

A formação em medicina na Amazônia: experiências de movimentos estudantis para uma educação anticolonial e popular

Medical education in the Amazon: Experiences of student movements for an anticolonial and popular education

Johnnata Silva dos Santos¹

DOI: 10.1590/2358-2898202514710767P

RESUMO Este texto analisa criticamente os desafios da formação médica na região amazônica à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, destacando experiências estudantis e populares que apontam para a construção de uma medicina territorializada, anticolonial e voltada para os povos da floresta. No estudo argumenta-se que o paradigma biomédico hegemônico é insuficiente para as realidades socioepidemiológicas da região, onde a saúde é um processo social determinado por desigualdades históricas e lógicas coloniais. O texto propõe a construção de uma ‘medicina amazônica’ – uma práxis anticolonial, popular e humanista – e destaca as experiências dos movimentos estudantis Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas (Meiam), Liga Amazonense Multidisciplinar de Saúde Indígena do Amazonas (Lamsi-AM) e Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem) como caminhos insurgentes. A conclusão ressalta o compromisso institucional de universidades e órgãos de fomento como fundamental para consolidar essa transformação curricular, reforçando o potencial dessas experiências como modelo para a prática.

PALAVRAS-CHAVE Educação médica. Saúde pública. Ecossistema amazônico.

ABSTRACT This text critically analyzes the challenges of medical training in the Amazon region in light of the 2014 National Curricular Guidelines (DCN), highlighting student and popular experiences that point to the construction of a territorialized, anti-colonial medicine focused on the peoples of the forest. The study argues that the hegemonic biomedical paradigm is insufficient for the region's socio-epidemiological realities of the area, where health is a social process determined by historical inequalities and colonial logics. The text proposes the construction of an ‘Amazonian medicine’—an anti-colonial, popular, and humanist praxis—and highlights the experiences of student movements such as the Indigenous Student Movement of Amazonas (MEIAM), the Amazonian Multidisciplinary Indigenous Health League of Amazonas (LAMSI-AM), and the National Executive Directorate of Medical Students (DENEM) as insurgent pathways. The conclusion emphasizes that the institutional commitment of universities and funding agencies is fundamental to consolidating this curricular transformation, reinforcing the potential of these experiences as a model for practice.

KEYWORDS Education, Medical. Public health. Amazonian ecosystem.

¹Universidade do Estado do Amazonas (UEA) – Manaus (AM), Brasil.
jhonn.marS.santos@gmail.com



Introdução

A Amazônia, um bioma de grande biodiversidade e riqueza cultural, impõe-se no século XXI como um palco central de disputas e contradições. Longe de ser um espaço homogêneo ou intocado, é um território historicamente forjado pela colonialidade do poder e do saber, onde a extração predatória de recursos, o avanço do agronegócio e a mercantilização da vida impõem impactos socioambientais às populações que o habitam – povos quilombolas, ribeirinhos, extrativistas e indígenas. Essa análise se fundamenta no pensamento decolonial, uma perspectiva teórica que busca desvelar e subverter as lógicas de poder e conhecimento herdadas do colonialismo¹. Conforme nos alertam os pensadores e líderes indígenas como Davi Kopenawa² e Ailton Krenak³, a destruição da floresta e dos modos de vida tradicionais transcende uma crise ambiental; é uma crise civilizatória, que escancara a lógica predatória do mundo ocidental e sua incapacidade de conviver com a alteridade e a natureza^{4,5}. A emergência do vírus Sars-Cov-2 e suas pedagogias cruéis intensificaram essa percepção, evidenciando as desigualdades e as falhas estruturais que permeiam a sociedade⁶.

Segundo o Censo Demográfico de 2022, o Brasil possui 1.694.836 pessoas indígenas e 1.330.186 pessoas quilombolas, distribuídas em todas as unidades da federação. O estado do Amazonas concentra 490.935 indígenas, seguido pelos estados da Bahia (229.443), Mato Grosso do Sul (116.469), Pernambuco (106.646) e Roraima (97.668). Já a população quilombola se destaca na Bahia (397.502), no Maranhão (269.168), no Pará (135.603), em Minas Gerais (135.315) e em Pernambuco (78.864). Esses dados reforçam que povos indígenas e quilombolas somam juntos mais de 3 milhões de pessoas, evidenciando a magnitude desses grupos sociais e a urgência de políticas de saúde específicas, sobretudo em territórios amazônicos e nordestinos⁷.

Nesse cenário de resistência e persistência, evidencia-se, a partir de uma reflexão sobre o percurso da formação em saúde, que saúde e

doença se revelam como faces de um processo social complexo, marcado por desigualdades históricas e pela negação de direitos^{8,9}. No entanto, a formação médica tradicional, ainda moldada por um paradigma biomédico hegemônico, muitas vezes, distancia-se dessa realidade multifacetada. Centrada na doença e no indivíduo, a formação médica tradicional se descontextualiza do território e dos determinantes sociais. Com isso, reproduz lógicas coloniais, silencia saberes ancestrais e naturaliza as violências estruturais que adoecem coletivamente¹. É urgente ir além de uma medicina meramente curativa, defendendo a construção de uma prática médica crítica, popular e decolonial. Essa abordagem, que reconhece o processo saúde-doença como inerentemente social^{9,10} e busca descolonizar o pensamento ocidental^{1,5}, é essencial para uma atuação médica que responda de forma ética e eficaz às demandas complexas da Amazônia.

Este texto busca, portanto, analisar criticamente os desafios da formação médica na região amazônica à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, destacando experiências estudantis e populares que apontam para a construção de uma medicina territorializada, anticolonial e voltada para os povos da floresta. Busca-se tecer uma crítica à formação hegemônica e propor caminhos para uma práxis médica transformadora.

Material e métodos

A reflexão apresentada neste texto se fundamenta em uma abordagem hermenêutica e crítica, buscando interpretar o fenômeno da formação médica na Amazônia à luz de um referencial teórico robusto. Para tanto, foram combinadas a análise documental das DCN de 2014 para os Cursos de Graduação em Medicina e a revisão bibliográfica de obras e autores centrais da saúde coletiva brasileira e dos estudos decoloniais.

A análise emerge da vivência e observação participante do autor como estudante indígena

de medicina na Amazônia, perspectiva que se configura como a lente principal para a interpretação dos dados e a elaboração das reflexões. Duas questões orientaram a elaboração do texto: 1) como o modelo hegemônico de formação médica na Amazônia se distancia das realidades socioepidemiológicas da região? e 2) quais experiências e movimentos estudantis apontam para a construção de uma medicina territorializada, anticolonial e popular¹¹?

Este estudo dispensa a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), visto que não envolve coleta de dados diretamente de seres humanos para fins de pesquisa. Contudo, na elaboração deste manuscrito, foram integralmente observados os princípios éticos de respeito à dignidade humana, à autonomia e aos direitos autorais das fontes consultadas, bem como o compromisso com a integridade e a transparência na produção e divulgação do conhecimento.

A formação médica no Brasil e seus limites estruturais

A formação médica no Brasil, apesar dos avanços regulatórios, ainda enfrenta desafios estruturais que limitam a capacidade de formar profissionais alinhados às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e à complexidade social do País. As próximas subseções examinam esses limites, abordando o cenário das DCN de 2014, o modelo pedagógico fragmentado e a persistência do currículo bancário, com enfoque nas implicações para a realidade amazônica.

O cenário das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: avanços e contradições

As DCN para os Cursos de Graduação em Medicina são documentos centrais que buscam reorientar a formação médica no Brasil. A

Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001¹², já sinalizava a busca por um perfil profissional mais generalista, humanista, crítico e reflexivo, alinhado às necessidades de saúde da população e aos princípios do SUS. Essa intenção foi aprofundada com a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014¹³, que reforçou a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo estruturante da formação, a integração ensino-serviço-comunidade e a necessidade de capacitar profissionais para uma atuação abrangente e socialmente contextualizada¹⁴.

Apesar dos avanços conceituais e da expressão intenção dessas diretrizes, contudo, a implementação prática tem se mostrado um desafio complexo, especialmente quando confrontada com a vastidão e as particularidades de regiões como a Amazônia. A distância entre o 'ideal' da DCN e o 'real' da formação médica revela os limites estruturais de um sistema ainda aprisionado por lógicas hegemônicas. O subfinanciamento crônico e a falta de uma infraestrutura adequada para as instituições de ensino, aliada à carência de cenários de prática diversificados e qualificados no SUS, dificultam a efetivação dos preceitos das DCN. Mesmo com a ênfase na APS, o paradigma biomédico ainda é predominante na prática pedagógica¹⁴, resultando em um descolamento da realidade epidemiológica e social brasileira.

A expansão desordenada e o modelo pedagógico fragmentado

Um dos maiores desafios que minam a concretização das propostas das DCN é a expansão, muitas vezes, desordenada das escolas médicas no País. Esse crescimento, impulsionado em grande parte por uma lógica de mercado, tem priorizado o lucro em detrimento da qualidade do ensino e da pertinência social da formação. Relatórios como a 'Demografia Médica no Brasil'¹⁵ apontam para uma concentração de cursos e profissionais em grandes centros urbanos, perpetuando a escassez em regiões remotas e de alta vulnerabilidade, como a Amazônia.

Essa proliferação sem planejamento adequado resulta em uma expressiva falta de estrutura para uma formação de qualidade alinhada ao SUS. A carência de hospitais-escola com vagas suficientes, a fragilidade dos serviços de atenção primária que deveriam servir como campos de prática e a escassez de cenários de aprendizado diversos, especialmente em áreas amazônicas, impedem que os preceitos das DCN sejam incorporados. O currículo, mesmo sob a égide das DCN, ainda tende a ser voltado para disciplinas isoladas, perpetuando um modelo pedagógico fragmentado. Isso limita a necessária integração entre teoria e prática, e entre as diferentes áreas do conhecimento (clínica, epidemiologia, saúde coletiva), comprometendo a formação de um profissional com visão ampliada e interdisciplinar¹⁶. A análise do perfil do estudante de medicina em diferentes instituições¹⁷⁻¹⁹ indiretamente corrobora a persistência de um modelo que, seguidamente, não direciona o egresso para a atenção primária ou para as regiões mais necessitadas, refletindo a própria fragmentação do ensino e a falta de engajamento com as demandas do SUS.

O currículo bancário: centrado na doença e longe do território

Esta é a essência da crítica à pedagogia médica tradicional: a persistência do ‘currículo bancário’, conceito cunhado por Paulo Freire^{20,21}. Nesse modelo, o conhecimento é ‘depositado’ nos estudantes, que são vistos como receptáculos passivos, em vez de sujeitos ativos de sua aprendizagem. Na formação médica, isso se manifesta em uma abordagem predominantemente biomédica, na qual a doença é o objeto central e o usuário é frequentemente descontextualizado de seu ambiente e de sua história. Essa perspectiva pedagógica não contribui para formar profissionais críticos e reflexivos, como orientam as DCN, reforçando relações de opressão e comportamentos autoritários dos futuros médicos. Esse modelo forma profissionais que veem o processo saúde-doença

como um fenômeno isolado, sem considerar o complexo mosaico de fatores sociais, culturais e ambientais que o determinam^{8,9}.

A formação, ainda hospitalocêntrica, promove uma distância considerável do território. Os estudantes são majoritariamente expostos a cenários de alta complexidade em ambientes urbanos, descolados da realidade comunitária e dos desafios singulares da Amazônia, onde a floresta, os rios e os modos de vida tradicionais são intrínsecos à saúde das populações. Essa abordagem não apenas marginaliza saberes ancestrais e práticas de cura locais, mas também naturaliza as violências estruturais que adoecem coletivamente, perpetuando lógicas coloniais no campo da saúde¹. A despeito da crescente discussão sobre a importância de metodologias ativas no ensino em saúde¹, da necessidade de integrar pesquisa e extensão na formação²², e das reflexões sobre a transformação da educação médica²³, a realidade prática, muitas vezes, falha em promover uma educação engajada com as demandas sociais e territoriais. A consequência é um profissional que, embora tecnicamente capaz, pode carecer de sensibilidade e ferramentas para atuar em contextos de alta complexidade social, como a Amazônia.

A Amazônia como território educativo e de cuidado

A Amazônia, com sua grande extensão territorial, diversidade cultural e socioambiental, transcende a mera definição geográfica para se configurar como um território educativo e de cuidado por excelência. Somados, povos indígenas e quilombolas ultrapassam 3 milhões de pessoas no Brasil, segundo o Censo 2022, o que evidencia a magnitude dessas populações tradicionais e a urgência de sua inclusão em políticas públicas de saúde e na própria formação médica⁷. Longe de ser um espaço vazio a ser preenchido por intervenções externas, é um ambiente pulsante, dotado de saberes ancestrais, práticas de saúde tradicionais e

modos de vida que, por si sós, oferecem um valioso substrato para a formação médica²⁴. No entanto, a lógica hegemônica da formação em saúde, frequentemente, falha em reconhecer e integrar essa riqueza.

A Amazônia, todavia, é também um palco de acentuadas desigualdades socioespaciais, onde o acesso à saúde e o direito ao território – seja ele a cidade, a floresta ou as águas – são constantemente desafiados. As populações tradicionais, como povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos e extrativistas, enfrentam barreiras geográficas, econômicas e sociais que impedem um acesso equitativo aos serviços de saúde. A distância dos centros urbanos, a precariedade dos transportes fluviais e terrestres, e a falta de infraestrutura básica são realidades diárias que evidenciam a fragilidade das políticas públicas na região. Nessas comunidades, o processo saúde-doença é intrinsecamente ligado ao ambiente e aos modos de vida, exigindo uma compreensão que transcende a visão biomédica tradicional e abrange a determinação social^{5,8}.

A medicina ocidental, historicamente marcada por uma perspectiva colonial, tende a ver a Amazônia através de lentes de carência e exotismo, ignorando a complexidade de suas ecologias e a resiliência de seus povos. Essa visão limitada perpetua a invisibilidade dos conhecimentos de saúde indígenas, quilombolas e ribeirinhos, que são essenciais para a promoção do bem-viver nessas comunidades¹. A persistência de lógicas coloniais manifesta-se na negação do direito a um território vivido e cuidado, cuja degradação ambiental e social afeta diretamente a saúde e a existência dessas populações⁹. Para uma formação médica contextualizada, é necessário que os currículos e as práticas pedagógicas se abram para o diálogo com esses saberes, reconhecendo-os como fontes legítimas de conhecimento e inovação em saúde^{5,11}.

Este território impõe desafios únicos para a saúde, como a dispersão geográfica, a dificuldade de acesso a serviços e a prevalência de doenças negligenciadas. Contudo, esses

desafios também se traduzem em oportunidades de aprendizados importantes, exigindo do futuro médico uma capacidade de adaptação, criatividade e atuação interprofissional e intercultural^{8,9}. A Amazônia, portanto, não é apenas um ‘cenário de prática’, ela é uma escola viva, onde a floresta, os rios, as comunidades e seus modos de vida ensinam sobre saúde em sua dimensão abrangente e complexa.

Caminhos insurgentes: experiências populares e estudantis

Diante dos limites estruturais da formação médica tradicional e dos desafios complexos impostos pela realidade da Amazônia, emergem ‘caminhos insurgentes’, um conjunto de experiências e movimentos que propõem uma educação médica engajada e transformadora. Essas iniciativas, muitas vezes catalisadas por estudantes, profissionais de saúde e comunidades, buscam resgatar a dimensão social da saúde e promover uma atuação médica que transcenda o consultório e o hospital, enraizando-se nos territórios e nas vidas das populações.

Tais caminhos são inspirados pelos princípios da educação popular em saúde, que prioriza o diálogo horizontal, a participação ativa das comunidades e a construção coletiva do conhecimento^{20,25}. Em contraste com uma abordagem verticalizada, em que o saber biomédico é imposto, a educação popular busca horizontalizar as relações, reconhecendo e incorporando a grande riqueza dos saberes tradicionais ao processo de cuidado. Essa abordagem é necessária em um território multifacetado como a Amazônia, pois contribui para transformar a relação profissional-usuário, valorizando os saberes e as práticas de cuidado desses povos. Com isso, reforça-se que a saúde não pode ser desassociada dos modos de vida, da complexa relação com a natureza e da luta contínua pelo direito ao território.

Concretamente, essas abordagens se manifestam em diversas iniciativas que desafiam o *status quo* da formação. Experiências de extensão universitária e projetos de pesquisa-ação em comunidades tradicionais, por exemplo, oferecem aos estudantes de medicina a oportunidade de vivenciar a saúde em sua complexidade real e multifacetada^{2,5}. Nesses espaços imersivos, a aprendizagem não se restringe meramente à técnica, ela se expande para o campo da ética, da alteridade e de uma compreensão dos determinantes sociais^{5,8}. O contato direto com as realidades locais e a imersão em outras culturas de cuidado desafiam o olhar biomédico hegemônico e estimulam a construção de um profissional mais humanista, crítico e, acima de tudo, apto a atuar em contextos de alta vulnerabilidade social. A interdisciplinaridade, tão frequentemente preconizada pelas DCN¹⁶, encontra nesses caminhos insurgentes um terreno fértil para se concretizar, permitindo que a medicina dialogue com outras áreas do conhecimento e com os saberes locais.

Além da atuação em campo, o protagonismo estudantil tem sido uma força motriz importante na articulação de movimentos que buscam reformar a educação médica a partir das próprias universidades. Coletivos, centros acadêmicos e grupos de estudo têm promovido debates incisivos, seminários e atividades que questionam abertamente o currículo tradicional, pressionando por mudanças que tornem a formação mais alinhada às reais necessidades do SUS e aos desafios regionais da Amazônia. Essas iniciativas demonstram uma crescente consciência de que a transformação da educação médica não virá apenas de diretrizes governamentais, mas sim da mobilização e do engajamento daqueles que estão sendo formados²⁴. Tais movimentos reforçam a ideia de que a educação em saúde é um processo contínuo, e que a capacidade de questionar, inovar e buscar novas abordagens é importante para a formação de médicos comprometidos com a saúde coletiva e a justiça social.

Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas

O Movimento dos Estudantes Indígenas do Amazonas (Meiam) se destaca como uma importante articulação autônoma, formada por estudantes indígenas de diversas etnias e cursos da área da saúde e de outras áreas do conhecimento de instituições de ensino do estado do Amazonas. O movimento é um pilar na luta pelo fortalecimento da presença indígena nas universidades, atuando em diversas frentes para garantir o acesso e a permanência desses estudantes. Um exemplo notável de sua atuação é a luta e conquista das cotas indígenas na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Essa vitória é um ato de medicina anticolonial, pois, ao romper com as barreiras que historicamente excluíram os povos indígenas do ensino superior, o Meiam combate os determinantes sociais da saúde na sua essência. Nesse panorama, a presença indígena na academia desafia diretamente a colonialidade do saber, que marginaliza e invisibiliza o conhecimento ancestral em favor de uma ciência eurocêntrica, e abre caminhos para que futuros médicos compreendam a saúde de forma plural e contextualizada.

Outra vitória importante, que simboliza a autonomia do movimento, é a criação e gestão da Casa do Estudante Indígena, que abriga alunos de diversas instituições, tornando-se um ponto de apoio central para a comunidade. Mais do que um espaço de moradia, a Casa do Estudante Indígena funciona como um espaço de cura e de fortalecimento cultural, onde os estudantes encontram um ambiente de apoio psicológico e comunitário que mitiga o isolamento e o choque cultural, fatores que podem impactar diretamente a saúde mental. Nela, o convívio e o compartilhamento de saberes tradicionais servem como um contraponto ao ambiente acadêmico que, muitas vezes, é hostil aos povos indígenas.

O Meiam não apenas denuncia as estruturas de exclusão, mas também se firma como uma plataforma de empoderamento,

realizando oficinas com a juventude indígena e atuando dentro das universidades do estado do Amazonas²⁵. As oficinas com a juventude, por exemplo, tanto capacitam lideranças quanto promovem um resgate da identidade e da saúde cultural, enquanto o ativismo nas universidades pressiona por mudanças curriculares que tornem o ensino de medicina mais alinhado às realidades do território. Em sua trajetória, o movimento se consolidou como uma força política ao organizar o Encontro Nacional dos Estudantes Indígenas (Enei) em Manaus e conseguir a implementação do Comitê Gestor Indígena na universidade estadual²⁵.

Essas ações são, em si, uma forma de medicina anticolonial, pois confrontam a colonialidade do saber que historicamente negou o acesso e a permanência dos povos indígenas nas instituições de ensino. Ao garantir a presença indígena na universidade, o movimento luta por justiça social e insere uma perspectiva de mundo e saberes ancestrais nos espaços de formação médica. Por meio de uma significativa incidência política, o Meiam propõe a construção de uma universidade intercultural, diversa e comprometida com os povos da floresta, um modelo importante e necessário para uma formação médica decolonial²⁶.

Liga Amazonense Multidisciplinar de Saúde Indígena do Amazonas

A Liga Amazonense Multidisciplinar de Saúde Indígena do Amazonas (Lamsi-AM) representa um exemplo significativo de liga acadêmica, voltada para promover o diálogo crítico e respeitoso entre saberes indígenas e a formação em saúde. Com um enfoque claro na valorização da medicina tradicional, na educação intercultural e na defesa constante dos direitos dos povos originários²⁵, a Lamsi-AM, fundada em 2024, articula estudantes de diferentes cursos da área da saúde. Suas ações de extensão, rodas de conversa, oficinas e pesquisas contribuem para uma formação anticolonial e comprometida com os territórios

amazônicos²⁷. Um exemplo concreto de sua atuação é o Projeto de Extensão Ajuri na Floresta, que realizou ações de promoção da saúde e educação popular em comunidades indígenas da região metropolitana de Manaus. Nesse projeto, a articulação entre saberes tradicionais e acadêmicos se manifesta em práticas concretas. As rodas de conversa, por exemplo, incentivam a escuta ativa e a troca de conhecimentos, desafiando a hierarquia do saber biomédico e ensinando os futuros profissionais a reconhecer a autoridade dos anciãos e dos curandeiros locais. As oficinas de plantas medicinais, em vez de evidenciar apenas no componente ativo, exploram a dimensão cultural, os rituais e o contexto de uso, valorizando a medicina tradicional como uma práxis legítima de cuidado.

O projeto, que articulou saberes tradicionais e acadêmicos, promoveu um processo de aprendizado mútuo e horizontal, no qual a comunidade e os estudantes construíram juntos uma nova compreensão de saúde. Essa abordagem demonstrou o potencial da Lamsi-AM em fortalecer a autonomia comunitária e contribuir para a formação crítica de seus membros, com uma equipe de 36 estudantes e 2 docentes, e alcançando cerca de 500 pessoas em um ano. Além disso, a Lamsi-AM se configura como um espaço importante de acolhimento para estudantes, tanto indígenas quanto não indígenas, engajados na luta por uma saúde decolonial, plural e equitativa no complexo contexto da Amazônia²⁸.

Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

A Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem), fundada em 1986, é a principal entidade representativa dos estudantes de medicina do Brasil, com presença em centenas de escolas médicas. Sua atuação histórica é marcada pela defesa constante de uma formação médica crítica, popular e comprometida com o SUS, garantindo um sistema público, gratuito, universal e de qualidade²⁹.

A Denem tem desempenhado um papel ativo nas discussões com a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), participando da elaboração de novas diretrizes e de projetos como o Projeto Rever, que busca uma formação médica mais regionalizada e alinhada às necessidades dos territórios.

A Denem da região Norte, por exemplo, organizou reuniões e encontros regionais para debater ativamente a saúde indígena e a saúde nos territórios, levando essas pautas para a Abem e influenciando as propostas de novas DCN. Essa incidência política é crucial, pois traduz a crítica teórica em ação concreta. Ao levar as demandas por uma formação mais enraizada na realidade amazônica para as mesas de discussão em nível nacional, a Denem trabalha para que o currículo de medicina se torne um instrumento de transformação social. Além de sua atuação nacional, a Denem, como membro pleno da International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) desde 1995, leva a voz dos estudantes brasileiros para debates internacionais em saúde. Por meio de suas Coordenações Regionais e de uma sólida articulação com movimentos sociais, a entidade realiza encontros, estágios, vivências imersivas, produções científicas e ações de base que fortalecem o protagonismo estudantil na construção de outro projeto de medicina – um projeto mais humano, popular e enraizado nas realidades e necessidades dos diversos territórios amazônicos⁵.

Conclusões

A jornada por uma formação médica transformadora, em específico no contexto amazônico, revela-se não apenas desejável, mas necessária. Este ensaio buscou demonstrar que o modelo educacional hegemônico, voltado para a dimensão biomédica e laboratorial, mostra-se insuficiente para responder aos complexos desafios de saúde de uma região de grande biodiversidade e cultura, mas marcada por desigualdades socioespaciais^{15,26}.

É necessário, portanto, que a reforma da formação médica transcenda o mero ajuste curricular e abrace uma perspectiva popular^{25,20}. Isso significa mover-se para além dos muros das universidades e dos laboratórios, aproximando-se das realidades dos territórios, das comunidades e dos seus saberes^{2,3}. A proposta é uma medicina amazônica: uma medicina que é crítica, e que reconhece a determinação social do processo saúde-doença e as lógicas coloniais que historicamente impactaram a saúde das populações tradicionais^{5,9}. É uma medicina comprometida com a vida, com a justiça ambiental e social, e com a valorização de todas as formas de cuidado⁴.

Nesse cenário de transformação, a centralidade dos estudantes como sujeitos históricos é evidente. Como vimos nas experiências do Meiam, Lamsi-AM e Denem, são os próprios estudantes que, ao se articularem em movimentos e ligas, questionam o *status quo* e propõem novas práticas²⁵⁻²⁹. Eles são a força motriz que impulsionam as mudanças, demonstrando a capacidade de construir uma educação médica mais humanista, ética e responsiva às necessidades do SUS, especialmente no que tange à atenção primária e à saúde coletiva³⁰. As experiências do Meiam, da Lamsi-AM e da Denem não são apenas exemplos isolados, mas também constituem modelos de práxis que demonstram o potencial de uma educação enraizada nos territórios. Tais iniciativas iluminam o caminho para novas abordagens, mostrando que a reforma curricular pode e deve ser impulsionada pela base, por meio do engajamento daqueles que estão sendo formados. A roda de conversa, o território como sala de aula^{2,3} e a escuta ativa emergem como métodos pedagógicos, que forjam profissionais capazes de dialogar com os diversos saberes e de atuar de forma integral e contextualizada^{30,31}.

A efetivação dessa medicina amazônica e anticolonial exige, contudo, um compromisso ativo e sistêmico das instituições de ensino e dos órgãos de fomento à pesquisa e à educação. É importante que as universidades, em

especial aquelas localizadas na Amazônia, revisitem e adaptem continuamente suas Diretrizes Curriculares, integrando de forma mais robusta os saberes locais, as práticas de saúde tradicionais e as especificidades socioepidemiológicas da região. Isso implica ir além da mera menção da APS, garantindo infraestrutura e cenários de prática diversificados que permitam a imersão dos estudantes em comunidades ribeirinhas, indígenas e quilombolas. Além disso, os órgãos de fomento governamentais e agências reguladoras precisam criar e fortalecer programas de incentivo específicos para pesquisas e projetos de extensão que abordem a saúde na Amazônia sob uma ótica decolonial e socialmente determinada, investindo em infraestrutura e na formação de docentes sensíveis a essa realidade. Somente com o engajamento institucional e o apoio de políticas públicas robustas será

possível consolidar os caminhos insurgentes já trilhados pelos estudantes e construir uma formação médica que responda aos clamores por saúde, justiça e bem-viver dos povos da floresta e de toda a Amazônia^{30,32}.

A construção de uma nova medicina na Amazônia passa pela descolonização do olhar e da prática. É um convite à insurgência, à solidariedade e à reinvenção constante de uma formação que prepare médicos não apenas para curar doenças, mas também para cuidar da vida e lutar por um bem-viver coletivo em toda a sua diversidade³⁰.

Colaborador

Santos JS (0009-0004-2878-2566)* é o responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Santos BS. Para descolonizar o ocidente: mais além do pensamento abissal. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Alameda; 2009. p. 23-68.
2. Kopenawa D, Albert B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
3. Krenak A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.
4. Okawati JAA, Karpinski C. Narrativas indígenas: um caminho decolonial para compreender a memória e informação. *Transinformação*. 2024;36:e2410646. DOI: <https://doi.org/10.1590/2318-0889202436e2410646>
5. Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde Soc*. 2007;16(3):26-34. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300004>
6. Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Alameda; 2020.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2022: População Indígena e Quilombola do Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [acesso em 2025 set 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/censo>
8. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev Latino-Am Saúde*. 1982;2:7-25.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Breilh J. Las tres “S” de la determinación de la vida y el triángulo de la política. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.
10. Viana NS, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença. In: Soares CB, Campos CMS, organizadores. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 107-42.
11. Cordeiro AAS, Cândia RNP. Colonialidade pedagógica na Amazônia brasileira: educação para o sistema-mundo moderno/colonial. *Cad Pesqui*. 2024;31940:1-27. DOI: <https://doi.org/10.18764/2178-2229v31n4.2024.63>
12. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2001 nov 9; Seção 1:38.
13. Ministério da Educação (BR). Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2014 jun 23; Seção 1:8-11.
14. Franco CAGS, Cubas MR, Franco RS. Currículo de Medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(2):221-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000200009>
15. Scheffer M, organizador. *Demografia médica no Brasil 2025* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025 [acesso em 2025 set 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/demografia_medica_brasil_2025.pdf
16. Garcia MAA, Souza Pinto ATBC, Odoni APC, et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(2):147-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022007000200005>
17. Cardoso Filho FAB, Magalhães JF, Silva KML, et al. Perfil do estudante de Medicina da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), 2013. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(1):32-40. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e01092014>
18. Ferreira RA, Peret Filho LA, Goulart EMA, et al. O estudante de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais: perfil e tendências. *Rev Assoc Med Bras*. 2000;46(3):224-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000300007>
19. Fiorotti KP, Rossoni RR, Miranda AE. Perfil do estudante de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo, 2007. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(3):355-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300004>
20. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):439-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000400015>
21. Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(3):299-313. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003>
22. Gomes MPC, Ribeiro VMB, Monteiro DM, et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas Ciências Sociais e da Saúde: avaliação dos estudantes. *Ciênc Educ (Bauru)*. 2010;16(1):181-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-73132010000100011>
23. Silveira JLGC, Rodrigues KF, Shishido M, et al. Pesquisa e extensão em saúde e a aprendizagem nos níveis cognitivo e afetivo. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(4):550-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n4e02852014>
24. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(4):557-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>

25. Brandão CR. Educação popular: história, teoria e prática. São Paulo: Cortez; 2002.
26. Oliveira MI, Cruz JG. Ação decolonial do movimento indígena em torno da educação escolar indígena em Manaus-AM. *Grau Zero – Rev Crit Cult* [Internet]. 2023 [acesso em 2025 set 20];11(1):135-57. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/grauzero/article/view/v11n1p135>
27. Moreira LM, Mennin RHP, Lacaz FAC, et al. Ligas acadêmicas e formação médica: estudo exploratório numa tradicional escola de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2019;43(1):115-25. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1RB20170141>
28. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(1):47-58. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100007>
29. Pinto HA. O movimento estudantil de Medicina e a transformação da escola médica. *Interface Comun Saúde Educ*. 2000;4(7):159-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000200023>
30. Schweickardt JC, Ferla AA, Giatti L, organizadores. A saúde coletiva na Amazônia: redes de pesquisa, formação e situações de saúde e condições de vida, AM. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; 2024. (Série Saúde & Amazônia, v. 30). E-book (PDF).
31. Duarte LAÁ, Teles AFF, Oliveira SG, et al. Formação médica à saúde dos povos tradicionais e indígenas: um estudo dos projetos pedagógicos na cidade de Belém-PA, região Amazônica. *ARE*. 2025;7(2):5932-47. DOI: <https://doi.org/10.56238/arev7n2-083>
32. Magalhães CM, Rosa CK, Souza TP, et al. Perspectivas de estudantes de Medicina sobre a própria formação e competências para trabalhar com populações indígenas. *Rev Bras Educ Med*. 2023;47(4):e118. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v474-2021-0475>

Recebido em 06/03/2025

Aprovado em 04/09/2025

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto