos cursos; realizar visitas periódicas de acompanhamento e monitoramento *in loco* nos novos cursos de Medicina criados nas Ifes, até a emissão do ato regulatório de reconhecimento dos cursos; realizar eventuais visitas de acompanhamento, avaliação e monitoramento *in loco* em Ifes, conforme demanda da política de Educação Superior e de suas instâncias regulatórias (<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=59441>).

formalmente [ou finalmente] aquilo foi tomando corpo, assinamos o convênio com o Faimer Filadélfia e instalamos o Faimer em Fortaleza, que começa a funcionar no Brasil em 2007. Mas, antes disso, eu comecei a ter uma inserção na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), logo que ela foi criada era chamado para colaborar, também participava de discussões no MS e isso acabou me levando a ter uma presença muito constante em tudo que dizia respeito à educação médica.

Aí surge um novo desafio: a questão da revalidação do diploma que enfrentávamos aqui, a nossa universidade recebia muitas demandas e considerávamos que era um processo muito cartorial, que precisava ser mudado. Eis que, em encontro com o Fernando Haddad, Ministro da Educação à época, ao qual compareci com o meu reitor, coloquei para ele: “Ministro, por que não instituímos um processo nacional, em que se avalie não apenas conhecimento teórico mas também a prática? Tem toda essa nossa questão de adequação do médico para o SUS, enfim, acredito que possamos dar um grande salto, qualificando esse processo, o que pode ser uma forma de contribuição para nossas escolas, que pode induzir mudanças”.

E a reação do ministro foi o começo de tudo: “Você aceita fazer isso? Fazer esse trabalho? Vocês aceitam?”

Naturalmente que o *locus* para desenvolver esse projeto foi a SGTES, onde encontramos apoio e entusiasmo. O trabalho começa com a professora Ana Estela Haddad e comigo. Eu já trazia um bom conhecimento do processo para definição do perfil para o exercício profissional nos Estados Unidos e em outros países. Ampliamos o “grupo pensante”, incluindo a reitora Ana Dayse Dorea, então Presidente da Andifes [Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior], e a Neile Torres. O nosso propósito era construir um processo isonômico, transparente, no qual os candidatos à revalidação fossem tratados com respeito e que nos indicasse com clareza sua aptidão ao exercício profissional.

O passo seguinte foi reunir um grupo de médicos especialistas. Com a participação decisiva de Antonio Sansevero e Rui Lima refinamos as bases conceituais do processo e fizemos um trabalho que depois culminou com a elaboração de uma matriz das competências que deveria ter o graduando brasileiro<sup>1</sup>, em trabalho posterior já mais ampliado, envolvendo um painel do qual participaram professores de 17 escolas médicas.

No primeiro momento desse trabalho, os professores definiam as competências da sua área e, em um segundo momento, cada um opinava sobre as demais, evitando aquele processo em que cada um quer marcar presença mais forte de sua área. Promovendo várias rodadas de atribuição de escores para cada habilidade, utilizando estratégias de balanceamento, progressivamente chegamos à definição da Matriz de Competências, que nortearia todo o processo do Revalida. O ponto mais forte dessa matriz era que, a exemplo de documentos similares, que começavam a ser construídos, como o Tomorrow’s Doctors, ela explicitava com clareza o nível de desempenho esperado para cada competência: o que o graduando tinha que ter apenas de informação, o que ele teria que realizar sob supervisão, o que teria que fazer de modo autônomo e ainda o que era indispensável que ele fosse capaz de executar com destreza, incluindo-se aí as situações de risco iminente de morte. Tudo isso, enfim, com muita propriedade e abordagem holística, destacando a questão da responsabilidade social,

realçando a importância das habilidades de comunicação, já em uma linguagem bem atual de educação médica, estimulando a formação por competência.

Definiu-se, assim, um percurso acadêmico que o aluno precisaria ter percorrido para poder praticar a Medicina no Brasil, obviamente incluindo a apropriação sobre o nosso sistema de saúde, o SUS, o exercício profissional com ética e compaixão e o compromisso com a defesa da vida. Uma vez adotada essa matriz e nomeada a subcomissão, começamos a fazer os exames. Esses se encontravam bastante deficientes em relação ao que se esperava, que era a questão de isonomia, de ter critérios, enfim, e nessa perspectiva de inovação surge o Revalida, que progressivamente foi sendo apoiado pela sociedade.

Em 2013 ocorre a marcha de prefeitos em Brasília e aquele acontecimento me traria uma outra missão. O Padilha era o Ministro da Saúde; o Mercadante, o Ministro da Educação. A grande reivindicação dos prefeitos naquela marcha era por médicos – havia 750 localidades no país sem médicos... sem médicos nas proximidades; eram grandes vazios assistenciais. Nessa ocasião foi feita uma reunião no MEC, com a Comissão de Especialistas em Ensino Médico, para a qual fui convidado. Foi quando surgiu a ideia de implantação do Programa Mais Médicos e primeiro se discutiu a vinda dos médicos de Cuba, que seria seguida de plano para expandir a formação de médicos no país. Tínhamos um estudo que mostrava uma diferença, principalmente na distribuição dos profissionais, aquela concentração que a gente já conhecia nos grandes centros urbanos, uma concentração muito grande, por exemplo, em Brasília, e alguma coisa precisava ser feita, e não era só abrir novas escolas médicas tradicionais. A primeira decisão a ser tomada era de trazer ou não os cubanos, e de certo modo fiquei um pouco constrangido porque o ministro Mercadante foi me passando as atribuições, mesmo tendo a Comissão de Especialistas. O Ministro dizia: “Não, quem vai coordenar as tomadas de decisão, dar os encaminhamentos, é o Henry”.

Mercadante acaba por fim me nomeando Assessor Especial para Assuntos de Educação nas Profissões da Saúde. O primeiro embate que tivemos, de uma certa maneira, entre o MEC e o MS, foi porque eu defendia a opinião de que não devíamos chamar de cara os cubanos, pois tinha havido uma convocação para o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB) e cerca de três mil brasileiros tinham ficado de fora, não foram alocadas vagas para eles. Na ocasião eu afirmei “Acho que devemos fazer uma primeira chamada para os brasileiros não atendidos pelo ProvaB, dizendo quais são os municípios a serem atendidos, qual o provimento que se quer. Se os brasileiros não responderem, não aderirem, então fica inteiramente legitimada a vinda de profissionais de outros países”. Não houve o provimento esperado e se fez um trabalho enorme levantando países de onde poderiam ser recrutados esses profissionais, mas a oferta de médicos cubanos estava ali, aparecendo como a solução mais rápida para preenchimento dos vazios assistenciais.

Eu ajudei um pouco nesse trabalho, a planejar a recepção, o treinamento deles aqui, mas investi mesmo no que já vinha sendo feito antes, para construção de um novo modelo de escola médica nesses locais remotos ou desassistidos, já que os cursos não poderiam reproduzir o modelo tradicional. Começamos a definir esse novo modelo – os professores Maria Neile Torres de Araújo, da Universidade Federal do Ceará, Ruy Guilherme Silveira de Souza e Antonio Sansevero, da Universidade Federal de Roraima, e eu. Em momento anterior, no MEC, quando ocorria a grande expansão

das Ifes, as universidades pleiteavam, todo político queria uma escola médica, muitas universidades novas estavam sendo abertas, e eu já vinha trabalhando, inicialmente com a Jeanne Michels, e depois com a Adriana Weska, que assumia a chefia da Diretoria de Redes das Ifes. Estudamos projeções de custo e dimensionamento dos cursos, entrada anual, números de alunos e servidores, tudo isso levando em conta referenciais geográficos, econômicos, dados populacionais e indicadores de saúde. Foi um aprendizado riquíssimo. Em uma brochura publicada no MEC estabelecemos as diretrizes para essas novas escolas e nelas, o que existia de mais atual: o compromisso com o SUS, a presença do aluno na comunidade desde o início do curso, as metodologias ativas, a questão da avaliação formativa, enfim, tudo aquilo que aponta para um processo que leve o aluno a construir o seu próprio conhecimento, a ter autonomia e, principalmente, a uma formação com base na realidade local, sendo a escola como um todo voltada, orientada muito por essa realidade. Nesse processo a escola já nasce discutida, combinada e articulada com o sistema de saúde, com a participação assim, muito... eu diria... muito igualitária do profissional da rede com o docente, quebrando um certo paradigma da academia, que coloca uma diferença. O documento explicita esses princípios, indicando para cada um deles uma imagem-objeto e seus indicadores, podendo-se identificar as escolas que estão alcançando as metas, as intermediárias e as que não estão bem.

Da necessidade de seguir de perto essas 38 escolas, implantadas progressivamente, surgiu a Camem, nomeada por Portaria Ministerial. Uma dupla de especialistas em educação médica visitava duas escolas a cada dois meses e monitorava a evolução dos indicadores, registrando não só números e fatos, mas empregando a metáfora utilizada pelo professor Francisco Campos, a do sinal de trânsito – verde, amarelo e vermelho. Esse era uma espécie de termômetro, que muitas vezes abreviava o intervalo entre as visitas.

A Camem fazia também o processo de formação pedagógica dos docentes. Chegamos a formatar um projeto de 13 centros de formação docente para os profissionais dos novos cursos. A comissão trabalhou de uma maneira muito estruturada, seguindo diretrizes, obedecendo um roteiro de visitas, realizando o acompanhamento e, realmente, o que vimos foi o nascimento de escolas diferentes, escolas realmente orientadas para servir em uma perspectiva integral, de atendimento comunitário, atentas aos determinantes sociais de saúde, servindo-se de hospitais em um raio de até 50 km, tendo por base os hospitais distritais, regionais e os conveniados com o SUS. Esse modelo foge bastante do modelo hospitalocêntrico tradicional e cria fortes vínculos com o sistema público de saúde, o SUS.

Participamos, ainda, do processo de avaliação de projetos para seleção de escolas privadas e tentamos aplicar os mesmos princípios, tanto na avaliação para manutenção das instituições mantenedoras quanto nas visitas para autorização de funcionamento. Posso dizer que encontramos projetos de qualidade e que, pelo menos nas visitas das quais participei, encontramos boas condições de infraestrutura e docentes competentes.

Julgo da maior importância que as escolas médicas sejam acompanhadas e que sejam oferecidas oportunidades de desenvolvimento docente. Instrumentos que unem o MEC e o MS, como o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (Coapes), devem ser fortalecidos.

Particpei da concepção do Coapes e o víamos como um instrumento integrador, poderoso, no sentido de levar o município a ter obrigações com a escola, principalmente no que diz respeito a disponibilizar os acessos à rede, a construir unidades no meio rural para que os alunos também tivessem treinamento, mas principalmente desenvolver uma parceria, dando ao profissional da rede um *status* de docente, com uma bolsa que complementaria o seu salário, motivando-o a engajar-se no processo de formação na graduação e na residência médica.

Nesse processo de construção das nossas escolas começamos também a trabalhar, a partir do exemplo do curso de Caicó, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, na luta para que os alunos da região tivessem uma bonificação no processo do Exame Nacional do Ensino Médio - Sistema de Seleção Unificada (ENEM-SISu), porque sabemos que o profissional que fica no lugar é aquele da região, que tem laços. A escola de Caicó é um exemplo fantástico, foi tudo muito bem articulado, e também vimos a ideia prosperar em algumas escolas de Minas.

Outra coisa que defendemos foi uma quebra de paradigma, que o recrutamento de professores para essas escolas se desse majoritariamente (principalmente quando se tratasse de médicos) entre os profissionais locais. São esses profissionais que conhecem a patologia local, conhecem a comunidade e têm amor por ela. A escola teria como compromisso assegurar a formação, não só a formação docente, como também o acesso desses profissionais à pós-graduação, com incentivos para o mestrado e doutorado, seguindo o exemplo do que nós fizemos no Ceará, em 2001, iniciando o primeiro processo de instalação de escolas fora de sede no sistema federal de ensino superior. Criamos duas escolas no Ceará – Sobral e Barbalha –, e o processo só começou a funcionar mesmo quando abandonamos a história de orientar os concursos por titulação, só fazer concursos para doutor; eu dizia ao reitor “Isso não dá certo, eles vêm, fazem o concurso e vão embora. Nós precisamos valorizar o profissional local e assim a gente forma”. Fizemos isso e hoje, nesses dois cursos, quase 80% do corpo docente está titulado. A partir desse exemplo procuramos seguir esse modelo também no âmbito das novas escolas.

Ocasionalmente tenho notícias dessas escolas e digo que na maioria delas as coisas vão caminhando, apesar das dificuldades que enfrentam. Isso representa uma semente que tem tudo para florescer, desde que se volte a ter uma política que seja realmente de apoio ao SUS. Porque estamos assistindo a um desmonte. Se o próprio MS não promove o apoio, o fortalecimento, a consolidação do SUS, como conseguir que o MEC tenha isso como premissa dos seus movimentos, nas suas diretrizes? Acredito que há todo um campo para ser recuperado e tenho muita esperança de que nós vamos retomar, sim, esse caminho que havíamos começado de uma maneira, eu diria, muito feliz, muito bem-sucedida. Foi um processo orientado pela responsabilidade social, todas as pessoas que acompanhavam estavam comprometidas – corpo docente, estudantes.

Também vivemos momentos memoráveis nas comunidades que abraçaram esses cursos, em especial das escolas públicas, que tivemos oportunidade de acompanhar. Mesmos nos cursos privados que foram abertos pudemos induzir os princípios que precisam estar presentes nos projetos pedagógicos e ser fortalecidos quando da visita de autorização de funcionamento. Eu mesmo fiz várias visitas e me surpreendi com o que

tinha sido preparado e com a articulação que tinha sido construída com a prefeitura, com o sistema de saúde.

Henry, na verdade você foi respondendo várias perguntas que programamos fazer. Sobral e Barbalha são exemplos de escolas médicas em um processo de interiorização, anterior a esse momento. Assim, qual foi a motivação que tiveram quando vocês da UFC criaram Sobral e Barbalha? Porque talvez esse seja um momento precursor do que aconteceria depois. O que vocês pensaram naquele momento? Em que ano foram criados os cursos de Sobral e Barbalha? Você acha que esse processo influenciou seu papel de coordenador da Camem?

A abertura dos cursos de Medicina em Sobral e Barbalha, em 2001, obedeceu a uma lógica. Eram cursos que iriam ser situados em polos de desenvolvimento, que tinham uma comunidade médica relativamente bem estabelecida, onde havia também uma receptividade local para a questão do fortalecimento do SUS, da Medicina de Família, da Saúde da Família, que no Ceará sempre foi muito presente. Acredito que fomos precursores do trabalho com os agentes de saúde, de implantação das equipes de Saúde da Família.

O ambiente era naturalmente receptivo e quando você olhava o entorno das cidades, dos municípios, havia carência de médicos. Configurava-se, assim, um ethos ideal para formar, um lugar que oferecia as condições para a formação e que favoreceria a fixação de médicos nos arredores da região, desde que o processo fosse bem orientado. Como estávamos implantando um currículo novo em Fortaleza, o mesmo currículo foi proposto para Sobral e Barbalha e era um currículo já com as metodologias ativas, a responsabilização com a questão da saúde, da comunidade, a atuação nos diferentes níveis, o afastamento daquele modelo hospitalocêntrico. Isso realmente fez diferença, porque em Fortaleza nós tínhamos que combater toda uma história, toda uma estrutura já estabelecida. Foi muito mais fácil inserir o aluno na comunidade, foi uma coisa totalmente normal e penso que esses exemplos foram inspiradores sim, deram uma orientação para o modelo. Claro que nos aprofundamos muito mais e alargamos os horizontes. O processo passou a incorporar outras pessoas, outras ideias foram surgindo, outras experiências também; por exemplo, a de Roraima, que é um curso inovador tanto em questão de metodologia quanto na questão da responsabilidade social, um curso que, apesar de ter mais de vinte anos, funciona sem hospital próprio. Aos poucos outras ideias foram sendo agregadas, outras pessoas foram chegando e passou a ser um processo abraçado por muita gente, passou a ser o projeto do ministério, do governo, um projeto de Estado; e foi isso que eu acho que perdemos... Nós tínhamos todo o apoio e toda autonomia para cobrar, inclusive dos reitores, qualquer coisa que fugisse do que havia sido pactuado. Se, por exemplo, um reitor não cumpria cronograma de obra ou usava vaga de curso de Medicina para contratar professores para outros cursos, ele era cobrado. Também tínhamos uma conversa muito franca com os secretários de saúde – havia um mandato, então nós íamos com uma representatividade do Estado, como representante de uma política de Estado. Isso fazia uma diferença muito grande e esse empoderamento passava também para os docentes, estudantes e a comunidade. Com a defesa do coletivo aquele projeto tornou-se de todos. Não foi um projeto de escola conseguido em gabinete, nem só

entre professores, e sim muito compartilhado, com bastante participação de estudantes, com a presença da comunidade, muito rico, realmente muito rico.

**Como você construiu essa equipe que trabalhou com você? Por quanto tempo a Camem esteve sob sua coordenação? Como foi criada essa comissão e quais são as suas principais marcas? Qual era a relação da comissão com o MEC? E quais os principais desafios que ela enfrentou?**

O trabalho da Camem começa em 2015, na segunda fase do Mais Médicos<sup>2</sup>. Os integrantes da comissão recebiam uma bolsa e havia, como já me referi, essa sistematização de trabalho e a contribuição significativa foi todos terem tido a compreensão do alcance da missão, que foi seguida à risca. O modelo que idealizamos está sintetizado em uma brochura que circulou apenas internamente no MEC, ainda não foi publicada. Nela são detalhados todos os eixos, a imagem-objeto para cada ponto; por exemplo, articulação com a comunidade, inserção do aluno na comunidade, avaliação, qualidade da avaliação, utilização de metodologias ativas, enfim, tudo o que o modelo estabelece, que consideramos como o melhor processo de formação no sentido de ter uma escola libertadora e formadora de cidadãos e defensores do SUS, bem preparados cientificamente. O controle e o acompanhamento pela Camem não era só um processo, digamos, de acompanhar obra, de ver como é que as coisas estavam indo. Verificávamos se estavam contratando pessoal, se as aulas estavam acontecendo, acompanhávamos a implantação do próprio currículo, que era revisto com os professores e os alunos, em uma estratégia de formação pedagógica.

Os membros da comissão foram recrutados por adesão; o imprescindível era que tivessem uma formação em educação médica. A quase totalidade desse grupo saiu dos trezentos e tantos profissionais formados pelo programa Faimer, tinham o domínio da educação médica, essa consciência de que para ser um bom professor você precisa de uma formação específica, precisa ser também um bom gestor e ter uma convicção muito forte da necessidade de mudar o sistema, de consolidar o SUS, de mudar o modelo de formação, que na verdade contribui para a perpetuação dessa desigualdade na assistência.

**Quais foram os maiores desafios da comissão enquanto você coordenou? Quais eram as questões mais desafiadoras?**

Apesar de as escolas terem pactuado com o MEC que seguiriam os princípios do modelo construído, quando chegávamos na escola, com muita frequência tinham sido contratados os célebres consultores de currículo, o que era a volta ao currículo tradicional, cujo formato não daria conta da missão. Fazia-se, então, necessário argumentar com fundamentação e sensibilizando as pessoas sobre a inadequação do modelo para o que era pretendido, para alcançar o que havia sido pactuado. Com frequência fazíamos o exercício de listar os princípios e pedir ao próprio grupo de professores para analisar o projeto conosco, questionando: “Isso aqui no projeto você acha que atende àquela imagem objeto? Onde estavam os sinais verdes, amarelos, vermelhos?” Então eles mesmos tomavam consciência do que era preciso mudar e íamos construindo coletivamente o novo currículo, fugindo da fragmentação, da

separação entre ciclo básico e ciclo clínico. Progressivamente, as coisas começavam a se integrar: a experiência na comunidade e os encontros educacionais, sejam aula expositiva, trabalho em grupo, *Problem Based Learning* PBL. O desafiador foi romper com o modelo tradicional, em especial nas escolas que já tinham cursos tradicionais de Medicina, nas quais havia com frequência a pressão para manter o velho currículo. Foi muito gratificante ver surgirem progressivamente grandes educadores, com práticas inovadoras que permitiam ao estudante a visão holística, a atenção aos determinantes sociais do processo saúde-doença. Esse foi o maior desafio da comissão que na grande maioria das situações deu conta de reverter o processo e ganhou aliados entre os professores, vendo-os crescer como docentes.

**E como é que você vê o futuro dessas escolas? Quais são as marcas da Camem na luta por uma formação, a partir dessa própria base que você trouxe referenciada pelo SUS?**

A marca da Camem nas escolas foi trabalhar o processo educacional de modo estruturado; os professores se imbuíram muito desse espírito, sabe, e trabalhavam de uma maneira muito integrada. Acredito que o trabalho deixou seguidores, tanto que hoje ainda temos lista de discussão, WhatsApp da Camem, das novas escolas e vemos que o processo continua, apesar da dificuldade que enfrentam, seguindo e buscando os mesmos princípios.

Como eu vejo o futuro? Eu tenho muita esperança de que a gente tenha mudança no país, uma mudança para melhor, com a recuperação de um governo socialmente mais orientado, de mais valorização da educação e da saúde.

Este trabalho, esta construção coletiva tem grande chance de ser retomada, para que possamos voltar a ver florescer todos aqueles movimentos de formação, com os quais o Brasil virou exemplo para o mundo. Eu tenho muita esperança de que isto volte acontecer, todos estamos com muita vontade de voltar a participar.

### Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração da entrevista e na revisão e aprovação da versão final do texto.

### Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).





## Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Matriz de correspondência curricular para fins de revalidação de diplomas de médico obtidos no exterior. Brasília: Ministério da Educação, Ministério da Saúde; 2009.
2. Brasil. Ministério da Educação. Portaria MEC 306, de 26 de março de 2015. Diário Oficial da União. 27 Mar 2015; sec. 1, p. 39.

**Palavras-chave:** Educação médica. Formação em saúde. Responsabilidade social. Programa Mais Médicos. Política pública.

**Keywords:** Medical education. Health education. Social responsibility. More Doctors Program. Public policy.

**Palabras clave:** Educación médica. Formación en salud. Responsabilidad social. Programa Más Médicos. Política pública.

Submetido em 19/02/2019.

Aprovado em 28/02/2019.