

# Mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina do Brasil – perspectivas e críticas frente ao contexto atual

## *Changes in the National Curriculum Guidelines for undergraduate Medical courses in Brazil – perspectives and critiques in the current context*

Vinícius Ximenes Muricy da Rocha<sup>1</sup>; Thiago Figueiredo de Castro<sup>2</sup>; Rodrigo Chavez Penha<sup>3</sup>; Odete Messa Torres<sup>4</sup>; Heloisa Maris Martins Silva<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Euro-Americano (UNIEURO) e Supervisor do Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (ESP-DF). [viniciuscalango@gmail.com](mailto:viniciuscalango@gmail.com)

<sup>2</sup>Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB) e médico junto a Secretária de Saúde do Distrito Federal. [castro.thiago@unb.br](mailto:castro.thiago@unb.br)

<sup>3</sup>Docente no Departamento de Medicina da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). [odrigopenha@ufsj.edu.br](mailto:odrigopenha@ufsj.edu.br)

<sup>4</sup>Docente da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). . Conselheira Nacional de Saúde (CNS). [odete.torres@unb.br](mailto:odete.torres@unb.br)

<sup>5</sup>Médica na Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. [heloisamaris@gmail.com](mailto:heloisamaris@gmail.com)

## Resumo

Este artigo analisa criticamente a proposta de texto disponibilizado para Consulta Pública pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em Medicina no Brasil, publicada em 14 de fevereiro de 2025, em contraste com as DCNs de 2014. A revisão histórica demonstra que as mudanças na formação médica brasileira são influenciadas por contextos políticos, sociais e sanitários, com destaque para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a incorporação de conceitos como integralidade e atenção primária. As DCNs de 2014 trouxeram avanços significativos, como detalhamento sobre a formação por competências, integração ensino-serviço e fortalecimento do SUS frente a desafios atuais. No entanto, a nova proposta apresenta fragilidades tais como a perda de conceitos fundamentais (formação generalista, integralidade, gestão do cuidado) e a redução do enfoque no SUS. Conclui-se que a elaboração de diretrizes curriculares deve considerar o acúmulo histórico, as necessidades nacionais e a diversidade regional, evitando mudanças frequentes que possam comprometer a qualidade da formação médica.

**Palavras-chave:** Diretrizes curriculares nacionais; Educação médica; Sistema Único de Saúde; Formação por competências; Integralidade.

**Como citar:** Rocha, V. X. M.; Castro, T. F.; Penha, R. C.; Torres, O. M.; Silva, H. M. M. Mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina do Brasil – perspectivas e críticas frente ao contexto atual. Revista Ciências da Saúde - CEUMA, 2025; 3(1): <https://doi.org/10.61695/racs.v3i1.76>

**Tipo de artigo:** Ensaio

**Autor correspondente:**

Vinícius Ximenes Muricy da Rocha

**E-mail:** [viniciuscalango@gmail.com](mailto:viniciuscalango@gmail.com)

**Fonte de financiamento:**

Não se aplica

**Parecer CEP**

Não se aplica

**Procedência:**

Não encomendado

**Avaliação por pares:**

Externa

**Recebido em:** 20/03/2025

**Aprovado em:** 27/03/2025

## Abstract

This article critically analyzes the draft text released for Public Consultation by the National Council of Education (CNE) regarding the National Curriculum Guidelines (DCN)s for undergraduate medical courses in Brazil, published on February 14, 2025, in contrast to the 2014 DCNs. A historical review demonstrates that changes in Brazilian medical education have been influenced by political, social, and public health contexts, particularly the creation of the Unified Health System (SUS) and the incorporation of concepts such as comprehensive care and primary health care. The 2014 DCNs introduced significant advancements, including detailed competency-based training, teaching-service integration, and reinforcement of the SUS considering contemporary challenges. However, the new proposal exhibits weaknesses, such as the omission of fundamental concepts (generalist training, comprehensive care, care management) and a diminished emphasis on the SUS. The study concludes that the development of curriculum guidelines must consider historical progress, national needs, and regional diversity, avoiding frequent changes that could undermine the quality of medical education.

**Keywords:** National curriculum guidelines; Medical education; Unified Health System; Competency-based training; Comprehensiveness.

## INTRODUÇÃO

O Edital de Chamamento para Consulta Pública acerca da Proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina foi publicado em 14 de fevereiro de 2025<sup>1,2</sup>, e quase de imediato produziu inquietação em vários grupos envolvidos com educação médica<sup>3,4</sup>. Um texto inicial proposto de forma bastante sintética<sup>2</sup>, levou os autores deste artigo a revisitar o acúmulo produzido até as últimas diretrizes e, neste momento, foi entendido como necessário o resgate histórico na perspectiva de produzir uma análise reflexiva que seja capaz de contextualizar e coadunar elementos da prática profissional e institucional para que o processo seja entendido em todo o seu percurso.

Desde os anos de 1960 e 1970, mudanças na formação médica brasileira são proporcionadas a partir de valores, orientações e práxis baseados no referencial do que hoje denominamos Integralidade na Saúde<sup>5</sup>. A Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com a introdução do Internato Rural, e a Universidade de São Paulo (USP) com o chamado Curso Experimental de Medicina da USP tomaram iniciativas pioneiras que foram acompanhadas em todo o país por outras experiências de reorganização curricular e integração docente-assistencial (IDA) relacionadas aos nascentes Departamentos de Medicina Preventiva<sup>6</sup>. Essas experiências de IDA se ampliaram durante os anos de 1980, e muitos se associaram a experiências pré-SUS como, por exemplo, as chamadas Ações Integradas de Saúde (AIS)<sup>7</sup>.

Durante os anos de 1990 e 2000, algumas escolas de Medicina, como a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), a Universidade Estadual de Londrina (UEL), a Universidade Estadual de São Paulo (UNESP-Botucatu) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), dentre outras, avançaram em uma reorganização geral dos seus cursos, com incremento em metodologias ativas de ensino-aprendizagem e experiências de saúde comunitária sob o referencial do Projeto UNI<sup>8-10</sup>.

A Constituição Federal de 1988 determinou que o SUS deve ser o ordenador da formação de recursos humanos em saúde no país<sup>11</sup>, sendo a formação dos profissionais de saúde tema das 17 Conferências Nacionais de Saúde e de conferências temáticas, quando da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde<sup>12</sup>; da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde<sup>13</sup>; da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde<sup>14</sup> e da 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde<sup>15</sup>. O campo da formação de recursos humanos em saúde amplia-se no Brasil para o da gestão do trabalho e da educação na saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde, em 2003. Dentre as ações da SGTES na indução à mudança na formação em saúde, destacam-se o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS no Brasil (VER-SUS/Brasil), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, o Programa de Reorientação da Formação em Saúde (PRÓ-SAÚDE), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a formação de Ativadores de Mudança na Formação dos Profissionais da Área da Saúde (Ativadores de Mudança)<sup>16</sup>.

A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) foi instituída em 1991 como uma resposta estratégica à proposta do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) de implementar um Exame de Proficiência como requisito conclusivo para a graduação em Medicina<sup>17</sup>. A CINAEM distinguiu-se por fundamentar suas ações em um princípio alinhado ao contexto político e social do Brasil pós-redemocratização, particularmente à consolidação do **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Como destacado por Rocha<sup>18</sup>, a Comissão defendia que *"a qualidade do ensino médico, articulada ao aprimoramento do sistema de saúde, constituía a base para uma formação médica adequada"*. Ademais, sua proposta transcendia a mera avaliação, incorporando um caráter propositivo: para a CINAEM,

*"avaliar o ensino médico implicava necessariamente a implementação de medidas corretivas para superar deficiências identificadas, assegurando padrões de qualidade condizentes com as demandas médico-sociais"*<sup>17</sup>.

Essa abordagem refletia um compromisso duplo — com a excelência acadêmica e com a responsabilidade sanitária.

Na CINAEM foram construídos dois estudos epidemiológicos: um de recorte transversal para estudar os recursos humanos docentes e outro uma coorte para acompanhar o desempenho cognitivo e prático dos alunos no internato. Adicionalmente, foi realizada uma avaliação do Modelo Pedagógico de desenho qualitativo a partir da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional<sup>17</sup>.

Concomitante à terceira fase da CINAEM tem-se o lançamento do Edital SESu/MEC nº 04, de dezembro de 1997, que convoca o conjunto das instituições de ensino, docentes, especialistas em educação médica, setor produtivo e outros atores, a contribuir com a construção das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação<sup>19</sup>. O inciso II do artigo 53 da Lei de Diretrizes de Bases da Educação de 1996 assegurava autonomia às universidades para fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes, no entanto, tais diretrizes não estavam definidas, fato este que torna imperativa esta medida da terceira fase da CINAEM<sup>20</sup>. Conforme determinação da Lei n.º 9.131, de 24 de novembro de 1995, a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES/CNE) seria o órgão responsável por conduzir as ações necessárias para a elaboração das DCNs em questão<sup>21</sup>.

Esta convocação para elaboração de modelo de enquadramento para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação do Brasil aglutinou cerca de 1.200 contribuições recebidas, com propostas que foram analisadas por comissões com 38 especialistas<sup>19</sup>. Parte destas contribuições, em diálogo com as necessidades de adequação da formação profissional em saúde aos princípios do SUS, culminou com a elaboração das DCNs de Medicina, em 2001<sup>18,22</sup>.

Importante destacar que esse era o momento de um ciclo de avanço e ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS), como a garantia de sua maior sustentabilidade financeira com a Emenda Constitucional nº 29/2000, a qual ampliou a participação dos estados e municípios no financiamento da saúde; organização das Normas Operacionais da Atenção à Saúde (NOAS) em 2000 e 2022; e especialmente o grande ciclo de expansão da Estratégia Saúde da Família, com o Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (PROESF), induzindo o seu crescimento em médios e grandes centros urbanos; e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), opostamente trazendo provimento por exemplo para vazios demográficos, demandando assim uma grande formação de médicos generalistas<sup>23</sup>.

Salienta-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)s dos Cursos de Graduação em Medicina, ou mesmo os movimentos locais que buscaram anteriormente mudanças na formação médica, inevitavelmente, são influenciados pelo contexto e conjuntura de um determinado momento histórico. A CINAEM foi constituída e construída em pleno processo das definições das bases do Sistema Único de Saúde, bem como o desenvolvimento de uma teoria do conhecimento brasileira para lidar com esse contexto, a Saúde Coletiva<sup>24</sup>, hoje consolidada e reconhecida<sup>25</sup>. Em pleno final dos anos de 1990, sob influência de uma agenda do neoliberalismo para a educação, ocorreu um velamento e ocultação de referenciais e contribuições importantes dos acúmulos da CINAEM que não foram incorporados nas DCNs 2001<sup>18</sup>, o que não reduz o mérito e

o avanço desse último documento, com a incorporação de discussões como ensino baseado em competências, articulação preferencial com Sistema Único de Saúde ou com o sistema de saúde vigente no país, reorganização de estágios curriculares (Internato), perfil de egresso, dentre outros<sup>26</sup>. A baixa aposta na consolidação do SUS é uma constatação, uma vez que o mesmo tangencia as DCNs de 2001.

Dentre as mudanças atuais na formação médica, destacam-se aquelas provocadas pelo Programa Mais Médicos (PMM), criado em 2013 para enfrentar a insuficiência e má distribuição de médicos, bem como a formação inadequada às necessidades da população. Entre os seus eixos está a mudança da formação médica<sup>27</sup>.

Nesse sentido a elaboração das DCNs de 2014<sup>28,29</sup> foram determinadas pelo Art. 4º da Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013<sup>30</sup>, que respeitando os acúmulos das DCNs 2001<sup>18</sup> introduziu inovações e perspectivas para reformas no ensino médico através de seu marco normativo, que serão abordados ao longo deste artigo.

Assim, este texto busca, a partir de resgate e recorte histórico baseado nos documentos institucionais e na produção teórica conexa, analisar a minuta para consulta pública apresentada pelo Conselho Nacional de Educação<sup>2</sup>, e eventuais desdobramentos à formação médica e ao Sistema Único de Saúde, considerando os elementos históricos e da conjuntura atual.

O principal objetivo deste trabalho é analisar criticamente o texto apresentado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em conjunto com o Edital de Chamamento para Consulta Pública acerca da Proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, apresentado em 14 de fevereiro de 2025, e complementarmente propor contribuições a eventual processo de mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina do Brasil.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho foi delineado em formato de ensaio com o intuito de dinamizar a discussão entre pares, bem como amadurecer elementos ao debate à medida que for se desencadeando os passos relativos à consulta pública em vigência.

Minayo<sup>31</sup> propôs a análise hermenêutica-dialética, uma metodologia inovadora para a pesquisa social. Essa proposta busca englobar duas tradições distintas nas ciências sociais, que envolvem tanto correntes mais compreensivistas com outras mais socialmente prospectivas baseadas na causalidade social e determinação histórica dos processos, analisadas por referenciais críticos.

Buscou-se, aqui, a análise documental, envolvendo processo de leitura hermenêutico. Ao mesmo tempo, os significados e sentidos observados foram analisados utilizando referencial histórico e crítico.

Os documentos analisados foram:

- 1 - Parecer CES/CNE nº 116/2014 – parecer instrutivo Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina<sup>28</sup>;
- 2 - Lei Federal nº 12871/2013 – Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências<sup>30</sup>;
- 3 - Resolução CES/CNE nº 02/2014 -institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina<sup>29</sup>;
- 4 - Minuta de Resolução - institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências (14/02/2025)<sup>28</sup>;

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que trata do Programa Mais Médicos, possui a maior parte de sua estrutura voltada à formação médica, apesar de o programa ser mais conhecido por suas ações de provimento. Ela buscou atualizar as orientações para a formação médica a partir das mudanças ocorridas nos âmbitos da educação e da saúde<sup>30</sup>.

Na educação, foi contexto de nova onda de expansão do ensino superior, inclusive no setor público, a partir de iniciativas como o REUNI (Brasil, 2007 32) ou Programa de Expansão do Ensino Médico nas instituições federais de ensino superior (IFES), bem como uma mudança na constituição do aparelho formador de médicos na graduação, com a ampliação da diferença entre a quantidade de instituições de ensino privadas em detrimento das públicas<sup>33</sup>. Era momento também de construção do Novo Plano Nacional de Educação para um período de 10 (dez) anos (2014-2024) que buscava ampliar vagas, distribuí-las de forma diversificada e promover o acesso ao ensino superior, especialmente na chamada “idade certa”<sup>34</sup>.

Também as pautas de equidade, direitos humanos, compromisso com a defesa da vida, responsabilidade social e ambiental ganham destaque no âmbito do setor educação. Na saúde o contexto de ampliação da Estratégia Saúde da Família vem engendrada com o remodelamento e sofisticação das chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As DCNs de 2014 incorporaram os acúmulos das DCNs de 2001, e avançam ao resgatar questões que vinham da CINAEM,

- a) Incorpora conceitos novos como áreas de competência, competência e domínios de competência (...) Atenção em Saúde; Gestão em Saúde e Educação em Saúde; (...)
- b) Fortalece o ensino de áreas estratégicas para o desenvolvimento do SUS, como a atenção básica, a urgência e emergência e a saúde mental, especialmente no período de Internato; (...)
- c) Dá centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de conhecimento da Medicina de Família e Comunidade, inclusive diferenciando a Medicina de Família e Comunidade e Saúde Coletiva, que são áreas distintas. (...)
- d) Torna obrigatória a existência de programas de aperfeiçoamento docente no interior dos cursos de Medicina. (...)
- e) Estabelece novos marcos de pactuação entre instituições formadoras e serviços de saúde, como os Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES). (...)
- f) Proporciona avaliações progressivas para o estudante induzindo o aperfeiçoamento do SINAES para os cursos de graduação em medicina e ressaltando o incremento da qualidade num contexto de aumento de vagas e criação de novos cursos. (...)
- g) Garante o debate sobre temas novos fundamentais para formação ética do estudante, como a Segurança do Paciente e a Interprofissionalidade. (...)
- h) Contempla, no perfil de formação dos futuros médicos, a diversidade na garantia de direitos sociais. (...)
- i) Articula as mudanças da graduação com a Residência Médica. (...)
- j) Propõe a superação da lógica de segmentação do curso em ciclo básico, ciclo clínico e ciclo profissional (Internato)<sup>18</sup>.

Em pesquisa comparativa sobre ambas as diretrizes foi estudado uma análise não só entre as DCNs de 2001 e 2014, mas também com a história anterior de tentativas de mudanças ou inovações no ensino médico, tratando das seguintes categorias analíticas: a) Perfil do Egresso; b) Formação por Competência; c) Integração Ensino-Serviço; d) Metodologias de Ensino-Aprendizagem; e) Avaliação; f) Trabalho em Equipe; g) Direito à Saúde; h) Atenção Primária/Básica; i) Formação Docente<sup>18</sup>.

A comparação entre ambas as DCNs, que tem similitudes, porém também diferenças importantes podem ser observadas comparando os pareceres que instruíram respectivamente os documentos de 2001 e 2014: Parecer CES/CNE nº 1.133/2001 e Parecer CNE/CES nº 116/2014.

O trabalho de Rocha (2018 18) também reflete sobre perspectivas e desafios relacionados à implantação das DCNs 2014:

Como conclusão, o trabalho mostra um esforço conceitual e normativo importante da nova DCN 2014, que busca induzir que as escolas médicas brasileiras avancem de um patamar de inovações para mudanças, no sentido reformista que este novo dispositivo se apresenta. Contudo o sucesso de tal política dependerá de diversas condições objetivas, que envolvem os riscos de retrocessos nas políticas sociais a partir da aprovação da Emenda Constitucional 55/2016, e a eventual estagnação das políticas sociais do país, inclusive nos setores saúde e educação, bem como a interferência que as relações externas dos setores de oposição ao Programa Mais Médicos conseguirão ter no âmbito das escolas médicas no país<sup>18</sup>.

Nesse sentido, o país passou por diversas “turbulências”, não só de ordem institucional e de expansão desordenada do setor privado relacionado ao próprio ensino médico, com fragilização dos mecanismos de regulação previstos na própria Lei 12.871/2013. Também se deu

pelo esvaziamento nacional das políticas de saúde e educação<sup>35</sup>, e os desafios trazidos pela pandemia pela COVID-19 trouxeram dificuldades adicionais e complexas<sup>36</sup>. A própria previsão do Programa Mais Médicos deixou de ser de um caminho para uma transição na formação médica, do trabalho, da educação na saúde e de reforma do SUS para melhor acesso pela atenção primária à saúde (APS), para se tornar um programa permanente, base para a expansão e manutenção da própria APS, bem como um cenário importante para os egressos de cursos de graduação em medicina do Brasil e de médicos formados no exterior.

Nota-se que o período da implantação das diretrizes à época foi tão conturbado que trouxe repercussões para o próprio ciclo de avaliação institucional dos cursos de Medicina, especificamente no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES)<sup>37</sup>. Um ciclo que leva cerca de 07 (sete) anos para um curso de graduação de 06 (seis) anos vivenciou várias questões como por exemplo atrasos em visitas de avaliação in loco, dificuldade para atualização de instrumentos de avaliação externa.

Tal atraso, aliado às adaptações feitas por diversas universidades para a continuidade da formação durante a pandemia de COVID-19, parece não possibilitar um real entendimento da efetividade das DCNs propostas<sup>38-40</sup>. Sem ciclos adequados de formação, avaliação e análise, inclusive da entrada dos graduados pelo modelo proposto no mundo do trabalho, a proposta de refazer as normas que orientam os cursos médicos parece incorrer em crenças sobre a proposta, mais do que capaz de detectar seus pontos fortes e frágeis por resultados validados em estudos e pesquisas.

Por outro lado, parece importante destacar a mudança do entendimento do papel das diretrizes curriculares e a responsabilidade do Estado Brasileiro sobre a formação em medicina. O processo de 2001 dá a entender que o Estado apenas teria o papel de sinalizar aspectos da formação, cujo direcionamento seria dado pelas próprias escolas médicas, incluindo também as perspectivas de outros interessados, como pesquisadores e gestores. Já nas diretrizes de 2014, percebe-se uma nova atitude diante do papel do SUS em ordenar a formação em saúde, com o Ministério da Saúde no papel de principal interlocutor do modelo de gestão tripartite, ou seja, a expressão do Poder Público à frente do Estado junto ao Conselho Nacional de Educação e o MEC<sup>41</sup>. Destaca-se o papel do controle social do SUS desenvolvido pelo Conselho Nacional de Saúde, em especial pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relação de Trabalho (CIRHRT), cujas pautas prioritárias de monitoramento e avaliação compreendem a qualidade da formação, a aprovação e implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da área da saúde, além da elaboração de pareceres para processos de atos autorizativos dos cursos de graduação da área da saúde<sup>42</sup>.

O papel ordenador, exercido por estruturas que à época eram pressionadas pela conjuntura de demandas por mais profissionais médicos pelo país, passa a ser entendido como não apenas um organizador, mas um protagonista institucional central. Este reconhecimento, que parece sustentado pelas DCNs vigentes, torna as DCNs um conjunto de demandas e instruções mais assertivas para as escolas médicas. Vistas neste sentido, a vastidão e, em alguns pontos, especificidade das DCNs de 2014 parecem demonstrar melhor o plano de integração entre o que o Estado entendia como necessário para a formação de médicos de acordo com as necessidades sociais de saúde<sup>43</sup>.

Apesar das interpretações apresentadas sobre a leitura dos documentos e da conjuntura das propostas, parece-nos relevante ressaltar que o resultado obtido, pelas DCNs de 2001, pelas de 2014, ou pelo desdobramento da consulta pública reflete o consenso possível do recorte político e temporal. Desde a redemocratização do país, propostas estruturantes são amplamente debatidas e, quando é necessária deliberação estatal, os diversos segmentos se manifestam no âmbito da sociedade. Com eventuais novas DCNs não será diferente, já que todas as antecessoras receberam críticas e alterações que acomodaram interesses de diversos grupos envolvidos.

O que se percebe na proposta colocada em consulta pública é uma mudança de direção em relação a DCN de 2014 que talvez encontre sua origem nas ideologias e entendimentos sobre o Estado, seu papel e a constituição dos grupos sociais que atualmente disputam o cenário político atual. Esteja ou não este fator em sua origem, o entendimento de que ele se manifestará em seu resultado parece-nos inexorável.

Inevitavelmente, a redução de escopo geral trazido pela proposta de texto apresentada em consulta gera importante preocupação àqueles que se ocupam da educação médica e de sua influência sobre o desenvolvimento do SUS. O empenho dos autores busca analisar apagamentos totais ou parciais ao reavivar conceitos caros à formação em saúde. Seguem algumas das categorias que ou desapareceram do texto, tem expressões imprecisas, parciais ou mal ajustadas em relação a DCN de 2014, sintetizadas no Quadro 1:

**Quadro 1.** Análise de categorias problemáticas que foram identificadas na proposta de novas DCNs de Medicina 2025 x Avanços identificados nas DCN de Medicina 2014.

Categorias problemáticas (presentes ou ausentes) no documento em Consulta Pública - DCN medicina 2025	Crítica à proposta de Consulta Pública (DCN Medicina 2025), em comparação com referencial de avanços da DCN 2014
Generalismo	o conceito para consulta não compreende que a própria concepção de generalismo na Medicina já contempla em si aspectos humanístico, ético e reflexivo, não meramente clínico numa visão mais biológica

Conteúdos	texto tem referência numa discussão sobre conteúdos essenciais, minimizando a discussão sobre competências a um conceito impreciso de “atributos de competência”
Integralidade	falta uma melhor definição naquilo que em língua inglesa se considera como <i>comprehensive</i> (abrangente/biopsocossocial)
Abordagem Centrada na Pessoa	apesar da importância desse tema, não se referencia em uma discussão sobre modelo biocêntrico mais amplo
Clínica Ampliada e Compartilhada	a terminologia desapareceu dos documentos. Fundamental para uma prática de cuidado integral conectada com o referencial da Política Nacional de Humanização do SUS
Gestão da Clínica/ Gestão do Cuidado	terminologia e suas propostas de dispositivos e práticas desapareceram do documento. São fundamentais como base para o cuidado em rede integrado, em equipe e interprofissional.
Pacientes	na lógica da abordagem centrada na pessoa, o termo paciente se associa a ideia de “passividade”. Documento vigente fala em pessoas sob cuidado ou usuários, termo adequado quando se trata do direito à saúde.
Determinação Social do Processo Saúde Doença	conceito fundamental no perfil de egresso do documento vigente. Trata da dimensão geral, ampla da Integralidade, envolvendo aspectos das relações sociais
Necessidades de Saúde, no âmbito individual e coletivo	discussão se apresenta de forma dispersa e desconexa no texto, com perda conceitual em relação a documentos anteriores
Áreas de Competência: Gestão e Educação em Saúde	tais áreas de competência desapareceram do texto em consulta
Mediação de Conflitos / Dialógica / Comunicação Não Violenta	aspectos da liderança que tem referenciais próprios a serem explorados
Educação Permanente e Educação Popular em Saúde	abordagens tratadas de diversas formas no texto anterior desapareceram do texto atual. Temáticas que envolvem o aprendizado ao longo de toda a vida, a aprendizagem a partir do processo de trabalho de forma colaborativa, a responsabilidade com o aprendizado de futuras gerações e o aprendizado a partir da vivência e convivência com os usuários, em aspectos não somente estritamente técnicos desapareceram do texto.
Importância da Vigilância em Saúde: Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador	temática importante no desenvolvimento do SUS, com referência limitada no texto em consulta.
Mercado de Trabalho: ênfase no SUS	pela Constituição Federal de 1988 é o ordenador da formação. Foi relativizado no texto apresentado.
Bem Estar, Estilo de Vida e Modo de Viver	indiretamente texto fala de forma vaga sobre questões relacionadas ao bem estar. Há outras definições que têm referenciais adequados que poderiam ser utilizados.
Níveis de Prevenção em Saúde: Primária, Secundária, Terciária, Quaternária e Quinquenária	indiretamente o texto trata de forma vaga sobre questões relacionadas aos níveis de prevenção. Há definições melhor adequadas que poderiam ser utilizadas
Ciências Básicas, Prática Clínica, Ciências Humanas e Sociais	não foram valorizados os Saberes da Subjetividade (ciências do comportamento, filosofia, fenomenologia, conhecimentos sobre abordagens psicodinâmicas, etc)
Ética e Bioética	abordada de forma dispersa, parcial e com fragilidade de conceituação e aplicação

Saberes da administração e do planejamento	saberes relacionados à gestão de políticas de saúde e dos serviços e sistemas de saúde não contemplados no texto
Interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade	conceitos soltos no texto, com problemas de articulação entre si quando realizados
Compaixão, Respeito, Alteridade, Empatia	texto poderia abordar melhor temáticas relacionadas à Humanização e Profissionalismo na formação
Comunicação Clínica	temática que proporciona vasto referencial para melhor qualidade da abordagem clínico-terapêutica
Exercício Profissional da Medicina	não cabe a uma diretriz curricular se referenciar em dispositivos ético-profissionais expedidos por autarquias especiais corporativas (conselhos de classe) como referência para ordenamento da formação na graduação
Documentos Médicos	o texto não trata que o mesmo deve estar disponível a autoridades sanitárias e pessoas sob cuidados
Medicina Transfusional	termo surgiu de forma desconexa no conjunto da diretriz proposta
Participação em Programas de Pós- Graduação	para melhor aplicação na graduação mais adequado se referenciar em possibilitar aprendizado e produção científica durante graduação
Indissociabilidade Ensino- Pesquisa- Extensão	faculdades isoladas ou mesmo centros universitários devem realizar atividades de ensino, produção científica e extensão, porém indissociabilidade é um requisito das instituições universitárias
Metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante	o termo academicamente adequado é metodologias ativas de ensino-aprendizagem centradas no estudante
Pequenos Grupos	o aprendizado em pequenos grupos desapareceu na versão em consulta
Permanência e Promoção do estudante	as políticas de acesso e equidade precisam estar associadas a essas duas categorias que são as adequadas para discussão atual
Atenção Primária / Medicina de Urgência /Medicina Intensiva no Internato	há uma redução do ensino da atenção primária em relação ao texto anterior, que é o principal cenário no itinerário para formação de um médico generalista. Pode-se no detalhamento da área destacada na diretriz anterior “Urgência e Emergência” colocar a priorização do ensino de demandas sociais importantes como Emergência e Trauma, Medicina/Terapia Intensiva, entre outras possíveis.
Medicina de Família e Comunidade diferenciada da Saúde Coletiva	as duas áreas são importantes, porém são conceitualmente diferentes. A Medicina de Família e Comunidade, que desapareceu do texto é uma área eminentemente clínica voltada ao cuidado integral; a Saúde Coletiva possui uma organização voltada às áreas de Política, Gestão e Planejamento; Epidemiologia e Ciências Sociais e Humanas em Saúde, tratando-se de um campo interdisciplinar por natureza.
Neurologia e Ortopedia	a introdução de especialidades focais da forma que foi feita no Internato não se adequa ao perfil de formação generalista almejado.
Redes de Atenção à Saúde/ Linhas de Cuidado	discussão bastante fragilizada no texto apresentado, não tendo menções utilizando categorias mais precisas
Formação e Desenvolvimento Docente	a obrigatoriedade dos cursos terem essa estruturação interna, proposta inclusive pautada pela CINAEM nos anos de 1990 também foi diluída no texto apresentado
Residência Médica	a articulação entre graduação e a contribuição das

	instituições de ensino superior para proporcionar cenários para residência médica foi abolida do texto, num contexto de grande déficit entre número de egressos e vagas disponíveis de acesso à residência médica, bem como em momento da atualização das políticas voltadas às Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde o papel, funcionamento e ampliação da atenção secundária ambulatorial especializada e da terciária é uma pauta importante do SUS na atualidade
--	---

Fonte: autoria própria, com análise de dados de Brasil<sup>2,28,29</sup>.

A visualização do processo histórico contextualizado não apenas como uma revisão documental, mas como parte de uma vivência nas várias perspectivas possíveis, permite a reflexão sobre pontos que merecem mudança e problemas a serem evitados no futuro<sup>9</sup>. A experiência como formuladores, gestores (de saúde e educação) e profissionais, tanto no cenário da assistência à saúde quanto na docência, permite diversas perspectivas, incluindo a dimensão interprofissional.

Um ponto inicial é a percepção de que diretrizes devem comportar as diferentes demandas e cenários em que estão as escolas médicas e os sistemas de saúde, tendo o SUS como lócus no Brasil<sup>44</sup>. Assim, a redação de uma nova DCN para a medicina deve conseguir ser interpretada e adequadamente adaptada para atender os objetivos da atenção integral à saúde como descrito em documentos legais, a partir da constituição e da legislação do SUS. Textos direcionados às necessidades de capitais ou cidades de grande porte irão intervir nos vastos ganhos com a interiorização das instituições de ensino superior. Da mesma forma, a determinação de aumento de componentes que não estão relacionados ao aprimoramento da atenção médica de acordo com as demandas localmente encontradas, bem como perfis de morbimortalidade, por exemplo, parece distanciar o entendimento que a necessidade de diretrizes emanadas por um governo cumpre um papel essencial de direcionar a formação ao atendimento das necessidades de saúde população<sup>45</sup>.

A expressão maior de atendimento a diretrizes não deve ser inferida apenas por planos curriculares, que podem ser formulados ou adquiridos prontos para atender às determinações legais, mas como se dá sua aplicação na forma de ensino<sup>46</sup>. Se a realidade complexa e diversa do Brasil deve estar em um texto abrangente, a avaliação que se baseará em tais determinações deverá também considerar os aspectos que são necessários em cada localidade de maneira equânime e não apenas como uma lista de itens a ser conferida regularmente. Assim, neste aspecto, diretrizes não devem ter em sua redação apenas entendimentos difusos, mas a clareza necessária para a formulação de currículos adequados, para o fomento da manutenção ou criação de estruturas de saúde necessárias adequadas à cada realidade e seu papel como base para a avaliação das escolas médicas<sup>47</sup>.

Ressalta-se o tempo necessário para implantar e avaliar mudanças. Se a cada mudança transitória, e não estruturante de realidade política, social e institucional novas diretrizes forem propostas, o único entendimento possível para as escolas será o de ter currículos contingenciais. Modelos formativos com mudanças constantes, voltados apenas em agradar uma situação conjuntural, promoveriam uma grande confusão na formação e a impossibilidade de responsabilizar as instituições formadoras pela variabilidade no perfil, e muito provavelmente na qualidade, de seus egressos, produtos e processos (como vemos por meio de projetos de extensão, publicações científicas e mesmo a direta oferta de serviços de saúde). Não obstante, tal desafio não se distancia das necessidades de olhar a história e aprender como tais aspectos influenciam na educação médica<sup>9</sup>.

Ao mesmo tempo algumas tendências estruturantes, como o reordenamento e melhoria nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a realidade de longas filas de acesso especialmente a atenção ambulatorial especializada e a atenção terciária não foram aprofundadas, o que nos traz preocupações com o recorte reducionista trazido pelo texto em consulta. A Política de Atenção Especializada em Saúde (PMAE) é uma realidade, pactuada em instâncias de governança do SUS, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e assim sendo precisa incidir na formação a fim de ser consolidada<sup>48</sup>.

Assim, diretrizes curriculares devem ser escritas de tal forma que mesmo no caso de mudanças de conjuntura, seja política ou de outros elementos sociais, as instituições de ensino possam garantir a formação de qualidade e responsabilidade social e cidadã, por meio de adaptações próprias voltadas à sua realidade local sem perder a integração com a proposta nacional, expressada nas diretrizes. As ferramentas para o acompanhamento de tais adaptações viriam pelos mecanismos de monitoramento e avaliação comentados anteriormente.

Impossível desconsiderar que, desde o 61º Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM), realizado em Fortaleza/CE em outubro de 2023, quando do anúncio da revisão das diretrizes curriculares da medicina pelo Prof. Luiz Roberto Liza Curi, representando o Conselho Nacional de Educação, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, e apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), vem desenvolvendo inúmeras oficinas para a ampliação do debate às novas diretrizes curriculares à medicina.

Em 2024, no décimo ano de vigência das DCNs de 2014 a educação médica desenvolveu um amplo processo de diálogo, reflexões, análises, críticas, proposições e validação dialogado na Comissão de Especialistas da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, estabelecida dia 19 de fevereiro de 2024 para tratar da revisão das Diretrizes

Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, as propostas construídas nas Oficinas Nacional e nas nove Oficinas Regionais realizadas<sup>49</sup>.

Como afirmamos anteriormente, é necessário o consenso possível entre atores que defendem a educação médica de qualidade, com formação generalista e socialmente referenciada, atenta às questões atuais do uso de tecnologias digitais, como a inteligência artificial, à saúde única na defesa de todos os seres e do ecossistema, para a sobrevivência planetária.

## CONCLUSÃO

A construção das diretrizes no passado mostra como o entendimento cumulativo a partir de grandes processos participativos é importante para que o momento de elaboração de diretrizes curriculares reflita avanços em relação às normas anteriores. A proposta deve conter a integração de várias perspectivas e políticas de Estado, de forma a estabelecer parâmetros para a formação de médicas e médicos que estejam alinhados com a realidade e as necessidades nacionais e planetárias. Tal conciliação, apesar de não ser apriorística, estará presente na publicação final, que deve considerar as diversas realidades no país, a necessidade de alguma autonomia às instituições de ensino para adaptação e modernização de seus currículos e produtos, bem como basearem formas de monitoramento e avaliação que sejam capazes de informar à sociedade se a formação destes profissionais se adequa às necessidades das pessoas do país.

A escrita do texto em consulta revelou a perda de diversos avanços reconhecidos na literatura científica e das diversas produções por pessoas e suas associações, das mais diferentes perspectivas. A outorga de um documento para análise que parece desapegado de um projeto nacional, de uma leitura abrangente sobre as necessidades e perspectivas sobre formação médica, e afastada da leitura das necessidades do país, não parece oportuna, mas apenas a apresentação de um projeto por um grupo conjuntamente na posição de explicitar suas posições.

Neste sentido, a oportunidade que se mostra para o diálogo e aprimoramento da atual política de formação de médicos mostra-se como útil, visto que há acúmulo de diversos espaços, na forma de material escrito e em pessoas com experiência e perspectivas diversas. Este acúmulo deve estar manifesto em possíveis novas diretrizes mais duradouras, inclusivas e que gerem a permanente oportunidade de aperfeiçoamento da formação dos médicos e médicas que o Brasil e sua população precisam.

## REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Edital de chamamento: consulta pública acerca da proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina. [Internet]. Brasília, DF: MEC; 2025. [citado 2025 Mar 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/Fevereiro%202025/edital-de-chamamento-consulta-publica-medicina.pdf>
- 2 Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em medicina e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF: MEC; 2025. [citado 2025 Mar 23]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=267651-texto-referencia-medicina-consulta-publica&category\\_slug=fevereiro-2025&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=267651-texto-referencia-medicina-consulta-publica&category_slug=fevereiro-2025&Itemid=30192)
- 3 Associação Brasileira de Educação Médica. Nota sobre a consulta pública da proposta das DCNs de Medicina. [Internet]. Brasília, DF: ABEM; 2025. [citado 2025 Mar 23]. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/nota-do-conselho-diretor-da-abem-sobre-a-consulta-publica-acerca-da-proposta-das-dcns-dos-cursos-de-medicina/>
- 4 Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. FMB manifesta insatisfação com processo e proposta das DCNs de Medicina. [Internet]. São Paulo: Botucatu; 2025. [citado 2025 Mar 25] Disponível em: <https://www.fmb.unesp.br/#!/noticia/3620/fmb-manifesta-insatisfacao-com-processo-e-proposta-das-dcns-de-medicina>.
- 5 Machado CDB, Wu A, Heinze M. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Rev Bras Educ Med*. 2008 Out; 42(4):66–73. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>
- 6 Sobral DT. Três Casos de Inovação Curricular no Panorama recente (1964-1988) da Educação médica Brasileira: subsídios de um retrospecto Baseado na revisão de documentos. *Re Bras Educ Med*. 2014; 38(4):493-501. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400011>
- 7 Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. Nov. 2005; 13(6):1027-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>
- 8 González AD, Almeida MJ. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*. 2010;20(2):551-70. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000200012>
- 9 Nemi A, Santos ÍV, Almeida TA. A educação médica e a arena política: os 60 anos da ABEM. [Internet]. Brasília, DF: Associação Brasileira de Educação Médica; 2022. [citado 2025 Mar 23]. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Abem\\_60anos\\_site.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Abem_60anos_site.pdf)
- 10 Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2002. DOI: 10.13140/2.1.5159.6164.
- 11 Constituição da República Federativa do Brasil (BR). [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 1988. [citado 2025 Mar 25]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil03/constituicao/constituicao.htm>.
- 12 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Geral. 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1986. [citado 2025 Mar 26]. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf).
- 13 Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1994. [citado 2025 Mar 26]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 3ª Conferência nacional de gestão do trabalho e educação na saúde: relatório final. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007. [citado 2025 Mar 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-3a-conferencia-nacional-de-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude/@@download/file>.

- 15 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 4ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: documento orientador: tema central: democracia, trabalho e educação na saúde para o Desenvolvimento: gente que faz o SUS acontecer. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024. [citado 2025 Mar 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/4a-cngtes/publicacoes/documento-orientador-da-4a-cngtes.pdf>.
- 16 Ministério da Educação (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [citado 2025 Mar 27]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
- 17 Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM: Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. [Dissertação] [Internet]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2004. [cited 2025 Mar 27]. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=453883>
- 18 Rocha VXM. Reformas na educação médica no Brasil: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina de 2001 e 2014. [Dissertação] [Internet]. Santos (SP): Universidade Católica de Santos; 2018. [cited 2025 Mar 27]. Disponível em: <https://tede.unisantos.br/bitstream/tede/4441/2/Vinicius%20Ximenes%20Muricy%20da%20Rocha.pdf>
- 19 Parecer CNE/CES nº 583, de 4 de abril de 2001 (BR). [Internet]. 2001. [citado 2025 Mar 27]. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/815/parecer-cne-ces-n%C2%B0-583>.
- 20 Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BR). Internet].1996. [citado 2025 Mar 27]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm)
- 21 Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995 (BR). Internet]. 1995. [citado 2025 Mar 27]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9131.htm).
- 22 Furlanetto DLC, Bastos MM, Silva JW Jr, Pinho DLM. Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. *Com Ciências Saúde*. 2014; 25(2):193-202. [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/Reflexoes\\_sobre\\_as\\_bases.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/Reflexoes_sobre_as_bases.pdf)
- 23 Ferreira MJM, Ribeiro KG, Almeida MM, Sousa MS, Ribeiro MTAM, Machado MMT, et al. New National Curricular Guidelines of medical courses: opportunities to resignify education. *Interface*, 2019; 23(Supl 1):S1-15. <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>
- 24 Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2014; 21(1):15-35. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- 25 Paim, JS. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.
- 26 Maranhão EA, Gomes AP, Siqueira-Batista R. O que mudou na educação médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: sob o olhar do Jano de duas faces. In: Streit DS, organizador. *Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais*. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2012. p. 59-91.
- 27 Oliveira FP, Araújo CA, Torres OM, Figueiredo AM, Souza PA, Alessio MM, et al. O Programa Mais Médicos e o reordenamento da formação da residência médica com enfoque na Medicina de Família e Comunidade. *Interface*. 2019; 23(Supl 1):S1-16. <https://doi.org/10.1590/Interface.180008>
- 28 Parecer CES/CNE nº 116/2014, de 6 de novembro de 2014 (BR). [Internet]. 2014. [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category\\_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192).
- 29 Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 (BR). [Internet]. 2014. [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192).
- 30 Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BR). [Internet]. 2013. [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm).

- 31 Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo, MCS, Deslandes SF organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- 32 Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007 (BR). [Internet]. 2007. [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm).
- 33 Portaria Normativa nº 15, de 22 de julho de 2013 (BR). [Internet]. 2013. [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-Normativa-015-2013-07-22.pdf>.
- 34 Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014 (BR). [Internet]. 2014. [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm).
- 35 Mario CG. (In)Justiça Social e Indignação: o desmonte das Políticas Sociais e a Retórica das Direitas Brasileiras Pós 2013. *Entropia*. 2024; 8(16):96-125. DOI: <https://doi.org/10.52765/entropia.v8i16.532>
- 36 Rolins APC, Ferreira SL. Efeitos da pandemia da Covid-19: mudanças e permanências na legislação da Educação Superior (2020-2023). *Rev Inter Educ Sup*. 2025; 11:1-12. <https://doi.org/10.20396/riesup.v11i00.8674897>.
- 37 Gomes, LB, Merhy EE. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. *Interface*. 2017; 21(1):1103-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0363>.
- 38 Afonso DH, Postal EA, Batista NA, Oliveira SS, organizadores. A escola médica na pandemia da COVID-19. [Internet]. Brasília (DF): Associação Brasileira de Educação Médica; 2020. [citado 2025 Mar 30]. Disponível em: <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2020/10/EBOOK-A-escola-m%C3%A9dica-na-pandemia-da-COVID-19.pdf>
- 39 Garcia CAS Jr, Pasquini GC, Marx LO, Silva LAP, Almeida MHR, Selau BG, et al. O ensino remoto na formação médica durante a pandemia da Covid-19. *Rev Bras Educ Médica*. 2022; 46(4):1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v46.4-20210491>.
- 40 Souza ER, Tonholo C, Kajiyama FM, Leite MPC, Pio D Abdel Massih; BETTINI, Roseli Vernasque. Estudantes do curso de Medicina na pandemia da Covid-19: experiências por meio de narrativas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.L.], v. 47, n. 1, p. e022, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v47.1-20210420>.
- 41 Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BR). [Internet]. 1990. [citado 2025 Mar 30]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- 42 Conselho Nacional de Saúde (BR). Câmara Técnica de Ciência, Tecnologia, Inovação e Recursos Humanos em Saúde (CTCI&RH [Internet]. 2025. [citado 2025 Mar 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/sobre-o-conselho/camaras-tecnicas-e-comissoes/cirhrt>.
- 43 Vieira L, Sanches LC. Problematizações das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 para a Graduação em Medicina a partir de uma análise foucaultiana. *Cadernos Cajuína*. 2024; 9(3):1-16. <http://dx.doi.org/10.52641/cadcajv9i3.333>
- 44 Menezes AS Jr, Costa AFO, Arruda M. Educação médica e as diretrizes curriculares nacionais: realidade ou utopia – revisão sistemática literária. *Braz J Dev*, 2021; 7(5):50464-77, 2021. DOI: 10.34117/bjdv.v7i5.30062..
- 45 Amoretti R. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2005; 29(2): 136-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-020>.
- 46 Machado C, Oliveira JM, Malvezzi E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. *Interface*. 2021; 25:1-15. <https://doi.org/10.1590/interface.200358>
- 47 Padilha RQ; Feuerwerker LCM. As Políticas Públicas e a Formação de Médicos. *Rev Bras Edu Médica*. 2002; 26(1):3-4. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5271v26.1-001>.
- 48 Portaria nº 3.492, de 8 de abril de 2024 (BR). [Internet]. 2024. [citado 2025 Mar 30]. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3492_11_04_2024.html).

49 Associação Brasileira de Educação Médica. Relatório das Oficinas Regionais realizadas nos meses de julho e agosto de 2024. [Internet]. Brasília, DF: ABEM; 2024. [citado 2025 Mar 30]. Disponível em: [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2024/11/Relatorio-Sintese\\_final-web.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2024/11/Relatorio-Sintese_final-web.pdf).