


Novas diretrizes curriculares para os Cursos de Medicina 2025: impactos e perspectivas

New curricular guidelines for Medicine Courses 2025: Impacts and perspectives

Helmgton J. B. Souza ¹ 

¹Doutor, médico e professor universitário da Academia Simulamed (Brasília, Distrito Federal) e do Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças - MT, Brasil. E-mail: hjbsouza@gmail.com

Resumo

O artigo analisa as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025 para os cursos de Medicina, destacando inovações e desafios. As novas DCNs incorporam tecnologias como inteligência artificial e telemedicina, além de temas sociais como diversidade, equidade e sustentabilidade. Contudo, levantam-se preocupações quanto à ênfase excessiva em aspectos humanísticos, que pode comprometer o aprofundamento técnico-científico necessário para atender demandas em saúde pública, como doenças prevalentes e situações de alta complexidade. No âmbito avaliativo, as DCNs introduzem avanços, como o feedback estruturado e a consolidação da avaliação por competências, com enfoque holístico e multimodal. Métodos como OSCE, GOSPE e Mini-CEX, embora não mencionados no texto, são compatíveis com as exigências e fundamentais para medir competências de forma integrada. Apesar disso, a ausência de diretrizes detalhadas pode gerar desigualdades entre cursos, sobretudo em regiões periféricas e instituições com infraestrutura limitada. Ademais, o artigo aborda os desafios relacionados à capacitação docente e à infraestrutura. A avaliação deve ser sistemática, uniforme e voltada à prática e ética dos futuros médicos. A simulação realística e o fortalecimento dos métodos avaliativos são marcos importantes, mas sua plena implementação depende de investimentos e planejamento. Por fim, destaca-se a importância de equilibrar rigor técnico-científico com humanização para formar médicos capazes de atender com excelência às principais demandas de saúde da população brasileira.

Palavras-chave: educação médica; diretrizes curriculares; DCN's; formação médica; currículo médico.

Tipo de artigo: Ensaio
Autor correspondente:
Helmgton J. B. Souza
E-mail: andreasmont@gmail.com
Fonte de financiamento:
Não se aplica
Parecer CEP:
Não se aplica
Procedência:
Não encomendado
Avaliação por pares:
Externa
Recebido em: 31/12/ 2025
Aprovado em: 07/01/ 2026

Como citar: Souza, H. J. B. Novas diretrizes curriculares para os Cursos de Medicina 2025: impactos e perspectivas. Revista Ciências da Saúde - CEUMA, 2026; 4(1): <https://doi.org/10.61695/rcs.v4i1.93>

Abstract

The article analyzes the 2025 National Curriculum Guidelines (DCNs) for medical courses, highlighting innovations and challenges. The new DCNs incorporate technologies such as artificial intelligence and telemedicine, as well as social themes like diversity, equity, and sustainability. However, concerns are raised regarding an excessive emphasis on humanistic aspects, which may undermine the technical-scientific depth needed to address public health demands, such as prevalent diseases and complex situations. In terms of evaluation, the DCNs introduce advances like structured feedback and a holistic, multimodal competency-based assessment. Methods such as OSCE, GOSPE, and Mini-CEX, though not explicitly mentioned, align with the requirements and are essential for measuring competencies in an integrated manner. Nonetheless, the lack of detailed guidelines may lead to inequalities among courses, particularly in underserved regions and institutions with limited infrastructure. Furthermore, the article discusses

challenges related to teacher training and infrastructure, emphasizing that evaluation must be systematic, uniform, and focused on the practical and ethical preparation of future physicians. Realistic simulation and strengthened assessment methods represent significant milestones, but their full implementation depends on investments and planning. Finally, the article underscores the importance of balancing technical-scientific rigor with humanization to train doctors capable of addressing the main health needs of the Brazilian population with excellence.

Keywords: medical education; curriculum guidelines; DCNs, medical training; medical curriculum.

INTRODUÇÃO

Este artigo possui caráter essencialmente autoral, fundamentado nas impressões, convicções, conceitos e experiências acumuladas pelo autor em iniciativas dedicadas à formação de profissionais médicos e tem por objetivo oferecer uma análise reflexiva e crítica das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025, compartilhando com o leitor a visão do autor sobre um tema que adquire crescente relevância para a sociedade. Este cenário se torna ainda mais urgente diante do aumento exponencial no número de cursos de medicina no Brasil, que atualmente lidera o ranking mundial de escolas médicas. A questão central que emerge é: as DCNs de 2025 serão capazes de fornecer diretrizes claras e eficazes para gestores desses cursos, assegurando a formação de dezenas – ou até centenas de milhares – de profissionais projetados para os próximos anos?

O QUE SÃO DIRETRIZES E PARA QUE SERVEM?

Diretrizes, dentro do espectro científico da medicina, servem como orientações normativas, baseadas em evidências, que visam padronizar, organizar e orientar práticas, políticas ou currículos médicos com o objetivo de assegurar qualidade, efetividade, equidade e consistência na formação de profissionais e na prestação de serviços de saúde. Elas são ferramentas fundamentais em um sistema de ensino ou de assistência que busca alinhar as práticas médicas às melhores evidências científicas disponíveis e às demandas epidemiológicas e sociais específicas de determinada população. Na prática clínica, as diretrizes médicas guiam o profissional na tomada de decisão clínica, com base em evidências, para garantir que o atendimento seja o mais eficaz e seguro possível.

Na prática clínica, as diretrizes médicas desempenham um papel fundamental na padronização das condutas técnicas, assegurando que diagnósticos, tratamentos e intervenções sejam realizados com base nas melhores evidências científicas disponíveis. Essa padronização não apenas minimiza variações desnecessárias nas práticas médicas, mas também elimina o uso de abordagens desatualizadas, promovendo maior consistência, segurança e eficácia no atendimento ao paciente. Ao estabelecer um norte claro e fundamentado para os profissionais de saúde, as diretrizes contribuem diretamente para a melhoria dos desfechos clínicos e para a qualidade geral do cuidado prestado.

Além disso, as diretrizes são fundamentais para reduzir erros e inconsistências no cuidado em saúde. Ao oferecer recomendações baseadas em evidências robustas, elas ajudam a minimizar práticas arriscadas, empíricas ou personalistas que não possuem respaldo científico. Isso contribui de forma direta para melhorar a segurança do paciente, prevenindo danos e tratamentos inadequados.

Outro ponto importante é o suporte que as diretrizes oferecem para guiar decisões em contextos complexos. Quando há múltiplas abordagens possíveis para uma condição clínica, as diretrizes fornecem orientações detalhadas e ponderadas, esclarecendo os prós e contras de cada abordagem. Dessa forma, elas auxiliam os profissionais médicos a tomarem decisões informadas, com maior precisão e confiança, mesmo em cenários desafiadores.

No ensino médico (como nas DCNs), elas representam orientações normativas para estruturar a formação de futuros profissionais, definir competências e englobar conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes éticas e humanas que atendam às demandas técnico-científicas, sociais e humanas da profissão.

As diretrizes têm um papel fundamental na formação médica, servindo para organizar e orientar as instituições de ensino na construção de cursos que atendam às demandas sociais e científicas contemporâneas. Um dos principais objetivos das diretrizes é definir objetivos claros de formação, estabelecendo o perfil do egresso e determinando quais competências — cognitivas, psicomotoras e atitudinais — devem ser desenvolvidas ao longo do curso. Dessa forma, elas oferecem um norte para a formação de profissionais que serão capacitados, tanto tecnicamente quanto eticamente, para enfrentar os desafios da profissão.

Além disso, as diretrizes são essenciais para uniformizar parâmetros de qualidade no ensino médico, garantindo que todas as instituições mantenham padrões mínimos necessários para a formação, independentemente de variações regionais ou condições institucionais. Isso ajuda a evitar discrepâncias significativas na qualidade de ensino entre diferentes faculdades, proporcionando maior equidade na formação dos futuros profissionais.

Outro aspecto importante é a capacidade das diretrizes de orientar metodologias pedagógicas. Elas sugerem e incentivam a adoção de abordagens inovadoras, como metodologias ativas de aprendizagem, maior integração curricular, avaliação programática e práticas inclusivas, o que possibilita uma formação mais dinâmica, contextualizada e voltada para o protagonismo do estudante.

Por fim, as diretrizes desempenham um papel crucial ao garantir o alinhamento com as demandas da população. Elas são frequentemente construídas para refletir as necessidades de saúde pública, priorizando doenças mais prevalentes, como hipertensão, diabetes e doenças

infecciosas, além de estabelecer estratégias para responder a emergências sanitárias e atender populações vulneráveis. Este alinhamento assegura que os profissionais formados sejam capazes de enfrentar os principais desafios epidemiológicos, sociais e clínicos do país, contribuindo de forma efetiva para a melhoria do sistema de saúde.

Assim, comparando os conceitos de diretriz médica e diretriz para a formação médica, espera-se que essa segunda deva ser estruturada com o objetivo de garantir a formação de médicos tecnicamente competentes, eticamente responsáveis e alinhados às demandas sociais e epidemiológicas do país. Para isso, ela precisa estabelecer competências essenciais (cognitivas, psicomotoras e atitudinais), definir uma carga horária mínima detalhada, propor metodologias pedagógicas baseadas em evidências e focar nas necessidades do sistema de saúde, como a prevalência de doenças locais e o alinhamento com o SUS. Além disso, é crucial prever avaliações padronizadas, como OSCE, GOSPE ou Mini-CEX, para assegurar a objetividade na mensuração dos desempenhos acadêmicos e clínicos dos estudantes, além de mecanismos de *feedback* contínuo.

A construção de diretrizes eficazes requer um processo colaborativo envolvendo especialistas, gestores e entidades reguladoras, garantindo um texto claro, objetivo e aplicável. Elas devem ser capazes de uniformizar a qualidade da formação médica, respeitando as diversidades regionais, e incluir sistemas de monitoramento e atualização periódica para garantir sua relevância. Diretrizes bem formuladas resultam em currículos médicos sólidos, capazes de formar profissionais que equilibram conhecimento técnico, habilidades práticas e valores humanísticos, atendendo com excelência às principais demandas da saúde pública e à complexidade crescente do cenário clínico.

DE ONDE VIEMOS E PARA ONDE VAMOS

No Brasil, três Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em Medicina foram publicadas, refletindo evoluções nas demandas da formação médica. As características gerais de cada publicação seriam assim sintetizadas:

2001: Foi a primeira versão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Essa publicação foi marcante por introduzir a ênfase na formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, destacando a necessidade de preparar médicos capazes de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, com foco no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, havia pouca ênfase em temas sociais mais específicos, como igualdade, diversidade e atendimento a populações vulneráveis. As competências eram genéricas, sem detalhamento avançado das habilidades específicas ou integração com tecnologias emergentes. A estrutura curricular era de

caráter generalista, com destaque para a formação por competências, mas sem detalhar metodologias pedagógicas específicas ou mecanismos claros de integração entre teoria e prática. As tecnologias digitais foram pouco abordadas. Temas como saúde mental, inclusão e sustentabilidade foram abordados de forma pontual e implícita.

2014: Essa versão revisada das Diretrizes Curriculares Nacionais trouxe mudanças significativas, como o fortalecimento da integração ao SUS, maior ênfase no ensino baseado na Atenção Primária à Saúde, preparando os graduandos para lidar com as desigualdades regionais e sociais, aumento da carga horária mínima para atividades práticas e maior preocupação com competências humanísticas e éticas no cuidado ao paciente. As competências definiram habilidades mais específicas, incluindo gestão em saúde e participação na educação em saúde, sugerindo que o médico deveria ser capaz de trabalhar de forma interdisciplinar e atuar como um líder em seu contexto. Foi dada ênfase à aplicação de evidências científicas e ao desenvolvimento de habilidades práticas nos diferentes cenários do sistema de saúde, com destaque para a Atenção Primária. No currículo, passou a ser obrigatório o uso de metodologias ativas, cenários diversificados de aprendizagem (incluindo a Atenção Primária) e a aplicação de avaliações por competência. O internato deveria compor, no mínimo, 35% da carga horária total, com 30% desse tempo dedicado à Medicina de Família e Urgência/Emergência, enfatizando cenários reais vinculados ao SUS. As tecnologias passaram a ser consideradas ferramentas úteis para integrar ensino e prática. O apoio psicológico e programas de inclusão para os estudantes não estavam claramente integrados ao currículo.

2025: A nova Resolução que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Medicina, traz uma atualização abrangente e profunda em relação às anteriores, de 2001 e 2014, refletindo não só a evolução das demandas do sistema de saúde e da medicina, mas também a inserção de novas tecnologias, o reconhecimento de aspectos sociais emergentes e a valorização de abordagens pedagógicas centradas no estudante. O médico ideal é descrito como um agente de transformação social, com alta sensibilidade à diversidade humana, incluindo áreas étnico-raciais, culturais, de gênero e socioeconômicas. É explícito o compromisso com a justiça social, a inclusão de populações vulneráveis e a sustentabilidade ambiental, refletindo uma formação que vai além das práticas clínicas, integrando responsabilidade social e equidade. Há também destaque para o autocuidado do médico, enfatizando saúde mental, bem-estar social e prevenção do adoecimento dos próprios profissionais. Além de reforçar os pilares éticos, técnicos e humanistas, enfatizam a integração de saberes clínicos, científicos e tecnológicos para enfrentar os desafios do século XXI, incluindo o uso de ferramentas como a Inteligência Artificial (IA), telemedicina, Big Data e algoritmos de machine learning. Foi incorporado ao perfil do médico o

compromisso com inovação tecnológica, sustentabilidade e respostas a emergências climáticas e sanitárias, colocando o sistema de saúde no contexto global. Destaca-se ainda o foco na diversidade e inclusão, reconhecendo grupos historicamente negligenciados, como populações indígenas, quilombolas, ribeirinhos, LGBTQIAPN+, entre outros. O currículo busca integrar aulas teóricas, práticas supervisionadas e metodologias ativas. Destacam-se: a carga horária mínima de 7.200 horas e a exigência de diversos cenários de prática, como laboratórios de simulação realística, ambientes protegidos e experiências progressivas no SUS. O internato continua com um mínimo de 35% da carga horária, mas com maior detalhamento, como a obrigatoriedade de incluir ao menos 30% em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Urgência/Emergência. O currículo enfatiza a importância de métodos de ensino interdisciplinares e a inserção de "áreas verdes" ou janelas curriculares para promover flexibilidade e atividades extracurriculares. As tecnologias digitais foram incorporadas como elementos centrais da formação médica. A preocupação com a saúde mental dos estudantes é central. Estabelece-se a obrigatoriedade de suporte contínuo à saúde física e emocional dos alunos, incluindo programas de autocuidado e ações preventivas contra o adoecimento. Além disso, foi instituído um núcleo de inclusão para promover diversidade e pertencimento, com foco em grupos vulneráveis e representatividade acadêmica. O tema da sustentabilidade ambiental é destacado, integrando-se à formação médica com ações voltadas aos impactos das mudanças climáticas e ambientais na saúde global.

Dessa breve comparação entre as três versões experimentadas, deduz-se claramente que as DCN's publicadas em 2025 ampliam o foco ético e humanista, integram novas tecnologias como competências centrais e detalham soluções inclusivas e sustentáveis para as demandas de saúde contemporâneas. Essa evolução reflete a necessidade de formar médicos que não apenas dominem a prática clínica, mas também sejam líderes transformadores, éticos, tecnológicos e comprometidos com os desafios globais e locais.

Mas, e as competências essenciais para o exercício da prática clínica? O médico formado a partir dessas novas diretrizes será realmente capaz de atender às demandas de uma população cada vez mais longeva, enfrentando com eficácia as doenças e condições crônicas inerentes ao processo de envelhecimento?

A inclusão de temas humanísticos e de diversidade nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025 reflete uma tentativa de alinhar a formação médica às demandas sociais contemporâneas, reconhecendo os aspectos éticos, culturais e sociais como parte integrante do cuidado em saúde. No entanto, a preocupação com garantir um texto detalhado e abrangente, especialmente em relação à inclusão e à diversidade, pode dar a impressão de que esses elementos dominam o foco das diretrizes, em detrimento da solidificação técnico-científica e das

competências práticas necessárias para os profissionais médicos. Essa percepção levanta um debate importante: até que ponto a ênfase em questões humanísticas pode superar, ou mesmo prejudicar, o desenvolvimento de competências essenciais para um exercício clínico qualificado e robusto?

Analisando o texto da resolução que instituiu as DCN's 2025, encontramos 89 menções (ver Quadro abaixo) a expressões relacionadas à diversidade, inclusão, justiça social, minorias, orientação sexual/gênero e cidadania. Em contraposição, menções relacionadas à qualificação técnico-científicas somam 19.

PALAVRA	Número de menções	PALAVRA	Número de menções
Competências	15	Segurança do paciente	4
Ética	13	Simulação Realística	2
Pesquisa	10	Metodologias ativas (termo genérico)	1
Atividades Práticas	6	PBL, TBL, e outras metodologias ativas	0
Medicina Baseada em Evidência	5	OSCE, GOSPE, Mini-CEX, DOPS, etc.	0

Quadro 1 – Menções as expressões. **Fonte:** Autor, 2025.

Na medida em que a medicina do século XXI busca alinhar-se às exigências de um cuidado mais humano e centrado no paciente, incluir questões humanísticas, éticas e inclusivas no currículo torna-se essencial. E as DCNs de 2025 destacam pontos importantes. A ênfase nas dimensões humanísticas também está profundamente conectada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que se baseia nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Formar médicos capazes de atuar em comunidades diversas, considerando desigualdades históricas, raciais, de gênero e socioeconômicas, é essencial para atender a uma população tão heterogênea quanto a brasileira. E isso está especialmente presente.

Por outro lado, embora a abordagem das DCNs de 2025 seja louvável no âmbito da inclusão e ampliação da sensibilidade médica, ela levanta algumas questões importantes sobre como equilibrar essas prioridades com a formação técnico-científica robusta e o atendimento eficaz às necessidades de saúde pública. A inserção detalhada de expressões inclusivas e de pautas sociais específicas, enquanto relevante, pode transmitir a sensação de que o texto das diretrizes se preocupa mais com aspectos socioculturais e simbólicos do que com a eficácia técnica e prática do

médico. O uso excessivo de linguagem inclusiva e de longas descrições sobre diversidade corre o risco de desviar a atenção das necessidades formativas essenciais, como: a consolidação de competências técnico-científicas, fundamentais para o diagnóstico, manejo clínico e tomada de decisões baseadas em evidências.

Colocar ênfase excessiva em questões humanísticas pode levar as instituições de ensino a interpretar as DCNs de modo a diluir a atenção dada à formação técnico-científica. Isso pode se traduzir na realização de currículos que concentram mais esforços em: estratégias ligadas a diversidade e inclusão, em detrimento de áreas complexas da prática médica, como anatomia, fisiologia, fisiopatologia, raciocínio clínico e outras tantas habilidades técnicas.

Temas como saúde global, equidade e justiça social, enquanto fundamentais, sendo explorados com demasiada profundidade, deixando menos ênfase nas condições prevalentes e urgentes da população brasileira, como doenças infecciosas, doenças crônicas e emergências, tende a formar egressos insuficientemente preparados para a realidade prática.

Competências básicas e práticas, como anamnese eficiente e exame físico detalhado, que, em teoria, deveriam ser prioridades em qualquer formação médica, cedem espaço para o que poderia ser classificado como “questões periféricas”.

Se as diretrizes não deixarem claro que as competências científicas e práticas devem ter peso igual ou superior aos aspectos humanísticos, corre-se o risco de que parte dos egressos enfrente dificuldades para atender às necessidades reais e críticas da população brasileira. Esse risco é agravado pela significativa carência de qualificação docente, uma realidade preocupante em muitas escolas médicas, especialmente nas que foram recentemente inauguradas.

E COMO AVALIAREMOS NOSSOS FUTUROS MÉDICOS?

As diretrizes de 2001 introduziram pela primeira vez o conceito de avaliação por competências, marcando uma ruptura com os métodos tradicionais baseados exclusivamente em provas teóricas e somativas. No entanto, as orientações sobre como conduzir esse tipo de avaliação eram genéricas, sem menção específica a metodologias ativas, como OSCE (Objective Structured Clinical Examination), GOSPE (Global Objective Structured Physical Examination) ou Mini-CEX (Mini Clinical Evaluation Exercise).

As diretrizes de 2014 avançaram na discussão da avaliação por competências, sugerindo métodos diversificados para mensurar habilidades técnicas, atitudes e conhecimentos. Embora não mencionassem explicitamente as metodologias ativas (como OSCE, GOSPE ou Mini-CEX), destacavam a necessidade de avaliações estruturadas, baseadas em evidências, e com feedback formativo. O texto reforçou a obrigatoriedade da avaliação contínua e sistemática, com foco na

integração de competências clínicas, teóricas e atitudinais. Houve maior incentivo ao uso de cenários estruturados para avaliação do desempenho do aluno, o que abriu espaço para a adoção de ferramentas como OSCE e Mini-CEX nas práticas educativas, mesmo sem estas serem mencionadas no texto. O uso dessas ferramentas mais avançadas dependia da iniciativa de cada instituição, o que levou a variações significativas na qualidade e padronização das avaliações entre as escolas médicas brasileiras.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025 estabelecem o feedback estruturado como uma exigência normativa em todas as avaliações (Art. 36), tornando obrigatória a devolutiva individual, tempestiva e qualificadora para cada estudante. Com isso, o feedback deixa de ser um complemento ou prática eventual e passa a ser reconhecido como um elemento formal indispensável no processo de aprendizado. As novas diretrizes consolidam a institucionalização das metodologias ativas de avaliação, prevendo que a avaliação seja padronizada, holística e multimodal. O texto de 2025 enfatiza o uso de métodos comprovadamente eficazes, como OSCE, GOSPE, Mini-CEX, DOPS (Direct Observation of Procedural Skills). **Apesar disso, essas metodologias não estão explicitamente mencionadas.** A análise dos itens relacionados ao processo avaliativo revela que elas criam um ambiente altamente favorável à aplicação dessas ferramentas. Isso porque os princípios, práticas e requisitos definidos no texto são amplamente compatíveis com as bases que sustentam essas metodologias de avaliação ativa, mesmo sem mencioná-las de forma direta.

O Art. 36 determina que o sistema de avaliação seja sistemático, abrangente e integrado, baseado em competências cognitivas, psicomotoras e atitudinais. Prevê-se uma avaliação somativa antes do internato, para garantir as competências mínimas para interação em ambientes reais. Este princípio se alinha diretamente com as práticas de OSCE (apesar do termo específico não ter sido mencionado), conhecidas por examinarem de forma objetiva e padronizada habilidades clínicas fundamentais antes que o aluno atue em cenários de maior complexidade. O Art. 37 articula que o sistema de avaliação atenda aos três domínios de competência: saber e saber como (cognitivo), habilidades práticas (psicomotor) e atitudes (relacional). Isso favorece metodologias como o Mini-CEX, que avalia habilidades práticas e atitudes em tempo real nos cenários de aprendizado clínico.

A implementação de metodologias ativas de avaliação no Brasil enfrenta desafios expressivos, decorrentes de diversos fatores contextuais. Muitas instituições de ensino carecem de experiência pedagógica para operacionalizar essas ferramentas, agravadas pela falta de qualificação do corpo docente, elemento fundamental para conduzir avaliações estruturadas e fornecer feedbacks individualizados de maneira consistente e eficaz. Embora não exclusivo, esse

problema é mais acentuado em escolas médicas situadas em pequenos municípios, onde as dificuldades para atrair, manter e capacitar professores qualificados são ainda maiores. Além disso, as metodologias ativas de avaliação ainda são embrionárias no Brasil, e grande parte das instituições sofre com a falta de infraestrutura adequada, cultura pedagógica alinhada e recursos para implementá-las de forma apropriada.

Esse cenário torna ainda mais evidente a necessidade de planejamento minucioso, elemento indispensável para que tais metodologias contribuam efetivamente para os objetivos educacionais previstos. Sem um planejamento robusto, suas potencialidades podem ser comprometidas e incapazes de gerar o impacto esperado na formação médica. Apesar disso, as DCNs de 2025 introduzem avanços importantes ao consolidarem conceitos como avaliação programática e feedback formativo, criando um ambiente normativo propício à adoção dessas ferramentas. No entanto, sua plena implementação dependerá de investimentos significativos na capacitação docente, no aprimoramento da infraestrutura pedagógica e num alinhamento realista entre as diretrizes normativas e as condições práticas das instituições, com atenção especial às escolas situadas em regiões periféricas ou interiorizadas, que enfrentam desafios ainda mais pronunciados.

Em nenhum momento as DCNs de 2025 deixam margem para práticas avaliativas puramente subjetivas ou realizadas de forma inconsistente. Pelo contrário, elas criam uma base normativa que praticamente exige a adoção de ferramentas estruturadas, com ciclos de avaliação contínuos, devolutivas diretas e critérios explícitos de desempenho. Isso abre caminho para a aplicação e adoção generalizada de OSCE, GOSPE e Mini-CEX, apesar dos desafios acima mencionados.

A omissão de menções textuais explícitas às metodologias específicas de avaliação (como OSCE, GOSPE ou Mini-CEX) nas DCNs de 2025, apesar de criar um ambiente normativo favorável à sua implementação, pode levar a algumas limitações práticas e riscos potenciais na aplicação dessas ferramentas. Como as DCNs são documentos normativos voltados a orientar de forma clara e padronizada as práticas das Instituições de Ensino Superior (IES), a ausência de diretrizes mais detalhadas sobre metodologias ativas de avaliação pode abrir espaço para: a) distorções na aplicação das metodologias, com interpretações heterogêneas, resultando em práticas inadequadas, inconsistentes ou mal aplicadas, uma vez que cada escola decidirá autonomamente como "traduzir" os princípios gerais estipulados nas diretrizes; b) problemas com a padronização dessas metodologias, impedindo que exista um nível igualitário de qualidade e eficácia avaliativa entre os cursos de Medicina do país (Instituições mais consolidadas podem adotar metodologias modernas – enquanto outras podem recorrer a práticas avaliativas que não capturam adequadamente as competências esperadas); c) substituição por métodos inadequados,

resultando na utilização de avaliações pouco objetivas ou centradas apenas em provas teóricas, sem garantir a avaliação integral no formato cognitivo, técnico e atitudinal que as DCNs preveem. Um exemplo prático desses riscos é que a avaliação prevista no Art. 36, a ser realizada antes do internato, possa ser substituída por uma prova escrita ou entrevista oral pouco padronizada, oferecendo uma leitura fragmentada e incompleta sobre as competências do estudante – algo que metodologias como OSCE evitariam por serem objetivas e estruturadas. E uma avaliação deficiente antes do internato pode permitir que estudantes ingressem nos cenários de prática clínica sem preparação suficiente, colocando pacientes em risco e ampliando sua insegurança diante de casos reais.

Ao não descrever claramente quais ferramentas devem ser priorizadas ou como devem ser operacionalizadas, as diretrizes podem dificultar a adesão a metodologias comprovadamente eficazes. Isso pode gerar disparidades entre instituições que têm expertise técnica para abarcar boas práticas e aquelas que, por falta de orientação clara, mantêm métodos subjetivos de avaliação. A avaliação por competências exige metodologias que capturem, de forma integrada, os três domínios das competências médicas (cognitivo, psicomotor e atitudinal). Sem diretrizes normativas detalhadas que mencionem ou exijam ferramentas específicas como OSCE, GOSPE e Mini-CEX, abre-se espaço para avaliações fragmentadas.

E se as diretrizes não nomeiam as metodologias ativas mais apropriadas, também se torna difícil para os órgãos reguladores, como o INEP/MEC, acompanhar e monitorar adequadamente a aplicação dessas diretrizes pelas instituições. Isso pode gerar desigualdades graves entre cursos e prejudicar o controle de qualidade da formação médica no Brasil. Métodos pouco objetivos podem ser usados como uma "justificativa" genérica para cumprir os requisitos, mas sem os padrões rigorosos de avaliação ativa. A avaliação prática poderia ser reduzida a observações não estruturadas feitas durante as atividades do internato, sem protocolos claros, prejudicando o desenvolvimento integral dos estudantes e abrindo margem para vieses e inconsistências nos critérios avaliativos.

Finalmente, se metodologias estruturadas como OSCE, GOSPE e Mini-CEX forem negligenciadas por falta de menção direta nas diretrizes, o impacto disso será observado na formação de médicos inadequadamente preparados para lidar com situações clínicas reais. Países como o Canadá, o Reino Unido e os Estados Unidos utilizam metodologias como OSCE e Mini-CEX como referência global na avaliação médica. A falta de alinhamento brasileiro com esses padrões pode isolar a formação médica no Brasil das melhores práticas internacionais, comprometendo até mesmo a mobilidade global de profissionais formados no país. Ademais,

utilizar metodologias ativas de forma inadequada pode transformar as ferramentas em meros rituais avaliativos, com baixa efetividade no diagnóstico das lacunas de aprendizado dos estudantes.

E QUAL O ESPAÇO DADO À SIMULAÇÃO REALÍSTICA NAS NOVAS DCN'S ?

De fato, a inserção da simulação realística nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2025 é uma evolução em relação às versões anteriores de 2001 e 2014, onde esse recurso foi tratado de forma genérica, como uma metodologia complementar para o aprendizado. O texto atual eleva a simulação realística a um patamar de maior centralidade no processo educativo, estabelecendo-a como uma ferramenta essencial e estruturante na formação médica.

Nas DCNs de 2025, a simulação realística é explicitamente instituída como obrigatória e ganha papel de destaque na formação médica. As diretrizes ressaltam a importância de ambientes protegidos e controlados para treinamento inicial dos estudantes, especialmente em laboratórios de habilidades e simulação clínica. O Art. 24 estabelece que esses ambientes devem proporcionar segurança ao paciente e permitir a sistematização do ensino antes do contato direto com cenários reais no sistema de saúde. Além disso, reconhecem-se a identificação, análise e correção de erros nesses ambientes como instrumentos pedagógicos importantes para o aprimoramento técnico e ético dos futuros médicos.

Além disso, a simulação é vista como uma ferramenta fundamental para treinar habilidades críticas (ex.: emergências de alta complexidade ou situações raras); inserir aspectos éticos, humanísticos e de comunicação interprofissional durante as simulações, preparando os alunos para cenários reais; e consolidar o aprendizado baseado em evidências científicas.

A abordagem pedagógica das DCNs de 2025 insere a simulação não apenas como um "treinamento técnico", mas como uma metodologia que reforça competências transversais, como trabalho em equipe, liderança colaborativa e comunicação eficaz. Isso promove uma formação mais integrada e holística.

Apesar do reconhecimento da importância da simulação realística, a implementação prática dessa metodologia enfrenta obstáculos significativos no cenário brasileiro, especialmente em um contexto de grande diversidade institucional. Um dos maiores desafios é a necessidade de investimentos substanciais para a estruturação de centros de simulação realística nas escolas médicas. Esses centros exigem equipamentos avançados, manutenção constante e espaço adequado, apresentando custos elevados que muitas instituições, sobretudo as localizadas em pequenos municípios ou de recursos limitados (como as instituições públicas), podem ter dificuldade de atender. Além disso, a insuficiência de cenários de simulação, projetados para

atender à demanda curricular de um curso de medicina, pode comprometer a aplicação consistente dessa metodologia.

Outro grande desafio recai sobre a qualificação e a capacitação do corpo docente. Muitos docentes não possuem experiência prévia para utilizar de forma eficaz os recursos disponíveis e conduzir simulações de maneira pedagógica e tecnicamente adequada. Tal lacuna também gera resistência do corpo docente em adotar plenamente essa metodologia, seja por desconhecimento, seja pela dificuldade em incorporar mudanças nos métodos tradicionais de ensino. Esse cenário pode levar a um uso superficial ou esporádico da simulação, transformando-a em uma atividade lúdica, sem a profundidade necessária para maximizar seus benefícios como ferramenta de ensino. Para garantir a eficácia das simulações, é imprescindível que haja planejamento e execução rigorosos, com avaliações estruturadas e integração gradual ao longo do curso.

Diante desses desafios, surge uma questão relevante: a ausência de uma carga horária mínima obrigatória dedicada à simulação clínica nas DCNs de 2025. Assim como o internato médico possui exigências de tempo bem estabelecidas, seria ideal que as diretrizes estipulassem parâmetros mínimos para a realização de atividades de simulação clínica, garantindo que a metodologia seja incorporada de forma uniforme e consistente em todas as instituições. Isso é essencial para evitar desigualdades no modo como as escolas médicas estruturam a formação dos alunos, especialmente no que diz respeito às competências técnicas e transversais. Sem essa padronização, corre-se o risco de que a simulação realística, apesar de sua centralidade nas diretrizes, seja implementada de forma desigual e limitada, comprometendo seu impacto no processo de formação médica.

A simulação realística, embora reconhecida como um avanço pedagógico indispensável, depende de investimentos, infraestrutura e capacitação docente que ainda representam desafios importantes. Apenas com esforços coordenados para superar essas dificuldades será possível aproveitar plenamente o potencial dessa metodologia, promovendo uma formação médica completa, ética e tecnicamente sólida.

Apesar desses desafios, as DCNs de 2025 marcam uma mudança de paradigma na formação médica ao instituir a simulação realística como uma prática obrigatória e indispensável para o preparo prático, ético e técnico do estudante. Comparadas às diretrizes anteriores de 2001 e 2014, o texto atual reconhece os avanços tecnológicos e pedagógicos, promovendo a simulação como uma ferramenta educacional integral, que impacta positivamente a segurança do paciente, o aprendizado reflexivo e a formação interdisciplinar. Essa inclusão, desde que implementada adequadamente, coloca o currículo médico brasileiro em alinhamento com padrões internacionais de ensino, promovendo médicos mais preparados, confiantes e tecnicamente proficientes.

CONCLUSÃO

A construção de uma formação médica sólida exige a integração equilibrada entre os aspectos técnico-científicos e humanísticos, com ambos desempenhando papéis complementares e indispensáveis. Não se trata de escolher entre um ou outro, mas de reconhecer que competências técnicas e científicas são a base sobre a qual a sensibilidade ética, humanística e inclusiva deve ser construída. As diretrizes educacionais precisam deixar claro que o domínio técnico e prático é imprescindível para que o futuro médico seja capaz de realizar diagnósticos precisos, intervenções seguras e tratamentos eficazes. Ao mesmo tempo, questões como inclusão, empatia e sensibilidade devem ser abordadas como um segundo pilar, indispensável para a humanização do cuidado, mas que não pode se sobrepor ou enfraquecer a profundidade do conhecimento técnico.

O desafio da educação médica no Brasil é formar médicos que, além de compreenderem a importância da justiça social e da inclusão, sejam também altamente qualificados para lidar com as principais demandas de saúde da população. Doenças prevalentes como hipertensão, diabetes, doenças infecciosas e condições associadas ao envelhecimento precisam ser colocadas no centro da formação, reforçando o foco em saúde pública e no manejo de condições endêmicas e crônicas. Da mesma forma, é essencial preparar médicos capacitados para atuar em cenários críticos, como urgências, emergências e ambientes de alta complexidade, onde habilidades práticas, raciocínio clínico rápido e domínio técnico são indispensáveis.

Para isso, as competências técnicas e científicas devem ser priorizadas enquanto característica central da formação, com os aspectos humanísticos complementando e enriquecendo o aprendizado. A formação médica precisa consolidar uma base prática robusta dentro de um contexto ético e humanizado, promovendo o desenvolvimento de profissionais tecnicamente excelentes que também sejam sensíveis às necessidades individuais e coletivas. Além disso, o foco nas prioridades epidemiológicas do Brasil é indispensável: do fortalecimento da saúde pública até o preparo para lidar com as desigualdades e condições de atenção em cenários precários.

Portanto, o equilíbrio entre rigor técnico-científico e humanização do cuidado deve ser o grande objetivo da educação médica no Brasil. Apenas com essa integração será possível formar médicos tecnicamente competentes, eticamente responsáveis e com a capacidade de responder com sensibilidade e eficácia às principais demandas de saúde da população. Esse equilíbrio, entretanto, exige não só clareza nas diretrizes, mas também processos contínuos de avaliação, ajustes curriculares e investimentos para proporcionar uma formação completa e alinhada à realidade brasileira, garantindo um impacto positivo para os pacientes e para o sistema de saúde como um todo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 3, de 30 de setembro de 2025.
2. BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 4, de 07 de novembro de 2001.
3. BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.