

CADERNO DE
ORIENTAÇÕES PARA
IMPLEMENTAÇÃO DAS
DIRETRIZES
CURRICULARES
NACIONAIS

**do Curso de Graduação
em Medicina 2025**



**CADERNO DE
ORIENTAÇÕES PARA
IMPLEMENTAÇÃO DAS
DIRETRIZES CURRICULARES
NACIONAIS**

do Curso de Graduação em Medicina 2025

Brasília, abril de 2026



Caderno de Orientações para implementação das
Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina 2025

Expediente

LISTA DE AUTORES

Sandro Schreiber de Oliveira
Estevão Toffoli Rodrigues
Denise Herdy Afonso
Elizabeth Regina Nunes Guedes
Lia Márcia Cruz da Silveira
Liliana Santos
Lorene Louise Silva Pinto
Oscarina da Silva Ezequiel
Rodrigo Pinheiro Silveira
Silvio Pessanha Neto
Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Valdes Roberto Bollera
Vitor Manoel Correia Rosa

Conselho Diretor da Abem

Diretor Presidente: Sandro Schreiber de Oliveira
Diretor Vice-Presidente: Estevão Toffoli Rodrigues
Diretora Tesoureira: Denise Herdy Afonso
Diretora de Inovação: Alessandra Carla de A. Ribeiro
Diretor Secretário: Aristides Augusto Palhares Neto
Diretora Discente: Naiana Palheta Moraes
Diretor Médico-Residente: Vinicius Santos Rodrigues

Equipe da secretaria Abem

Bianka Beatriz Cruz de Moraes
Robson Santos Amaral Filho
Cristiane Cavalcanti Pinto Ruiz
Danielle Gomes Batista
Erika Maria Lima Bandeira
Rozane Landskron Gonçalves
Felipe Luís Brito Sousa
Marcos Vinicius da Silva Máximo

Equipe de relatoria do Projeto REVER

Aline de Jesus Santos
Emanuela de Almeida Oliveira
Guilherme Ávila Salgado
Jamile Gomes Conceição
Lenira Ferreira Ribeiro
Márcio Lemos Coutinho
Maria Doralice de Sousa
Matheus Silva Pedreira

Projeto Gráfico, ilustrações e capa

Eduardo Grisoni

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Caderno de Orientações para implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do
Curso de Graduação em Medicina 2025. -- Brasília, DF :
Associação Brasileira de Educação Médica, 2026.

288 p. : il.
Bibliografia.
ISBN 978-65-86406-22-1

1. Educação médica 2. Relatórios.
2. Educação médica 3. Medicina - Estudo e ensino.

24-239007

CDD-610.7

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação médica 610.7
Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

APRESENTAÇÃO

A publicação do **Caderno de Orientações para Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – 2025** representa um momento singular para a educação médica brasileira. Trata-se de um documento construído de forma colaborativa, fruto do diálogo interinstitucional, da escuta qualificada da comunidade acadêmica e do compromisso compartilhado com a formação de médicas e médicos capazes de responder, com excelência técnica e responsabilidade social, às necessidades da população brasileira.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2025, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação por meio do Parecer CNE/CES nº 536/2025 e da Resolução CNE/CES nº 3/2025, consolidam um processo evolutivo iniciado nas DCN de 2001, aprofundado em 2014 e agora atualizado à luz dos desafios contemporâneos da saúde, da ciência, da inovação tecnológica e da organização do Sistema Único de Saúde. Elas reafirmam a centralidade do cuidado integral, da formação baseada em competências, da integração ensino–serviço–comunidade e da responsabilidade social das escolas médicas.

Neste contexto, o presente Caderno não substitui o texto normativo das Diretrizes, mas busca apoiar sua implementação qualificada nos múltiplos e diversos cotidianos da graduação em Medicina. Sua elaboração dialoga diretamente com a experiência acumulada nas Oficinas Regionais e Nacionais promovidas pela Associação Brasileira de Educação Médica-Abem no âmbito do Projeto REVER, que mobilizou educadores, educandos, gestores e especialistas de todas as regiões do país para refletir sobre o percurso da formação médica e seus horizontes futuros.

Ao organizar conceitos estruturantes, áreas de competências, dimensões curriculares, estratégias de gestão e instrumentos de avaliação, o Caderno oferece referências técnicas, pedagógicas e institucionais que podem subsidiar processos de revisão e fortalecimento dos Projetos Pedagógicos de Curso. Reconhece-se, contudo, a diversidade institucional brasileira e a

autonomia das universidades, afirmando que a implementação das DCN de 2025 não se faz por padronização, mas por compromisso com princípios nacionais de qualidade e equidade.

A presença articulada de instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Conselho Nacional de Educação, a Abem e o Projeto REVER, confere a este Caderno caráter estratégico. Ele simboliza a convergência entre regulação educacional, políticas públicas de saúde e comunidade acadêmica, reafirmando que a formação médica é responsabilidade compartilhada e política de Estado.

O Brasil possui hoje cerca de 500 cursos de Medicina e forma anualmente dezenas de milhares de novos profissionais. Nesse cenário, assegurar qualidade formativa não é apenas uma exigência acadêmica: é imperativo ético e social. A implementação das DCN de 2025 deve contribuir para consolidar uma formação que una excelência científica, compromisso com o SUS, sensibilidade humanística, competência técnica, capacidade de gestão, educação em saúde e atuação crítica frente às transformações digitais e tecnológicas.

Este Caderno nasce com uma vocação dinâmica. Não se pretende definitivo, mas vivo — capaz de evoluir com as experiências institucionais, com os avanços científicos e com os aprendizados advindos da prática. Seu valor maior residirá na forma como for apropriado, debatido e reinterpretado nos espaços acadêmicos e nos serviços de saúde.

Que este documento sirva como instrumento de reflexão, planejamento e ação. Que fortaleça as escolas médicas na construção de projetos pedagógicos coerentes, socialmente responsáveis, calcados na ciência e tecnicamente consistentes. E que contribua, sobretudo, para a formação de médicas e médicos comprometidos com a vida, com a dignidade humana e com o futuro da saúde no Brasil.

Elizabeth Guedes

*Conselheira Relatora das DCN de Medicina
Conselho Nacional de Educação*

CARTA DOS REPRESENTANTES DE EDUCANDOS DA ABEM

Os educandos de Medicina, embora oriundos de territórios e trajetórias diversas, partilham do compromisso com a construção de uma formação médica de qualidade clínica, técnica e científica, comprometida com a ética e a justiça social, valorizando a diversidade humana e a compreensão crítica da determinação social do processo saúde-doença, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

A homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2025 resulta de ações de mobilização e debate, nas quais a Associação Brasileira de Educação Médica acolheu representações estudantis locais e nacionais, como a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. Ao longo da implementação do Projeto REVER, ampliaram-se os espaços de escuta e diálogo que promovem o protagonismo dos sujeitos que constroem cotidianamente a medicina. Como resultado, as DCN emergem como marco histórico, que recusa soluções rasas para problemas estruturais, reiterando que a educação médica é um projeto coletivo, em que toda a classe envolvida deve sempre priorizar o cuidado integral das necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população.

A partir deste momento, é necessário compreender que as novas diretrizes, por si só, não transformam a realidade. É imprescindível que a medicina valorize as lutas que esse documento representa, como a centralidade do SUS, a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e a inserção socialmente referenciada nos espaços de atenção, gestão e educação em saúde.

Além disso, é necessário reforçar a importância do protagonismo e da valorização do discente para a garantia de educação médica de qualidade. Como afirmam as DCN de 2025, as Instituições de Ensino Superior devem garantir ambientes educacionais inclusivos e acessíveis para todas as formas de diversidades, promover políticas de permanência estudantil e favorecer o pleno bem-estar físico e, em especial,

o bem-estar social, econômico e mental dos estudantes, de modo integral e contínuo. Graças à luta dos movimentos sociais, as salas de aula estão cada vez mais diversas, incluindo mais discentes negros, do interior, LGBTQIAPN+, das Regiões Norte e Nordeste, com menor poderio financeiro, com deficiência e neurodivergentes. Portanto, fazer-se valer desses itens que fomentam o cuidado ao corpo discente é indispensável para romper ciclos de adoecimento, desigualdade e exclusão que atravessam a formação em saúde e comprometem a excelência profissional e o retorno social.

Que as novas DCN e que este Caderno que orienta sua implementação sejam compreendidos como convites. Que convoquem instituições, docentes, serviços, gestores e sobretudo os educandos a assumirem a responsabilidade de executar um projeto formativo coerente com a defesa do Estado Democrático de Direito, da vida, e do fortalecimento do SUS. Finalmente, que os discentes sintam-se motivados a protagonizarem a construção do profissional que querem se tornar no futuro, através do fortalecimento da Abem, da compreensão dos projetos político-pedagógicos, da participação ativa dos processos acadêmicos e institucionais e da transformação das práticas e políticas de saúde.

APRESENTAÇÃO

Associação Brasileira de Educação Médica – Abem

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina de 2025 inaugura um novo ciclo para a educação médica brasileira. Como afirmado no editorial do primeiro número de 2026 da Revista Brasileira de Educação Médica, as DCN de 2025 não representam apenas a atualização de uma norma, mas a condensação de décadas de debates, disputas e aprendizados acumulados desde a CINAEM, passando pelas DCN de 2001 e 2014, até o momento presente.

A Abem reconhece que a homologação da Resolução CNE/CES nº 3/2025 é, ao mesmo tempo, ponto de chegada e ponto de partida. Chegada, porque consolida avanços históricos na centralidade do SUS, na formação por competências, na responsabilidade social, na avaliação programática, na saúde mental estudantil, na incorporação crítica das tecnologias digitais e na valorização do desenvolvimento docente. Partida, porque nenhuma diretriz transforma a realidade por si só. Diretrizes precisam ser vividas, traduzidas e encarnadas nos projetos pedagógicos, nas práticas curriculares e nos territórios onde a formação acontece.

Este Caderno de Orientações nasce exatamente desse compromisso: **tirar as DCN do papel.**

Sua elaboração está intrinsecamente vinculada ao Projeto REVER – “Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI” –, coordenado pela Abem com apoio do Ministério da Saúde, em parceria com a OPAS e diálogo permanente com o Conselho Nacional de Educação. Ao longo de 2024 e 2025, o REVER mobilizou centenas de docentes, estudantes, gestores, preceptores e representantes do controle social em oficinas regionais e nacionais, produzindo diagnósticos compartilhados, sistematizando experiências e construindo consensos mínimos para a formulação das novas DCN.

Durante essas oficinas, e posteriormente na consulta realizada junto a coordenadores e coordenadoras de cursos de Medicina de todo o país, emergiu uma demanda clara: as escolas desejam apoio técnico qualificado para implementar as DCN de 2025 de forma consistente, contextualizada e socialmente responsável. Foram reiteradas solicitações por: orientações claras e tecnicamente fundamentadas; exemplos práticos para revisão dos Projetos Pedagógicos de Curso; apoio à organização da avaliação programática; estratégias para fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade; subsídios para desenvolvimento docente e qualificação da gestão acadêmica; e referências para implementação de políticas de inclusão, acessibilidade e cuidado à saúde mental estudantil.

Este Caderno busca responder a essas demandas.

Ele não substitui a norma, não cria novas obrigações e não pretende padronizar a diversidade institucional brasileira, como já explicitado em suas primeiras páginas. Ao contrário, assume-se como instrumento formativo, reflexivo e orientador, destinado a apoiar as escolas na construção de caminhos próprios, coerentes com seus territórios e com os princípios nacionais da formação médica.

A Abem reafirma, neste momento, seu papel histórico como entidade científica, política e formativa da educação médica brasileira. Se a CINAEM denunciou a fragmentação curricular e o distanciamento do SUS nos anos 1990, e se as DCN de 2001 e 2014 buscaram corrigir rumos, as DCN de 2025 nos convocam a um novo patamar de responsabilidade: consolidar uma cultura institucional de implementação, monitoramento e melhoria contínua da formação médica.

Implementar as DCN de 2025 significa fortalecer o SUS como eixo estruturante da formação médica, consolidando currículos orientados por competências que promovam integração real entre conhecimento, habilidades e atitudes. Implica estruturar sistemas de avaliação contínuos e programáticos, capazes de acompanhar o desenvolvimento dos estudantes ao longo do curso, bem como

garantir ambientes de aprendizagem protegidos, inclusivos e eticamente responsáveis. Exige, ainda, qualificar o internato e os diferentes cenários de prática, investir de forma sistemática no desenvolvimento docente e assegurar condições institucionais que promovam permanência estudantil, diversidade e bem-estar como dimensões indissociáveis da qualidade formativa. Nada disso ocorrerá por inércia normativa.

Por isso, este Caderno deve ser compreendido como parte de uma estratégia mais ampla da Abem e do Projeto REVER: apoiar oficinas regionais de implementação, fomentar redes colaborativas entre escolas, desenvolver indicadores de acompanhamento e fortalecer espaços permanentes de troca de experiências.

A transformação da educação médica brasileira não depende apenas de um texto aprovado no Diário Oficial. Depende de gestores dispostos a rever estruturas, de docentes abertos à formação permanente, de estudantes protagonistas de seu processo formativo, de serviços de saúde comprometidos com a preceptoria e de políticas públicas que garantam condições estruturais adequadas.

Este Caderno é, portanto, um convite à corresponsabilidade.

Convidamos cada escola médica a se apropriar criticamente deste material, a debatê-lo em seus colegiados, núcleos docentes estruturantes, comissões de internato, núcleos de apoio pedagógico, centros acadêmicos e fóruns institucionais. Convidamos docentes e preceptores a transformarem conceitos em práticas pedagógicas concretas. Convidamos estudantes a acompanharem, avaliarem e participarem ativamente desse processo.

As DCN de 2025 oferecem um mapa. O Projeto REVER construiu pontes. Este Caderno oferece ferramentas. A travessia é coletiva.

Que possamos, como comunidade acadêmica, estar à altura desta convocação histórica e transformar as Diretrizes em experiência formativa viva, comprometida com a equidade, com a dignidade humana e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

***Conselho Diretor da Associação Brasileira
de Educação Médica – Abem***

Brasília, 2026

Sumário

INTRODUÇÃO	13
SEÇÃO I - CONCEITOS ESTRUTURANTES E FUNDAMENTAIS.....	19
CAPÍTULO 1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	20
CAPÍTULO 2. EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS.....	23
CAPÍTULO 3. PERFIL DO EGRESSO	27
CAPÍTULO 4. RESPONSABILIDADE SOCIAL.....	31
CAPÍTULO 5. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E SAÚDE DIGITAL.....	35
SEÇÃO II. ÁREAS DE COMPETÊNCIAS.....	43
CAPÍTULO 6. GESTÃO EM SAÚDE	45
CAPÍTULO 7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	55
CAPÍTULO 8. ATENÇÃO À SAÚDE.....	62
CAPÍTULO 9. COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS.....	93
SEÇÃO III. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS 2025 EM MÚLTIPLOS CONTEXTOS FORMATIVOS.....	101
CAPÍTULO 10. EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIA.....	102
CAPÍTULO 11. INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE.....	107
CAPÍTULO 12. INTERNATO	112

CAPÍTULO 13. CUIDADO EDUCANDO/EDUCADOR/ESCOLA.....	128
CAPÍTULO 14. FORMAÇÃO DE EDUCADORES.....	138
CAPÍTULO 15. GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA.....	151
CAPÍTULO 16. SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA...	156
SEÇÃO IV - GLOSSÁRIO.....	177
SEÇÃO V - SITUAÇÕES-PROBLEMA.....	185
ANEXOS.....	241
ANEXO 1	242
ANEXO 2	259
ANEXO 3	262
ANEXO 4	263
REFERÊNCIAS.....	275



1

Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina no Brasil constituem o documento oficial do Ministério da Educação que define princípios, fundamentos e competências essenciais para a formação médica, orientando as instituições de ensino superior na organização de seus currículos e projetos pedagógicos com vistas a formar profissionais capazes de responder às necessidades da sociedade brasileira em cada momento histórico. Ao longo das últimas décadas, essas Diretrizes passaram por um processo evolutivo que reflete transformações sociais, sanitárias e educacionais no país.

As DCN de 2001 foram as primeiras a romper com a lógica dos currículos mínimos, estabelecendo o perfil do egresso como médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, ainda que com orientações menos detalhadas sobre a estrutura curricular e com significativa variação na forma de implementação entre as instituições. A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) desempenhou papel crucial na criação das DCN de 2001, ao produzir, durante a década de 1990, um amplo diagnóstico do ensino médico brasileiro e ao impulsionar uma formação mais alinhada às necessidades de saúde da população, com maior ênfase em competências, humanização e integralidade.

As DCN de 2014 representaram uma atualização substantiva, consolidando o Sistema Único de Saúde como eixo estruturante da formação médica e detalhando competências requeridas do egresso. Entre as mudanças introduzidas destacaram-se a inserção obrigatória dos estudantes no SUS desde o início do curso, a ampliação e reorganização do internato com, no mínimo, 30% da carga horária em Atenção Básica e Urgência e Emergência, o incentivo às metodologias ativas e à interdisciplinaridade, bem como o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade. A promulgação da Lei nº 12.871/2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, foi fator decisivo para essa reformulação, reafirmando o compromisso da formação médica com as demandas do SUS e com a redução das desigualdades regionais.

Já as DCN de 2025, aprovadas e homologadas em 2025, aprofundam esse percurso e atualizam a formação médica à luz dos desafios do século XXI. Incorporam de modo mais sistemático a abordagem por competências, introduzem temas como saúde mental do estudante, inteligência artificial, análise de dados e sustentabilidade, ampliam a atenção a populações vulnerabilizadas, estabelecem exigências relacionadas à infraestrutura formativa – como laboratórios de simulação clínica e atenção às questões de acessibilidade – e determinam a obrigatoriedade de estruturas institucionais voltadas ao desenvolvimento docente, como o Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente (NAPED) ou equivalente. Preveem, ainda, avaliação nacional no quarto ano da graduação como estratégia de acompanhamento das competências desenvolvidas. Esses dispositivos consolidam, em marco normativo, demandas há muito apresentadas pela comunidade acadêmica e reafirmam a responsabilidade das escolas médicas na formação de profissionais tecnicamente competentes, eticamente comprometidos e socialmente responsáveis.

Figura 1: apresenta breve linha do tempo das DCN da Medicina



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

É nesse contexto histórico e normativo que se insere o presente Caderno de Orientações. Antes de explicitar sua finalidade, é fundamental delimitar o que ele não é. Este Caderno não constitui instrumento normativo adicional às DCN de 2025; não cria novas obrigações legais nem substitui o texto da Resolução CNE/CES nº 3/2025, que permanece como referência oficial para a organização dos cursos de Medicina. Também não é *checklist* de conformidade ou roteiro prescritivo de “adequação curricular”. Não propõe modelo único de currículo, de Projeto Pedagógico de Curso ou de organização institucional, tampouco pretende padronizar experiências formativas que, por definição, devem dialogar com realidades territoriais, sociais, epidemiológicas e institucionais distintas.

Este Caderno não se configura como manual técnico fechado ou definitivo. As orientações nele contidas não esgotam as possibilidades pedagógicas, organizacionais ou avaliativas previstas pelas DCN de 2025, nem se apresentam como soluções universais para os desafios complexos da formação médica contemporânea. Não substitui os processos coletivos de debate, pactuação e decisão no interior das instituições de ensino superior, reconhecendo que a implementação das DCN exige diálogo permanente entre gestores, docentes, estudantes, serviços de saúde, instâncias do SUS e órgãos reguladores. Tampouco resolve, por si só, tensões estruturais relacionadas a financiamento, expansão da oferta de cursos, condições de trabalho docente e de preceptoria, integração ensino-serviço-comunidade ou desafios da regulação e da avaliação. Por fim, não deve ser utilizado como instrumento de controle punitivo, responsabilização isolada ou burocratização da vida acadêmica. Seu sentido é formativo, reflexivo e orientador.

Ao explicitar esses limites, reafirma-se que este Caderno deve ser compreendido como dispositivo de apoio, aberto à interpretação crítica e à adaptação responsável nos diversos contextos do país. Sua construção origina-se da experiência acumulada de diálogo com a comunidade acadêmica da educação médica durante as Oficinas Regionais e Nacionais promovidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) no âmbito do Projeto “Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde va-

mos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI" – Projeto REVER.

Ao longo desse percurso, educadores, educandos e gestores manifestaram a necessidade de maior compreensão dos textos das Diretrizes, especialmente das DCN de 2014 (então vigentes), de troca de experiências sobre processos de reestruturação curricular e de atualização contínua fundamentada na avaliação crítica de sua implementação. Caminhando com o aprendizado das Oficinas do REVER, a produção deste material foi coletiva, focada na análise e compreensão das DCN de 2025, organizada a partir de contribuições de educadores e educandos associados à Abem, revista pelos participantes do Grupo de Governança do Projeto REVER, validada por gestores da Associação Brasileira de Educação Médica e do Conselho Nacional de Educação e pretende ser capilarizada a partir de novas Oficinas Regionais neste ano de 2026.

Figura 2: apresenta as ênfases do Caderno de Orientações para Implementação das DCN de 2025



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

Ao longo de suas cinco seções e 16 capítulos, o documento organiza-se de modo a atender a compreensão de públicos distintos: gestores, educadores e educandos. A linguagem adotada busca ser clara e objetiva com materiais de apoio, exemplos práticos e referências que auxiliam os diferentes sujeitos implicados na implementação.

O Caderno, como poderão ver ao longo de suas páginas, apresenta quadros, tabelas, fluxogramas, infográficos com o intuito de apoiar e enriquecer os debates e processos de reestruturação curricular. Conta, ainda, com um glossário inteligente: os links em azul levam a documentos normativos, explicações ou materiais que aprofundam os elementos conceituais, metodológicos, pedagógicos e de gestão. Mais do que compêndio explicativo, apresenta-se como instrumento dinâmico, destinado a evoluir com o uso, com as experiências institucionais e com os aprendizados advindos da prática.

O que este Caderno é, portanto, é um convite à reflexão, ao planejamento e à ação. Propõe-se a apoiar processos de revisão e fortalecimento dos Projetos Pedagógicos de Curso, oferecendo referências conceituais, pedagógicas e institucionais para a implementação qualificada das DCN de 2025. Reconhece a diversidade das escolas médicas brasileiras e a autonomia universitária, afirmando que a implementação das Diretrizes não se faz por padronização, mas por compromisso com princípios nacionais de qualidade, equidade e responsabilidade social. Seu valor maior residirá na forma como for apropriado, debatido e reinterpretado nos espaços acadêmicos e nos serviços de saúde, tornando-se parte viva das narrativas daqueles que assumem o desafio cotidiano de fazer acontecer as DCN de 2025.



**SEÇÃO
I**

**CONCEITOS
ESTRUTURANTES
E FUNDAMENTAIS**

Ciência não é uma coisa que se faz em laboratórios. Ciência se faz em qualquer lugar. Ela só precisa de duas coisas: olho e cabeça. Assim, a primeira tarefa da educação científica é ensinar a ver e ensinar a pensar.

Rubem Alves

São apresentados a seguir alguns dos principais conceitos que auxiliam na compreensão das DCN de 2025 enquanto documento orientador da formação médica no Brasil.

CAPÍTULO 1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A saúde, como direito social, está inscrita na constituição federal de 1988, no seu Artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Um dos pilares para garantia desse direito é a conformação do Sistema Único de Saúde-SUS, com ações e serviços organizados em rede hierarquizada, descentralizada, com comando único em cada esfera de gestão (federal, estadual e municipal), com participação social e atendimento integral à saúde das pessoas.

Compete ao SUS ordenar a formação dos profissionais de saúde, o que significa orientar sobre necessidades e se constituir no principal ambiente de práticas para os cursos em todos os espaços que o compõem incluindo suas instâncias colegiadas, espaços de gestão e de cuidados, abrangendo a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

O compromisso da formação médica com o SUS aparece de forma transversal em todo o texto das DCN de 2025: no perfil do médico, nas competências do graduado e na organização do curso.

Quanto ao perfil do médico, o Art. 4º ressalta que o exercício profissional do médico deverá ser orientado para o fortalecimento do SUS. Dentre as competências do egresso, expressas no Art. 8º das DCN, é enfatizado o compromisso necessário da formação com o SUS e sua sustentabilidade nos incisos XVIII e XXIV.

No Art. 9º aborda-se a compreensão dos princípios constitucionais que regem o SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade, que devem orientar a conduta profissional em todos os ambientes de atuação.

Quanto à organização do curso, alguns artigos orientam sobre as prioridades para a organização do currículo. O Art. 19º apresenta os princípios do SUS de integralidade, equidade, universalidade do cuidado e atenção humanizada como parte do eixo estruturante do desenvolvimento de um currículo baseado em competências. O Art. 22º fala da vinculação da formação às necessidades sociais de saúde da população, enfatizando a integração ensino-serviço-comunidade (IESC) e a valorização, o fortalecimento e a consolidação do SUS.

Ainda no tocante à organização do curso, o Art. 23º apresenta a necessidade de que a formação ofereça múltiplos ambientes e estratégias pedagógicas nos três níveis de atenção à saúde no SUS e o Art. 31º destaca que os estudantes devem ser inseridos, desde os períodos iniciais, em atividades práticas, nos diferentes níveis de atenção à saúde, preferencialmente, em serviços que integram a rede pública do SUS. Reconhece-se, assim, que todos os ambientes que produzem cuidado em saúde constituem espaços formativos relevantes, e essa inserção deve ser integrada aos componentes curriculares e ampliada progressivamente até o internato.

Ressalta-se que os Arts. 25º e 26º das DCN trazem a necessidade de formalização da cooperação dos cursos com os gestores do SUS nos respectivos territórios para estabelecer responsabilidades com o processo formativo e seus ambientes, sejam eles públicos, filantrópicos ou privados. Dentre as responsabilidades das escolas médicas está a criação de ações pedagógicas permanentes de formação e desenvolvimento dos profissionais da

rede de saúde envolvidos na formação médica (preceptores), em articulação com os gestores municipais e estaduais, com base no Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes) ou outros dispositivos normativos em vigor.

O Coapes é um instrumento de gestão instituído por ação conjunta do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) – Portaria Interministerial n. 1.127, de 4 de agosto de 2015 – com o objetivo de organizar e fortalecer a integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade no SUS. Estabelece acordos formais entre gestores do SUS e instituições de ensino superior, visando à construção participativa dos ambientes de estágio no Sistema de Saúde. Por meio dessas contratualizações, define responsabilidades, pactua cenários de prática e garante o acesso dos estudantes aos serviços de saúde como espaços de ensinagem na graduação e na pós-graduação.

Síntese do Capítulo 1. SUS

O direito à saúde, assegurado pela Constituição Federal de 1988, estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido por políticas sociais e econômicas. O SUS é fundamental para a concretização desse direito, organizando ações e serviços em uma rede descentralizada, com participação social e atendimento integral. A formação dos profissionais de saúde é responsabilidade do SUS, que busca orientá-los sobre as necessidades do sistema e integrar a prática durante os cursos de medicina. As DCN de 2025 enfatizam a importância do SUS na formação médica, ressaltando a necessidade de um perfil profissional voltado para seu fortalecimento, bem como a compreensão dos princípios constitucionais que regem o SUS, como universalidade e equidade. As diretrizes também propõem que a graduação inclua múltiplos ambientes de aprendizado, priorizando a prática em serviços públicos e a cooperação efetiva entre instituições de ensino e gestores do SUS, através do Coapes

CAPÍTULO 2. EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

A educação baseada em competências (EBC) na educação médica emerge da transição, ao longo do século XX, de currículos centrados em conteúdos/tempo para currículos orientados a resultados e ao desempenho profissional observável. Já em 1978 a Organização Mundial da Saúde (McGaghie *et al.*, 1978) sistematizou o desenho curricular "organizado por funções/competências" requeridas pela prática em um contexto específico, movimento depois reforçado pela outcome-based education (Harden *et al.*, 1999), pela "virada paradigmática" para competências (Carraccio *et al.*, 2002) e por marcos estruturantes como o CanMEDS (1996; revisões em 2005 e 2015) e a formulação contemporânea da educação médica baseada em competências (CBME) proposta por Frank e colaboradores (2010).

Nesse enquadramento, as DCN de 2025 incorporam a abordagem por competências porque definem o curso explicitamente pelo "perfil e competências fundamentais" do egresso e exigem que o graduando demonstre competências integrando conhecimentos, habilidades e atitudes, alinhando-se à lógica internacional de transparência de resultados, responsabilidade social e maior aderência às necessidades sociais e do sistema de saúde.

São múltiplos os significados da noção de competência, aqui definida como a capacidade do indivíduo de agir eficazmente mobilizando diversos recursos, articulando os domínios: do conhecimento (saber/saber como), da habilidade (demonstrar/fazer) e das atitudes/valores (ser/estar/relacionar-se) para atuar de forma criteriosa em um contexto, buscando realizar uma tarefa específica para o benefício do indivíduo e da comunidade.

Segundo Perrenoud (1999), as competências são traduzidas em domínios práticos das situações cotidianas que necessariamente passam pela compreensão da ação empreendida e do uso a que essa ação se destina. Os domínios referem-se aos diferentes recursos (conhecimento, habilidades e atitudes/valores) mobilizados pelo sujeito na ação, de maneira

interdependente, formando a base para a realização das tarefas essenciais da prática profissional. Sua observação se dá pelo desempenho do indivíduo.

Portanto, competência é a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma integrada para enfrentar situações e resolver problemas em contextos diversos. Essa definição vai além da simples acumulação de saberes, enfatizando a aplicação prática e contextualizada do conhecimento.

No ambiente educacional, o conteúdo ocupa uma posição fundamental, pois é por meio dele que os estudantes desenvolvem as competências necessárias. Nas DCN de 2025, por exemplo, o conteúdo deve ser organizado de maneira a desenvolver não apenas o conhecimento teórico, mas também habilidades práticas e comportamentais, formando um perfil profissional mais completo e humanizado.

As competências são estruturadas em domínios que abrangem diferentes áreas do saber e da prática. Nas DCN, estão delineadas áreas de competência que incluem o cuidado centrado na pessoa, a formação ética e humanística, e a compreensão dos determinantes sociais da saúde. Essas áreas são cruciais para a formação de médicos que saibam atuar de forma integral e interdisciplinar, reconhecendo a complexidade do ser humano e os contextos em que se insere.

A competência pedagógica, por sua vez, refere-se à capacidade do educador em facilitar a aprendizagem significativa, promovendo um ambiente onde os estudantes possam desenvolver-se de maneira prática e reflexiva. É essencial que educadores tenham clareza sobre os objetivos de aprendizagem e utilizem metodologias ativas que incentivem a participação e o protagonismo dos estudantes (Freire, 1996). Essas metodologias favorecem uma abordagem mais dinâmica, onde o estudante é incentivado a construir seu próprio conhecimento.

Importante destacar, que fazemos uma escolha conceitual neste Caderno de compreender o processo de ensino e



aprendizagem como processo de *ensinagem* e, da mesma forma, as metodologias de ensino e aprendizagem como metodologias de *ensinagem*. Este conceito, definido por Bleger (1998), determina que a ação de ensinagem acontece nos momentos em que ensino e aprendizagem, em passos dialéticos, inseparáveis e solidariamente relacionados se fundem, gerando um processo único em permanente movimento.

A implementação de um currículo baseado em competências implica uma reorientação na forma como o ensino é estruturado. Além de priorizar a integração entre teoria e prática, esse tipo de currículo deve estar alinhado com a avaliação do desempenho dos estudantes. Na EBC, a inserção do estudante em ambiente de prática desde o início da formação é crucial para que essa integração aconteça de maneira efetiva.

As avaliações devem ir além da mera mensuração do conhecimento adquirido; elas precisam contemplar a aplicação prática desse saber em situações e contextos prevalentes, simuladas e reais, alinhando-se ao modelo de avaliação formativa. Essa conexão entre um currículo orientado por competências, métodos de avaliação e metodologias ativas é essencial para assegurar que os estudantes não apenas compreendam o conteúdo, mas que também estejam aptos a utilizá-lo de forma eficiente em suas futuras práticas profissionais. Além disso, essa abordagem fomenta o desenvolvimento de habilidades críticas e analíticas, preparando os estudantes para enfrentar os desafios do mundo do trabalho de maneira mais eficaz e inovadora.

Portanto, a EBC deve contemplar a organização curricular, a metodologia de ensinagem e um sistema de avaliação que irá estruturar e consolidar a formação do estudante.

Neste paradigma, a formação é estruturada não mais a partir de uma formação que tenha como referencial conteúdo e tempo exigido para a formação, mas, sim, a partir das competências (resultados esperados da aprendizagem) que podem ser descritos na forma do perfil do egresso e seu detalhamento, como observado nas DCN de 2025.

Quadro 1 - apresenta os artigos das DCN de 2025 relacionados à organização curricular, sistema de avaliação e competências

METODOLOGIA DE ENSINO E ORGANIZAÇÃO CURRICULAR	
Art. 18°	Metodologias Pedagógicas Ativas que promovem o protagonismo do estudante
Art. 19°	Currículo baseado em competência considerando os princípios do SUS
SISTEMA DE AVALIAÇÃO	
Art. 36°	Avaliação contínua, abrangente, com devolutiva individual obrigatória (feedback)
Art. 37°	A avaliação contempla os três domínios da competência <ul style="list-style-type: none"> ● Domínio cognitivo (saber) ● Domínio psicomotor (habilidades) ● Domínio atitudinal (atitudes)
ITENS ORIENTADORES	
Art. 6°	Define as áreas de Competência
Art. 19°	Orienta as Bases de um Currículo estruturado por Competências
Art. 37°	Avaliação que inclui os domínios das Competências: Conhecimento + Habilidades + Atitudes

Síntese do Capítulo 2. EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

A EBC, consolidada pelas DCN de 2025, representa uma mudança de paradigma que substitui o foco tradicional no conteúdo e no tempo de formação por um modelo orientado ao desempenho profissional observável. Neste enquadramento, a competência é definida como a capacidade de mobilizar e integrar conhecimentos (saber), habilidades (fazer) e atitudes (ser) de forma criteriosa para resolver problemas complexos em contextos reais de saúde. Para viabilizar essa formação, o currículo deve articular metodologias ativas que promovam o protagonismo do estudante, inserção em ambiente de prática desde o início da formação e um sistema de avaliação formativa e contínua, garantindo que o egresso esteja apto a atender com eficácia e responsabilidade às necessidades sociais e do SUS.

CAPÍTULO 3. PERFIL DO EGRESSO

Um perfil profissional é uma descrição que reúne as principais competências de um indivíduo em relação à sua função. Ele fornece uma visão clara de como essas competências se alinham com as exigências de uma função ou setor específico. No cenário educacional, serve de guia para as práticas pedagógicas durante a formação, vinculando o processo educativo ao mundo do trabalho onde a prática profissional será exercida.

As DCN de 2025 estabelecem o perfil, as competências fundamentais e os princípios da formação. Tais diretrizes articulam-se, considerando a complexidade e nuances da prática para orientar a construção da identidade profissional do médico.

Figura 3 - apresenta a perspectiva integradora do perfil do egresso



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

O perfil do médico, conforme delineado nas DCN de 2025, é construído a partir de um conjunto diversificado de habilidades técnicas e relacionais, que são essenciais para a prática eficaz da medicina. Esses domínios, ao serem agrupados, formam um perfil representativo das competências fundamentais necessárias à profissão médica, abrangendo não apenas conhecimentos e habilidades específicas na área da saúde, mas também as atitudes, explicitadas na capacidade de interagir de maneira empática e comunicativa com pacientes e colegas. Isso reflete a complexidade e a importância do papel dos profissionais da medicina.

Uma competência crucial nesse contexto é o pensamento crítico e reflexivo, que envolve a capacidade de analisar e questionar informações, reconhecer as limitações do próprio conhecimento e buscar soluções para os complexos problemas que surgem na prática médica.

O compromisso ético é outro pilar fundamental na construção do perfil médico. Este compromisso inclui a adesão a princípios que orientam a prática médica, como o respeito à dignidade humana, à confidencialidade, à responsabilidade e à justiça social, conforme discutido por Rego *et al.* (2011) e CFM (2018).

Adicionalmente, a consciência social deve ser considerada, pois envolve o reconhecimento do papel do médico na sociedade e a responsabilidade de contribuir para a saúde coletiva, promovendo equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A compreensão humanística, que valoriza o cuidado centrado na pessoa, é igualmente essencial na construção desse perfil. Nesta perspectiva, o exercício profissional do médico deve ser orientado por práticas de cuidado que considerem não apenas o indivíduo, mas também a família e a comunidade. Esta abordagem requer uma compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde, reconhecendo a importância dos fatores sociais, econômicos e culturais que impactam a saúde e o bem-estar. É vital que os médicos reconheçam, considerem e respeitem a diversidade humana e valorizem a dignidade de cada indivíduo,

independentemente de suas particularidades. O compromisso ativo com a equidade e a justiça social é imprescindível, pois os profissionais da saúde devem trabalhar para garantir que todos tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, promovendo um cuidado justo e inclusivo.

Essa visão totalizante e comprometida não apenas fortalece o SUS, mas também se alinha aos princípios de universalidade, integralidade e equidade no atendimento à população. A perspectiva humanizada no cuidado é essencial para que a prática médica atenda efetivamente às necessidades da sociedade e contribua para a construção de um sistema de saúde mais justo e eficaz, refletindo, assim, o compromisso com a promoção da saúde coletiva e a defesa dos direitos humanos (Deslandes *et al.*, 2006).

O perfil do médico descrito nas DCN de 2025 orienta e compreende a formação desse profissional como um processo dinâmico e integral que articula conhecimento, prática e compromisso social. Essa abordagem não apenas prepara médicos capacitados para enfrentar os desafios da saúde contemporânea, mas também promove a construção de uma medicina que respeita a diversidade e a dignidade humana. Assim, a formação médica se torna uma ferramenta de transformação social, alinhando-se aos valores fundamentais de justiça e equidade que sustentam um sistema de saúde mais humano e eficaz

Quadro 2 - Apresenta os artigos das DCN de 2025 relacionados ao perfil do médico e suas aplicações práticas

Eixo do Perfil (Art. 2º)	Artigos Relacionados (DCN de 2025)	Aplicação Prática no Perfil do Egresso
Formação Geral e Sólida	Art. 3º, Art. 6º e Art. 8º	Capacidade de atuar em todos os níveis de atenção (promoção à reabilitação), integrando conhecimentos e habilidades para uma prática segura e integral.
Dimensão Ética e Humanística	Art. 4º, Art. 5º (I) e Art. 8º (IV)	Atuação centrada na pessoa, na família e comunidade. Cuidado compassivo, respeito à dignidade humana, à diversidade e autonomia do paciente.
Compromisso Social e Equidade	Art. 4º, Art. 8º (XI) e Art. 9º	Foco no fortalecimento do SUS, na justiça social e no atendimento a grupos vulnerabilizados e minoritários.
Base Científica e Tecnológica	Art. 5º, Art. 8º (III e VII) e Art. 10º	Prática baseada em evidências, raciocínio clínico e domínio de novas tecnologias (IA, telemedicina e Big Data) com responsabilidade.
Atuação Crítica e Reflexiva	Art. 5º, Art. 8º (X) e Art. 13º	Capacidade de análise crítica da literatura, autoaprendizado (educação permanente) e reflexão sobre a própria prática para melhoria contínua.
Liderança e Gestão em Saúde	Art. 6º (II), Art. 8º (IX e XVIII)	Exercício da liderança colaborativa em equipes interprofissionais e gestão racional de recursos para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Comunicação e Interpessoalidade	Art. 8º (VIII e XII) e Art. 11º	Domínio da comunicação verbal e não-verbal, escuta qualificada, empatia e mediação de conflitos/ assimetrias de poder.
Responsabilidade e Autocuidado	Art. 8º (XVII e XIX)	Reconhecimento da importância do autocuidado (saúde física e mental) e compromisso com a formação de novos profissionais.

Síntese do Capítulo 3. PERFIL DO EGRESSO

O perfil do médico egresso articula excelência técnica e domínio tecnológico ao compromisso ético e humanístico. Como agente de transformação social, este profissional atua em todos os níveis de atenção à saúde com foco na equidade, no fortalecimento do SUS e no respeito à diversidade humana. Sua prática é centrada na pessoa e pautada por uma postura crítica, reflexiva e colaborativa, priorizando a justiça social, o autocuidado e a educação permanente como pilares de uma medicina humana e resolutiva.

CAPÍTULO 4. RESPONSABILIDADE SOCIAL

A responsabilidade social na formação médica, conforme explicitada nas DCN de 2025 e no Projeto REVER da Abem constitui um princípio estruturante que redefine o papel das escolas médicas como instituições de interesse público. Em consonância com o *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools*, esse conceito desloca a responsabilidade social do plano exclusivamente ético ou declaratório para um compromisso institucional concreto, pelo qual ensino, pesquisa e extensão devem ser orientados às necessidades prioritárias de saúde da população, especialmente aquelas relacionadas às desigualdades sociais, à equidade e ao fortalecimento dos sistemas públicos de saúde. Trata-se, portanto, de uma noção ampliada de responsabilidade, que articula qualidade técnico-científica, relevância social, impacto

mensurável e alinhamento às políticas públicas, em especial aos princípios organizadores do SUS.

A noção de responsabilidade social incorpora de modo central a ideia de reciprocidade social, segundo a qual a escola médica não apenas forma profissionais "para" a sociedade, mas se constrói "com" a sociedade, em diálogo permanente com comunidades, gestores, trabalhadores da saúde e usuários dos sistemas de cuidado. Conforme formulado inicialmente por Boelen e Heck (1995) e aprofundado no consenso global, esse compromisso exige que as instituições formadoras sejam capazes de identificar prioridades locais e regionais de saúde, ajustar seus projetos pedagógicos a essas prioridades e demonstrar, por meio de indicadores e processos avaliativos, sua contribuição efetiva para a melhoria das condições de vida e saúde das populações. As DCN de 2025 reforçam esse entendimento ao exigir que a responsabilidade social esteja explicitamente incorporada nos projetos pedagógicos, nas estratégias de IESC e nos processos de avaliação institucional.

Uma dimensão essencial dessa responsabilidade é a incorporação crítica dos determinantes sociais da saúde, entendidos como os fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais e políticos que estruturam os processos de adoecimento e cuidado. A literatura internacional e nacional, especialmente a partir das contribuições de Dahlgren e Whitehead (1991) e da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (2010), demonstra que as iniquidades em saúde são produzidas por desigualdades estruturais e não podem ser enfrentadas apenas por intervenções clínicas individuais. Nesse sentido, a formação médica orientada pela responsabilidade social exige que o estudante desenvolva competências para compreender e intervir sobre essas determinações, articulando o raciocínio clínico à análise crítica das condições de vida, do território e das políticas públicas, em uma perspectiva de justiça social.

As transformações contemporâneas associadas à transição demográfica e epidemiológica, ao envelhecimento populacional e às mudanças climáticas ampliam ainda mais o escopo da



responsabilidade social da formação médica. As DCN de 2025 reconhecem explicitamente que o perfil de formação deve preparar médicos capazes de lidar com condições crônicas, com a complexidade do cuidado longitudinal e com os impactos sanitários das crises ambientais, cada vez mais evidentes e desigualmente distribuídos. A responsabilidade social, nesse contexto, implica formar profissionais aptos a reconhecer vulnerabilidades e potencialidades socioambientais, a atuar em cenários de risco e a integrar práticas clínicas, ações de promoção da saúde e estratégias de adaptação e mitigação no âmbito do SUS e de outros sistemas públicos de promoção e proteção social.

Outro eixo indissociável da responsabilidade social refere-se à promoção da equidade, da inclusão e do respeito à diversidade. A formação médica socialmente responsável deve reconhecer e enfrentar as iniquidades associadas à raça/cor, etnia, gênero, orientação sexual, espiritualidade, deficiência, pertencimento indígena, quilombola e a outros grupos historicamente marginalizados, articulando-se aos marcos dos direitos humanos e da justiça social. Nessa perspectiva, a interculturalidade emerge como dimensão estratégica, ao propor o diálogo entre diferentes racionalidades, saberes e práticas de cuidado, valorizando conhecimentos tradicionais e comunitários, e promovendo abordagens culturalmente seguras, conforme apontado tanto nas DCN de 2025 quanto nas experiências brasileiras de formação intercultural em saúde (Da Silva, 2025; Hamilton 2009).

Por fim, a responsabilidade social se concretiza na formação do médico como agente social, comprometido com a integralidade do cuidado, o trabalho interprofissional e o fortalecimento do SUS. Isso pressupõe currículos integrados ao território, aprendizagem baseada na comunidade, experiências formativas em serviços públicos e práticas de extensão e pesquisa orientadas por necessidades sociais reais. Instrumentos desenvolvidos no campo da responsabilidade social, como o *Index for Social Accountability Tool* (ISAT 2.0) uma ferramenta de autoavaliação institucional inicialmente desenvolvida em 2017 por um consórcio de especialistas liderado pela Organização Pan-Americana da

Saúde (OPAS) para a Região das Américas. O ISAT foi concebido para que as escolas de saúde possam avaliar seu progresso em direção a uma maior responsabilidade social, sendo testado no Brasil já em 2018 (Social Accountability Health, 2026).

Desde 2021, a ferramenta é mantida e aprimorada pela rede global The Network: Towards Unity for Health (TUFH), que lançou a versão ISAT 2.0 em 2024. Essa ferramenta estrutura a autoavaliação em componentes essenciais — como governança, engajamento de *stakeholders*, currículo, pesquisa e impacto social — e em quatro fases de desenvolvimento, permitindo que as instituições identifiquem seus pontos fortes e áreas de melhoria de forma construtiva.

No Brasil, a discussão sobre a aplicação do ISAT ganha força ao se conectar com as próprias Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que já fornecem uma base para a responsabilidade social. A estratégia de articular os indicadores do ISAT com as DCN é vista como um caminho promissor para facilitar a transformação e a inovação nas escolas médicas, como apontado por Dantas de Azevedo e Menezes da Silva (2023). A aplicação desses princípios é exemplificada por instituições pioneiras como a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a primeira a ser certificada pelo ISAT no país, e pelo Centro de Excelência da TUFH na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que atua como um polo para a educação transformadora, pesquisa e desenvolvimento de políticas públicas alinhadas às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e com foco em equidade, interprofissionalidade e justiça social.

Assim compreendida, a responsabilidade social deixa de ser um atributo acessório e se afirma como eixo estruturante da formação médica contemporânea, articulando excelência técnica, compromisso ético-político e responsabilidade com a saúde da população brasileira.

Síntese do Capítulo 4. RESPONSABILIDADE SOCIAL

A responsabilidade social na formação médica, conforme as DCN de 2025 e o Projeto REVER da Abem, é um princípio central que redefine as escolas médicas como instituições de interesse público, alinhando ensino, pesquisa e extensão às necessidades de saúde da população, particularmente em relação às desigualdades sociais. Esse conceito, fundamentado no Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, promove um compromisso institucional que busca integrar a formação de profissionais à construção coletiva da sociedade, dialogando com comunidades e gestores de saúde. A formação deve abordar os determinantes sociais da saúde e as iniquidades estruturais, preparando médicos para atuar em cenários complexos e contextualizados, e reconhecendo a importância da equidade e da diversidade. Além disso, a responsabilidade social exige que os currículos sejam adaptados às realidades locais, promovendo práticas de cuidado interprofissionais e experiências formativas em serviços de saúde, com ênfase no SUS. Ferramentas como o ISAT (Indicators for Social Accountability Tool), desenvolvida pela OPAS e hoje sob a chancela da rede TUFH, oferecem um caminho estruturado para que as instituições avaliem e fortaleçam seu impacto social. No Brasil, a articulação entre os indicadores do ISAT e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) é uma estratégia promissora, com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) sendo a primeira instituição certificada pela ferramenta e o Centro de Excelência da TUFH na UFPE atuando como um polo de referência para a formação alinhada às demandas do SUS.

CAPÍTULO 5. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E SAÚDE DIGITAL

Na reflexão crítica sobre o papel das tecnologias no campo da saúde, especialmente no contexto do SUS, destaca-se a compreensão de que a tecnologia não se limita a equipamentos, dispositivos ou sistemas, mas envolve modos de organizar o trabalho, produzir cuidado e responder às necessidades sociais de saúde. As tecnologias adquirem sentido no interior de projetos éticos, políticos e institucionais, sendo indissociáveis das relações estabelecidas entre

profissionais, usuários e serviços. Nesse marco, sua incorporação deve estar orientada pela ampliação do acesso, pela equidade e pela centralidade do cuidado, evitando a redução do trabalho em saúde a procedimentos técnicos ou a sua subordinação a lógicas estritamente mercadológicas (Almeida-Filho, 2018).

A inovação, enquanto conceito estruturante, refere-se à introdução intencional de ideias, processos, tecnologias ou arranjos organizacionais capazes de produzir valor social e transformar práticas, indo além da mera novidade. No campo da saúde, inovar implica incorporar soluções que ampliem o acesso, qualifiquem o cuidado, aumentem a segurança do paciente e promovam o uso racional dos recursos, sempre orientadas por critérios de equidade, sustentabilidade e responsabilidade ética.

Na formação dos profissionais de saúde, a inovação se expressa na reconfiguração de currículos, processos pedagógicos e cenários de prática, de modo a alinhar o projeto formativo às necessidades sociais de saúde, às transformações dos sistemas de cuidado e do mundo do trabalho, preservando a centralidade da pessoa, da escuta qualificada e do compromisso social. Nesse contexto, a tecnologia e a saúde digital constituem expressões contemporâneas da inovação, devendo ser incorporadas criticamente à formação médica como meios para qualificar o raciocínio clínico, mitigar cargas burocráticas e fortalecer o cuidado centrado na pessoa, sem substituir a escuta, a reflexão, o julgamento profissional, o uso criterioso da publicidade médica, a responsabilidade ética e a decisão compartilhada.

A incorporação de tecnologias na formação médica deve ser compreendida, primordialmente, como um meio para qualificar o cuidado e reorganizar o trabalho em saúde, e não como um fim em si mesma. No contexto das DCN de 2025, a tecnologia assume um papel estruturante ao possibilitar a mitigação de cargas mecânicas, repetitivas e burocráticas que historicamente sobrecarregam o exercício profissional, liberando tempo, energia cognitiva e disponibilidade emocional para aquilo que constitui o núcleo insubstituível da prática médica: o cuidado centrado na

pessoa, a escuta qualificada, a empatia e a construção do vínculo terapêutico.

Essa perspectiva desloca a tecnologia de uma lógica instrumental ou tecnicista para uma abordagem humanizadora, na qual recursos digitais, sistemas de informação, dispositivos conectados e ferramentas de apoio à decisão ampliam a capacidade clínica e organizacional do médico.

As DCN de 2025 incorporam explicitamente esse entendimento ao afirmar que o uso de tecnologias digitais - inteligência artificial (IA), telemedicina, procedimentos minimamente invasivos, algoritmos de aprendizado de máquina, análise de dados em larga escala (*big data*) e redes neurais artificiais - deve estar subordinado aos princípios de integralidade do cuidado, equidade, segurança do paciente, sustentabilidade do sistema de saúde e proteção de dados pessoais, em consonância com os marcos éticos, legais e regulatórios vigentes.

Saúde digital constitui um campo abrangente que engloba o uso de tecnologias digitais para apoiar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, gestão, educação e pesquisa em saúde. Inclui sistemas de informação em saúde, prontuários eletrônicos, plataformas de telessaúde, dispositivos vestíveis, aplicações móveis, ferramentas de análise de dados e soluções baseadas em inteligência artificial.

No contexto brasileiro, é importante distinguir, sem fragmentar (CFM, 2022):

- **Telessaúde**, como conjunto amplo de ações assistenciais, educacionais e de apoio à gestão mediadas por tecnologias digitais, historicamente articuladas ao SUS;
- **Telemedicina**, entendida como o exercício da Medicina mediado por tecnologias digitais de informação e comunicação para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção e promoção em saúde, conforme regulamentação profissional;
- **Teleconsulta**, como modalidade específica de atendimento clínico a distância, que exige critérios técnicos, éticos, comunicacionais e de segurança.

A formação médica deve permitir que o estudante compreenda essas distinções, seus campos de aplicação, limites e responsabilidades, evitando tanto a rejeição acrítica quanto a adoção indiscriminada de tecnologias.

Como conceito estruturante, a saúde digital deve estar integrada desde os momentos iniciais da formação, articulando-se à propedêutica médica clássica e ao desenvolvimento do raciocínio clínico. Essa integração não implica substituição dos métodos estabelecidos, mas sua ampliação crítica.

No ensino dos sinais vitais, por exemplo, o aprendizado da aferição da pressão arterial inicia-se com o domínio da técnica manual, utilizando esfigmomanômetro e método auscultatório, permitindo ao estudante compreender os fundamentos fisiopatológicos do fenômeno medido, reconhecer erros técnicos e desenvolver habilidades clínicas básicas. A incorporação de dispositivos digitais automáticos e de tecnologias vestíveis e conectadas (Internet das Coisas em Saúde), como relógios e anéis inteligentes, amplia esse aprendizado ao possibilitar: comparação entre medidas pontuais e monitoramento contínuo; análise da variabilidade pressórica ao longo do tempo; discussão sobre acurácia, validação clínica, sensibilidade e especificidade dos dispositivos; compreensão dos limites entre tecnologias de uso clínico e aquelas voltadas ao bem-estar.

Essa abordagem favorece a compreensão de que a integração de múltiplas fontes de dados, quando interpretada à luz do contexto clínico e da escuta do paciente, pode aumentar a precisão diagnóstica e qualificar a condução terapêutica, sem substituir o julgamento clínico e a responsabilidade profissional.

Ferramentas baseadas em inteligência artificial, aprendizado de máquina, redes neurais e análise de grandes volumes de dados têm sido progressivamente incorporadas ao diagnóstico, à estratificação de risco, à organização do cuidado e ao planejamento em saúde. Como conceito estruturante, essas tecnologias devem ser abordadas na formação médica de forma crítica, ética e contextualizada.

O estudante deve ser preparado para compreender que sistemas algorítmicos não são neutros; podem reproduzir vieses sociais, raciais, de gênero ou territoriais presentes nos dados de origem; não substituem a responsabilidade clínica nem o dever de justificar decisões.

O uso intensivo de tecnologias digitais amplia significativamente o volume, a circulação e a sensibilidade dos dados envolvidos no cuidado em saúde. Dados de saúde são classificados como dados pessoais sensíveis, exigindo tratamento responsável, seguro e ético.

Como conceito estruturante da formação médica, a saúde digital deve incorporar a compreensão dos princípios da proteção de dados, da confidencialidade e da segurança da informação, conforme estabelecido pela legislação vigente, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (BRASIL, 2018).

Isso implica formar médicos capazes de: compreender responsabilidades legais e éticas no tratamento de informações; adotar boas práticas no uso de prontuários eletrônicos, plataformas digitais e aplicativos; reconhecer riscos associados ao compartilhamento inadequado de dados; preservar a confiança como elemento central da relação terapêutica.

Por fim, a incorporação de tecnologias deve ser analisada à luz de seus impactos sociais, organizacionais e econômicos. Soluções tecnológicas podem ampliar acesso e qualificar o cuidado, mas também podem aprofundar desigualdades, excluir populações com menor letramento digital ou impor custos insustentáveis ao sistema.

As DCN de 2025 orientam que o uso de tecnologias esteja articulado ao uso racional de recursos, à sustentabilidade do SUS e à avaliação crítica de custo-efetividade e impacto social. Formar médicos para o século XXI implica capacitá-los a compreender a tecnologia como parte de um sistema complexo, no qual decisões clínicas, organizacionais e tecnológicas produzem efeitos sobre pessoas, comunidades e políticas públicas.

Quadro 3 - Síntese dos Artigos relacionados à Tecnologia, Inovação e Saúde Digital e sua correlação com as DCN de 2025.

Dimensão	Artigos e incisos (DCN de 2025)	Competências relacionadas	Exemplos de aplicação formativa
Uso crítico de tecnologias no cuidado	Art. 8º, III, VII, X, XXI	Raciocínio clínico baseado em evidências, segurança do paciente	Integração de tecnologias ao exame clínico e à tomada de decisão
Telemedicina e Telessaúde	Art. 8º, VI, VIII, XII	Comunicação clínica, ampliação do acesso, coordenação do cuidado	Teleconsultas supervisionadas, telemonitoramento, teleconsultoria
Inteligência Artificial e Big Data	Art. 8º, VII, XXV	Avaliação crítica de algoritmos, custo-efetividade, decisão responsável	Leitura crítica de sistemas de apoio à decisão e estratificação de risco
Tecnologia e equidade	Art. 4º, Art. 8º, XI	Cuidado inclusivo, redução de desigualdades	Discussão sobre exclusão digital e acessibilidade tecnológica
Gestão, sustentabilidade e inovação	Art. 8º, IX, XVIII	Uso racional de recursos, liderança colaborativa	Uso de indicadores assistenciais e apoio tecnológico à gestão
Proteção de dados e confidencialidade	Art. 8º, VIII, XXVI, XXVII	Ética profissional, responsabilidade legal	Boas práticas de prontuário eletrônico e LGPD aplicada
Formação ao longo da vida	Art. 8º, XIII, XIX	Educação permanente e atualização profissional	Aprendizado contínuo em tecnologias emergentes

Síntese do Capítulo 5. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E SAÚDE DIGITAL

A reflexão crítica sobre a tecnologia na saúde, especialmente no contexto do SUS, a concebe não apenas como dispositivos materiais, mas como modos organizativos de produzir cuidado, essenciais para a equidade e o acesso, distanciando-se de lógicas mercadológicas. A inovação, nesse âmbito, representa uma transformação estruturante na produção de valor social, sendo incorporada na formação profissional através da reconfiguração de currículos e práticas que integram o uso crítico de tecnologias digitais à escuta qualificada e ao compromisso social.

SEÇÃO

II

**ÁREAS DE
COMPETÊNCIAS**

Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos.

Paulo Freire

Em seu Capítulo III, Das Competências do Graduado, as DCN de 2025 trazem sete artigos (5º ao 11º). O Art. 6º aborda a formação médica baseada em competências que possibilitem ao egresso atuar de forma crítica, ética com ênfase nas seguintes áreas: I. Atenção à Saúde; II. Gestão em Saúde; e III. Educação em Saúde (Brasil, 2025).

É apresentado a seguir um detalhamento de conceitos relacionados às competências pertencentes a cada uma dessas três grandes áreas. Esses conceitos exploram o conjunto de objetos, temas e debates que devem orientar a construção dos PPC, respeitando-se as especificidades de cada local, como competências a serem desenvolvidas pelo egresso.

Figura 4 - Síntese das três grandes áreas de competências definidas pela DCN de 2025



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

CAPÍTULO 6. GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em saúde é um eixo estruturante da formação, pois opera como dispositivo de IESC e controle social, ancorando o processo educativo na realidade organizacional e político-institucional do SUS. Ao orientar políticas e práticas formativas alinhadas às necessidades sociais de saúde, a gestão reduz a dissociação entre escola e rede assistencial e qualifica o percurso do estudante pela inserção em processos reais de organização do trabalho, governança, tomada de decisão, pactuação e responsabilidade social. Nesse arranjo, ensinar e aprender passam a ocorrer no cotidiano do sistema, fortalecendo a educação permanente em saúde, a integralidade do cuidado e a participação social (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

É apresentada a seguir uma distribuição das competências mais diretamente ligadas à área da Gestão em Saúde propostas no capítulo III das DCN de 2025. Importante lembrar que não há uma rigidez nesta classificação, podendo ser reclassificada conforme a leitura e utilização das DCN em cada escola médica. Trata-se apenas de uma escolha, cuja intencionalidade é facilitar colocarmos em prática o que está proposto nos PPC, orientados pelas DCN de 2025, valorizando-se assim as estratégias didáticas, os processos avaliativos e os ambientes de práticas, ou seja, as oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento dessas competências.

Quadro 4 - Lista de artigos e incisos que se relacionam com a área de Gestão em Saúde

Art. 5º	Integrar saberes/ agente de transformação social e enfrentamento dos desafios
Art. 7º	Articular saberes de modo interdisciplinar/qualidade e a segurança do cuidado prestado às pessoas e comunidade
Art. 8º	Ao concluir o Curso de Graduação em Medicina, o egresso deverá demonstrar as seguintes competências (...)

V	Responsabilidade social + atuação conforme leis/normas/deontologia
VI	Atuação nos níveis de atenção; APS coordenadora; redes de atenção
VII	Promover inovações tecnológicas relacionadas à assistência e à gestão em saúde, como Inteligência Artificial - IA, telemedicina, algoritmos de aprendizado de máquina, e Big Data.
VIII	Garantia de acessibilidade/ foco na otimização do cuidado, na integralidade e na ampliação do acesso
IX	Exercer liderança colaborativa em ambientes interprofissionais, incorporando práticas de coordenação de processos, tomada de decisão baseada em evidências, uso de dados e tecnologias emergentes.
XI	Promoção de equidade, inclusão e justiça social, com especial atenção às necessidades de grupos minoritários
XVI	Exercer compreensão crítica das dinâmicas do mercado de trabalho e das políticas públicas de saúde, e contribuir para a formulação, implementação e avaliação de políticas que promovam a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do SUS e do sistema suplementar.
XV	Determinantes sociais/clima; ações intersetoriais; sustentabilidade
XVI	Mercado de trabalho e políticas públicas; formulação/avaliação
XVIII	Compreender os princípios da gestão em saúde e a necessidade do uso racional dos recursos, priorizando a sustentabilidade do SUS, tomando decisões clínicas e organizacionais que considerem as evidências e as limitações operacionais.
XXII	Trabalho em equipe interprofissional para cuidado integral/seguro
XXIV	Compromisso com SUS e marcos; notificar/registrar/comunicar agravos, etc
XXV	Orientar-se pela avaliação crítica de tecnologias, intervenções e condutas clínicas com base em critérios de custo-efetividade, impacto social, benefícios clínicos e sustentabilidade do sistema de saúde.
XXVI	Assegurar a garantia da proteção de dados pessoais (LGPD), zelando pela segurança, confidencialidade, integridade e uso responsável das informações pessoais e sensíveis.

XXVII	Prontuário/registro/laudos para continuidade e qualidade do cuidado
Art. 9º	Compreensão crítica dos determinantes sociais da saúde, do direito à saúde e dos princípios do SUS, que devem orientar a conduta profissional
Art. 10º	Adoção de tecnologias observando a viabilidade técnico-operacional, princípios da sustentabilidade, equidade no acesso e racionalidade na utilização dos recursos disponíveis no sistema de saúde/ utilização de tecnologia de forma ética, buscando equidade do acesso e respeito aos marcos legais e regulatórios

Buscando facilitar o entendimento de como desenvolver as atividades nas escolas médicas, apresenta-se a seguir alguns conceitos considerados essenciais a partir de opções teóricas adotadas pelo grupo do Projeto REVER. Essas escolhas refletem um referencial que orientou a construção do projeto, sem caráter prescritivo, reconhecendo que cada escola médica pode, legitimamente, adotar outros referenciais teóricos e conceituais, de acordo com seu contexto, PPC e diretrizes institucionais.

ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO

Conjunto de funções técnicas e operacionais, compreendendo o planejamento operacional, a organização de processos, a gestão das equipes de trabalho, com controle dos resultados e uso eficiente de recursos humanos, físicos e financeiros. Busca garantir o funcionamento cotidiano dos serviços e sistemas de saúde. São essenciais para a organização dos ambientes de trabalho, a gestão de demanda, agendas, fluxos e filas, o dimensionamento de pessoal, o controle de custos e insumos e o monitoramento de indicadores. Desta forma, trata-se da capacidade de planejar, organizar, operar, controlar e avaliar serviços, garantindo que a rede funcione de forma eficiente, segura e sustentável e seus efeitos no sistema (Shortell; Kalunzy, 2006; Campos, 2007; Guizardi; Cavalcanti, 2020).

GOVERNANÇA EM SAÚDE

Envolve estruturas, processos, regulamentação, responsabilização (*accountability*), equidade e gestão para garantir que sistemas de saúde funcionem de modo adequado. Para tal, gerencia as relações entre todos os envolvidos na saúde, incluindo agências governamentais, profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, pessoas e comunidades, organizações da sociedade civil e entidades do setor privado a partir da compreensão da análise de contextos. Enquanto a governança se situa no nível estratégico, a administração e o gerenciamento em saúde estão mais ligados ao operacional e tático da organização dos serviços (WHO, 2024)

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Processo sistemático de análise da situação de saúde, definição de diretrizes, objetivos, metas e ações, orientado pelas necessidades da população e pela organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). No SUS, esse planejamento é interfederativo, ascendente, integrado e participativo, articulando União, estados e municípios para garantir acesso, equidade, integralidade e eficiência na aplicação dos recursos, promovendo assim governança e corresponsabilidade social no âmbito do SUS (Brasil, 2016).

GESTÃO DA CLÍNICA (ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS)

Refere-se à forma como se organizam as unidades de atenção, equipes, fluxos de cuidado, regulação de casos e recursos técnicos e humanos. Inclui mecanismos como: protocolos de cuidado, classificação de risco, gestão de casos, linhas de cuidado, entre outros, concentrando-se na interface com o usuário, no cuidado individual/familiar, buscando qualidade e eficiência da prática clínica.

GESTÃO EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Refere-se à coordenação, integração e articulação dos múltiplos serviços de um território, constituindo uma rede organizada que permita a continuidade, a integralidade e a equidade no cuidado. Abrange a atenção primária, atenção especializada, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas logísticos (transporte, regulação, informação, prontuário), governança da rede e pactuação interfederativa (Campos, 2007; Mendes, 2011).

Estes dois conceitos, apesar de distintos, são relacionados. A gestão da clínica/organização do serviço incide sobre o funcionamento da unidade de saúde, enquanto a gestão de redes refere-se às relações das unidades. Em termos operacionais, uma boa rede depende de unidades bem organizadas (gestão da clínica), e essas unidades dependem de governança, articulação e integração típicas da gestão de redes — ou seja, ambos são complementares e necessários para a integralidade do cuidado (Brasil, 2009; Ouverney; Noronha, 2013; Oliveira, 2016).

AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE (MONITORAMENTO/QUALIDADE)

É um processo sistemático que examina a efetividade, eficiência, equidade e impacto, reconhecendo que sistemas de saúde são complexos, dinâmicos e não lineares. Por isso, requer abordagem sistêmica e modelagem para antecipar efeitos, tensões e pontos críticos, verificando, ao longo do tempo, o alcance dos objetivos e os resultados produzidos (Emami *et al.*, 2023). Implica identificar componentes-chave — população, serviços, financiamento e governança — e analisar suas interações, conferindo a coerência entre objetivos, processos, recursos e efeitos, considerando ciclos de retroalimentação. O monitoramento, como eixo da gestão, acompanha continuamente indicadores nessas dimensões, detecta variações e padrões, sinaliza problemas e subsidia decisões em contextos instáveis, inclusive para antecipar crises

(Emami *et al.*, 2023). A qualidade expressa o desempenho do sistema e dos serviços quanto à efetividade, segurança, acesso, eficiência e satisfação do usuário, sempre com visão de impactos em cadeia (Emami *et al.*, 2023).

USO RACIONAL DE RECURSOS NA PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE DO SUS

O uso racional de recursos deve orientar a tomada de decisão para além da lógica econômico-contábil, articulando eficiência, equidade e proteção financeira. Para Emami *et al.* (2023), a racionalidade se expressa na redução do gasto direto do paciente, na alocação coerente com necessidades epidemiológicas e em modelos de pagamento que desestimulem desperdícios. Nessa visão, o financiamento sustentável depende de escolhas na arrecadação, alocação e compra que fortaleçam níveis mais resolutivos e ampliem o valor entregue pelos serviços (Emami *et al.*, 2023).

O manual da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) enfatiza que sustentabilidade também é resiliência sistêmica: manter serviços essenciais com os mesmos recursos (absorção), reorganizar-se quando os recursos diminuem (adaptação) e redesenhar estruturas e processos quando necessário (transformação). Isso implica proteger populações vulneráveis, integrar cuidados, adotar tecnologias eficientes e monitorar indicadores de gasto, cobertura e proteção financeira (OCDE, 2024).

Em conjunto, ambas as abordagens convergem ao afirmar que decisões racionais, baseadas em evidências e necessidades da população, são o elo entre estabilidade financeira, eficiência operacional e capacidade de garantir cuidado com equidade no cotidiano e em crises (Emami *et al.*, 2023; OCDE, 2024).

INTERSETORIALIDADE (AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE, AÇÕES INTERSETORIAIS)

É a capacidade de articular saberes, políticas e setores para produzir respostas conjuntas às necessidades de saúde, muito relevante para ações comuns, compartilhadas e corresponsáveis no território, rompendo com a lógica fragmentada. Para a formação médica, ela é essencial por desenvolver visão ampliada do cuidado, capacidade de trabalhar em rede e compreensão da saúde como fenômeno complexo.

Para a população, garante ações mais integrais, equitativas e resolutivas, enfrentando determinantes sociais e qualificando o cuidado no território. Implica criar mecanismos de cogestão, espaços coletivos de decisão e práticas integradas capazes de responder a problemas complexos, que não cabem exclusivamente ao setor saúde. Sua importância se deve ao fato de a saúde ser uma produção social, atravessada por determinantes biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, culturais e ambientais.

A intersetorialidade exige que médicos compreendam que o cuidado não se dá apenas no atendimento na unidade de saúde, mas em articulação com escolas, assistência social, equipamentos comunitários, políticas ambientais, habitação e trabalho. Isso implica construir projetos terapêuticos que considerem as redes, dinâmicas e estruturas sociais e institucionais do território. Além de fomentar o trabalho na transversalidade, a comunicação ampliada, o pacto de responsabilidades e a integração de saberes e diálogos com outros setores, construindo respostas compartilhadas (Brasil, 2009).

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Trata da inserção ativa da comunidade na formulação, execução e avaliação das políticas e ações educativas em saúde (Brasil, 1990). Segundo a OMS, participação social é o envolvimento sistemático, significativo, estruturado, orientado por transparência

e contínuo de cidadãos, comunidades e organizações da sociedade civil na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde (WHO, 2024). Trata-se de uma prática de governança, não de consulta simbólica, e deve permitir que diferentes grupos influenciem de forma real as decisões, fortalecendo legitimidade e responsabilização (*accountability*), equidade e qualidade das políticas (WHO, 2024).

Entre as recomendações da OMS (2024) aos países destacamos: a institucionalização das estruturas participativas (conselhos, fóruns, deliberações públicas); a garantia da inclusão (especialmente de grupos marginalizados), a capacitação técnica e apoio para que cidadãos possam participar, a retroalimentação (informando como contribuições influenciaram decisões) e a promoção da transparência e ambientes seguros, fundamentais para a responsabilidade social.

LIDERANÇA COLABORATIVA

É a capacidade de mobilizar pessoas, equipes e instituições por meio da cooperação, diálogo, corresponsabilidade e construção coletiva de decisões, superando modelos hierárquicos rígidos. A corresponsabilidade é de todos os integrantes da equipe — incluindo as pessoas que recebem cuidado e seus parceiros de cuidado.

Não se trata de um papel hierárquico, mas de um processo dinâmico, no qual diferentes membros assumem a liderança conforme suas competências, o contexto e as necessidades da situação. Segundo o documento da *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2024), a liderança colaborativa exige valorização do conhecimento, das habilidades e das perspectivas de todos, reconhecendo que equipes eficazes dependem de relações interdependentes.

Líderes colaborativos estimulam processos de decisão compartilhada, promovem um ambiente seguro e respeitoso, sustentam uma cultura de apoio ao bem-estar físico e mental



dos membros da equipe e garantem que a prática esteja alinhada a princípios de equidade, inclusão e acesso (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2024). Desta forma, a liderança colaborativa implica em reconhecer que os resultados pertencem à equipe e às pessoas envolvidas no cuidado, promovendo uma cultura colaborativa, que valorize a contribuição de todos, incentive inovação, proteja o bem-estar emocional do grupo.

Desenvolver continuamente competências de liderança representa entender que liderar é também apoiar, escutar e integrar perspectivas diversas. Assim, o CIHC desloca a liderança de uma lógica centrada em autoridade para um modelo ético-relacional, que sustenta equipes resilientes, ambientes mais seguros e práticas alinhadas ao propósito comum de produzir cuidado centrado em relações e decisões compartilhadas.

Como forma de facilitar as reflexões pela comunidade acadêmica nas escolas médicas, apresenta-se um exercício de relacionar esses conceitos com os Artigos das DCN de 2025. Essa classificação assume sobreposições intencionais entre os conceitos, coerentes com a lógica sistêmica das DCN de 2025. Ela pode ser reorganizada por cada escola médica, conforme seu PPC, contextos locais e opções teóricas, mantendo fidelidade ao texto normativo da Resolução CNE/CES nº 3/2025.

Quadro 5 - Artigos e incisos das DCN de 2025 com intersecção de conceitos relacionados à Gestão em Saúde para identificar a aplicação destes conceitos

Conceito	Artigos e incisos – intersecção com conceitos
Administração e gerenciamento	Art. 8º: VI, VII, VIII, IX, XI, XIV, XXIV, XXVI; Art. 9º; Art. 10º
Governança em saúde	Art. 7º; Art. 8º: VI, IX, XI, XVI; Art. 9º
Planejamento em saúde	Art. 8º: V, VI, VII, VIII, IX, XI, XIV, XVI, XVIII, XXIV; Art. 9º; Art. 10º
Gestão da clínica (organização dos serviços)	Art. 7º; Art. 8º: VIII, IX, XI, XIV, XVIII, XXII, XXVI, XXVII; Art. 9º; Art. 10º
Gestão em redes de atenção à saúde (RAS)	Art. 8º: VI, VII, XI, XIV, XVI, XXII, XXIV; Art. 9º
Avaliação de políticas de saúde	Art. 7º; Art. 8º: VI, VII, VIII, IX, XIV, XVI, XVIII; Art. 9º; Art. 10º
Uso racional de recursos e sustentabilidade do SUS	Art. 8º: VI, VII, IX, XI, XIV, XVIII, XXV; Art. 10º
Intersetorialidade	Art. 8º: V, VII, XI, XIV, XVI, XXIV; Art. 9º; Art. 10º
Participação social	Art. 8º: V, VI, IX, XI
Liderança colaborativa	Art. 5º; Art. 8º: IX, XII

Síntese do Capítulo 6. GESTÃO EM SAÚDE

A gestão em saúde, fundamentada no "Quadrilátero da Formação" (Ceccim & Feuerwerker, 2004), constitui um eixo estruturante na formação médica ao conectar o ensino à realidade do SUS e ao controle social, ancorando o aprendizado na vivência cotidiana de redes assistenciais, pactuação e tomada de decisão. Alinhada às DCN de 2025, essa abordagem propõe competências de administração e gerenciamento — como planejamento, organização de processos e gestão de equipes — que, de forma flexível e adaptável aos Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC), visam reduzir a dissociação entre escola e rede de saúde, qualificando o estudante com um entendimento prático sobre governança e responsabilidade social no cotidiano do sistema.

CAPÍTULO 7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde e no trabalho é fundamental para ampliar a autonomia do profissional e do paciente, pois promove reflexão crítica, construção compartilhada do conhecimento e capacidade de tomada de decisão informada, sempre sustentada pelas evidências científicas. Para os profissionais, a educação permanente fortalece o protagonismo no processo de trabalho, permitindo transformar práticas e desenvolver soluções contextualizadas (Ceccim; Feuerwerker, 2004). Para os pacientes, a educação em saúde aumenta a autonomia no cuidado, favorecendo escolhas conscientes e participação ativa nas decisões em saúde (Falkenberg *et al.*, 2014). Assim, educação e autonomia tornam-se dimensões indissociáveis para qualificar o cuidado e fortalecer o SUS (Brasil, 2004).

É apresentada a seguir uma distribuição das competências propostas nas DCN, que após uma análise entendemos estarem mais diretamente ligadas à área da Educação em Saúde, mantendo os mesmos princípios orientadores dessa abordagem em Gestão em Saúde.

Quadro 6 - Apresenta artigo e incisos das DCN de 2025 com conceitos relacionados à Educação em Saúde

Art. 8º	Ao concluir o Curso de Graduação em Medicina, o egresso deverá demonstrar as seguintes competências (...)
I	Promover junto à comunidade ações de promoção e prevenção
II	Promover promoção e prevenção
VIII	Proficiência em uma língua estrangeira/familiaridade com tecnologias de informação e comunicação, com foco na otimização do cuidado, integralidade e ampliação do acesso
IX	Vincular-se ao eixo da educação, ao promover a construção coletiva do conhecimento, e ao eixo da pesquisa, ao estimular a análise crítica e o aprimoramento contínuo dos modelos de atenção.
XII	Exercitar comunicação e capacidade de trabalho em equipe
XIII	Participar de processos de educação permanente e continuada, mantendo-se atualizado ao longo de toda a vida, com base na reflexão crítica da própria prática e na incorporação de evidências científicas.
XXVII	Autocuidado e bem-estar para prática sustentável
XIX	Dispor-se a atuar em processos educacionais interprofissionais, dialógicos e socialmente referenciados, assumindo corresponsabilidade pela própria formação e pela formação de outros estudantes, profissionais, equipes de saúde e da comunidade.

De forma semelhante ao que foi exposto no tópico Gestão em Saúde e mantendo os mesmos princípios, apresentamos a seguir alguns conceitos considerados essenciais para Educação em Saúde, a partir de opções teóricas adotadas pelo grupo do Projeto REVER.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A discussão sobre educação em saúde e educação na saúde é central para a Saúde Coletiva porque sustenta, teoricamente e



na prática, modos distintos de produzir cuidado, formar sujeitos e transformar serviços. Falkenberg *et al.* (2014) enfatizam que a educação em saúde é um processo educativo contínuo voltado à autonomia das pessoas e comunidades, buscando o autocuidado, a prevenção de doenças e promoção da saúde. Essa educação pode assumir formas historicamente distintas — da educação sanitária verticalizada até a educação popular em saúde, que valoriza saberes prévios, diálogo e emancipação (Falkenberg *et al.*, 2014).

Já a educação na saúde (ou no âmbito do trabalho) refere-se à formação dos profissionais, incluindo educação continuada e educação permanente (Falkenberg *et al.*, 2014). Assim, embora diferentes, ambas se complementam: a primeira transforma relações com usuários e territórios; a segunda qualifica práticas profissionais e modelos de atenção, sustentando a construção do SUS. As duas são apresentadas nas DCN de 2025, como importantes competências a serem desenvolvidas pelos graduados.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

A educação continuada e a educação permanente em saúde (EPS) constituem abordagens distintas para o desenvolvimento profissional em saúde. A educação continuada tem origem no movimento internacional de educação de adultos no pós-Segunda Guerra Mundial, pela necessidade de atualização profissional constante para atender às demandas produtivas. Seu marco formativo está associado a práticas de capacitação formal, cursos seriados e processos de transmissão de conhecimento técnico-científico, entendidos como atualização sequencial e acumulativa (Brasil, 2004). No campo internacional, destaca-se a consolidação desses princípios na educação de adultos norte-americana liderada por Knowles (Knowles, 1970).

Em contraste, a EPS tem raízes crítico-pedagógicas e surge na década de 1980 na América Latina, sendo impulsionada pela

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No Brasil, ganha arcabouço institucional com a Portaria nº 198/2004 e com a Portaria nº 1.996/2007, que a definem como política pública voltada à aprendizagem no trabalho, orientada pela problematização dos processos de trabalho e pelas necessidades reais dos serviços (Brasil, 2004; 2007). A EPS propõe uma concepção de formação transformadora, vinculada à gestão, ao cuidado e à participação social. As DCN de 2025 enfatizam a estratégia da EPS, como prioritária.

As diferenças centrais entre os modelos incluem: a educação continuada foca a atualização técnica e a transmissão de conteúdos; e a EPS foca a transformação das práticas, a aprendizagem significativa, o protagonismo das equipes, a mudança organizacional e a articulação ensino-serviço, para tal pressupõe a existência de espaços protegidos de diálogo de onde possa advir o movimento educacional

Assim, as características da EPS incluem: espaços protegidos de diálogo, integração com o cotidiano do trabalho; potencial de resolução de problemas; fortalecimento da gestão e do trabalho em equipe; estímulo à autonomia crítica; e aderência às necessidades dos territórios, indo além da lógica de cursos e treinamentos pontuais.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA

É o processo em que estudantes ou profissionais de duas ou mais áreas aprendem com, sobre e entre si, para desenvolver práticas colaborativas e qualificar o cuidado. Seus marcos históricos se consolidam nas décadas de 1970–1980, quando sistemas de saúde reconheceram que a fragmentação do cuidado compromete a segurança, qualidade e eficiência. A partir dos anos 2000, organismos internacionais como a OMS, o CIHC e centros

acadêmicos no Canadá, Reino Unido e EUA passaram a estruturá-la como eixo curricular essencial (Reeves *et al*, 2010; WHO, 2010; Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2024).

No CIHC (2024), a colaboração interprofissional é estruturada em seis competências: (1) Relação-Focada no Cuidado/Serviços: vínculos intencionais, participação ativa das pessoas e comunicação compreensível, com respeito à diversidade e promoção de confiança; (2) Comunicação em Equipe: estratégias claras, escuta ativa, linguagem acessível e uso ético de tecnologias para fluxos seguros de informação; (3) Clareza e Negociação de Papéis: explicitação de responsabilidades, reconhecimento dos saberes de cada membro — incluindo a pessoa atendida — e adaptação flexível ao contexto; (4) Funcionamento da Equipe: trabalho interdependente, propósito comum, tomada de decisão compartilhada e avaliação contínua dos processos; (5) Processamento de Diferenças e Desacordos: reconhecimento de divergências como parte do trabalho e manejo seguro e estruturado de conflitos; (6) Liderança Colaborativa: liderança como responsabilidade distribuída, favorecendo participação, inovação e bem-estar coletivo.

Nesse enquadramento, o trabalho interprofissional é a atuação integrada entre diferentes profissões, a pessoa e seus cuidadores para co-produzir cuidado seguro, equitativo e de alta qualidade. Não se reduz à justaposição de categorias: exige coordenação, corresponsabilidade e reflexão permanente sobre resultados, valorizando diferenças como oportunidade de aprendizagem e melhoria contínua

MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (MBE)

Emerge como um marco histórico fundamental na qualificação da prática médica, ao articular ciência, experiência clínica e valores do paciente, promovendo integração entre

evidências científicas, expertise profissional e preferências individuais (Sackett *et al.*, 1996), tornando-se eixo estruturante no ensino médico contemporâneo e na reorganização dos currículos de saúde (DCN de 2025).

Seus pilares foram consolidados no século XX, especialmente com Archibald Cochrane (Cochrane, 1972), que defendeu o uso sistemático de evidências científicas em decisões clínicas, e Sackett *et al.*, 1996, responsáveis por difundir metodologias de avaliação crítica e ensino aplicadas ao cuidado. A importância da MBE reside na capacidade de suportar a tomada de decisão do médico com informações válidas, relevantes e aplicáveis, reduzindo incertezas, ampliando a efetividade das intervenções e fortalecendo a segurança do paciente (Faria; Oliveira-Lima; Almeida-Filho, 2021).

De forma semelhante à Gestão em Saúde, com objetivo de facilitar as reflexões apresenta-se um exercício de relacionar os conceitos de Educação em Saúde com os Artigos das DCN de 2025.

Quadro 7 - Artigos e incisos das DCN de 2025 com intersecção de conceitos relacionados à Educação em Saúde

Conceito	Artigos e incisos – intersecção com conceitos
Educação em saúde e educação na saúde	Art. 8º: I, II, IX, XVII, XIX
Educação permanente em saúde e educação continuada	Art. 8º: XIII, XIX
Educação interprofissional (EIP)	Art. 8º: IX, XII, XIX
Medicina baseada em evidências (MBE)	Art. 8º: XIII, XXV

No contexto das DCN de 2025, a educação em saúde ganha maior potência quando compreendida como prática territorializada, longitudinal e socialmente referenciada. Isso significa que ela deve ser construída a partir das necessidades reais da comunidade, em diálogo com os serviços, com o território e com os diferentes sujeitos envolvidos no cuidado, articulando ensino, pesquisa, extensão e prática profissional. Nessa perspectiva, superam-se ações episódicas, descontextualizadas ou centradas apenas na transmissão de informações, favorecendo processos educativos mais coerentes com a integralidade do cuidado e com a responsabilidade social da escola médica.

A extensão universitária, nesse cenário, deve ser compreendida como elo estruturante entre universidade, serviços e comunidade. Mais do que atividade complementar, constitui dispositivo formativo relevante para aproximar o estudante das necessidades do território, favorecer a construção compartilhada de conhecimentos e ampliar a compreensão da saúde como produção social, histórica e coletiva.

Alguns dispositivos pedagógicos para fortalecer o desenvolvimento de competências da área Educação em Saúde:

- projetos de extensão vinculados ao território;
- devolutiva social das ações;
- fóruns de escuta com comunidade e serviços;
- portfólio reflexivo;
- rodas de conversa e grupos reflexivos;
- ações interprofissionais em cenários reais.

Síntese do Capítulo 7. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde e no trabalho, indissociável da construção do SUS e fortalecida pelas DCN de 2025, atua como pilar fundamental para ampliar a autonomia de pacientes e profissionais, promovendo reflexão crítica e tomada de decisão informada com base em evidências. Enquanto a educação em saúde, engaja comunidades no autocuidado e promoção da saúde através do diálogo e emancipação, a educação na saúde (permanente/continuada) foca na qualificação das práticas profissionais, fortalecendo o protagonismo do trabalhador na transformação dos serviços e na construção compartilhada do conhecimento. Ambas se complementam, transformando as relações com o território e qualificando os modelos de atenção, sendo a educação e autonomia dimensões indissociáveis para a qualificação do cuidado.

CAPÍTULO 8. ATENÇÃO À SAÚDE

Aprender sobre o cuidado e a atenção à saúde é elemento estruturante e central no processo formativo do médico. A expertise médica, enquanto o conjunto de competências necessárias para o cuidado em saúde, é o cerne que se relaciona direta e intrinsecamente com a identidade do profissional médico, como exposto em distintos modelos que se dedicam a representá-la (CanMEDS, 2015; WFME, 2020,; outros).

É apresentada a seguir uma distribuição das competências mais diretamente ligadas à área da atenção à saúde propostas nos artigos 5º ao 11º do capítulo III das DCN de 2025. Importante lembrar que não há uma rigidez nesta classificação, podendo ser reclassificada conforme o estudo das DCN em cada escola médica.

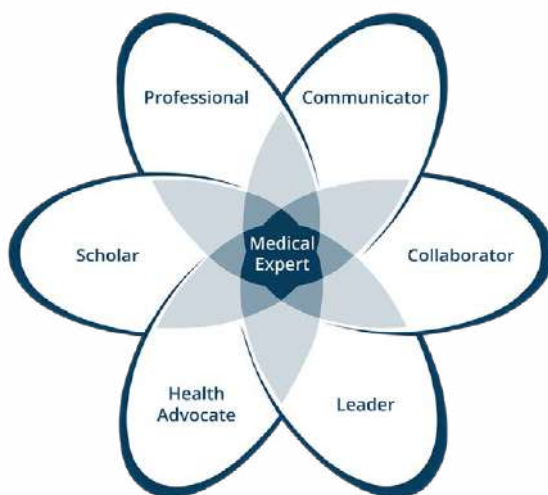
Quadro 8 - Apresenta lista de artigos e incisos das DCN de 2025 que se relacionam com a área de Atenção em Saúde

Art. 5º	Integrar saberes/ agente de transformação social e enfrentamento dos desafios
Art. 8º	Ao concluir o Curso de Graduação em Medicina, o egresso deverá demonstrar as seguintes competências (...)
I	Promover ações de fortalecimento da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, situações de terminalidade em todos os níveis de atenção e fases do ciclo da vida, com foco na integralidade do cuidado e nas necessidades da comunidade.
II	Oferecer cuidado compassivo, resolutivo e personalizado, centrado na pessoa, assegurando o protagonismo da pessoa no cuidado à sua saúde.
III	Realizar anamnese e exame físico com raciocínio diagnóstico ético e técnico, solicitando, interpretando e integrando exames complementares com base em evidências, desenvolvendo raciocínio clínico, epidemiológico e capacidade de tomada de decisão.
IV	Atuar de maneira ética, empática e respeitosa/reconhecer diversidade humana
VI	Atuar de forma resolutiva e ética nos diferentes níveis de atenção, com ênfase na atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes, garantindo a integralidade.
VIII	Assegurar a garantia de acessibilidade e o comprometimento com a confidencialidade das informações, demonstrando competências comunicacionais (verbal, não verbal e escrita), com ênfase na escuta qualificada.
X	Desenvolver ações com responsabilidade, práticas seguras, eficazes e fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, adotando protocolos assistenciais validados, monitorando desfechos clínicos e prevenindo riscos.

XI	Reconhecer, acolher e valorizar as múltiplas dimensões da diversidade humana, incluindo aspectos biológicos, subjetivos, étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, político-ideológicos, ambientais, socioeconômicos, culturais e religiosos, atuando com base nos princípios dos direitos humanos, promovendo a equidade, a inclusão e a justiça social, com especial atenção às necessidades de grupos minoritários e populações em situação de vulnerabilidade, estimulando, ademais, a singularidade do cuidado às populações vulnerabilizadas, invisibilizadas ou historicamente negligenciadas como as das águas, dos campos e das florestas, em situação de rua, negras, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+, privadas de liberdade, Pessoas com Deficiência - PCD, migrantes, refugiados, apátridas, dentre outras;
XII	exercitar a empatia, a escuta qualificada, a comunicação eficaz e a capacidade de trabalho colaborativo, estabelecendo relações respeitadas e construtivas com pacientes, familiares, equipes de saúde e a comunidade, onde a atuação deve ser pautada por uma prática humanizada, centrada na pessoa, que valorize o vínculo, a corresponsabilidade e a articulação com equipes interprofissionais em diferentes contextos assistenciais
XIV	Ser capaz de atuar em emergências sanitárias e desastres naturais ou antropogênicos, demonstrando competência em biossegurança, vigilância em saúde, gestão de riscos e resposta rápida a crises.
XV	Compreender criticamente os determinantes sociais da saúde, atuando sobre os impactos das mudanças climáticas e ambientais, e promovendo ações intersetoriais de prevenção e mitigação.
XX	Aplicar protocolos de segurança, monitorar riscos e eventos adversos e incorporar permanentemente novos conhecimentos validados, com foco na prevenção de riscos e na promoção da integridade física e emocional.
XXI	Utilizar, de forma integrada, crítica e contextualizada, os conhecimentos das ciências biomédicas, clínicas, epidemiológicas e sociais para subsidiar a tomada de decisões clínicas e a promoção da saúde.
XXII	Trabalho em equipe interprofissional para cuidado integral/seguro
XXIII	Autonomia, dignidade, privacidade e confidencialidade; decisão compartilhada
XXVII	Elaborar prontuários, registros clínicos, laudos e demais documentos técnicos com clareza, precisão, padronização e fidedignidade, assegurando a continuidade, segurança e qualidade do cuidado.

A partir deste ponto, aborda-se a área de atenção à saúde, como uma área nuclear na formação da identidade profissional do médico (Figura CanMEDS) e por isso relacionada com todas as outras 27 competências listadas no Art. 8º.

Figura 5 - Diagrama das competências médicas CanMEDS



Fonte: Frank; Snell; Sherbino, 2015.

Deste modo, optou-se por apresentar cada uma delas e a sua relevância para a formação, incluindo aqui as competências que já haviam sido abordadas anteriormente e que têm núcleo central na Gestão e Educação em Saúde.

Competência 1

Atenção Integral à Saúde ao Longo do Ciclo da Vida

Enunciado normativo (Art. 8º, I): *Promover ações de fortalecimento da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e situações de terminalidade, nos diferentes níveis de atenção e em todas as fases do ciclo da vida, em distintos contextos do sistema de saúde, público e privado, com foco na integralidade do cuidado e nas necessidades da comunidade*

Esta competência expressa o escopo do cuidado médico previsto nas DCN 2025, ao afirmar a atuação do egresso na promoção, prevenção, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos, ao longo de todo o ciclo da vida e nos diferentes níveis de atenção. Refere-se à capacidade de responder às necessidades de saúde das pessoas e das comunidades de forma integral, articulando ações clínicas e de saúde coletiva em consonância com os princípios do SUS e com as demandas do sistema complementar.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:



- **Conhecimentos** sobre o processo saúde-doença, níveis de atenção, cuidado integral, promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados paliativos;
- **Habilidades** para planejar e executar ações de cuidado adequadas às diferentes fases da vida e aos distintos contextos assistenciais;
- **Atitudes e valores** pautados na integralidade, na responsabilidade sanitária e no compromisso com as necessidades da comunidade.

Desenvolvimento ao longo do curso: esta competência deve ser desenvolvida de forma longitudinal e progressiva ao longo do curso de Medicina, em diferentes cenários de prática, com complexidade crescente e integração entre teoria, prática e reflexão.

Competência 2 Cuidado Centrado na Pessoa

Enunciado normativo (Art. 8º, II): *Oferecer cuidado compassivo, resolutivo e personalizado, centrado na pessoa, considerando necessidades, valores, preferências e contextos socioculturais, assegurando o protagonismo do indivíduo nos processos de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos*

Esta competência expressa o modo de cuidar esperado do egresso, ao enfatizar o cuidado centrado na pessoa, fundamentado na compaixão, na resolutividade e no reconhecimento da singularidade dos sujeitos. Refere-se à capacidade de integrar aspectos clínicos, subjetivos, culturais e sociais no cuidado, promovendo a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade das pessoas nas decisões relativas à sua saúde.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre cuidado centrado na pessoa, determinantes socioculturais da saúde e humanização da atenção;
- **Habilidades** para estabelecer planos de cuidado personalizados e dialogados;
- **Atitudes e valores** pautados na empatia, no respeito à autonomia e na corresponsabilidade no cuidado.



Desenvolvimento ao longo do curso: esta competência deve ser desenvolvida de forma longitudinal e progressiva, por meio de experiências assistenciais em contextos simulados e cenários reais que favoreçam o vínculo, a escuta qualificada e a participação ativa das pessoas no cuidado.

Competência 3 Raciocínio Clínico e Tomada de Decisão

Enunciado normativo (Art. 8º, III): *Realizar anamnese e exame físico com raciocínio diagnóstico ético, técnico e contextualizado, formulando hipóteses diagnósticas consistentes e solicitando, interpretando e integrando exames complementares com base em evidências científicas, desenvolvendo raciocínio clínico, epidemiológico e capacidade de tomada de decisão segura.*

Esta competência expressa o método clínico que sustenta a prática médica, ao integrar anamnese, exame físico, exames complementares e evidências científicas na tomada de decisão. Refere-se à capacidade de desenvolver raciocínio clínico e epidemiológico consistente, ético e contextualizado, orientando escolhas diagnósticas e terapêuticas seguras e qualificadas.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre bases clínicas, epidemiológicas e MBE;
- **Habilidades** para formular hipóteses diagnósticas, interpretar exames e tomar decisões clínicas seguras;
- **Atitudes e valores** pautados na ética, na responsabilidade profissional e no rigor científico.



Desenvolvimento ao longo do curso: esta competência deve ser desenvolvida de forma longitudinal e progressiva, com exposição gradual a situações clínicas de complexidade crescente e supervisão qualificada.

Competência 4 **Ética Relacional e Respeito à Diversidade**

Enunciado normativo (Art. 8º, IV): *Atuar de maneira ética, empática e respeitosa nas relações com pacientes, familiares, equipes de saúde, gestores e comunidades, reconhecendo a diversidade humana e fundamentando-se nos princípios da dignidade, da equidade, dos direitos humanos e da justiça social.*

Esta competência expressa a dimensão ético-relacional da prática médica, ao enfatizar o respeito à diversidade humana e a qualidade das relações estabelecidas no cuidado e no trabalho em saúde. Refere-se à capacidade de atuar de forma ética, empática e respeitosa, orientada pelos princípios da dignidade, da equidade, dos direitos humanos e da justiça social.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre ética, direitos humanos e diversidade;
- **Habilidades** para estabelecer relações profissionais respeitosas e inclusivas;
- **Atitudes e valores** pautados no respeito, na empatia e no reconhecimento da diversidade.



Desenvolvimento ao longo do curso: esta competência deve ser desenvolvida de forma longitudinal e progressiva, transversalmente às atividades acadêmicas e práticas, por meio da reflexão ética e da vivência em diferentes contextos socioculturais.

Competência 5

Responsabilidade Social e Compromisso Profissional

Enunciado normativo (Art. 8º, V): *Atuar com responsabilidade social, pautada pelos princípios da cidadania, do respeito aos direitos humanos e da promoção da justiça social, atendendo às necessidades de saúde da população com rigor ético, responsabilidade profissional e conformidade com os preceitos legais, normativos e deontológicos que regem o exercício da Medicina.*

Esta competência expressa o papel social e normativo do médico, ao afirmar o compromisso do egresso com a cidadania, os direitos humanos, a justiça social e a legalidade no exercício profissional. Refere-se à capacidade de responder às necessidades de saúde da população de forma ética e responsável, atuando em conformidade com os marcos legais, normativos e deontológicos que regem a Medicina e o sistema de saúde.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre legislação em saúde, ética e deontologia médica;
- **Habilidades** para atuar em conformidade com normas e responsabilidades profissionais;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade social, na cidadania e no compromisso com o interesse público.



Desenvolvimento ao longo do curso: esta competência deve ser desenvolvida de forma longitudinal e progressiva, por meio da inserção do estudante em contextos simulados e cenários reais de cuidado e de reflexão sobre o papel social da Medicina.

Competência 6

Atenção Primária à Saúde (APS) e Coordenação do Cuidado

Enunciado normativo (Art. 8º, VI): *Atuar de forma resolutiva, ética e comprometida nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, garantindo a integralidade da atenção e respeitando os princípios da equidade, continuidade do cuidado e participação social.*

Esta competência expressa a centralidade da APS na organização do cuidado, afirmando o papel do médico na coordenação das redes de atenção e na garantia da integralidade. Refere-se à capacidade de atuar de forma resolutiva e ética nos diferentes níveis do sistema, reconhecendo a APS como ordenadora do cuidado e espaço privilegiado de vínculo, continuidade e participação social.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre APS, redes de atenção à saúde e coordenação do cuidado;
- **Habilidades** para atuar de forma integrada nos diferentes níveis e articular o cuidado em rede;
- **Atitudes e valores** pautados na equidade, na responsabilidade sanitária e no compromisso com a integralidade.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com inserção sistemática do estudante na APS e em outros níveis de atenção, articulando teoria, prática e reflexão crítica.

Competência 7 Inovação Tecnológica e Prática Médica

Enunciado normativo (Art. 8º, VII): *Promover inovações tecnológicas relacionadas à assistência e à gestão em saúde de forma crítica, ética e eficiente, incluindo ferramentas como inteligência artificial, telemedicina, análise de dados em larga escala e outras tecnologias emergentes.*

Esta competência expressa a incorporação crítica da inovação tecnológica na prática médica contemporânea. Refere-se à capacidade de compreender, avaliar e utilizar tecnologias emergentes na assistência e na gestão em saúde, de forma ética, segura e orientada pelas necessidades do cuidado e do sistema de saúde.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:



- **Conhecimentos** sobre tecnologias digitais em saúde e inovação;
- **Habilidades** para avaliar criticamente e utilizar tecnologias de apoio ao cuidado e à gestão;
- **Atitudes e valores** pautados na ética, na segurança e na responsabilidade social.

Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com uso orientado de tecnologias em contextos simulados e cenários reais de prática e reflexão crítica sobre seus impactos.

Competência 8

Comunicação, Acessibilidade e Tecnologias da Informação

Enunciado normativo (Art. 8º, VIII): *Assegurar acessibilidade e confidencialidade das informações, demonstrando competências comunicacionais nas dimensões verbal, não verbal e escrita, com escuta qualificada, familiaridade com tecnologias da informação e comunicação e uso ético de plataformas digitais.*

Esta competência expressa a comunicação como fundamento do cuidado e do trabalho em saúde, integrando acessibilidade, confidencialidade e uso responsável das tecnologias da informação. Refere-se à capacidade de comunicar-se de forma clara, respeitosa, efetiva e com competência cultural com indivíduos, famílias, equipes e serviços, ampliando o acesso e qualificando o cuidado.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre comunicação em saúde, confidencialidade e TICs;
- **Habilidades** para comunicação efetiva e registro adequado das informações;
- **Atitudes e valores** pautados no respeito, na escuta qualificada e na ética da informação.

Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, integrado às práticas clínicas, educativas e interprofissionais, em contextos simulados e cenários reais.

Competência 9

Liderança Colaborativa e Trabalho Interprofissional

Enunciado normativo (Art. 8º, IX): *Exercer liderança colaborativa em ambientes interprofissionais, orientada pelo cuidado centrado na pessoa, pelo trabalho em equipe e pela corresponsabilidade na produção da saúde.*

Esta competência expressa a liderança como prática relacional e colaborativa, vinculada ao trabalho em equipe e à corresponsabilidade no cuidado. Refere-se à capacidade de atuar em ambientes interprofissionais, contribuindo para a coordenação de processos, a tomada de decisão compartilhada e a qualificação dos modelos de atenção.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:



- **Conhecimentos** sobre liderança, trabalho em equipe e práticas colaborativas;
- **Habilidades** para coordenação de processos e tomada de decisão compartilhada;
- **Atitudes e valores** pautados na cooperação, na corresponsabilidade e no respeito aos diferentes saberes.

Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, por meio da vivência em equipes interprofissionais e da reflexão sobre práticas colaborativas.

Competência 10

Medicina Baseada em Evidências e Segurança do Cuidado

Enunciado normativo (Art. 8º, X): *Desenvolver ações seguras e eficazes fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, interpretando criticamente a literatura, adotando protocolos validados e promovendo a qualidade do cuidado e a segurança do paciente.*

Esta competência expressa a centralidade da MBE na qualificação da prática clínica e na segurança do cuidado. Refere-se à capacidade de interpretar criticamente a literatura científica, aplicar protocolos assistenciais validados e monitorar desfechos, promovendo decisões clínicas seguras e de qualidade.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre MBE, protocolos clínicos e segurança do paciente;
- **Habilidades** para análise crítica da literatura e aplicação de evidências;
- **Atitudes e valores** pautados no rigor científico, na segurança e na melhoria contínua.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com integração entre ensino, prática clínica e avaliação de desfechos.

Competência 11

Diversidade Humana, Equidade e Justiça Social

Enunciado normativo (Art. 8º, XI): *Reconhecer, acolher e valorizar as múltiplas dimensões da diversidade humana, atuando com base nos direitos humanos, promovendo equidade, inclusão e justiça social, com atenção especial a populações em situação de vulnerabilidade.*

Esta competência expressa o compromisso do egresso com a equidade no cuidado e com o reconhecimento da diversidade humana como determinante da saúde. Refere-se à capacidade de atuar de forma sensível, ética e contextualizada frente às diferenças biológicas, subjetivas, étnico-raciais, de gênero, socioculturais, territoriais e ambientais, assegurando cuidado singular e inclusivo, especialmente a grupos historicamente vulnerabilizados.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre diversidade, equidade, determinantes sociais e direitos humanos;
- **Habilidades** para adequar o cuidado às especificidades de indivíduos e grupos;
- **Atitudes e valores** pautados no respeito, na inclusão e na justiça social.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, transversal às atividades acadêmicas e práticas, com reflexão crítica sobre iniquidades em saúde.

Competência 12 Empatia, Comunicação e Prática Humanizada

Enunciado normativo (Art. 8º, XII): *Exercitar empatia, escuta qualificada, comunicação eficaz e trabalho colaborativo, estabelecendo relações respeitadas e construtivas com pacientes, familiares, equipes e comunidades.*

Esta competência expressa a humanização do cuidado como prática cotidiana, sustentada pela empatia, pela escuta qualificada e pela comunicação eficaz. Refere-se à capacidade de estabelecer vínculos terapêuticos, promover corresponsabilidade e atuar de forma colaborativa em diferentes contextos assistenciais.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre comunicação, vínculo e humanização;
- **Habilidades** para interação empática e colaborativa;
- **Atitudes e valores** pautados no respeito, na empatia e na centralidade da pessoa.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, integrado às práticas clínicas, educativas e interprofissionais, em contextos simulados e cenários reais.

Competência 13

Educação Permanente e Aprendizagem ao Longo da Vida

Enunciado normativo (Art. 8º, XIII): *Participar de processos de educação permanente e continuada, reconhecendo limites e potencialidades, mantendo-se atualizado ao longo da vida profissional, com base na reflexão crítica da prática e nas evidências científicas.*

Esta competência expressa a aprendizagem ao longo da vida como elemento constitutivo da identidade profissional médica. Refere-se à capacidade de refletir criticamente sobre a própria prática, reconhecer limites e potencialidades e buscar atualização contínua orientada pelas necessidades de saúde da população e pelo avanço científico.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre educação permanente e prática reflexiva;
- **Habilidades** para autoavaliação e busca ativa de aprendizagem;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade formativa e na melhoria contínua.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com estímulo sistemático à reflexão crítica e à autonomia intelectual.

Competência 14

Emergências Sanitárias e Gestão de Riscos

Enunciado normativo (Art. 8º, XIV): *Atuar em emergências sanitárias, desastres naturais ou antropogênicos, demonstrando competência em biossegurança, vigilância em saúde, gestão de riscos e resposta a crises.*

Esta competência expressa a preparação do egresso para situações críticas e de exceção, nas quais a atuação médica exige rapidez, responsabilidade e articulação em rede. Refere-se à capacidade de atuar em emergências sanitárias e desastres, compreendendo seus impactos epidemiológicos, sociais e ambientais.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre vigilância, biossegurança e gestão de riscos;
- **Habilidades** para resposta rápida e atuação em rede;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade sanitária e na solidariedade.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com simulações, práticas supervisionadas, intercâmbios entre escolas e distintas regiões, e integração com redes de atenção e proteção.

Competência 15

Determinantes Sociais, Ambientais e Sustentabilidade

Enunciado normativo (Art. 8º, XV): *Compreender criticamente os determinantes sociais, ambientais, econômicos e demográficos da saúde, atuando frente às mudanças climáticas, à degradação ambiental e ao envelhecimento populacional, promovendo ações intersetoriais.*

Esta competência expressa a ampliação do olhar médico para os determinantes estruturais da saúde, incluindo ambiente, clima e transição demográfica. Refere-se à capacidade de compreender e atuar sobre fatores que impactam a saúde coletiva, contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e para a proteção da vida.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre determinantes sociais e ambientais da saúde;
- **Habilidades** para atuação intersetorial e promoção da sustentabilidade;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade socioambiental.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, integrado a práticas de saúde coletiva, vigilância e promoção da saúde.

Competência 16

Políticas Públicas, Mercado de Trabalho e Atuação Profissional

Enunciado normativo (Art. 8º, XVI): *Exercer compreensão crítica das dinâmicas do mercado de trabalho e das políticas públicas de saúde, atuando de forma ética, reflexiva e eficiente diante das transformações sociais, econômicas e institucionais que impactam o exercício profissional.*

Esta competência expressa a dimensão político-institucional da prática médica, ao reconhecer que o exercício profissional ocorre em contextos regulados, dinâmicos e socialmente determinados. Refere-se à capacidade de compreender criticamente as políticas públicas de saúde, o funcionamento do SUS e do sistema suplementar e as transformações do mercado de trabalho, atuando de forma ética, reflexiva e comprometida com a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do sistema de saúde.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre políticas públicas de saúde, organização do SUS e regulação do trabalho médico;
- **Habilidades** para análise crítica de contextos institucionais e participação qualificada em processos de formulação e avaliação de políticas;
- **Atitudes e valores** pautados na ética, na responsabilidade social e no compromisso com o interesse público.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com integração entre conteúdos teóricos, em contextos simulados e experiências em serviços de saúde e reflexão crítica sobre o exercício profissional.

Competência 17

Saúde e Bem-Estar do Estudante e do Profissional

Enunciado normativo (Art. 8º, XVII): *Reconhecer a importância do autocuidado como componente essencial da formação e da prática profissional, promovendo o bem-estar físico, mental, emocional e social.*

Esta competência expressa o reconhecimento do autocuidado e do bem-estar como condições para uma prática médica ética, segura e sustentável. Refere-se à capacidade de promover ativamente o equilíbrio pessoal, prevenir o adoecimento e construir trajetórias profissionais saudáveis, compreendendo o cuidado de si como parte indissociável do cuidado do outro.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:



- **Conhecimentos** sobre saúde mental, bem-estar e fatores de risco e proteção no trabalho em saúde;
- **Habilidades** para reconhecimento de limites, busca de apoio e adoção de estratégias de autocuidado;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade consigo, com os outros e com as instituições.

Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com criação de espaços formativos e institucionais de promoção do bem-estar.

Competência 18

Uso Racional de Recursos e Sustentabilidade do Sistema de Saúde

Enunciado normativo (Art. 8º, XVIII): *Compreender os princípios da gestão em saúde e a necessidade do uso racional dos recursos, priorizando a sustentabilidade do SUS e a tomada de decisões clínicas e organizacionais responsáveis.*

Esta competência expressa a integração entre decisão clínica e responsabilidade sistêmica, ao enfatizar o uso racional de recursos como dimensão ética da prática médica. Refere-se à capacidade de tomar decisões que considerem evidências científicas, necessidades individuais e coletivas e limitações operacionais do sistema, contribuindo para a eficiência, a equidade e a sustentabilidade do SUS.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre gestão, economia da saúde e organização dos sistemas de saúde;
- **Habilidades** para análise de decisões clínicas e organizacionais sob a perspectiva do uso racional de recursos;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade sanitária e na equidade.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com vivências em contextos simulados e cenários reais assistenciais e de gestão.

Competência 19

Educação Interprofissional e Corresponsabilidade Formativa

Enunciado normativo (Art. 8º, XIX): Atuar em processos educacionais interprofissionais, dialógicos e socialmente referenciados, assumindo corresponsabilidade pela própria formação e pela formação de outros estudantes, profissionais e comunidades.

Esta competência expressa a educação como prática compartilhada, articulada ao trabalho interprofissional e à transformação das práticas de saúde. Refere-se à capacidade de participar e promover processos educativos dialógicos, fundamentados na reflexão crítica da prática e no respeito aos saberes e contextos socioculturais.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre educação permanente e educação interprofissional;
- **Habilidades** para facilitar processos educativos e aprendizagem em equipe;
- **Atitudes e valores** pautados na corresponsabilidade, na escuta e no compromisso com a qualificação das práticas.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, integrado a atividades acadêmicas, assistenciais e comunitárias.

Competência 20

Segurança do Paciente e Qualidade do Cuidado

Enunciado normativo (Art. 8º, XX): *Adotar práticas clínicas seguras, fundamentadas em evidências e protocolos validados, com foco na prevenção de riscos e na promoção da integridade física e emocional de pacientes, equipes e profissionais.*

Esta competência expressa a segurança como valor transversal do cuidado em saúde, integrando evidências científicas, protocolos assistenciais e cultura de segurança. Refere-se à capacidade de identificar riscos, prevenir eventos adversos e promover ambientes de cuidado seguros para pacientes, equipes e profissionais.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre segurança do paciente, gestão de riscos e protocolos clínicos;
- **Habilidades** para identificação e prevenção de riscos assistenciais;
- **Atitudes e valores** pautados na ética, na responsabilidade e na melhoria contínua.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com práticas supervisionadas, simulações e análise de eventos adversos.

Competência 21

Integração dos Saberes e Tomada de Decisão em Saúde

Enunciado normativo (Art. 8º, XXI): *Utilizar, de forma integrada, crítica e contextualizada, os conhecimentos das ciências biomédicas, clínicas, epidemiológicas e sociais para subsidiar a tomada de decisões clínicas, a resolução de problemas de saúde e a promoção da saúde individual e coletiva.*

Esta competência expressa a integração dos diferentes campos do conhecimento como fundamento da prática médica. Refere-se à capacidade de articular saberes biomédicos, clínicos, epidemiológicos e sociais de forma crítica e contextualizada, orientando decisões clínicas, ações de promoção da saúde e intervenções em saúde coletiva, sempre fundamentadas em evidências científicas e nas necessidades das pessoas e das comunidades.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:



- **Conhecimentos** sobre integração básico-clínica, epidemiologia e ciências sociais em saúde;
- **Habilidades** para análise de problemas complexos e tomada de decisão integrada;
- **Atitudes e valores** pautados na integralidade, na criticidade e no compromisso com a saúde coletiva.

Desenvolvimento ao longo do curso: Desenvolvimento longitudinal e progressivo, com metodologias que favoreçam integração curricular, resolução de problemas e aplicação do conhecimento em contextos simulados e reais.

Competência 22

Trabalho Interprofissional e Gestão do Cuidado

Enunciado normativo (Art. 8º, XXII): *Atuar de forma colaborativa, respeitosa e integrada em equipes interprofissionais, reconhecendo e valorizando os saberes e competências de cada membro, contribuindo para o cuidado integral e centrado na pessoa.*

Esta competência expressa o trabalho interprofissional como estratégia central da integralidade do cuidado. Refere-se à capacidade de atuar de forma colaborativa em equipes multiprofissionais, promovendo corresponsabilidade, comunicação efetiva e articulação entre níveis e setores da atenção à saúde.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre práticas colaborativas e organização do cuidado em rede;
- **Habilidades** para trabalho em equipe, comunicação e tomada de decisão compartilhada;
- **Atitudes e valores** pautados no respeito mútuo, na cooperação e na centralidade da pessoa.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com vivências interprofissionais em diferentes cenários de cuidado.

Competência 23

Direitos dos Pacientes e Cuidado Compartilhado

Enunciado normativo (Art. 8º, XXIII): *Respeitar e proteger a autonomia, a dignidade, a privacidade e a confidencialidade dos pacientes, promovendo o cuidado informado e compartilhado, de acordo com princípios éticos, legais e humanitários.*

Esta competência expressa a centralidade dos direitos das pessoas no cuidado em saúde. Refere-se à capacidade de assegurar autonomia, dignidade, privacidade e confidencialidade, promovendo processos de decisão compartilhada e fortalecendo a participação ativa dos indivíduos nas decisões relativas à sua saúde.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre ética, bioética, direitos dos pacientes e legislação em saúde;
- **Habilidades** para comunicação clara, consentimento informado e proteção da confidencialidade;
- **Atitudes e valores** pautados no respeito à dignidade humana e à autonomia.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, transversal às práticas clínicas e à reflexão ética sistemática.

Competência 24

Responsabilidade Sanitária e Compromisso Institucional

Enunciado normativo (Art. 8º, XXIV): *Comprometer-se com o sistema de saúde de forma responsável, íntegra e respeitosa, cumprindo os princípios éticos, legais e deontológicos, promovendo o interesse público e a justiça social.*

Esta competência expressa a responsabilidade sanitária do médico frente ao sistema de saúde e à sociedade. Refere-se à capacidade de atuar em conformidade com marcos regulatórios e normativos, contribuindo para a vigilância em saúde, o registro e a comunicação de agravos e eventos de interesse sanitário, e para o fortalecimento do SUS.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre legislação, vigilância em saúde e sistemas de informação;
- **Habilidades** para registro, notificação e comunicação responsável;
- **Atitudes e valores** pautados na ética, na legalidade e no compromisso com o interesse público.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, com inserção em contextos reais de gestão, vigilância e regulação.

Competência 25

Avaliação de Tecnologias e Uso Ético de Recursos

Enunciado normativo (Art. 8º, XXV): *Orientar-se pela avaliação crítica de tecnologias, intervenções e condutas clínicas, com base em critérios de custo-efetividade, impacto social, benefícios clínicos e sustentabilidade do sistema de saúde.*

Esta competência expressa a incorporação da avaliação de tecnologias em saúde como dimensão ética da tomada de decisão clínica e organizacional. Refere-se à capacidade de analisar criticamente tecnologias e intervenções, assegurando o uso racional de recursos e a equidade no atendimento às necessidades de saúde da população.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre avaliação de tecnologias, economia da saúde e protocolos clínicos;
- **Habilidades** para análise crítica e tomada de decisão informada;
- **Atitudes e valores** pautados na equidade, na transparência e na sustentabilidade.



Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, integrado a práticas clínicas e de gestão.

Competência 26

Proteção de Dados e Ética da Informação em Saúde

Enunciado normativo (Art. 8º, XXVI): *Assegurar a proteção de dados pessoais, cumprindo os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e demais normativas correlatas, zelando pela segurança, confidencialidade e uso responsável das informações em saúde.*

Esta competência expressa a ética da informação em saúde como componente essencial da prática médica contemporânea. Refere-se à capacidade de proteger dados pessoais e sensíveis, utilizar sistemas de informação de forma segura e cumprir os marcos legais relacionados à privacidade e à confidencialidade.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:

- **Conhecimentos** sobre LGPD, segurança da informação e ética do uso de dados;
- **Habilidades** para manejo seguro de informações e identificação de riscos;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade legal, na transparência e no respeito à privacidade.

Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, transversal às atividades clínicas, administrativas e acadêmicas.

Competência 27

Registro Clínico, Documentação e Continuidade do Cuidado

Enunciado normativo (Art. 8º, XXVII): *Elaborar prontuários, registros clínicos, laudos e documentos técnicos com clareza, precisão e fidedignidade, observando os preceitos éticos e legais e contribuindo para a continuidade, a segurança e a qualidade do cuidado.*

Esta competência expressa o registro clínico como ato profissional essencial, com implicações clínicas, éticas, legais e comunicacionais. Refere-se à capacidade de produzir documentação qualificada, utilizando tecnologias disponíveis, de modo a assegurar continuidade do cuidado, segurança do paciente e comunicação efetiva entre profissionais e serviços.

No processo formativo, esta competência envolve o desenvolvimento de:



- **Conhecimentos** sobre prontuário, sistemas de informação e normativas aplicáveis;
- **Habilidades** para registro claro, padronizado e seguro;
- **Atitudes e valores** pautados na responsabilidade profissional, na precisão e na confidencialidade.

Desenvolvimento ao longo do curso: desenvolvimento longitudinal e progressivo, integrado às práticas clínicas e supervisionado de forma sistemática, em contextos simulados e cenários reais.

Síntese do Capítulo 8. ATENÇÃO À SAÚDE

A aprendizagem focada no cuidado e na atenção à saúde constitui o pilar estruturante e central da formação médica, sendo a expertise clínica — entendida como o conjunto de competências essenciais, técnicas e humanísticas — o cerne que molda a identidade profissional, conforme diretrizes internacionais e valorizado pelas DCN de 2025. Essa abordagem, ao articular o saber científico com a prática relacional, define o médico não apenas pelo conhecimento biológico, mas pela capacidade de prestar um cuidado integrado, longitudinal e centrado no paciente, alinhando a competência técnica à responsabilidade social e à ética no processo de cuidar.

CAPÍTULO 9. COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS

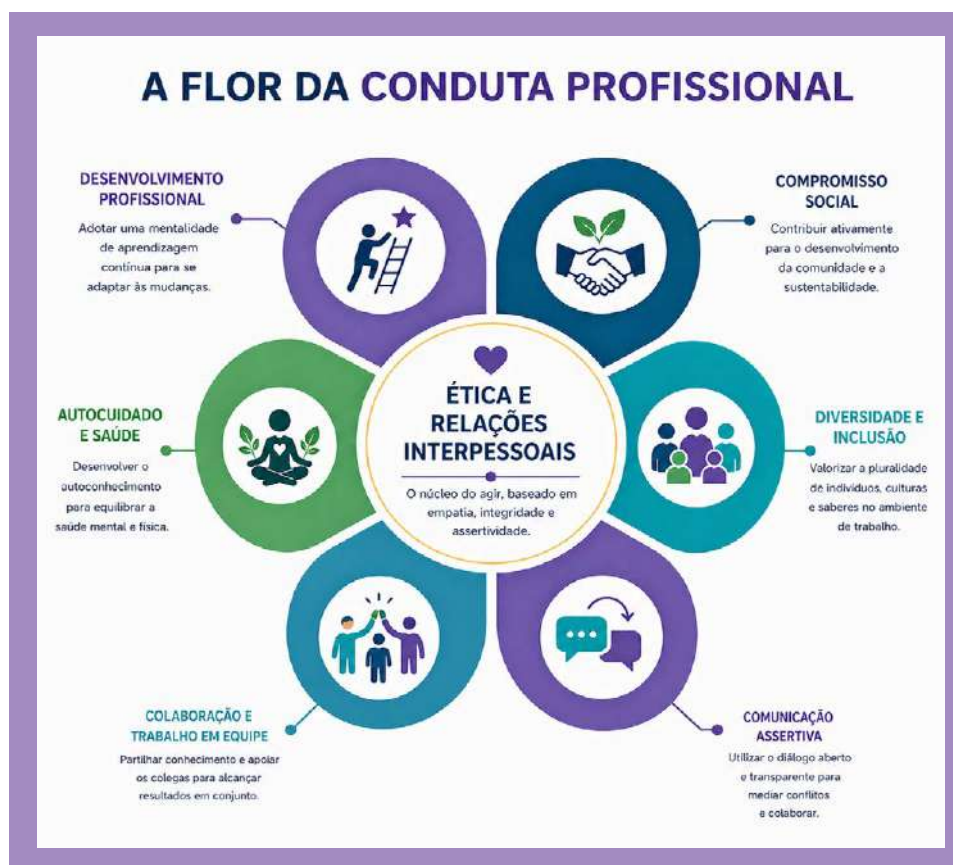
Em uma visão integrada das três áreas (Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde), apresentamos algumas competências que permeiam mais de uma das áreas, sendo essenciais para a formação da identidade profissional do médico no contexto do cuidado em saúde, com ênfase na postura ética, nas relações interpessoais, na autonomia profissional e no comprometimento social.

Quadro 9 - Competências transversais destacadas nas DCN de 2025 (Artigos 5º, 7º, 8º e 11º):

Artigo	Resumo do que o artigo trata	GS	ES	AS
Art. 5º	Empatia e responsabilidade; atuação como agente de transformação social; liderança colaborativa e escuta qualificada	✓		✓
Art. 7º	Postura colaborativa e comprometida	✓		✓
Art. 8º, IV	Ética relacional: empatia, respeito, dignidade, equidade e direitos humanos nas relações	✓	✓	✓
Art. 8º, V	Responsabilidade social e conformidade legal/deontológica no exercício profissional	✓		✓
Art. 8º, VIII	Comunicação (verbal/não verbal/escrita), acessibilidade e confidencialidade no uso de TICs/IA	✓	✓	✓
Art. 8º, IX	Liderança colaborativa interprofissional; coordenação de processos e construção coletiva do conhecimento	✓	✓	
Art. 8º, XI	Diversidade e equidade: cuidado singular a populações vulnerabilizadas e minoritárias	✓		✓
Art. 8º, XII	Humanização: empatia, escuta, vínculo e corresponsabilidade com equipes e comunidade		✓	✓
Art. 8º, XVII	Autocuidado e bem-estar do estudante/profissional; sustentabilidade da carreira e segurança do cuidado		✓	✓
Art. 8º, XXII	Trabalho interprofissional: colaboração, corresponsabilidade e articulação entre níveis/setores	✓	✓	✓
Art. 8º, XXIII	Direitos do paciente: autonomia, privacidade, confidencialidade e cuidado informado/compartilhado	✓		✓
Art. 8º, XXIV	Responsabilidade sanitária: marcos normativos, registro, notificação e comunicação de agravos/eventos	✓		✓
Art. 11º	Comunicação sensível às singularidades, saberes/culturas e crenças; autonomia; assimetrias de poder e efeitos das mensagens	✓	✓	✓

Alguns conceitos relacionados às competências transversais, considerados essenciais a partir de opções teóricas adotadas pelo Projeto Rever, estão apresentados abaixo no infográfico que apresenta a Flor Brasileira de Competências Transversais, inspirada na flor do CanMEDS, com objetivo de consolidar a compreensão da nossa proposta de transversalidade.

Figura 6 - A Flor brasileira das competências profissionais transversais



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS E APRESENTAÇÕES NAS DCN de 2025

Ética e Relações Interpessoais

- Atuar de maneira ética, empática e respeitosa nas relações estabelecidas com pacientes, familiares, equipes, colegas, gestores e comunidades, reconhecendo a diversidade humana e fundamentando-se nos princípios da dignidade, equidade, direitos humanos e justiça social.
- Respeitar e proteger a autonomia, a dignidade, a privacidade e a confidencialidade dos pacientes, assegurando o exercício pleno de seus direitos e promovendo o cuidado informado e compartilhado.
- Comprometer-se com o sistema de saúde, de maneira responsável, íntegra e respeitosa conforme os princípios éticos, legais e deontológicos que regem o exercício da Medicina.

Compromisso Social e Diversidade

- Atuar com responsabilidade social, pautada pelos princípios da cidadania, do respeito aos direitos humanos e da promoção da justiça social, respeitando a diversidade.
- Reconhecer, acolher e valorizar as múltiplas dimensões da diversidade humana (biológica, étnico-racial, de gênero, socioeconômica, entre outras), promovendo a equidade, a inclusão e a justiça social, com especial atenção às necessidades de grupos minoritários e populações em situação de vulnerabilidade.

Comunicação e Colaboração

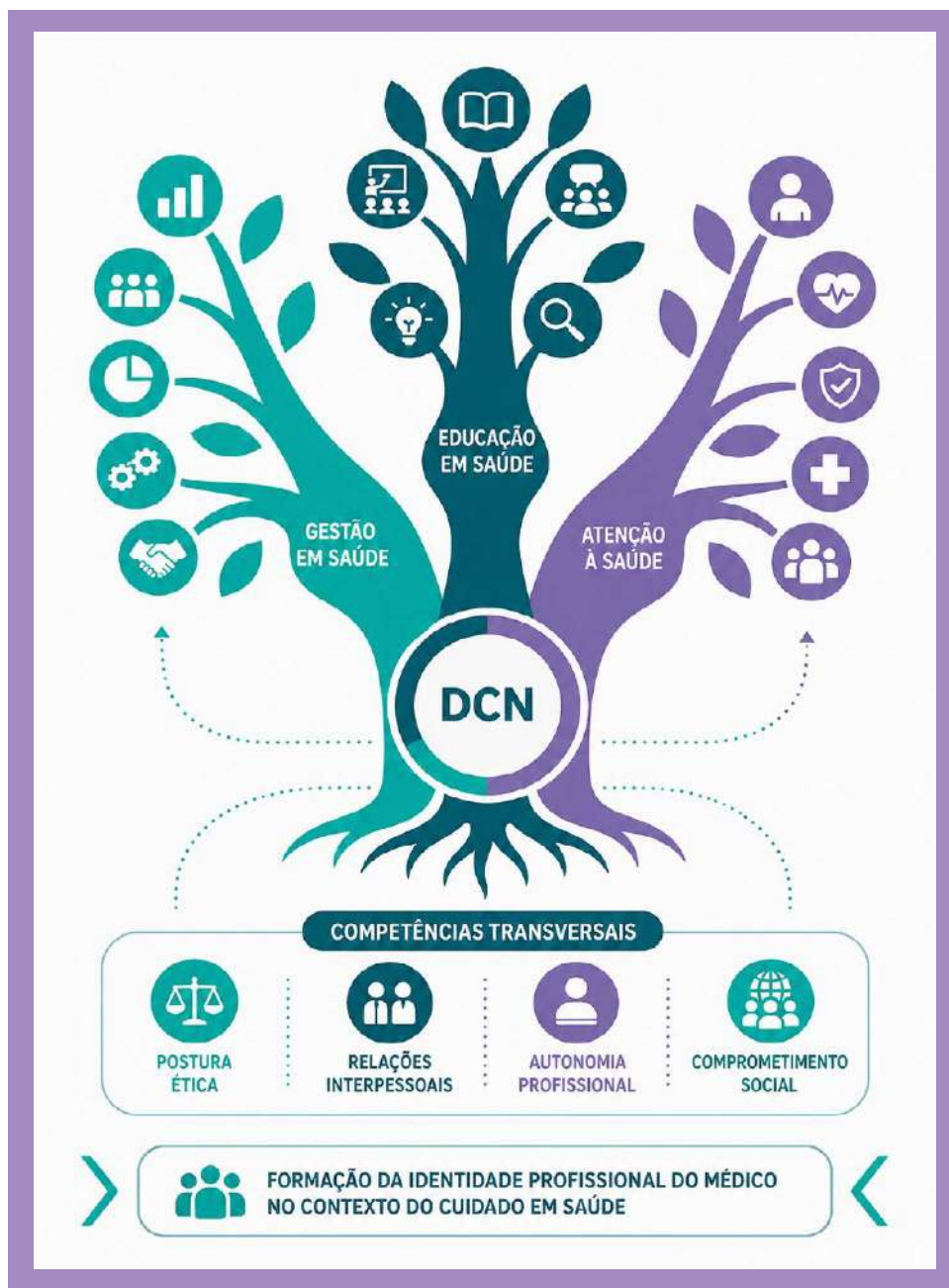
- Demonstrar competências comunicacionais nas dimensões verbal, não verbal e escrita, com ênfase na escuta qualificada.
- Atuar de forma colaborativa, respeitosa e integrada em equipes interprofissionais, reconhecendo e valorizando os saberes e competências de cada membro.
- Exercer liderança colaborativa em ambientes interprofissionais, orientada pelos princípios do cuidado centrado na pessoa e do trabalho em equipe.

Autocuidado e Desenvolvimento Profissional

- Reconhecer a importância do autocuidado como componente essencial, promovendo ativamente seu bem-estar físico, mental, emocional e social e prevenindo o adoecimento.
- Compreender a importância da reflexão a partir de vivências durante a formação, da autorregulação e reconhecimento de limites e possibilidades para lidar com o cotidiano de seu aprendizado.

As competências transversais buscam garantir que, independente da área de competência (Gestão em Saúde, Educação em Saúde e Atenção à Saúde), o médico oriente o cuidado centrado na pessoa, pautado na ética profissional e no compromisso com a equidade e a sustentabilidade do SUS.

Figura 7 - Relaciona as competências transversais com as grandes áreas de competências das DCN



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

Um resumo estratégico com aspectos centrais e ênfase dos principais pontos de cada uma das 27 competências do Art. 8º das DCN de 2025, a partir da análise pedagógica, normativa e conceitual realizada ao longo da elaboração do Caderno, pode ser visto no Anexo 1 ao final dos tópicos do Caderno.

Convidamos o leitor/leitora a fazer um exercício de releitura das DCN e identificar, a partir de seu contexto e de sua prática, outras competências transversais na formação do médico.

Síntese do Capítulo 9. COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS

As DCN de 2025 estabelecem uma visão integrada entre atenção, gestão e educação em saúde, fundamentando a identidade profissional do médico em competências transversais essenciais: ética, relações interpessoais, compromisso social e comunicação. O egresso deve atuar de maneira humanista, empática e respeitosa, garantindo a autonomia do paciente e agindo com responsabilidade social, equidade e inclusão perante a diversidade humana e populações vulneráveis. Complementarmente, a formação exige o desenvolvimento de habilidades de escuta qualificada, trabalho colaborativo em equipes interprofissionais e liderança focada no cuidado integral, alinhando-se aos princípios do SUS.

SEÇÃO



**DIRETRIZES
CURRICULARES
NACIONAIS 2025
EM MÚLTIPLOS
CONTEXTOS
FORMATIVOS**

Não há, assim, como fugir à impressão penosa de nos estarmos a repetir. Há cem anos os educadores se repetem. Esvaem-se em palavras, esvaímo-nos em palavras e nada fizemos. Atacou-nos, por isso mesmo, um estranho pudor pela palavra. Estamos possuídos de um desespero mudo pela ação.

Anísio Teixeira

O objetivo desta Seção é, a partir da integração do texto legal das DCN de 2025 com a experiência coletiva de educadores e educandos, apresentar oportunidades, formas de fazer, caminhos institucionais, organizações de componentes curriculares que ampliem a perspectiva de consolidação das DCN de 2025 na prática.

CAPÍTULO 10. EDUCAÇÃO BASEADA EM COMPETÊNCIAS

A educação baseada em competências (EBC) pode ser implementada a partir de atividades diversificadas em diferentes contextos de ensinagem.

1. Projetos interdisciplinares e interprofissionais: para integrar diferentes temáticas, como um estudo sobre a saúde pública que envolva aspectos de epidemiologia, farmacologia e ética médica. Os estudantes, trabalhando em grupos, podem pesquisar uma doença prevalente e propor soluções/intervenções interdisciplinares.

Competências Desenvolvidas

- Trabalho em equipe e colaboração
- Pensamento crítico e resolução de problemas
- Integração de conhecimentos de diferentes áreas da saúde
- Capacidade de propor soluções inovadoras

2. Uso ético e racional de tecnologias da informação: aplicar abordagens de ensinagem, onde os estudantes possam utilizar tecnologias de informação e comunicação e posteriormente, aplicar esse conhecimento em discussões práticas e interativas nas atividades presenciais.

Competências Desenvolvidas

- Autonomia na aprendizagem e gestão do tempo
- Capacidade de atuar em ambientes virtuais e presenciais
- Integração de teoria e prática em discussões interativas
- Adoção de novas tecnologias como aliadas no aprendizado e na prática profissional

3. Metodologias ativas de ensinagem: estratégias que busquem a interação docente-discente-contexto, visando uma aprendizagem significativa, que seja longitudinal, sistemática e ao longo de todo o processo formativo. Exemplos:

- **Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Problematização:** para discutir situações, onde os discentes devem identificar, propor e planejar. Um exemplo seria o caso envolvendo um paciente com múltiplas condições crônicas, que pode levar os estudantes a trabalhar em equipe para entender as interações entre as patologias e as abordagens terapêuticas.

Competências Desenvolvidas

- Análise de casos clínicos, considerando os determinantes sociais
- Diagnóstico, explicação, planejamento e proposta
- Trabalho em equipe para discussão de interações
- Aplicação de conhecimentos teóricos em ambientes de prática

- **Simulações e Jogos:** utilizar simulações de atendimento ao paciente em ambiente controlado, para os estudantes praticarem habilidades de comunicação, diagnóstico e tomada de decisões em situações críticas, como simulações de parada cardíaca ou atendimento a traumas.

Competências Desenvolvidas

- Habilidades de diagnóstico e tomada de decisão em situações de emergência
- Gestão do tempo, do estresse e liderança em ambientes críticos
- Comunicação e empatia em atendimentos simulados
- Autoavaliação e reflexão sobre o desempenho em simulações

4. Avaliações Formativas: implementar avaliações contínuas e oportunas, que engajem os estudantes em prática direta, como avaliações de competências, nas quais recebem feedback sobre sua comunicação, empatia e eficácia na condução de consultas, atividades gestão e educação em saúde.

Competências Desenvolvidas

- Feedback contínuo, oportuno e construtivo sobre competências previstas
- Melhoria progressiva das competências de comunicação e empatia
- Prática e aperfeiçoamento progressivo dos desempenhos
- Avaliação da eficácia do desenvolvimento progressivo dos desempenhos

5. Portfólios Reflexivos: incentivar os discentes a manter um portfólio de aprendizagem onde documentem suas experiências, reflexões sobre casos atendidos e feedback de docentes/preceptores. Isso pode incluir registro sobre competências

desenvolvidas, como técnicas de anamnese e exame físico; uso racional de recursos, bem como atividades de educação em saúde em sala de espera, escolas e comunidade.

Competências Desenvolvidas

- Reflexão crítica sobre experiências de aprendizado
- Registro e organização do conhecimento adquirido
- Avaliação contínua e progressiva de competências desenvolvidas
- Co-responsabilidade pela própria aprendizagem

6. Mentoria e Acompanhamento: Programas de mentoria em que educadores experientes e qualificados para a função, orientam estudantes a aplicar competências clínicas, comportamentais e de trabalho em equipe, buscando a construção da identidade profissional.

Competências Desenvolvidas

- Desenvolvimento de competências comportamentais e profissionais
- Orientação sobre escolhas de carreira e especializações
- Escuta ativa para identificar questões de cuidado à saúde mental do discente.
- Aprendizado sobre ética e profissionalismo na medicina
- Formação da identidade profissional

7. Experiências relacionadas à Extensão: Incentivar a participação em projeto de extensão oportunizando que discentes desenvolvam competências de responsabilidade social, empatia, comunicação e práticas de prevenção, enquanto contribuem para a comunidade.

Competências Desenvolvidas

- Responsabilidade social e engajamento comunitário
- Empatia e compreensão das necessidades da população
- Competências de comunicação em contextos diversos
- Práticas de prevenção e promoção de saúde
- Prática profissional sustentada pelas bases científicas

8. Estágios e Práticas Profissionais: para incorporar experiências em ambientes de cuidado à saúde desde os primeiros anos do curso, permitindo que os estudantes observem, registrem e discutam sobre competências clínicas em ambientes de saúde reais, sob a supervisão de preceptores.

Competências Desenvolvidas

- Observação e registro de práticas de cuidado
- Comunicação efetiva com pacientes e profissionais de saúde
- Competências clínicas e técnicas de abordagem ao paciente
- Ética e responsabilidade no cuidado à saúde

Planejamentos educacionais baseados na EBC garantem que o curso não apenas forneça um conhecimento teórico sólido, mas também prepare os estudantes para a prática profissional, desenvolvendo competências essenciais para sua futura atuação como médico.

CAPÍTULO 11. INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

A Integração ensino-serviço-comunidade (IESC) constitui um pilar estratégico para o estabelecimento de uma formação médica integradora e socialmente responsável. Conforme as DCN de 2025 e outras iniciativas nacionais, a IESC redefine o papel das escolas médicas, direcionando suas atividades de ensino, pesquisa e extensão para atender às necessidades e prioridades de saúde das comunidades, em consonância com os princípios do SUS. Trata-se de um compromisso institucional que articula qualidade técnica, relevância social e impacto mensurável na saúde da população.

O alinhamento da formação médica às necessidades e prioridades de saúde das comunidades se manifesta pela inserção dos estudantes nos ambientes comunitários e institucionais para além dos serviços de saúde e nas práticas de atenção, gestão e participação social do SUS, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os espaços ambulatoriais e hospitalares.

Os estudantes, ao vivenciarem situações reais, compreendem de forma mais sedimentada os determinantes sociais da saúde e as complexidades dos contextos locais, desenvolvendo competências capazes de responder às demandas específicas da população. Dessa forma, a integração fomenta o reconhecimento, acolhimento e valorização da diversidade humana em suas múltiplas dimensões (biológicas, subjetivas, étnico-raciais, de gênero), enfrentando iniquidades em saúde e promovendo a justiça social.

De outra forma, o ensino fora do serviço de saúde, ou em serviços de saúde exclusivamente idealizados para fins educacionais, induz o estudante a compreender práticas assistenciais enviesadas e distantes da realidade e nem sempre apoiadas nas necessidades das pessoas e do SUS. Mesmo quando desenvolvidas em serviços de saúde, porém de forma passageira, a percepção do papel do educando, e portanto do médico, pode ser compreendido de modo parcial e pouco responsabilizado.

A IESC exige a colaboração ativa e permanente entre a instituição de ensino, os serviços de saúde e a comunidade. Isso inclui a articulação com instâncias governamentais, gestores da saúde, prestadores de serviços e organizações comunitárias. A formalização dessas parcerias, por meio de instrumentos como os Coapes, é crucial para garantir a sustentabilidade e a efetividade das ações integradas.

O currículo médico, permeado pela IESC, deve ser centrado na pessoa, família e comunidade, compreendendo a inter-relação entre as dimensões biológica, psicológica, social, espiritual, cultural e ambiental do processo saúde-doença-cuidado. Ele inclui conteúdos sobre determinantes sociais da saúde, equidade em saúde, competência cultural, análise estratégica e competências para mobilização e garantia de direitos, preparando o médico para atuar como agente de transformação social, com liderança colaborativa, escuta qualificada e atitude propositiva.

A IESC estimula a participação estudantil em projetos de extensão e pesquisa que extrapolam os muros da universidade. A pesquisa realizada pelas escolas médicas deve ser relevante para as prioridades locais de saúde, gerando troca de saberes e intervenções sociais que contribuam diretamente para a melhoria dos resultados de saúde na comunidade.

As instituições devem estabelecer mecanismos para monitorar os esforços da IESC e avaliar regularmente seu impacto na saúde da comunidade e na formação dos estudantes. A IESC visa formar profissionais com excelência acadêmica e uma atitude crítica, capazes de se engajar ativamente em políticas e práticas voltadas ao bem-estar coletivo, à defesa dos direitos humanos e à superação de iniquidades.

A Política Nacional de Humanização (PNH) serve como guia para essas práticas, promovendo o vínculo e a corresponsabilidade. A IESC, assim compreendida, deixa de ser um atributo acessório e se afirma como eixo estruturante da formação médica contemporânea. Ela é a estratégia central para formar médicos com uma visão crítica dos sistemas de saúde,



sensíveis à diversidade humana, engajados com a integralidade do cuidado e comprometidos com o fortalecimento do SUS e a transformação social.

A IESC, tal como reafirmada nas DCN de 2025, exige que os cenários de prática deixem de ser compreendidos apenas como “campos de estágio” e passem a ser assumidos como espaços institucionais de formação nos quais se articulam interesses pedagógicos, necessidades assistenciais e responsabilidades públicas. Na prática, isso implica reconhecer que unidades básicas de saúde, serviços especializados, hospitais, dispositivos de vigilância e espaços de gestão do SUS produzem conhecimento, organizam processos de trabalho e formam sujeitos. A escola médica, ao se inserir nesses espaços, precisa pactuar objetivos formativos claros, respeitar as dinâmicas locais e contribuir ativamente para a qualificação do cuidado, evitando relações utilitaristas ou extrativistas que reduzam o serviço a mero “lugar de passagem” do estudante.

Um elemento central dessa integração é a qualificação dos processos de supervisão e preceptoria, entendidos como práticas pedagógicas situadas no cotidiano do trabalho em saúde. No contexto das DCN de 2025, a presença do estudante nos serviços deve estar articulada a dispositivos sistemáticos de acompanhamento, feedback e reflexão crítica sobre a prática, de modo a transformar a experiência assistencial em aprendizagem significativa. Isso requer investimento institucional na formação pedagógica dos profissionais da rede, reconhecimento do papel formador do preceptor e criação de espaços protegidos para a discussão de casos, análise de processos e avaliação formativa, fortalecendo a corresponsabilidade entre escola, serviço e comunidade.

A integração ensino–serviço também se materializa na organização curricular orientada pelo território, especialmente quando a Atenção Primária à Saúde assume seu papel de ordenadora do cuidado e coordenadora das redes, como se deseja. A inserção longitudinal dos estudantes em territórios definidos

permite o acompanhamento continuado de pessoas, famílias e coletivos, favorecendo a compreensão dos determinantes sociais da saúde, da lógica de funcionamento das redes de atenção e das estratégias de cuidado compartilhado.

Essa longitudinalidade, prevista nas DCN de 2025, desloca o aprendizado de experiências episódicas para trajetórias formativas mais densas, nas quais o estudante participa de processos reais de cuidado, planejamento e avaliação em saúde. Assim, a alocação de estudantes nestes territórios e serviços deve ser a mais fixa e constante possível ao longo de toda a sua trajetória acadêmica, de modo a viabilizar o acompanhamento de ciclos de vida dos usuários e propiciar que a longitudinalidade seja orientadora da formação.

Outro aspecto prático relevante refere-se à integração da formação com os espaços de gestão e participação social do SUS. Conselhos de saúde, reuniões de equipe, comissões intergestores, núcleos de regulação e instâncias de planejamento constituem ambientes privilegiados para o desenvolvimento de competências relacionadas à gestão, à liderança colaborativa e ao controle social. A presença orientada de estudantes nesses espaços contribui para a compreensão do SUS como política pública, para o reconhecimento dos conflitos e pactuações que atravessam a tomada de decisão e para a formação de médicos capazes de dialogar com gestores, trabalhadores e usuários, em consonância com o perfil do egresso definido pelas DCN de 2025.

Por fim, a integração ensino-serviço-comunidade demanda mecanismos institucionais permanentes de pactuação, monitoramento e avaliação, capazes de sustentar essa relação ao longo do tempo. Instrumentos como o Coapes ou dispositivos equivalentes devem ser compreendidos não apenas como exigências formais, mas como espaços vivos de negociação de responsabilidades, definição de cenários de prática, avaliação de impactos formativos e assistenciais e ajuste contínuo das estratégias adotadas. Nesse sentido, a integração deixa de ser um arranjo pontual e se consolida como política institucional, alinhada

às DCN de 2025, ao fortalecimento do SUS e à construção de uma formação médica socialmente referenciada, ética e comprometida com as necessidades reais da população brasileira.

O estabelecimento deste tipo de instrumento, como o Coapes, pressupõe contribuições de ambas as partes. Do lado da instituição de ensino, devem ser prioritariamente instituídas a partir da colaboração com as secretarias de saúde, preenchendo lacunas formativas, organizativas e assistenciais da rede, minimizando a competição financeira interinstitucional, conforme cada contexto localregional e expertise de cada IES.

Quadro 10 - Apresentando a referência à IESC nos artigos das DCN

Temas Relacionados à IESC	Artigos de Referência nas DCN 2025
Cuidado centrado na pessoa, família e comunidade	Art. 4º, Art. 8º
Formação orientada às necessidades sociais de saúde	Art. 9º, Art. 19º, Art. 22º
Inserção em múltiplos cenários de prática	Art. 23º, Art. 31º
Integração curricular e interdisciplinaridade	Art. 7º, Art. 18º, Art. 20º
Desenvolvimento de competências em contextos reais	Art. 6º, Art. 8º, Art. 31º
Serviços de saúde como espaços formativos	Art. 15º, Art. 23º
Articulação institucional com o SUS	Art. 22º, Art. 25º, Art. 26º
Trabalho interprofissional e colaboração	Art. 7º, Art. 8º (IV, XII, XXII)
Indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão	Art. 16º
Longitudinalidade da formação prática	Art. 31º

CAPÍTULO 12. INTERNATO

O internato é a etapa final do curso de graduação em Medicina, realizado sob forma de estágio curricular obrigatório, na modalidade de treinamento em serviço, preferencialmente e prioritariamente em unidades do SUS, sob supervisão direta de docentes e de preceptores.

Trata-se de uma fase de transição entre a condição de estudante e a de médico em que se intensifica e prioriza aprimoramento, consolidação e ressignificação do conhecimento a partir da prática em serviço, desenvolvimento da relação médico-paciente e aperfeiçoamento das técnicas e competências médicas. Contribui para a sua profissionalização através do desenvolvimento progressivo de responsabilidade e autonomia na prática da medicina. É um período de conscientização de que a prática médica deve ser mais abrangente que o conhecimento sobre doenças e os meios diagnósticos e tratamentos, direcionando-a à "promoção integral e humana do cuidado" (Chaves; Grossman, 2007; Cândido; Batista, 2019). Esta é, sem dúvida, etapa fundamental na formação da identidade profissional do médico.

O internato, momento síntese do curso, deve ser estruturado de forma a garantir a aquisição e consolidação das competências desenvolvidas em momentos anteriores, articular teoria e prática, garantir a prática interprofissional se caracterizando num ciclo eminentemente prático, onde o estudante atua diretamente no cuidado à saúde, educação e gestão em saúde, realizado em diversos ambientes de prática, com ênfase na Atenção Primária à Saúde, na Rede de Urgência e Emergência (UE) e na Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC).

As DCN de 2025 ressaltam a importância do SUS para a formação médica, indicando que o internato médico deve ser realizado preferencialmente em unidades do SUS. Esse enunciado não impede que sejam realizados estágios eventuais em unidades privadas, mas direciona esse componente final da formação para uma ampla vivência no Sistema de Saúde, de modo que o egresso

tenha sólido conhecimento das redes de cuidado, das políticas públicas para grupos populacionais específicos, da assistência e dos fluxos existentes entre os níveis de atuação do SUS, desde a Atenção Primária, até as unidades hospitalares especializadas.

Nesse sentido, os dispositivos institucionais de articulação e cooperação entre a gestão da escola médica e as instâncias gestoras do SUS, nos moldes do Coapes, assumem especial relevância.

As DCN de 2025 dão especial atenção à estruturação do internato médico, reconhecendo e detalhando sua importância para a formação médica, destacando a responsabilidade da instituição de ensino com esse momento do curso, sinalizando caminhos para sua implantação na prática.

12.1 Comparação entre as DCN na definição do Internato

Na evolução histórica das últimas décadas, a partir das DCN de 2001, o internato médico foi ampliado em sua carga horária mínima e nas áreas de atuação (rodízios). Houve também um enriquecimento e detalhamento de suas características, considerando a diversificação e priorização dos ambientes de prática, atividades desenvolvidas e supervisão.

O quadro abaixo mostra a comparação entre as DCN 2001, 2014 e 2025 no que se refere aos artigos que tratam especificamente do internato médico (Brasil 2001; Brasil 2014; Brasil, 2025).

Quadro 11 - Comparativo entre as Diretrizes Curriculares de 2001, 2014 e 2025

Característica	DCN 2001 (Resolução CNE/CES N° 4/2001)	DCN 2014 (Resolução CNE/CES N° 3/2014)	DCN de 2025 (Resolução CNE/ CES N° 3/2025)
Duração Mínima	Não especificada	Mínimo de dois anos	Mínimo de dois anos
APS/UE	As atividades devem incluir os três níveis de atenção (primeiro, segundo e terceiro) em cada área	Mínimo de 30% da carga horária total em Atenção Básica e em Serviço de UE. A carga horária dedicada à Atenção Básica deve predominar sobre a de UE	Pelo menos 30% da carga horária total em ambientes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e de UE, com distribuição proporcional entre essas áreas
Demais áreas Obrigatórias	Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva	Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental	Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Mental, englobando conhecimento de Saúde Coletiva, Medicina Intensiva e Traumatologia e Ortopedia

Jornada Semanal	Não especificada	Limite de 40 horas semanais, incluindo plantões que podem atingir até 12 horas diárias	Limite de 40 horas semanais, incluindo plantões de até 12 horas diárias
Estágio Fora de sede	Máximo de 25% da carga horária total do estágio	Até 25% da carga horária total. O total de estudantes não pode ultrapassar 50% das vagas do internato da Instituição de Ensino Superior (IES)	Até 25% dessa carga horária poderá ocorrer em instituições externas conveniadas
Carga Horária Teórica	Não poderá ser superior a 20% do total por estágio	Não seja superior a 20% do total por estágio	Deve ser entre 5% e 15% da carga horária total prevista para a respectiva área
Áreas verdes	Não mencionadas	Não mencionadas	Deve prever a presença de "áreas verdes" ou janelas curriculares em todos os períodos, inclusive no internato

Supervisão e preceptoria	Estágio sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. Não menciona preceptoria	A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da IES	A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde deve ter obrigatoriamente supervisão de docentes próprios da IES
Avaliação	Não mencionada especificamente sobre o internato	Não mencionada especificamente sobre o internato	Inclusão de um sistema de avaliação contínua, específica e estruturada do internato, que permita o monitoramento sistemático do desempenho do estudante

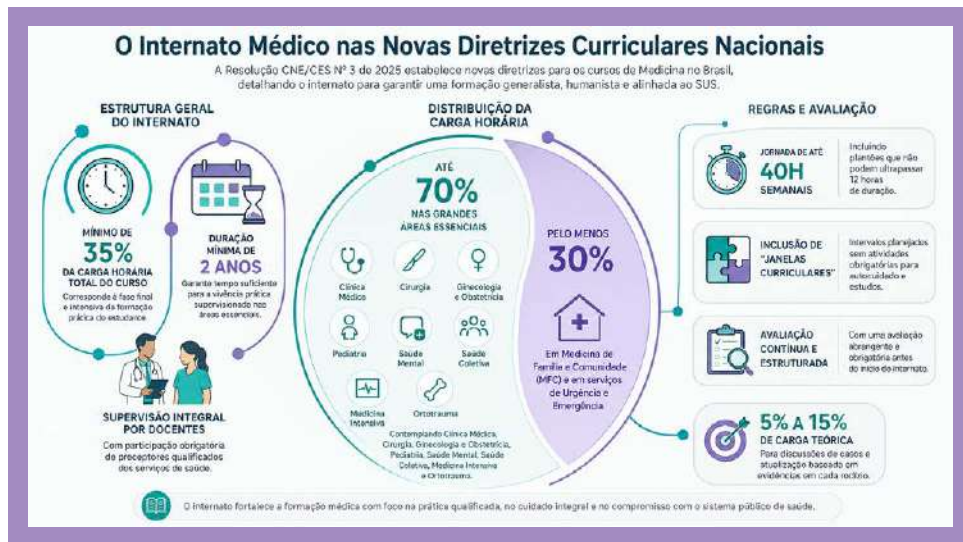
12.2 Recomendações das DCN de 2025 sobre o Internato Médico

Na comparação acima, as DCN de 2025 são mais explícitas no que se refere à estruturação do internato médico. O quadro abaixo relaciona os artigos que abordam aspectos sobre esse período de estágio obrigatório.

Quadro 12 - Artigos das DCN de 2025 que tratam do internato médico

Artigo	Especificidade sobre internato	Recomendações
Artigo 25º	específico	Recomenda a obrigatoriedade do internato, com supervisão e articulação com o serviço a partir de convênios a exemplo do Coapes
Artigo 28º	não específico	Inclusão das áreas verdes inclusive no internato
Artigo 31º	não específico	Inserção nos diferentes níveis de atenção à saúde, inclusive no internato
Artigo 32º	específico	Definição de duração e cargas horárias, além das áreas de estágio com a proporcionalidade entre elas
Artigo 33º	específico	Desenvolvimento de competências nas atividades práticas
Artigo 34º	específico	Definição da carga horária teórica
Artigo 35º	específico	Carga horária de plantões
Artigo 36º e 37º	não específico	Sistema de avaliação incluindo internato

Figura 8 - Organização do internato, segundo as DCN de 2025



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

A seguir apresentamos a síntese dos conteúdos dos artigos acima, a partir das recomendações das DCN de 2025 para o internato médico:

Requisitos Estruturais e Duração

O internato deve representar, no mínimo, 35% da carga horária total do curso com duração mínima de dois anos. A jornada semanal deve ser de até quarenta horas (Lei 11.788/2008), podendo incluir plantões de até doze horas.

A carga horária fora de sede pode ser de até 25% da carga horária total do internato, em unidades preferencialmente vinculadas ao SUS e que oferecem Programas de Residência Médica reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Destaca-se a necessidade da garantia de janelas curriculares que se constituem em áreas verdes, não contabilizando como carga horária do internato.

Áreas Obrigatórias

Pelo menos 30% da carga horária total deve ser cumprida em ambientes de MFC e de UE do SUS, com distribuição proporcional entre essas áreas. Os 70% restantes devem contemplar as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Mental. Esses estágios devem englobar conhecimentos das áreas de Saúde Coletiva, Medicina Intensiva e Traumatologia-Ortopedia.

Supervisão e Avaliação

A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde sem vínculo docente deve ter obrigatoriamente supervisão de docentes próprios da IES.

O sistema de avaliação deve ser alinhado às competências e fundamentado nos princípios da avaliação programática. O ingresso no internato somente poderá ser permitido após a aprovação em ao menos uma avaliação somativa abrangente imediatamente anterior ao início do internato, para garantir que o estudante possua as competências mínimas para atuação supervisionada em ambiente clínico real.

12.3 Caminhos para implantação do Internato de acordo com as DCN de 2025

Inserção no PPC e Papel do Núcleo Docente Estruturante - NDE

Frente a necessidade de revisão do internato no PPC, faz-se necessário o envolvimento do NDE, além da participação de estudantes e preceptores de todas as áreas. Esse momento pode se constituir em oportunidade de inovação na forma de organização, mantendo sintonia com o processo formativo ao longo dos quatro anos anteriores.

Articulação com Serviços de Saúde

A gestão do curso deve ter articulação com gestores do SUS, no sentido de reconhecer os ambientes de prática necessários e adequados para a realização plena do internato, em conformidade com as novas recomendações.

Deve também, ter atuação ativa na construção do Coapes local ou de convênios similares que permitam a adequada integração entre ensino e serviço. A pactuação a partir da formalização de convênios ou contratos garante que os estágios ocorram no serviço, com previsão de apoio logístico aos estudantes (alimentação, transporte, alojamento), quando pertinente, e supervisão adequada de preceptores e docentes.

Carga horária do internato realizada fora da região de saúde do curso

Espera-se que 100% dos estágios do internato previstos no PPC sejam realizados em serviços próprios ou conveniados, na região de saúde em que o curso se insere, devendo ser integralmente supervisionados por docentes da IES, com a participação de preceptores qualificados.

De acordo com o § 1º do Art. 32º das DCN de 2025, até 25% da carga horária do internato poderá ocorrer em instituições externas, fora da região de saúde onde o curso está inserido. Neste caso, deverá se tratar também de instituição conveniada, preferencialmente vinculada ao SUS, e que ofereça Programas de Residência Médica reconhecidos e credenciados pela CNRM, devendo a IES assegurar a presença ativa de seus docentes na supervisão acadêmica.

Estrutura do internato

A estruturação do internato, alinhada às DCN de 2025, deve ser pautada pela integralidade do cuidado, com integração



longitudinal e interprofissional, de modo a superar a organização fragmentada. Esse desenho deve assegurar oportunidades de aprendizagem e avaliação nas três áreas de competência (atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde), além de contemplar competências transversais ao longo de todo o percurso formativo.

A manutenção dos princípios da Educação Baseada em Competências (EBC) e a proporcionalidade de cargas horárias explicitadas pelas DCN devem ser sempre garantidas, independentemente do modelo de organização do internato adotado. É importante que esses arranjos estejam registrados no PPC, monitorados e avaliados continuamente pelo NDE.

Uma possibilidade de estruturação do internato é adotar, para fins operacionais, uma organização em oito rodízios, sendo sete rodízios correspondentes às áreas obrigatórias e um rodízio adicional denominado Eletivo Obrigatório do Internato (EOI) componente curricular do internato em que o tema/área é escolhido pelo estudante, com duração de quatro a oito semanas ao longo do internato. O racional que sustenta esta escolha é a de abrir espaço ao estudante para escolher experiências e vivências durante o internato que lhe interessam e que podem ter relação com as áreas que pretende escolher após a conclusão do curso.

Organizações com estágios concomitantes são opções viáveis, como manter no turno matutino a MFC e a Urgência e Emergência em caráter longitudinal, ao longo de todo o período de internato, e no período vespertino, adotar rodízios com duração de algumas semanas para as demais áreas. Opções neste formato favorecem a longitudinalidade do cuidado, não somente na MFC como também nas demais áreas que, mesmo ocorrendo em rodízios, por terem menor carga horária semanal, têm maior duração temporal.

Papel da preceptoria e da docência

Os estudantes devem atuar durante todo o tempo sob supervisão de preceptores, vinculados à IES ou devidamente formalizados através dos contratos de organização ensino serviço, Coapes ou equivalentes.

As escolas médicas devem prever programas de preceptoria, destinados a seleção e apoio de profissionais do serviço, que atuem como preceptores do curso. Esses programas podem contemplar dispositivos de apoio aos preceptores, como bolsas ou outra forma de remuneração, certificação oficial pela instituição, participação em processos formativos da instituição de ensino, tanto na sua área de atuação, quanto na formação pedagógica, participação em projetos de pesquisa ou extensão, apoio para participação em congressos, entre outras estratégias.

Os preceptores são sujeitos ativos no processo formativo e devem ter pleno conhecimento do currículo, suas distintas formas de avaliação e dos docentes responsáveis por cada componente curricular no qual participa.

Em cada rodízio do internato deve haver uma articulação entre os docentes da IES e dos preceptores de cada área, de maneira que haja possibilidade de supervisão docente dos diversos ambientes de estágio. Essa articulação pode ser efetivada através da integração do internato com os Programas de Residência Médica, estando a preceptoria e a docência articulada a esses dois níveis da formação médica.

Componente teórico

O percentual obrigatório de 5 a 15% de componentes teóricos no internato pode ser desenhado de diferentes maneiras, de forma a promover a integração dos temas, alinhados ao perfil do egresso e contemplados no planejamento de atividades do curso.

A metodologia deve ser diversificada, com atividades como estudos de caso clínico ou de situações-problema, incluindo o uso

de estratégias de ensino baseada em simulação, valorizando a problematização com reflexão sobre a ação, a partir das experiências vivenciadas nos ambientes de práticas. Atividades como essas devem ser ativamente estimuladas, inclusive com espaço de tempo protegido, pois são momentos privilegiados de desenvolvimento de competências, integrando a teoria à prática profissional.

Áreas verdes

As janelas curriculares, compreendidas como áreas verdes (Art. 28º, das DCN de 2025) devem ser asseguradas, inclusive no internato. Importante que sejam horários protegidos para autogestão por parte dos internos, não havendo previsão de atividades extras do próprio rodízio ou de outro componente curricular.

Da mesma forma, essas áreas não devem ser as áreas de descanso pós-plantão. Idealmente devem ser previstas em um turno inteiro (manhã ou tarde) de área protegida, fora dos finais de semana, ou seja, de segunda-feira a sexta-feira, contribuindo para a diminuição de sobrecarga, garantindo o autocuidado e melhoria da saúde mental. Não se confunde com os estágios optativos do internato.

Avaliação

A avaliação, prévia ao internato, ao final do quarto ano é uma etapa de identificação do que é necessário para melhor aproveitamento do internato, evidenciando o desenvolvimento progressivo das etapas anteriores. Uma possibilidade a ser analisada pelas escolas pode ser a adoção do Teste de Progresso da ABEM de forma complementar ou não para esse relevante momento de avaliação.

Nas DCN de 2025 deve-se considerar a avaliação programática, inclusive durante o internato, contemplando as seguintes características:

- **Sistemática** – deve-se sustentar nas melhores evidências do processo de avaliação do estudante e do programa, com elementos comuns a todos os rodízios, garantindo suas especificidades.
- **Orientada por competências abrangendo os domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal** – as modalidades avaliativas previstas no internato devem contemplar métodos e instrumentos capazes de aferir conhecimentos – saber e saber como fazer – tendo como exemplos as provas de múltipla escolha ou de questões abertas; habilidades – demonstrar, tanto em cenários simulados como reais – tendo como exemplos as avaliações com estações tipo OSCE ou as avaliações em cenários reais a exemplo do MiniCEX; e atitudes – ser, estar e relacionar-se – que podem ser realizadas de maneira direta em avaliações 360 graus ou indireta como em portfólios reflexivos.
- **Abrangência das dimensões formativa, somativa e informativa ou diagnóstica** – no PPC e nos planejamentos dos rodízios de internato, deve haver modalidades de avaliação tanto de caráter formativo, que possibilite reconhecimento de caminhos para o desenvolvimento de competências, como somativo, que represente o conjunto de competências já desenvolvidas. Essas modalidades de avaliação devem compor um painel capaz de gerar informações para diagnóstico da formação no internato, possibilitando aprimoramento contínuo de sua organização.
- **Previsão de feedback** – deve haver previsão de feedback em todos os rodízios do internato, devendo ser individuais, oportunos e qualificadores. Para tal, é imprescindível a formação de educadores (docentes e preceptores) de modo a fornecer feedback apreciativo.

Estágios optativos

Rodízios curriculares do internato, com plano de atividades, supervisão e avaliação, porém com tema escolhido pelo estudante (ex.: vivência em serviço de interesse para futura residência, aprofundamento temático ou estágio no exterior). Quando realizado fora da regional de saúde do curso, essa carga horária integra o limite de 25% para tal, devendo haver convênios estabelecidos e supervisão da IES.

Internato rural, indígena ou em contextos específicos

Trata-se de um rodízio realizado em pequenos municípios no interior ou do entorno do município sede, privilegiando o contexto rural, podendo abranger populações específicas como ribeirinhos, quilombolas e indígenas, entre outras. Geralmente é realizado em caráter de imersão, com a experiência do trabalho médico em uma realidade diferente da sede da escola. Permite que o estudante conheça amplamente os aspectos culturais e de saúde daquelas populações, dificuldades de acesso, as particularidades do sistema de saúde e a epidemiologia local.

Deve haver inserção de rodízios como esses, de acordo com a proposta de formação do curso, considerando aspectos regionais e a presença de populações específicas no território.

No sentido da garantia da qualidade da supervisão dos internos nesses contextos, importante haver articulação entre preceptores (médicos e outros profissionais que atuam nessas localidades), facilitadores (agentes locais do território ou da Secretaria Municipal da localidade) e docentes da instituição (que fazem a coordenação do rodízio, estando ou não no território em que ocorre o estágio, mas em contato permanente com internos, preceptores e facilitadores).

Importante haver especial atenção para os aspectos institucionais que garantam a factibilidade e a sustentabilidade dos estágios, como convênios interinstitucionais, apoio à preceptoria,

garantia de transporte e alimentação, e possível ajuda de custos para os internos que participarem desses rodízios.

Quando o curso estiver localizado em territórios contemplados pelo Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), é desejável que a escola médica construa estratégias para o desenvolvimento de estágios junto aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Estes devem ser executados na perspectiva da interculturalidade, preferencialmente de maneira interdisciplinar e respeitando a participação e o protagonismo indígena na construção desses estágios.

Passo a passo para planejar, validar e registrar o internato do curso

- Definir a carga horária total do internato e a duração (mínimo de dois anos), assegurando que represente pelo menos 35% da carga horária total do curso.
- Dimensionar MFC e UE para cumprir o que determina as DCN de 2025, mantendo distribuição proporcional entre as duas áreas, conforme cada realidade local.
- Definir a carga horária dos rodízios garantindo uma distribuição equilibrada entre as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Mental. As cargas horárias de cada uma das áreas não necessitam ser iguais e sim compatíveis com as competências requeridas para cada uma delas, em conformidade com o perfil de formação generalista do médico apontado na DCN e descrito no PPC.
- Definir a forma como os conhecimentos, habilidades e competências em Saúde Coletiva, Medicina Intensiva e Traumatologia-Ortopedia serão abordados e distribuídos ao longo do internato. Estas áreas podem ser rodízios específicos ou estarem incluídas dentro de outros rodízios, inclusive em mais de um deles. Em especial

as competências em Saúde Coletiva devem estar contempladas em todas as áreas, de modo a possibilitar a clara identificação de sua vinculação a todas as áreas.

- Definir a inserção de estágio opcional, internato rural ou em contextos específicos, conforme especificidades do curso, respeitando os limites previsto de carga horária, com definição de objetivos, plano de atividades, supervisão e método de avaliação. Nenhum destes é obrigatório ao internato.
- Classificar cada rodízio quanto ao campo de prática: conta nos 75% (rede do curso/mesma região de saúde) ou conta nos 25% (fora da região/exterior). Mesmo para os rodízios que contam nos 25%: exigir convênio, preceptoria, padrões mínimos de qualidade, infraestrutura e segurança, e supervisão docente.
- Em cada rodízio: garantir 5% a 15% de carga teórica, estratégia de discussão de casos e atualização baseada em evidências.
- Verificar jornada semanal ($\leq 40h$) e plantões (até 12h), sem exceder o limite semanal e garantindo a existência de áreas verdes durante cada semana. A carga horária de plantões está incluída dentro das 40h totais. A área verde, por definição, não é computada como carga horária cursada.
- Garantir tempo de férias no ano letivo.
- Garantir avaliação programática com feedback no internato, com uso de diversas estratégias complementares.
- Registrar no PPC e construir plano individual de estágio, aprovações, documentos de convênio, plano de ensino, lista de docentes/preceptores, checklists e avaliações.

CAPÍTULO 13. CUIDADO EDUCANDO/EDUCADOR/ESCOLA

*Cuidar é mais que um ato.
É uma atitude que abrange mais que um
momento de atenção, de zelo e desvelo.
Representa uma atitude de ocupação, preocupação,
e responsabilização e de envolvimento afetivo
com o outro. (BOFF, 1999).*

As palavras de Leonardo Boff situam a delicada complexidade do cuidado como um processo relacional entre pessoas, implicando vínculo, escuta ativa, intencionalidade, diálogo, afeto e partilha. Na perspectiva da formação médica, compreendendo-a como percurso sócio-histórico construído coletivamente, emergem questões:

Como os estudantes têm vivido o cuidado no cotidiano formativo? Como docentes e preceptores têm atuado como educadores(as) e cuidadores(as), experienciando práticas de cuidado humano? Como as escolas médicas têm cuidado das pessoas envolvidas na formação? Que metodologias, estratégias e dispositivos têm evidenciado maior potência para fomentar uma educação médica centrada no cuidado humano?

As DCN do Curso de Medicina trazem possibilidades significativas para a construção conjunta de respostas às questões referidas, valorizando a diversidade, pluralidade, reflexão, crítica, autoria e criatividade. Apreende-se a polissemia do cuidado, abrangendo os encontros de intersubjetividades, com suas singularidades, desejos, demandas, construindo sentidos nos cotidianos da produção das vidas e implicando perspectivas dialógicas e de reciprocidade entre modos de ser, estar e fazer no mundo. (Ayres, 2004; Balduino, 2006; Pinheiro, 2009).

Cuidado? Cuidados! E na pluralidade, imbricam-se cuidado e autocuidado, como práticas sociais permeadas por valores, crenças, demandas e necessidades, exigindo que se reconheça que as diferenças entre os modos de estar no mundo podem expressar desigualdades sociais somente visibilizadas quando nomeadas, reconhecidas, resgatadas nas experiências e narrativas das pessoas.

Neste escopo, parece-nos importante sublinhar a noção do cuidado de si mesmo como uma atitude que se constrói nos modos de relacionar-se com o outro e consigo mesmo, imbricando a ética, a estética, os saberes nas práticas de atenção à saúde (Bub *et al*, 2006).

É fundamental compreendermos que, nos percursos de aprendizagem, o cuidado configura-se como prática pedagógica favorecedora de espaços formativos de acolhimento, respeito e escuta, no qual estudantes se sentem seguros para aprender, expressar-se e desenvolver-se. Ao vivenciar práticas educativas pautadas no cuidado, o estudante aprende, de forma concreta, a cuidar de si mesmo — reconhecendo limites, emoções e potencialidades — e a cuidar do outro, exercitando escuta sensível, solidariedade e corresponsabilidade coletiva.

Cuidar e cuidar de si, articulam vínculos, escutas, afetos, necessidades, valores, saberes e práticas atravessadas por determinações sociais que conformam modos de viver, de aprender, de ensinar, de interagir, de formar. Constituem, assim, processos estruturantes na formação médica, demandando políticas de aprendizagem, políticas institucionais e políticas públicas de suporte e apoio.

Configura-se uma teia de relações entre cuidados, cuidado de si mesmo e saúde mental: rompendo com uma visão

reducionista e individualista, esboçam-se compreensões a partir das experiências concretas na formação médica, ancorando-se nos modos como as relações têm se estruturado nos processos de aprender e ensinar Medicina.

Quem irá trabalhar com cuidados, também precisa de cuidados!! Essa importância se eleva a cada conhecimento construído ao longo do curso, bem como se mostra cada vez mais relevante ao se pensar na arquitetura do ensino médico. Desconsiderar essa interferência pode facilitar o desenvolvimento de distúrbios psíquicos que acompanharão os acadêmicos e poderão se manifestar, de modo a *prejudicá-los em suas relações sociais, familiares, amorosas e laborais*. (Brito Júnior; Coelho; Serpa Júnior, 2022)

13.1 INCLUSÃO, ACESSIBILIDADE E PERMANÊNCIA ESTUDANTIL: REDES DE CUIDADOS

A educação inclusiva constitui uma proposta pedagógica, política e ética que visa garantir a presença, participação e aprendizado de todos no ambiente de aprendizagem comum, reconhecendo e valorizando as diferenças como parte da diversidade humana. Trata-se de um paradigma que rompe com os modelos excludentes, promovendo uma cultura de pertencimento e equidade nas escolas médicas. (Tomelin *et al.*, 2018; Antunes; Amorim, 2020; Nutfiyeva, 2024).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina de 2025 consolidam a inclusão, a acessibilidade e a permanência estudantil como elementos indissociáveis da qualidade da formação médica. Ao promover ambientes educacionais equitativos, acessíveis e acolhedores, as DCN fortalecem a formação de médicos tecnicamente competentes, eticamente comprometidos e socialmente responsáveis, capazes de oferecer um cuidado em saúde integral, humano e alinhado às necessidades da população brasileira.

A construção de uma cultura inclusiva no processo formativo em Medicina traduz e expressa uma dimensão importante da responsabilidade social da escola médica, pois conecta o processo formativo às necessidades reais da sociedade, especialmente de grupos historicamente vulnerabilizados. Essa cultura extrapola práticas pontuais, expressando-se nas políticas institucionais, nas relações pedagógicas, na avaliação, na gestão acadêmica e no vínculo com a comunidade

Construir uma formação médica inclusiva, acessível e comprometida com a permanência estudantil é uma tarefa coletiva, contínua e política. É uma rede de cuidados intencionalmente instituída, com coragem para romper com padrões excludentes e para enfrentar o capacitismo, a homofobia, o racismo e o sexismo, que ainda persistem nas instituições e afetam profundamente a trajetória dos/das estudantes.

As DCN de 2025 avançam ao reconhecer que a qualidade da formação médica depende da permanência do/da estudante ao longo do curso, compreendendo-a como um processo que envolve dimensões acadêmicas, emocionais, sociais e econômicas. Neste contexto são fundamentais o apoio psicossocial e atenção à saúde mental; as ações de acolhimento, integração e orientação ao longo do percurso formativo e a articulação com políticas institucionais de assistência estudantil.

13.2 ÁREAS VERDES NO CURRÍCULO MÉDICO: TEMPOS DE CUIDADOS

A partir da compreensão do currículo como prática socialmente referenciada, marcada por saberes e conhecimentos científicos, visões de mundo, diversas culturas e múltiplos processos identitários (Koifman, 1998; Moreira, Tadeu, 2013; Jamieson, 2022; Reddi, Javidi, 2025; Harden; Lilley; Yildiz, 2024), pensar o currículo da formação médica a partir do cuidado demanda o compromisso com a construção de tempos para criar, interagir, vincular, para além das temporalidades obrigatórias.

E no escopo desses tempos, inscrevem-se as áreas verdes na composição de novas configurações curriculares, entendendo a necessária flexibilização curricular vinculada aos interesses e motivações de toda a comunidade acadêmica, buscando fomentar autonomia, pertencimento e engajamento (Fior; Mercuri, 2009).

O manejo do período de “área verde” permite ao discente desenvolver competências de auto cuidado e autogestão. Ao administrar o próprio tempo e priorizar o autocuidado, o estudante reflete sobre sua atuação e bem-estar, integrando a responsabilidade técnica ao respeito pelos seus próprios limites e ritmos de aprendizado.

No Art. 28º das DCN de 2025, foi introduzido o conceito de áreas verdes ou janelas curriculares qualificadas. Esse dispositivo determina que a organização do tempo acadêmico deve incluir, em todos os períodos do curso (inclusive no internato), momentos específicos sem atividades curriculares obrigatórias.

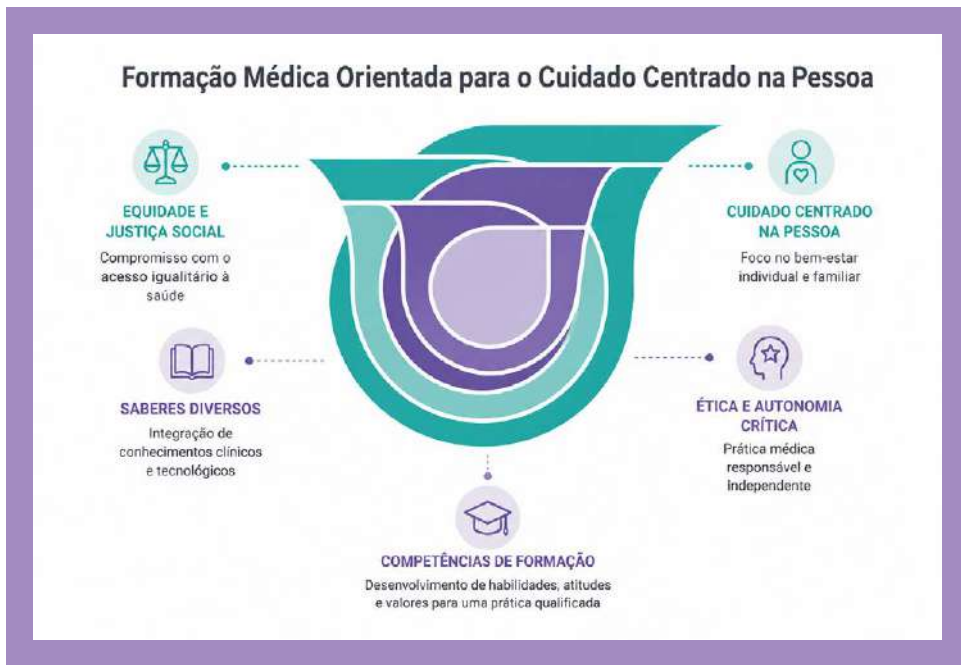
As áreas verdes no currículo médico expressam, desta forma, a intencionalidade de proteger tempos nos quais os estudantes possam realizar atividades importantes para a sua vida, valorizando o seu bem-estar e sua autonomia para organização de estudos, descanso e desenvolvimento pessoal para além das atividades curriculares e acadêmicas.

É fundamental que as áreas verdes sejam formalmente integradas ao currículo, incorporando a dimensão temporal do cuidado e da reflexão como elemento estrutural da formação do estudante, na perspectiva de uma educação médica crítica.

13.3 MENTORIA E TUTORIA NA FORMAÇÃO MÉDICA: ESPAÇOS DE CUIDADOS

As DCN de 2025 reafirmam a necessidade de uma formação médica comprometida com o cuidado integral em saúde, com o SUS e com o desenvolvimento ético, humanístico e técnico do futuro médico. Nesse contexto, mentoria e tutoria assumem papel estratégico como dispositivos pedagógicos estruturantes, voltados ao acompanhamento longitudinal e de cuidado do estudante e à qualificação do processo formativo.

Figura 9 - Articulando os Artigos 4º, 5º, 6º e 7º das DCN de 2025



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

A mentoria e a tutoria emergem como práticas pedagógicas na formação médica, constituídas pelos processos de mediação, reflexão, compartilhamento, valorizando a autonomia, as relações solidárias e colaborativas, os múltiplos saberes (Morin, 2002; Bellodi; Martins, 2003; Bellodi, 2004; Rancière, 2007). Configuram-se como espaços de cuidados que abrangem diálogo, conversação, escuta, apoio e acolhimento, envolvendo diferentes sujeitos, em diferentes momentos de geracionais, onde vivências e saberes são compartilhados. (Botti; Rego, 2009; Frei; Stamm; Buddeberg-Fischer; 2010; Silveira et al, 2021)

A tutoria é compreendida, à luz das DCN de 2025, como um dispositivo pedagógico voltado ao acompanhamento do

processo de aprendizagem, com destaque para mediação da construção do conhecimento; estímulo ao raciocínio clínico e à aprendizagem significativa; integração entre conteúdos teóricos e prática clínica e acompanhamento do desempenho acadêmico e da progressão curricular. A tutoria implica, assim, em uma metodologia participativa de ensinagem, fundamentada em relações compartilhadas e indutora da busca ativa e colaborativa do conhecimento.

A mentoria, por sua vez, assume papel central no desenvolvimento pessoal, ético e identitário do estudante de Medicina. As DCN de 2025 reforçam a formação de médicos reflexivos, empáticos e comprometidos com o cuidado humanizado, o que torna a mentoria um espaço privilegiado para a reflexão sobre valores, atitudes e responsabilidades profissionais, construção da identidade médica, apoio às escolhas acadêmicas e profissionais e enfrentamento de dilemas éticos-políticos da formação e da prática clínica.

No desenvolvimento da tutoria e da mentoria situam-se docentes e preceptores como interlocutores privilegiados junto e com os estudantes, atuando como tutores ou mentores. Configura-se, desta forma, a importância da formação de docentes e preceptores para a atuação como tutores nas atividades acadêmicas e como mentores no suporte e orientação na construção da identidade profissional, baseadas em interações formativas dialógicas, com apoio institucional e segurança profissional (cuidado, reflexão e supervisão).

Gil, Carvalho e Botti (2018), a partir de um trabalho coletivo e consensual, compreendem o tutor como o profissional responsável pela orientação ao estudante, vinculado às atividades formativas e que circula nos ambientes de ensinagem.

É importante reconhecer os enfoques diversificados que marcam os processos pedagógicos da mentoria e da tutoria, e portanto, sublinhamos que as orientações presentes neste Caderno são opções teórico-metodológicas que fundamentam o trabalho do Grupo REVER, sendo pontos de partida para a reflexão

e discussão no cotidiano das escolas médicas, nos movimentos permanentes de avaliação do processo formativo.

13.4 CUIDADO, AUTOCUIDADO E SAÚDE MENTAL DO DOCENTE E PRECEPTOR

O cuidado, o autocuidado e a saúde mental dos educadores e das educadoras (docentes e preceptores) que estão inseridos na escola médica são processos estruturantes na perspectiva de uma educação médica de qualidade, coadunada com as DCN de 2025 que reforçam uma formação comprometida com a integralidade do cuidado, humanista e centrada nas necessidades das pessoas.

Nesse contexto, não é possível formar médicos humanistas em ambientes que adoecem seus educadores . O cuidado com a saúde mental de educadores é parte constitutiva da coerência ética e pedagógica da escola médica, reconhecendo-se, assim, que a qualidade da formação depende, também, de um ambiente de trabalho e aprendizagem que promova cuidado, autocuidado e saúde mental de todos aqueles envolvidos no processo formativo

O autocuidado individual, embora necessário, é insuficiente quando dissociado de políticas institucionais de cuidado, sendo imprescindível uma abordagem coletiva da saúde mental de docentes e preceptores. A política de valorização dos educadores articula-se às práticas de promoção da saúde mental, compreendendo que contextos de desvalorização, invisibilidade e excesso de demandas constituem fatores de risco psicossocial.

Novas formas de pensar a educação pedem novas formas de fazer educação e o educador é figura chave na mudança que as DCN orientam. Nesse sentido, o cuidado com o docente e o preceptor exige a construção de espaços de escuta ativa e suporte psicopedagógico dentro das instituições de ensino e saúde. É

fundamental que as organizações transcendam o discurso da "resiliência individual" e passem a implementar estratégias que combatam a precarização do trabalho, como o dimensionamento adequado das cargas horárias e o reconhecimento formal da preceptoria como atividade pedagógica complexa. Ao mitigar a sobrecarga e oferecer redes de apoio institucional, cria-se um ambiente de segurança psicológica onde o educador deixa de ser visto apenas como um executor de tarefas e passa a ser compreendido em sua integralidade humana (Botti; Rego, 2024).

Configura-se, desta forma, a importância de práticas institucionais que sejam indutoras de ambientes institucionais seguros, éticos e respeitosos, livres de assédio e violência institucional e valorizando práticas pedagógicas humanizadas e relações acadêmicas baseadas no diálogo e na cooperação. (Lima *et al*, 2024) Ampliam-se as perspectivas de compreensão da saúde mental de educadores como processo atravessado por marcadores sociais da diferença, como raça, gênero e classe que devem ser considerados na elaboração das políticas institucionais (Schindler *et al*, 2006; Pinho *et al*, 2023).

Em um exercício relacional, compusemos o quadro abaixo articulando os conceitos e artigos das DCN, na perspectiva de sublinhar o Cuidado com Educando/Cuidado com Educadores no escopo da Resolução CNE/CES nº 3/2025.

Quadro 13 - Artigos e incisos relacionados ao Cuidado com Educando/Cuidado com Educadores

Conceito	Artigos e incisos – interseção com conceitos
cuidado	Art. 4º, Art. 5º, Art. 6º, Art. 7º, Art. 8º, Art. 11º, Art. 19º
inclusão	Art. 9º, Art. 12º, Art. 20º, Art. 30º
acessibilidade	Art. 12º, Art. 30º

permanência estudantil	Art. 19º, Art. 21º, Art. 29º, Art. 30º
áreas verdes	Art. 28º
tutoria	Art. 37º (§ 1º)
mentoria	Art. 37º (§ 1º)
autocuidado e saúde mental dos educadores	Art. 13º, Art. 21º, Art. 30º

O cuidado com educandos/as e educadores/as no contexto da formação médica inscreve-se nas relações com as políticas educacionais e com o processo de ensinagem, demandando uma tessitura pedagógica sensível, intencional, planejada e avaliada. Reconhece-se, dialeticamente, que o cuidado, no cotidiano das escolas médicas, contém e está contido nas práticas de gestão, educação e atenção à saúde.

CAPÍTULO 14. FORMAÇÃO DE EDUCADORES

Marco normativo e sentido estratégico do desenvolvimento docente

Nas DCN de 2025, o desenvolvimento docente avança em relação às DCN 2014, além de ser um requisito estrutural do curso. O Art. 21º das DCN de 2025 determina que o Curso de Graduação em Medicina institua o Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente – NAPED (ou estrutura equivalente), com programa estruturado e atualizado de desenvolvimento docente continuado, orientado pela educação permanente, pelo aprimoramento das competências pedagógicas, pelo compromisso com os princípios do SUS e pela IESC (Brasil, 2025).

Essa diretriz reconhece um ponto já consolidado na literatura: não há currículo baseado em competências sustentável sem educadores preparados para exercer papéis múltiplos – como facilitadores de aprendizagem, avaliadores, orientadores,

supervisores clínicos, líderes educacionais e produtores de conhecimento em educação (McClean; Cilliers; Van Wyk, 2008; Steinert *et al.*, 2016). Em outras palavras, a qualidade do PPC e sua implementação dependem diretamente da capacidade institucional de apoiar docentes e preceptores para ensinar, avaliar e acompanhar estudantes em ambientes reais e simulados, com consistência, equidade e foco em aprendizagem.

Quem são os educadores no curso médico: docentes e preceptores, papéis complementares

Nas escolas médicas brasileiras, é útil diferenciar os papéis de docentes e preceptores. Docentes geralmente atuam como planejadores e mediadores do processo de ensino, organizando objetivos, conteúdos, experiências e avaliações, e promovendo ambientes que favoreçam reflexão, pensamento crítico e integração curricular, com carreiras específicas nas IES. Preceptores atuam predominantemente nos cenários de prática do SUS e da rede conveniada, acompanhando o estudante no cuidado real, na tomada de decisão clínica supervisionada e na construção em ambiente real de competências profissionais no cotidiano do serviço.

Embora distintos em seus focos, esses papéis são complementares e têm em comum a função de educador, devendo operar de modo articulado, com corresponsabilidade pelo desenvolvimento do estudante. Para evitar rupturas entre "o que se ensina na escola" e "o que se pratica no serviço", o programa de desenvolvimento docente precisa contemplar tanto docentes quanto preceptores – incluindo estratégias específicas para a docência clínica e para o ensino no local de trabalho (Botti; Rego, 2008; McClean; Cilliers; Van Wyk, 2008).

O que se espera de um programa de desenvolvimento docente alinhado às DCN de 2025

Programas de Desenvolvimento Docente (DD) bem-sucedidos tendem a apresentar quatro características: (1) base

conceitual e intencionalidade pedagógica clara; (2) pertinência prática, com foco em problemas reais de ensinagem e avaliação; (3) longitudinalidade, com oportunidades recorrentes de aprendizagem e acompanhamento; e (4) inserção institucional, com apoio da liderança, reconhecimento e condições de participação (Mclean; Cilliers; Van Wyk, 2008; Steinert *et al.*, 2016).

Do ponto de vista do conteúdo, o DD precisa abranger um conjunto mínimo de competências pedagógicas e institucionais, que podem ser organizadas em três eixos: (a) docência e facilitação da aprendizagem; (b) avaliação do estudante e feedback; e (c) princípios do SUS e IESC. Além disso, é importante incluir competências relacionadas à comunicação, ao trabalho interprofissional, ao cuidado centrado na pessoa, à segurança do paciente e ao uso ético de tecnologias educacionais, pois esses elementos atravessam as DCN de 2025 e os ambientes contemporâneos de formação.

Em revisão sistemática (BEME Guide), Steinert e colaboradores (2006) descrevem que intervenções de DD geralmente produzem alta satisfação e ganhos de atitudes, conhecimento, habilidades e mudanças de comportamento docente; porém efeitos sobre resultados organizacionais e aprendizagem discente são menos frequentemente demonstrados, reforçando a necessidade de programas continuados, com avaliação e sustentação institucional (Steinert *et al.*, 2006; Steinert *et al.*, 2016).

NAPED: funções essenciais e governança

Assim, a implantação do NAPED, obrigatória e imprescindível, está definida nas DCN de 2025, em seu Art. 21º - "O Curso de Graduação em Medicina deve instituir o Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente - NAPED, ou estrutura equivalente, com a finalidade de oferecer programa estruturado e atualizado de DD continuado, com objetivo de fomentar a educação permanente, o aprimoramento de competências pedagógicas, o comprometimento com os princípios do SUS e



a IESC enquanto órgão responsável por planejar e implementar programas de desenvolvimento de educadores.”

O NAPED deve ser entendido como a “infraestrutura educacional” responsável por planejar, executar e avaliar o DD e por apoiar a implementação do PPC. Para cumprir sua finalidade, o NAPED precisa combinar atuação técnica (competência pedagógica e metodológica) com capacidade de articulação institucional (governança), operando em interface com a gestão do curso, NDE, gestão dos ambientes de prática, comissões de internato e instâncias de avaliação do curso.

Na implantação, recomenda-se explicitar em normativa interna ou no PPC: (1) missão e escopo do NAPED; (2) composição mínima e carga horária protegida da equipe; (3) mecanismos de escuta e diagnóstico de necessidades; (4) plano anual/plurianual de DD; (5) estratégia de avaliação do programa; e (6) política de incentivo e reconhecimento (McLean; Cilliers; Van Wyk, 2008; Cintra; Bollela, 2025). O NAPED deve assegurar que a composição de seus membros esteja alinhada ao perfil de competências requerido, de modo a viabilizar o adequado cumprimento de suas atribuições.

Que seus integrantes tenham compreensão das teorias e práticas pedagógicas, habilidade para planejar, desenvolver e avaliar programas de formação, habilidade para trabalhar em equipe, facilitar o diálogo e a troca de experiências promovendo uma cultura colaborativa entre docentes e outros profissionais da escola.

Um achado recorrente na literatura é que o apoio institucional e o alinhamento com prioridades estratégicas do curso são determinantes para a adesão e a sustentabilidade do programa de DD. No estudo de caso realizado em escola médica brasileira, foram identificados como facilitadores: liderança comprometida, oferta de atividades relevantes e flexíveis, equipe com expertise em educação e criação de espaços protegidos de reflexão e troca entre pares; e como barreiras: sobrecarga assistencial, falta de

tempo protegido e reconhecimento limitado da docência (Cintra *et al.*, 2023).

Desenho do programa: do diagnóstico de necessidades às comunidades de prática

O desenho do programa de DD deve começar por um diagnóstico de necessidades, combinando múltiplas fontes: autoavaliação de docentes/preceptores, feedback pelos estudantes, indicadores de avaliação do curso, resultados de avaliações do estudante, mudanças curriculares em andamento e demandas dos serviços de saúde. Em seguida, definem-se objetivos e trilhas formativas coerentes com os perfis de participantes (por exemplo: docente em diferentes momentos da carreira; preceptor do SUS; gestores).

Neste quesito é importante diferenciar necessidades de demandas. As necessidades relacionam-se ao contexto e realidade do curso e da instituição. Ela emerge de cuidadosa análise das condições de ensino e recursos disponíveis, buscando aquilo que é necessário para qualificação da prática educacional e do cuidado em saúde. As demandas são importantes, mas elas podem se confundir com desejos de pessoas ou grupos, e nem sempre têm lastro na realidade.

Para otimizar recursos e tempo, é fundamental realizar um levantamento de necessidades que seja o mais detalhado possível, pois ele visa orientar os próximos passos. E este exercício deve ser renovado regularmente já que vivemos em um contexto de constantes mudanças, seja no contexto da educação ou da saúde.

Intervenções longitudinais tendem a produzir efeitos mais duradouros. Uma estratégia recomendada é combinar momentos presenciais e atividades no local de trabalho, com observação entre pares, acompanhamento por mentoria/facilitador, projetos aplicados (por exemplo, revisão de um plano de ensino ou de um instrumento avaliativo) e espaços de reflexão sobre a ação. Essa lógica favorece a consolidação de comunidades de prática e a

profissionalização da docência, aproximando o DD do cotidiano do curso e dos serviços (McClean; Cilliers; Van Wyk, 2008; Steinert, 2008).

Uma implicação prática importante é tratar o DD como parte da política acadêmica do curso — e não como atividade complementar. Isso inclui ofertar tempo protegido (janelas institucionais), apoiar a participação de preceptores do serviço, e articular o DD com contratos e dispositivos de integração ensino-serviço, por exemplo, pactuações locais vinculadas à gestão dos serviços.

Modalidades de desenvolvimento docente e comunidade de prática

Para apoiar a implementação das DCN de 2025, recomenda-se que o NAPED (ou estrutura equivalente) organize o DD como um ecossistema de oportunidades formativas, evitando reduzi-lo a oficinas pontuais. A literatura sobre DD sugere que o impacto é maior quando a escola combina modalidades formais e informais, individuais e coletivas, e sustenta uma comunidade de prática de educadores, capaz de gerar linguagem comum, repertório pedagógico compartilhado e cultura de melhoria contínua (Steinert, 2010; Cintra; Bollela, 2025).

Um modo simples e útil para gestores e líderes do NAPED é organizar as iniciativas de DD em dois eixos:

- Formal ↔ Informal: atividades estruturadas e planejadas *versus* aprendizagem no próprio trabalho.
- Individual ↔ Coletivo: foco no desenvolvimento do educador individualmente *versus* em grupos/equipes.

O objetivo não é escolher um único quadrante, mas garantir um “mix” coerente de estratégias, alinhadas às prioridades do PPC e às necessidades de docentes e preceptores (Steinert, 2010).

A seguir apresentamos as quatro modalidades com exemplos práticos para o NAPED:

- Informal + individual

Aprendizagem que ocorre no cotidiano de docentes/preceptores, muitas vezes sem desenho formal. O NAPED pode aumentar o valor educativo dessa modalidade com mecanismos simples de intencionalidade e reflexão (Steinert, 2010).

- Micro-reflexões pós-aula/plantão (2–3 minutos): “o que funcionou, o que não funcionou, o que testarei na próxima vez”.
- Observação intencional de pares (*shadowing*) seguida de registro breve do que foi observado e por quê foi eficaz.
- Metas individuais por ciclo (ex.: qualificar feedback com exemplos observáveis; ampliar participação do estudante).

- Informal + coletivo

Aprendizagem situada e social, baseada no trabalho e na interação contínua entre educadores. É um dos caminhos mais potentes para mudança cultural porque conecta DD ao cotidiano da escola e do SUS (Steinert, 2010).

- Acompanhamento formativo entre pares - *Peer coaching* (duplas/trios): observação breve + devolutiva estruturada (10–15 minutos).
- Revisão colegiada de instrumentos avaliativos (rubricas, formulários de observação direta) para padronização.
- Discussão regular de “casos pedagógicos” (situações difíceis de ensino/avaliação no serviço) com foco em decisões e alternativas.

- Formal + individual

Percursos estruturados e certificáveis, com objetivos definidos. Em geral, são úteis para nivelar competências pedagógicas essenciais e apoiar progressão de carreira docente/preceptores.

- Trilhas modulares (básica obrigatória + eletivas por papel: tutor, preceptor, coordenador, avaliador).
- Certificação interna por competências (ex.: avaliação por competências, debriefing em simulação, supervisão clínica).
- Projetos individuais de melhoria educacional (pequenos ciclos de aprimoramento aplicados ao ensino/avaliação).

- Formal + coletivo:

Programas estruturados em grupo (*workshops*, seminários, programas longitudinais). Para aumentar a efetividade, o NAPED deve privilegiar atividades com prática deliberada, feedback e tarefas de aplicação no contexto real, com retorno em encontros subsequentes (Steinert, 2010; Cintra; Bollela, 2025).

- Oficinas com simulações curtas e feedback entre pares (ex.: condução de discussão de caso; feedback difícil).
- Programas longitudinais (6–12 meses) para temas críticos (avaliação, preceptoria, metodologias ativas).
- Núcleos avançados para liderança educacional - *Fellowships* (coordenação de módulos, internato, avaliação institucional).

Comunidade de práticas como eixo integrador do desenvolvimento docente

A comunidade de práticas se caracteriza por ser um espaço de aprendizado colaborativo e desenvolvimento profissional entre pares, com interação regular, que permite o aprimoramento de

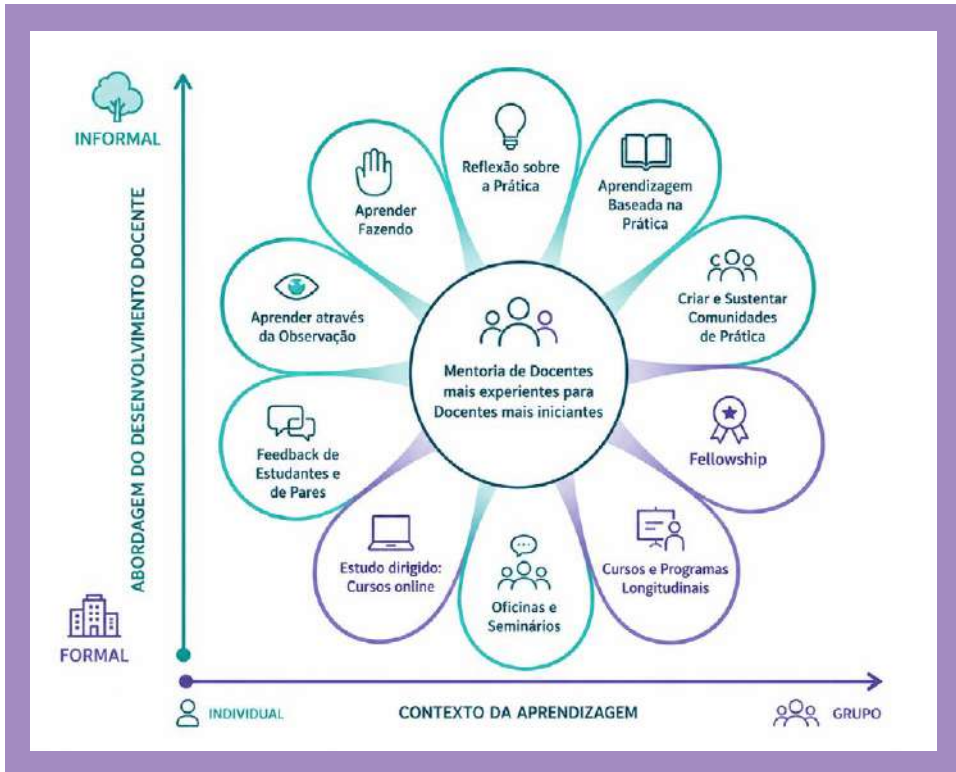
práticas pedagógicas, resolução de desafios comuns e construção de um repertório compartilhado de estratégias, linguagens e valores educacionais (Steinert, 2010; Cintra; Bollela, 2025).

Para gestores, a recomendação é que o NAPED assuma explicitamente o papel de facilitador e mantenedor dessa comunidade, com governança mínima (cadência, pauta, facilitadores, produtos) e reconhecimento institucional.

Ações mínimas recomendáveis ao NAPED para sustentar a comunidade

- Definir um propósito claro (ex.: qualificar avaliação por competências; aprimorar supervisão clínica no internato).
- Estabelecer cadência (mensal/bimestral) e facilitadores; documentar decisões e produzir "artefatos" (guias, rubricas, exemplos).
- Criar um espaço seguro para compartilhamento (confidencialidade pedagógica; foco em melhoria, não em culpabilização).
- Integrar docentes e preceptores (serviço) nas discussões, fortalecendo a IESC
- Monitorar indicadores simples (adesão, continuidade, produtos gerados e aplicação no cotidiano).

Figura 10 - Modalidades de desenvolvimento docente e a comunidade de prática como eixo integrador



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026 a partir de adaptação de Steinert (2010).

A Figura organiza o desenvolvimento docente em quatro modalidades (formal/informal; individual/coletiva) e destaca a comunidade de prática como mecanismo que integra as experiências, sustenta a aprendizagem longitudinal e favorece a construção de repertório e identidade docente compartilhados.

Figura 11 - Organização das modalidades de Desenvolvimento Docente



Fonte: gerada por ChatGPT-4 em abril de 2026.

Desenvolvimento docente e profissionalismo: formação de médicos exige educadores como modelos e facilitadores

A formação do médico envolve, além de competências técnicas, o desenvolvimento de valores, atitudes e identidade profissional. Para isso, o educador (docente ou preceptor) atua como modelo ao estudante, deve ser um facilitador da reflexão das vivências práticas e mediador de dilemas éticos e relacionais. Programas de DD devem, portanto, incluir componentes voltados ao profissionalismo e ao currículo oculto, promovendo linguagem comum, critérios explícitos e coerência institucional (Steinert *et al.*, 2005).

Nesse campo, práticas como discussão de incidentes críticos, grupos de reflexão, feedback sobre atitudes observáveis, e desenvolvimento de habilidades de comunicação e supervisão clínica são particularmente úteis. MacDougall e Drummond destacam, ao investigar trajetórias de docentes médicos experientes, que a aprendizagem para ensinar ocorre fortemente

por socialização, observação de modelos, experiências no trabalho e reflexão sobre a prática; isso reforça a importância de estratégias que tornem essa aprendizagem deliberada e apoiada institucionalmente (Macdougall; Drummond, 2005).

Recomendações operacionais para gestores e coordenadores

- Mapear públicos-alvo (docentes, preceptores, residentes que supervisionam, coordenadores) e criar trilhas formativas progressivas.
- Definir um currículo mínimo de DD alinhado ao PPC e aos processos avaliativos do curso.
- Assegurar tempo protegido e incentivos (certificação, progressão na carreira, reconhecimento institucional e/ou créditos de educação permanente).
- Integrar o DD às rotinas acadêmicas: semanas pedagógicas, reuniões de integração básico-clínica e clínico-básica, encontros de preceptores, discussões de avaliação e de internato.
- Investir em qualidade: formação de formadores, materiais de apoio, avaliação do programa e melhoria contínua.
- Produzir e disseminar conhecimento: estimular projetos de inovação e pesquisa em educação, compartilhando resultados no âmbito institucional e em redes (Cintra; Bollela, 2025).l

Desta forma, o NAPED ou estrutura equivalente não deve ser compreendido apenas como exigência normativa, mas como dispositivo institucional articulador do desenvolvimento docente, da formação de preceptores e da implementação das DCN de 2025. Sua função ultrapassa a oferta eventual de capacitações, incluindo a indução de mudanças pedagógicas, o apoio à consolidação do PPC, a articulação entre instâncias acadêmicas

e assistenciais e o fortalecimento de uma cultura institucional de formação contínua, reflexiva e comprometida com a qualidade da educação médica.

Sua efetividade depende de condições institucionais concretas. Entre elas, destacam-se tempo protegido na carga horária, reconhecimento formal das atividades desenvolvidas, apoio logístico e administrativo, financiamento compatível e articulação entre as ações formativas e as prioridades do curso. Sem essas condições, há maior risco de fragmentação, baixa adesão e dificuldade de sustentar mudanças pedagógicas mais consistentes. Devendo prever monitoramento sistemático, com uso de feedback, indicadores e revisão periódica das ações. O acompanhamento da adesão, da cobertura, da percepção de utilidade e das mudanças produzidas nas práticas pedagógicas contribui para ajustar percursos, qualificar decisões institucionais e fortalecer a cultura de avaliação e aperfeiçoamento contínuo.

Por fim, o desenvolvimento docente/preceptor não deve se reduzir ao aprimoramento técnico-pedagógico, requerendo políticas institucionais de valorização, acolhimento e cuidado do educador, reconhecendo que saúde mental, condições de trabalho, pertencimento e sustentabilidade da docência/preceptorial interferem diretamente na qualidade do ensinar. Incorporar o bem-estar docente a essa agenda amplia a potência do desenvolvimento pedagógico e contribui para ambientes formativos mais éticos, seguros e sustentáveis.

Elementos mínimos para institucionalização do NAPED:

- missão e função articuladora;
- articulação com NDE, coordenação, colegiado e serviços;
- inclusão de docentes/preceptores;
- plano anual;
- carga horária protegida;
- mecanismos de monitoramento e feedback contínuos
- valorização do educador

CAPÍTULO 15. GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA

A gestão da escola médica constitui um elemento central para a efetivação das DCN de 2025, na medida em que organiza, sustenta e dá coerência às escolhas pedagógicas, curriculares e institucionais que orientam a formação. Mais do que um conjunto de procedimentos administrativos, a gestão acadêmica deve ser compreendida como um processo estratégico, participativo e formativo, responsável por articular o PPC, os sujeitos institucionais, os ambientes de práticas e as políticas educacionais e de saúde.

No contexto das DCN de 2025, a gestão da escola médica assume papel decisivo na tradução das diretrizes em práticas concretas, garantindo condições institucionais para a implementação do PPC, o desenvolvimento docente, a participação discente, a IESC e a sustentabilidade do projeto formativo.

A gestão do curso de Medicina se materializa por meio de instâncias colegiadas e programas estruturantes, que atuam como dispositivos de governança acadêmica, acompanhamento

pedagógico e promoção da qualidade da formação, assegurando a coerência entre o PPC, as DCN e as práticas formativas.

Nesse contexto, o NDE exerce papel estratégico na condução do projeto acadêmico do curso, contribuindo para a análise contínua da organização curricular, o acompanhamento de resultados educacionais, a proposição de ajustes pedagógicos e a preservação da identidade formativa do curso. Sua atuação favorece a articulação entre concepção pedagógica, implementação curricular e processos avaliativos, garantindo consistência e intencionalidade ao PPC.

De forma complementar, estruturas institucionais de apoio pedagógico e desenvolvimento docente, como o NAPED, fortalecem a capacidade do corpo docente de implementar metodologias de ensinagem coerentes com as DCN, integrar componentes curriculares, qualificar processos avaliativos e incorporar inovações pedagógicas. Esses espaços são fundamentais para consolidar uma cultura institucional de reflexão sobre a prática docente e de desenvolvimento profissional contínuo (Steinert *et al.*, 2016; Cintra; Bollela, 2025).

Adicionalmente, instâncias voltadas à inclusão, ao pertencimento e à acessibilidade desempenham papel relevante na promoção de ambientes institucionais equitativos, seguros e acolhedores, contribuindo para a permanência estudantil, o enfrentamento de desigualdades e a valorização da diversidade, em consonância com os princípios de justiça social e direitos humanos (WHO, 2022).

A gestão da escola médica deve ser orientada por princípios de participação, transparência e corresponsabilidade, reconhecendo docentes, estudantes, técnico-administrativos, gestores e usuários do SUS como sujeitos ativos do projeto formativo. A gestão participativa fortalece o compromisso institucional com o PPC, amplia a legitimidade das decisões acadêmicas e favorece processos de melhoria contínua (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Abem, 2023).

Espaços colegiados, comissões, como a Comissão Própria de Avaliação (CPA), fóruns e canais institucionais de escuta e diálogo contribuem para a construção compartilhada de soluções, o enfrentamento de desafios curriculares e a adaptação do curso às necessidades sociais de saúde e aos contextos locais. Nesse sentido, a participação estudantil e técnico-administrativa não deve ser meramente consultiva, mas integrada aos processos decisórios relevantes.

A gestão da escola médica deve, ainda, manter-se sensível e comprometida com dimensões fundamentais da vida acadêmica que impactam diretamente a qualidade da formação, como a formação continuada e permanente de docentes e preceptores, a saúde mental e o bem-estar dos estudantes e educadores, as condições de permanência e sucesso acadêmico, bem como o compromisso social da escola médica com o território e a população.

Essas dimensões exigem políticas institucionais ativas, integradas e sustentáveis, capazes de articular desenvolvimento profissional, apoio psicopedagógico, acolhimento estudantil e responsabilidade social, reconhecendo que a qualidade da formação médica depende não apenas da organização curricular, mas também das condições humanas, institucionais e sociais em que o processo formativo se realiza.

A gestão da escola médica é responsável por garantir que o PPC não se limite a um documento formal, mas se traduza em práticas pedagógicas efetivas.

A operacionalização do PPC envolve o alinhamento entre seus diferentes componentes, matriz curricular, unidades curriculares, estratégias pedagógicas, avaliação da aprendizagem, desenvolvimento docente e infraestrutura, assegurando coerência interna e aderência às DCN. Esse processo exige acompanhamento contínuo, monitoramento de resultados e capacidade institucional de revisão e aprimoramento.

As DCN de 2025 estimulam a adoção de metodologias de ensinagem que promovam a participação ativa do estudante, o desenvolvimento do raciocínio clínico, a integração teoria-prática e a aprendizagem significativa. Cabe à gestão da escola médica criar condições institucionais para a implementação de diferentes abordagens pedagógicas, como metodologias ativas, aprendizagem baseada em problemas, simulação, práticas interprofissionais e estratégias híbridas (Freire, 1996; Brasil, 2025).

A escolha e a combinação dessas metodologias devem considerar os objetivos formativos, o estágio de desenvolvimento do estudante, os ambientes de práticas disponíveis e a capacitação do corpo docente, evitando tanto a padronização acrítica quanto a fragmentação pedagógica.

A implementação do PPC requer docentes, preceptores, técnicos e equipes de apoio pedagógico alinhados com o processo formativo, bem como uma infraestrutura física e tecnológica. Isso inclui salas de aula adequadas, laboratórios de ensino, centros de simulação, bibliotecas, ambientes virtuais de aprendizagem, espaços de convivência para docentes e estudantes.

A gestão da escola médica deve planejar, prover e avaliar continuamente esses recursos, assegurando sua integração às estratégias pedagógicas e aos ambientes de prática. A infraestrutura não deve ser compreendida apenas como requisito material, mas como elemento pedagógico que condiciona experiências de aprendizagem e a qualidade da formação.

Cabe ainda à gestão da escola médica assegurar o uso adequado, responsável e transparente dos recursos orçamentários e financeiros vinculados ao curso, orientando sua aplicação para a consecução dos mais elevados critérios de qualidade acadêmica, formativa e assistencial. Essa responsabilidade implica planejamento, monitoramento e avaliação contínuos do uso dos recursos, respeitando a natureza jurídica da instituição e do curso, seja ele ofertado por instituição pública ou privada, e garantindo a sustentabilidade do projeto pedagógico, a valorização dos



sujeitos institucionais e a manutenção da infraestrutura necessária à implementação das DCN.

Deve ainda promover a articulação entre ensino, pesquisa, extensão e programas de residência médica, fortalecendo a formação acadêmica e profissional do estudante. A integração dessas dimensões amplia oportunidades de aprendizagem, estimula a produção de conhecimento, aproxima a escola médica das necessidades de saúde e do território e fortalece vínculos com os serviços de saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004; WHO, 2013). A residência médica constitui espaço privilegiado de continuidade formativa e diálogo com a graduação, exigindo coordenação institucional para alinhar projetos pedagógicos, ambientes de prática e processos avaliativos.

Nesse contexto, cabe à gestão da escola médica assegurar a inserção institucional qualificada e articulada junto aos gestores públicos do SUS, em nível municipal, regional e estadual, de modo a viabilizar ambientes de prática que sejam simultaneamente formativos para o estudante e relevantes para a organização do cuidado à saúde. Essa articulação não se restringe à disponibilização de campos de estágio, mas envolve pactuação de responsabilidades, alinhamento entre projetos pedagógicos e necessidades da rede, e corresponsabilização pelos processos de cuidado, gestão e educação permanente em saúde.

A inserção da escola médica nos serviços do SUS deve ser compreendida como uma relação de mão dupla, na qual o processo formativo contribui para o fortalecimento das redes de cuidado, a qualificação das práticas assistenciais, a melhoria de indicadores de saúde e o bem-estar da população, ao mesmo tempo em que oferece ao estudante um ambiente de prática real, integrado, ético e socialmente comprometido. Nessa perspectiva, a gestão acadêmica desempenha papel estratégico ao articular ensino–serviço–comunidade como eixo estruturante da formação médica, em consonância com os princípios do SUS e das DCN de 2025.

A integração curricular e a interdisciplinaridade são princípios fundamentais para a implementação do PPC orientado pelas DCN de 2025, devendo favorecer a superação de estruturas curriculares fragmentadas, promovendo articulações horizontais e verticais entre componentes curriculares, áreas de conhecimento e ambientes de prática (Morin, 2000).

Esses processos exigem planejamento coletivo, estratégico e participativo, espaços de diálogo entre docentes e mecanismos institucionais que estimulem o trabalho colaborativo, contribuindo para uma formação mais integrada, contextualizada e alinhada às complexidades do cuidado em saúde.

Em síntese, a gestão da escola médica constitui um eixo estruturante para a efetivação das DCN de 2025, ao articular governança acadêmica, participação institucional, projeto pedagógico, metodologias de ensino, infraestrutura, sustentabilidade financeira, cuidado com as pessoas e integração com o SUS.

Ao assumir uma perspectiva participativa, estratégica e orientada para a qualidade da formação, a gestão acadêmica cria condições para que o PPC se materialize em práticas formativas coerentes com as necessidades sociais de saúde, com os princípios do SUS e com o compromisso ético e profissional da Medicina.

CAPÍTULO 16. SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Marco normativo nas DCN de 2025: o que é obrigatório no PPC

Nas DCN de 2025, a avaliação do estudante é tratada como parte estruturante da organização do curso. O PPC deve descrever um sistema de avaliação institucionalizado, contínuo, abrangente e integrado, orientado por competências e fundamentado nos princípios da avaliação programática (Brasil, 2025). Esse sistema



deve ser padronizado para todos os componentes curriculares, contemplar dimensões formativa, somativa e informativa/diagnóstica e assegurar devolutiva individual obrigatória, oportuna e qualificadora (*feedback*).

As DCN de 2025 também tornam obrigatória a realização de ao menos uma avaliação somativa abrangente imediatamente anterior ao início do internato, com o objetivo de assegurar competências mínimas para atuação supervisionada em ambiente clínico real (Brasil, 2025). Esta avaliação deve ser organizada e aplicada pela própria escola e preferencialmente deve cobrir os domínios da competência do saber, saber como e demonstrar.

Ao mesmo tempo, haverá uma avaliação externa conduzida pelo INEP/MEC, que será o Enamed ao final do quarto ano. Além disso, as DCN de 2025 determinam que o sistema contemple explicitamente os três domínios da competência (cognitivo, psicomotore atitudinal) e que, em casos de baixo desempenho, seja elaborado plano de ação individualizado com acompanhamento próximo e recursos pedagógicos complementares, incluindo avaliação contínua e estruturada do internato.

Fundamentos: definições, propósitos e implicações

Avaliação do estudante deve ser entendida como coleta e análise sistemática de informações (quantitativas e qualitativas), por meio de métodos e instrumentos, sobre resultados esperados (desfechos de aprendizagem), com o objetivo de subsidiar decisões e orientar ações: decidir sobre progressão, oferecer feedback, ajustar a aprendizagem e aprimorar o programa educacional. Estes são os propósitos da avaliação. A primeira etapa de qualquer processo avaliativo é definir e pactuar claramente seus propósitos; sem essa clareza, todo o desenho e a utilidade da avaliação ficam comprometidos.

Com as DCN de 2025, a avaliação deixa de ser um conjunto de eventos isolados ("provas por disciplina/estágio") e passa a

ser concebida como um sistema, descrito no PPC, integrado à estrutura curricular e orientado a três finalidades complementares: (1) formativa (avaliação PARA A aprendizagem), (2) somativa (avaliação DA aprendizagem, incluindo marcos institucionais, como o pré-internato e conclusão do curso), e (3) avaliação informativa/diagnóstica do programa educacional (retroalimentação ao PPC e melhoria contínua) (Norcini *et al.*, 2018).

Quadro 14 - Apresenta os propósitos da avaliação do estudante no contexto da formação médica

Propósito	Foco	Descrição
Somativa (estudante)	Tomada de decisão	Decisões de progressão/promoção; aprovação/reprovação; certificação de competência
Formativa (estudante)	Fomentar a aprendizagem durante o processo de formação	Devolutiva ao estudante para apoiar reflexão e melhoria contínua ao longo da formação.
Informativa/diagnóstica (no nível do programa educacional)	Inferir qualidade do programa educacional	Uso de resultados avaliativos para revisão e aprimoramento do PPC e do currículo.

Observação: avaliação informativa/diagnóstica não deve ser confundida com o uso corrente de “diagnóstica” como pré-teste de conhecimentos prévios.

Avaliação programática: conceito operacional e princípios estruturantes

A avaliação programática é uma abordagem integral para desenhar um programa de avaliação que otimize, simultaneamente, sua função de aprendizagem, sua função decisória e sua função de garantia de qualidade curricular. Métodos avaliativos distintos são tratados como “pontos de dado” deliberadamente escolhidos e alinhados ao currículo; as decisões de maior impacto são

tomadas com base na agregação longitudinal de múltiplas evidências e julgamento profissional calibrado por meio de um Comitê de Avaliação Institucional (Schuwirth; Van der Vleuten, 2011; Van der Vleuten *et al.*, 2014).

Princípios estruturantes do sistema (DCN de 2025 + avaliação programática)

A. Cobertura longitudinal dos três domínios da competência (cognitivo, psicomotor e atitudinal)

- A avaliação baseada em competências deve contemplar os domínios cognitivo (saber e saber como), psicomotor (demonstrar e fazer) e atitudinal (ser, estar e relacionar-se), conforme explicitado nas DCN de 2025 (Brasil, 2025).
- Isso requer uma combinação intencional de instrumentos avaliativos, escolhidos e articulados, garantindo amostragem de diferentes competências em diferentes contextos e ao longo do tempo.

B. Feedback como obrigação e elemento estruturante do sistema de avaliação do estudante, e não como “boa prática opcional”.

- O sistema deve assegurar feedback individual regular e obrigatório, oportuno e qualificador da aprendizagem (Brasil, 2025).
- Na avaliação programática, cada ponto de dado deve maximizar seu valor formativo, orientando aprendizagem autorregulada e planos de melhoria (Van der Vleuten *et al.*, 2014).
- Avaliações formativas e de profissionalismo devem ser documentadas em plataforma digital, por exemplo em um portfólio eletrônico do estudante (e-portfólio), que

servirá de base para o acompanhamento de estudantes e seus mentores e para o Comitê de Avaliação institucional, responsável pela tomada de decisão ao longo do curso e obrigatoriamente na transição para o internato e ao final do curso.

C. Separar “momento de coleta de dados” do “momento de decisão”

- “Momento de coleta de dados”: predomínio de avaliações frequentes e de baixo impacto individual (low-stakes), com devolutiva documentada e oportunidades de melhoria. Avaliações low-stakes têm valor mas não precisam ter uma nota (0 a 10).
- “Momento de decisão”: decisões de alto impacto (high-stakes) devem ser sustentadas por múltiplas fontes de evidência, com regras claras de suficiência e julgamento profissional calibrado mediado pelo Comitê Institucional de Avaliação (Van der Vleuten *et al.*, 2014).
- Devem existir marcos institucionais de avaliação somativa integrados ao sistema (especialmente pré-internato e final do curso), e não reduzidos apenas a exames isolados como no modelo predominante atualmente em nosso país (Brasil, 2025).

D. Registros e documentação em plataforma/portfólio estruturado

- A agregação longitudinal de evidências deve ocorrer em portfólio estruturado (preferencialmente eletrônico), contendo desempenho, feedbacks, planos de ação e evidências de remediação quando aplicável (Driessen *et al.*, 2012).
- O portfólio pode ser entendido como um “prontuário da aprendizagem”, permitindo conhecer o histórico e a evolução do estudante ao longo da formação.

- O e-portfolio deve servir aos estudantes, mentores e Comitê Institucional de Avaliação. Deve incluir oportunidades de registros reflexivos (narrativas) sobre as experiências do estudante durante a sua graduação, rumo à formação da identidade profissional do médico. Também é a plataforma para o registro das avaliações que acontecem nos cenários da prática profissional: Mini-CEx, discussão de casos, preceptor minuto, avaliação diretamente observada de procedimentos e da avaliação de atitudes: conceito global uni- ou multi-fonte – avaliação 360 graus (Bursh & Norcini., 2007).

E. Governança e decisões colegiadas por meio do Comitê Institucional de Avaliação

- As decisões devem ser sustentadas por múltiplas fontes de dados (triangulação), com critérios transparentes, julgamento profissional calibrado e documentação (Van der Vleuten *et al.*, 2014).
- Padronização de instrumentos, treinamento de avaliadores, monitoramento de vieses e mecanismos de recurso por parte do estudante são componentes essenciais para equidade e robustez decisória (Hays *et al.*, 2024).

F. Remediação obrigatória e estruturada em casos de baixo desempenho, sob a responsabilidade da escola médica

- As DCN de 2025 exigem plano de ação individualizado com acompanhamento e recursos pedagógicos complementares em casos de estudantes com dificuldade de aprendizagem
- Na avaliação programática, a remediação deve ser personalizada, baseada em dados longitudinais e acompanhada por mentor/tutor, com reavaliações planejadas (Van der Vleuten *et al.*, 2014).

Arquitetura do sistema de avaliação programática: componentes mínimos para funcionar

Para cumprir as DCN de 2025 e tornar a avaliação programática operacional, recomenda-se que o PPC descreva, de modo explícito, a arquitetura do sistema em cinco camadas:

- a. matriz de competências e marcos de desenvolvimento (milestones ou EPAs) por etapa;
- b. blueprint/matriz avaliativa (instrumentos x domínios x etapas);
- c. Portfólio eletrônico estruturado e rotinas de mentoria;
- d. Comitê de Avaliação/Progresso para decisões somativas;
- e. Governança institucional/centro de avaliação com processos de garantia de qualidade, desenvolvimento docente e suporte tecnológico (Troncon, 2016; Hays *et al.*, 2024).

Instrumentos e pontos de dado por etapa do curso (exemplo de operacionalização)

Podemos dividir o curso em dois grandes blocos: pré-internato, que poderá ter uma duração de três a quatro anos e o Internato com dois a três anos.

Etapa do pré-internato: resultados esperados e desenho avaliativo

Os resultados de aprendizagem esperados ao final do ciclo pré-internato devem manter coerência com o descrito na Seção II deste Caderno, que incluem, dentre outros:

- Consolidação de bases cognitivas e raciocínio clínico inicial (integrado a problemas/condições prevalentes).

- Desenvolvimento de competências clínicas introdutórias e atitudes profissionais (ética, responsabilidade, trabalho em equipe), de Gestão e de Educação em Saúde.
- Pensamento crítico e reflexivo.
- Incorporação crítica de tecnologias em saúde;
- Compreensão do sistema de saúde através de vivências junto à comunidade (equipes de saúde da família e equipamentos sociais e de saúde).
- Desenvolvimento de competências de comunicação no contexto do cuidado, discutir e incorporar princípios de humanismo e profissionalismo através de reflexões sobre as próprias vivências e mediada por um programa de mentoria bem estruturado.
- Institucionalização da cultura de feedback, autoavaliação e aprendizagem autorregulada.

Quadro 15 - Exemplo de mapa de instrumentos avaliativos na etapa do pré-internato

Domínio	Instrumentos principais	Frequência	Tipo de dado
Cognitivo SABER e SABER COMO	Provas escritas contextualizadas (MCQ, questões curtas abertas), Teste de Progresso	Alta (por unidade curricular/ módulo); + Teste de progresso 1 a 2 vezes ao ano	Quantitativo (Desempenho comparado com a turma)
Psicomotor DEMONSTRAR e FAZER	OSCE introdutório; laboratório de habilidades; checklists de procedimentos básicos	Periódica	Quantitativo (Desempenho comparado com a turma)

Atitudinal/ Profissionalismo SER, ESTAR, RELACIONAR-SE	Avaliações narrativas de tutores; rubricas de participação, ética e trabalho em equipe	Longitudinal	Qualitativo narrativo
Integração/ Reflexão REFLETIR, AUTO REGULAR-SE	Portfólio reflexivo estruturado (metas, evidências, feedbacks, autoavaliação)	Continua	Evidência agregada

Diretrizes gerais para decisões de progressão na etapa do pré-internato

- Evitar decisões high-stakes baseadas em uma única medida (por exemplo, apenas uma prova final).
- Progressão sustentada por conjunto mínimo de evidências (quantidade e qualidade), revisadas periodicamente.
- Identificação precoce de risco (padrões abaixo do esperado, falta de progressão, sinais de profissionalismo) com plano de remediação e acompanhamento.

Avaliação somativa abrangente pré-internato: requisitos e desenho

As DCN de 2025 determinam a realização obrigatória de, ao menos, uma avaliação somativa abrangente imediatamente anterior ao início do internato. A progressão do estudante ao internato está condicionada à aprovação nesta avaliação. Para que essa avaliação seja, de fato, “abrangente” e coerente com as competências e resultados esperados da aprendizagem ao final desta etapa da formação médica, serão avaliados os domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal.

Para o domínio cognitivo, a avaliação deve contemplar aplicação de conhecimentos adquiridos durante o pré-internato. As fontes de informação podem incluir: uma avaliação dos conhecimentos adquiridos até o quarto ano, que será elaborada

pela própria escola, o teste de progresso (preferencialmente realizado por um consórcio e/ou o teste de progresso nacional da Abem) e o Enamed do quarto ano.

Além disso, é importante incluir uma avaliação estruturada de habilidades clínicas essenciais (por exemplo, OSCE abrangente), sob responsabilidade da escola médica. De maneira complementar, as avaliações do domínio atitudinal registradas ao longo dos primeiros quatro anos do curso servirão como fonte de evidência de profissionalismo e prontidão para prática supervisionada, integradas ao sistema e analisadas pelo Comitê Institucional de Avaliação.

Pelas dimensões continentais do país será pouco provável que a avaliação de habilidades clínicas seja feita a nível nacional como o ENAMED. Deste modo, é fundamental que cada escola mantenha um programa de formação docente, de responsabilidade do NAPED ou estrutura equivalente, voltado à elaboração de avaliações de desempenho clínico de alto nível, seguindo as boas práticas da literatura e com processo e resultados da avaliação devidamente documentados. Idealmente, este tipo de avaliação deve contar com um observador externo qualificado, para uma auditoria do que é essencial a uma avaliação como esta. Assim, tem-se ao menos duas avaliações de caráter mais formativo ao final do 4º e do 6º ano.

Etapa do internato: resultados esperados e desenho avaliativo

Nesta etapa, para além das avaliações cognitivas realizadas em cada unidade curricular, a proposta avaliativa se ancora sobretudo em observações diretas do desempenho do estudante no cenário de prática real (*workplace-based assessment*) tipo mini exercício clínico-MiniCEX, avaliações observadas de desempenho procedimental-DOPS, avaliações objetivas e estruturadas-OSCE, avaliações de conhecimento progressivo (teste de progresso), avaliações de profissionalismo (uni- ou multi fonte), e em registros de narrativas reflexivas e narrativas em medicina.

Espera-se menos ênfase em notas (valores numéricos) isoladas em cada unidade curricular e mais em avaliações supra disciplinares somativas (OSCE, avaliações de conhecimento do tipo teste de progresso), *feedbacks* e julgamentos alinhados ao nível de formação e à autonomia progressiva (Bursh; Norcini, 2007).

Resultados esperados prioritários na etapa do Internato incluem:

- Desenvolvimento de competências de atenção, gestão e educação em saúde.
- Consolidação das competências clínicas e raciocínio em contextos reais.
- Realização de avaliação autêntica no local de prática, com observação direta e feedback documentado.
- Desenvolvimento do julgamento clínico, comunicação e profissionalismo em complexidade crescente.
- Formação da identidade profissional.
- Garantia ao estudante e futuro médico das condições essenciais (conhecimentos, habilidades e atitudes) para a prática da medicina de maneira autônoma e sem a necessidade de supervisão direta.

Quadro 16 - Exemplo de mapa de instrumentos avaliativos na etapa de Internato

Domínio	Instrumentos principais	Frequência	Tipo de dado
Cognitivo aplicado	Avaliações baseadas em casos; Teste de Progresso	Periódica	Quantitativo
Desempenho clínico	Observações diretas estruturadas (mini-CEX, DOPS, CBD)	Alta (no local de prática)	Narrativo + rubricas

Comunicação	Avaliações estruturadas com pacientes simulados e/ou reais	Periódica	Qualitativo + rubricas
Profissionalismo	Avaliação 360°/ avaliação com devolutiva multifonte; narrativas; registros de incidentes críticos	Longitudinal	Qualitativo narrativo
Integração	Portfólio longitudinal com feedback documentado e plano de desenvolvimento acadêmico e profissional (PDAP)	Contínua	Evidência agregada

Legenda: miniCEX: mini exercício clínico; DOPS: avaliação de desempenho procedimental diretamente observada; OSCE: avaliação de habilidades clínicas objetiva e estruturada; 360°: avaliação de profissionalismo e atitude a partir de múltiplas fontes; CBD: discussão de caso clínico real (enfermaria, ambulatório especializado ou da APS); Plano de desenvolvimento acadêmico e profissional (PDAP)- registros no e-portfólio sobre as metas que o estudante pretende alcançar ao longo de cada ano acadêmico que será reavaliado ao final do ano junto de seu mentor.

Diretrizes gerais para decisões de progressão na etapa do Internato:

- Número mínimo de observações diretas (suficiência amostral por ambiente e por competência), documentadas e com feedback. Número mínimo de miniCEX, por exemplo, seria em torno de 8 a 12 observações (pelo menos uma em cada rodízio de internato). O mesmo se aplica para as discussões de caso ao longo do ano, em diferentes estágios do internato.
- Qualidade das narrativas reflexivas e das narrativas em medicina: uso do modelo REFLECT para instrução das

narrativas reflexivas e dos artigos da professora Rita Charon para as narrativas em medicina (Charon., 1987; Charon 2006; Wald *et al.* 2012), dentro de um programa de mentoria, conforme previsto nas DCN de 2025 .

- Tendência longitudinal (trajetória de desenvolvimento, não fotografia única), com triangulação de métodos e avaliadores.
- Uso de Plano de Desenvolvimento Acadêmico e Profissional (PDAP) como ferramenta de reflexão e priorização de metas, dentro de um programa de mentoria.
- Todos resultados avaliativos devem estar disponíveis ao estudante, ao seu mentor, para acompanhamento e ajustes, e ao Comitê de Avaliação para tomada de decisão.

Portfólio, feedback e mentoria: o motor do sistema

O portfólio estruturado (preferencialmente eletrônico) é a base para agregação longitudinal de evidências e para a transparência do processo avaliativo. Ele deve conter, ao longo do tempo, registros de avaliações, feedbacks, reflexões, planos de ação e evidências de remediação (Driessen *et al.*, 2012).

Na avaliação programática, a mentoria é um dispositivo central para transformar dados em aprendizagem: em diálogo estruturado, desempenho é monitorado, reflexões são validadas e planos de desenvolvimento são pactuados.

Recomenda-se um "*firewall*" entre mentoria e decisão final: o mentor apoia, orienta e acompanha, enquanto o Comitê Institucional de Avaliação delibera sobre progressão e consequências acadêmicas (Van der Vleuten *et al.*, 2014). O termo "*firewall*" é uma metáfora emprestada da informática: um *firewall* é uma barreira que separa dois sistemas para reduzir riscos.

No contexto da avaliação programática, significa criar uma separação deliberada de papéis entre:

- Mentoria (função formativa/apoio): acompanhar, orientar, ajudar o estudante a interpretar *feedback*, planejar melhorias e remediação, manter uma relação de confiança.
- Comitê Institucional de Avaliação/Progresso (função decisória/somativa): integrar evidências e deliberar sobre progressão, consequências acadêmicas e decisões de alto impacto.

A ideia é que essa separação aumente a objetividade e independência da decisão e proteja a relação mentor-estudante (para que o estudante possa ser honesto em reflexões e dificuldades sem medo de punição imediata).

O feedback deve ser específico, baseado em observações, comparado a um padrão (rubrica/*milestone*) e orientado à ação (o que fazer a seguir). A devolutiva individual obrigatória está prevista nas DCN de 2025.

Wald *et al.* (2012) propõe uma estrutura de rubrica muito interessante para elaboração de narrativas reflexivas no e-portfólio que serve de base ao estudante e ao mentor. O artigo intitulado "*Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing*" traz o acrônimo REFLECT = *Reflection Evaluation for Learners' Enhanced Competencies Tool* — uma rubrica analítica para avaliar escrita reflexiva em níveis (de ação habitual até reflexão crítica) e apoiar feedback formativo. Ele pode ser adaptado para diferentes contextos e é muito útil para implantação de práticas mais reflexivas mediada por mentores na graduação em medicina (Wald *et al.*, 2012).

Plataforma eletrônica e e-portfólio como infraestrutura crítica do sistema de avaliação

Sem uma plataforma eletrônica (e-portfólio / *assessment management system*), o "programa de avaliação" fica vulnerável

à fragmentação, perda de dados, baixa rastreabilidade e transparência, dificuldades de governança e, principalmente, ao enfraquecimento da dimensão formativa.

Por que uma plataforma é indispensável na avaliação programática?

A avaliação programática depende da agregação longitudinal de múltiplas evidências (quantitativas e qualitativas) ao longo do curso, com *feedback* documentado, planos de ação e registros de remediação, quando necessário. Sem um repositório único, institucional e padronizado, torna-se difícil sustentar decisões colegiadas com suficiência amostral, acompanhar tendências e garantir devido processo.

Do ponto de vista da implantação institucional, a literatura nacional sobre avaliação programática destaca que, uma vez definido o programa institucional e constituído um centro de avaliação, a escola precisa dispor de infraestrutura administrativa e de informática para viabilizar comitês de decisão, controle de qualidade e desenvolvimento docente — isto é, a tecnologia não é acessório, é condição de funcionamento (Troncon, 2016).

Um sistema eletrônico bem desenhado cria um ambiente comum de evidências para estudante, mentor e Comitê Institucional de Avaliação, com diferentes perfis de acesso, visões e permissões.

(a) Para o estudante: aprendizagem autorregulada e trajetória

A plataforma deve permitir que o estudante:

- visualize sua trajetória (tendência ao longo do tempo, não apenas "nota final");
- acesse *feedbacks* e devolutivas;
- registre experiências significativas e reflexões;
- monitore metas e PDI/Plano de Desenvolvimento.

O e-portfolio é descrito como ferramenta para o estudante acessar avaliações recebidas, comparar desempenho com a coorte, registrar eventos/atividades e consultar incidentes críticos, apoiando uma visão longitudinal do desenvolvimento (Dos Santos *et al.*, 2024).

(b) Para o mentor: “hub” formativo (*feedback*, reflexão, identidade profissional)

A plataforma viabiliza a mentoria como mecanismo de transformação de dados em aprendizagem, ao oferecer:

- acesso organizado às evidências (*feedbacks*, *workplace-based assessment-WPBA*, desempenho em provas etc.);
- espaço para narrativas reflexivas e rubricas;
- registro de encontros de mentoria, metas pactuadas e planos de ação.

As narrativas reflexivas são tratadas como avaliação formativa central e são particularmente importantes para o domínio SER/ESTAR/RELACIONAR-SE, porque as evidências de profissionalismo e identidade profissional tendem a ser qualitativas, contextuais e longitudinais (narrativas, incidentes críticos, reflexões, 360°, recomendações estruturadas).

(c) Para o Comitê Institucional de Avaliação: decisão colegiada, rastreável e defensável

A plataforma é a base operacional para o Comitê:

- consolidar múltiplas fontes (triangulação);
- verificar suficiência de evidências e tendências;
- tomar decisões com rastreabilidade (justificativa, critérios, dados disponíveis);
- registrar encaminhamentos e remediação.

No mesmo estudo sobre o e-portfólio, ele é descrito como recurso que permite que estudantes, coordenadores e membros do comitê acompanhem avaliações e feedback, oferecendo visão longitudinal do desenvolvimento cognitivo, psicomotor e atitudinal (Dos Santos *et al.*, 2024).

Funcionalidades mínimas desejáveis (para o e-portfólio não virar apenas “repositório”). Para cumprir o papel sistêmico, um conjunto mínimo de funcionalidades do e-portfólio é decisivo:

A. Registro padronizado de pontos de dado (data points)

- formulários estruturados para avaliações (mini-CEX, DOPS, CBD, checklists, OSCE, 360° etc.);
- campos narrativos obrigatórios (exemplos observáveis + recomendações);
- vinculação a competências/*milestones* e ao contexto (cenário, avaliador, data, nível de supervisão).

B. Portfólio reflexivo e narrativas com rubricas

- campos específicos para narrativas reflexivas e narrativas em medicina;
- rubricas incorporadas no próprio sistema (para orientar mentor e estudante);
- devolutiva registrada e rastreável.

Segurança, confidencialidade e governança de dados

A plataforma precisa ser tratada como infraestrutura institucional sensível, pois contém dados acadêmicos e registros narrativos que podem incluir informações pessoais e contextos delicados. Recomenda-se explicitar no PPC (ou em normativas internas complementares):

- perfis de acesso (estudante/mentor/comitê/coordenação);
- regras de visibilidade (p.ex., certas narrativas com acesso restrito; relatórios do mentor com regras claras);
- retenção de dados e governança de auditoria;
- proteção da relação mentor-estudante, inclusive com separação de papéis (apoio versus decisão), quando adotado.

Assim, a plataforma eletrônica não é apenas um repositório, mas a infraestrutura que sustenta a avaliação programática: organiza dados e narrativas, viabiliza *feedback* documentado e mentoria, apoia o monitoramento longitudinal do desenvolvimento — inclusive no domínio atitudinal (SER/ESTAR/RELACIONAR-SE) — e oferece ao Comitê Institucional de Avaliação base confiável para decisões colegiadas sobre progressão e remediação.

Papel do Comitê Institucional de Avaliação: governança, equidade e decisões defensáveis

Na avaliação programática, a existência de um Comitê Institucional de Avaliação (ou Comitê de Progresso) é indispensável para interpretar evidências longitudinais, realizar julgamento profissional calibrado e produzir decisões robustas e justificáveis sobre progressão, remediação e, quando aplicável, reprovação. Decisões *high-stakes* devem se apoiar em múltiplos pontos de dados, amostragem ampla e triangulação, reduzindo o risco de decisões baseadas em uma única medida (Van der Vleuten *et al.*, 2014).

O Comitê atua na camada de decisão (agregação e interpretação), e não na camada de coleta. Seu mandato inclui: (a) verificar suficiência e qualidade das evidências; (b) identificar padrões de progresso, estagnação ou risco; (c) definir e acompanhar planos de ação individualizados; (d) deliberar sobre

progressão em marcos intermediários e finais (especialmente progressão para internato e conclusão do curso); e (e) zelar por equidade e consistência institucional.

Boas práticas de governança incluem prevenção de conflito de interesse, uso de marcos/*milestones* e padrões narrativos, treinamento e calibração de membros, deliberação proporcional à complexidade do caso, registro de justificativas (trilha de auditoria) e mecanismos de recurso (Van Der Vleuten *et al.*, 2014; Hays *et al.*, 2024).

No domínio atitudinal/profissionalismo, o Comitê funciona como guardião do SER/ESTAR/RELACIONAR-SE, exigindo evidências narrativas observáveis, tendências longitudinais e triangulação de fontes, e não apenas escalas numéricas. Casos com sinais persistentes de risco devem disparar planos individualizados e acompanhamento estruturado, como exigido nas DCN de 2025.

Remediação: obrigação, não exceção

A remediação deve ser entendida como processo estruturado e personalizado, distinto de "prova substitutiva" ou "segunda chamada". Ela deve ser baseada em diagnóstico longitudinal, pactuada com o estudante, acompanhada por mentor/tutor e reavaliada com instrumentos apropriados. As DCN de 2025 determinam plano de ação individualizado com acompanhamento e recursos complementares em casos de dificuldades.

Componentes mínimos de um Plano de Ação Individualizado de Remediação (PAIR):

- Diagnóstico (competências envolvidas e evidências que sustentam a necessidade).
- Metas específicas e mensuráveis (*milestones*).

- Estratégias e recursos (tutoria, treino prático, simulação, revisões dirigidas).
- Cronograma e responsáveis (docente/preceptor/mentor).
- Evidências de reavaliação (quais instrumentos e quando).
- Registro no portfólio e revisão pelo Comitê Institucional de Avaliação.

Avaliação do internato e melhoria do PPC: avaliação também “inspeciona” o currículo

As DCN de 2025 exigem avaliação contínua, específica e estruturada do internato, permitindo monitoramento sistemático do desempenho. Além de apoiar decisões sobre progressão, o sistema deve cumprir função informativa/diagnóstica, retroalimentando revisão e aprimoramento do PPC e do ambiente de aprendizagem (Norcini *et al.*, 2018; Hays *et al.*, 2024).

Indicadores úteis para monitoramento institucional incluem: completude do portfólio, tempo entre observação e feedback, número e diversidade de avaliações de cenários de prática por competência, distribuição de resultados e análises psicométricas em provas/OSCE, taxas e efetividade de remediação, e evidências de melhoria curricular decorrentes de achados avaliativos.

Síntese

Um sistema de avaliação alinhado às DCN de 2025 e aos princípios da avaliação programática é aquele que:

- a. monitora sistematicamente o desempenho do estudante ao longo do tempo;
- b. cobre os três domínios de competência;
- c. prioriza avaliações *low-stakes* com *feedback* documentado;
- d. sustenta decisões *high-stakes* em múltiplas evidências agregadas;
- e. dispõe de portfólio e mentoria como dispositivos formativos;
- f. conta com Comitê de Avaliação para decisões colegiadas e devido processo;
- g. prevê remediação estruturada;
- h. retroalimenta a melhoria do PPC com dados avaliativos.



**SEÇÃO
IV**

GLOSSÁRIO

*O conhecimento não pode apenas devassar,
precisa também, e sobretudo, cuidar.*

Pedro Demo

O objetivo desta Seção é cuidar da expressão escrita, escolhida para organizar este Caderno, de tal forma que estejamos todos compartilhando a mesma compreensão.

Accountability (Responsabilização)

Princípio de governança que se refere à obrigação de prestar contas, justificar decisões e assumir responsabilidades pelos resultados das ações institucionais, garantindo transparência, participação social e controle público.

Atenção Primária à Saúde (APS)

Nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado no SUS, caracterizado pelo acesso universal, longitudinalidade, integralidade e coordenação das redes de atenção à saúde.

Avaliação Formativa

Processo contínuo de avaliação que acompanha o desenvolvimento do estudante, com foco na aprendizagem, no feedback individualizado e na melhoria progressiva do desempenho, e não apenas na certificação final.

Big Data em Saúde

Uso de grandes volumes de dados clínicos, epidemiológicos, administrativos e populacionais para apoiar decisões clínicas, gestão em saúde, planejamento e políticas públicas, exigindo análise crítica, ética e proteção de dados.

Capilarização

Estratégia de disseminação territorial e institucional de políticas, práticas formativas ou processos educacionais, de modo a alcançar diferentes contextos regionais e institucionais.

Centralidade do SUS

Princípio segundo o qual o SUS constitui eixo estruturante da formação médica, orientando o perfil do egresso, as competências, os cenários de prática e a organização curricular.

Competência Profissional

Capacidade de agir eficazmente em situações profissionais, mobilizando de forma integrada conhecimentos, habilidades e atitudes, com base no contexto, nas necessidades das pessoas e da comunidade.

Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes)

Instrumento formal de pactuação entre instituições de ensino e gestores do SUS para organizar cenários de prática, responsabilidades formativas e IESC.

Cuidado Centrado na Pessoa

Abordagem que reconhece o indivíduo como sujeito ativo do cuidado, considerando valores, preferências, contexto social, familiar e cultural, e promovendo decisões compartilhadas.

Determinantes Sociais da Saúde

Fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos que influenciam as condições de vida, saúde, adoecimento e acesso ao cuidado das populações.

Educação Baseada em Competências (EBC)

Modelo educacional orientado por resultados de aprendizagem, no qual o currículo, as metodologias e as avaliações são organizados a partir das competências esperadas do egresso.

Educação Interprofissional (EIP)

Processo formativo no qual estudantes ou profissionais de diferentes áreas aprendem juntos, com e sobre os outros, para desenvolver práticas colaborativas e qualificar o cuidado em saúde.

Educação Permanente em Saúde (EPS)

Estratégia de formação vinculada ao cotidiano do trabalho, orientada pela problematização das práticas, pela aprendizagem significativa e pela transformação dos processos de cuidado e gestão.

Ensinagem

Processo dialógico e interativo em que ensinar e aprender acontecem simultaneamente, envolvendo professor e estudante como sujeitos ativos na construção do conhecimento.

Equidade

Princípio que reconhece desigualdades sociais e orienta ações diferenciadas para garantir justiça no acesso, na qualidade do cuidado e nos resultados em saúde.

Gestão da Clínica

Organização dos processos de cuidado nas unidades de saúde, envolvendo fluxos, protocolos, linhas de cuidado, gestão de casos e uso racional de recursos para garantir qualidade e segurança.

Gestão em Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Coordenação e articulação dos diferentes pontos de atenção de um território, assegurando continuidade, integralidade e equidade do cuidado.

Governança em Saúde

Conjunto de estruturas, processos e mecanismos de decisão, regulação e responsabilização que orientam o funcionamento dos sistemas de saúde em níveis estratégicos.

Integralidade do Cuidado

Princípio do SUS que compreende o cuidado como contínuo, articulado e abrangente, considerando promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Intersetorialidade

Articulação entre diferentes setores de políticas públicas (saúde, educação, assistência social, meio ambiente, entre outros) para enfrentar problemas complexos que afetam a saúde.

Inteligência Artificial (IA) em Saúde

Uso de algoritmos e sistemas computacionais para apoiar diagnóstico, tomada de decisão, gestão e planejamento em saúde, exigindo análise crítica, ética e supervisão profissional.

Letramento Digital em Saúde

Capacidade de compreender, avaliar e utilizar tecnologias e informações digitais de forma crítica, segura e responsável no cuidado, na gestão e na educação em saúde.

Liderança Colaborativa

Processo de liderança baseado na cooperação, corresponsabilidade e tomada de decisão compartilhada, valorizando a diversidade de saberes e o trabalho em equipe.

Metodologias Pedagógicas Ativas

Estratégias de ensinagem que colocam o estudante como protagonista do processo formativo, estimulando reflexão crítica, resolução de problemas e aprendizagem significativa.

Perfil do Egresso

Descrição integrada das competências, valores, atitudes e habilidades que caracterizam o profissional formado, orientando currículo, práticas pedagógicas e avaliação.

Prática Socialmente Referenciada

Prática formativa orientada pelas necessidades reais da população e dos territórios, articulando ensino, serviço e comunidade.

Proteção de Dados Pessoais (LGPD)

Conjunto de princípios e normas que regulam o tratamento de dados pessoais e sensíveis, garantindo confidencialidade, segurança e direitos dos titulares das informações.

Responsabilidade Social da Escola Médica

Compromisso institucional de orientar ensino, pesquisa e extensão para responder às necessidades prioritárias de

saúde da população, promovendo equidade, impacto social e fortalecimento do SUS.

Saúde Digital

Campo que integra tecnologias digitais à promoção, prevenção, cuidado, gestão, educação e pesquisa em saúde, de forma ética, crítica e orientada ao cuidado centrado na pessoa.

Telessaúde

Conjunto amplo de ações assistenciais, educacionais e de apoio à gestão em saúde mediadas por tecnologias de informação e comunicação.

Telemedicina

Exercício da medicina mediado por tecnologias digitais para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção e promoção em saúde, conforme regulamentação profissional.

Uso Racional de Recursos

Tomada de decisão baseada em evidências, custo-efetividade, impacto social e sustentabilidade, visando garantir acesso equitativo e continuidade do cuidado no SUS.



**SEÇÃO
V**

**SITUAÇÕES-
PROBLEMA**

*“Enquanto as DCN são a norma,
o Caderno de Orientações é um guia dialético
que ajuda a revisar currículos de forma ética,
sem se tornar uma ‘fita métrica’ rígida,
permitindo que cada escola encontre seu percurso
de acordo com sua realidade”*

Fala em plenária durante uma Oficina Regional

Durante todas as ações do Projeto REVER com a participação de diferentes sujeitos comprometidos com a educação médica nos cursos de graduação tivemos a oportunidade de ouvir, conhecer, debater e refletir sobre diversos desafios, dilemas, histórias, narrativas, problemas vivenciados no cotidiano das escolas médicas.

No processo de construção deste Caderno, sem a pretensão de esgotar possibilidades de caminhos ou percursos de solução, optamos por incluir nas Oficinas Regionais 2026 situações-problema que emergiram da aproximação e diálogo na construção das DCN 2025, construídas por representantes das Regionais Abem e intensamente debatidas pela troca e diversidade de olhares na busca da confluência possível a partir do *“encontro de saberes e águas que correm em direções distintas, mas se unem mantendo suas bases”* como nos ensina Nego Bispo.

Uma situação-problema é uma atividade que apresenta um desafio para pensar, investigar e encontrar soluções. As situações-problema experimentadas no coletivo das Oficinas foram elaboradas considerando as temáticas mais recorrentes e desafiadoras com as quais nos deparamos na atualidade da formação nos cursos de graduação e apresentadas com um contexto geral de tal forma que possam ser reconhecidas pelas distintas formas de organização administrativa, tempos de curso e modelos curriculares. Importante destacar que a ênfase da temática de uma determinada situação-problema não exclui a interação entre as temáticas uma vez que os desafios e as oportunidades são circulares e exercem influência em diferentes

âmbitos da formação. Para cada temática experimentamos em diferentes Oficinas duas ou três situações-problema correlatas e apresentadas com o consolidado das trajetórias de abordagem construídas.

ADOÇÃO DE TECNOLOGIAS NO PROCESSO FORMATIVO

Situação-problema 1

Uma Escola Médica possui um Campus com conectividade instável, escassez de equipamentos institucionais e parte significativa dos estudantes dependendo exclusivamente de telefones celulares e pacotes de dados limitados para acessar conteúdos acadêmicos. Nos últimos anos, a gestão do curso passou a debater a necessidade de ampliar o uso de tecnologias digitais no processo formativo, incluindo ambientes virtuais de aprendizagem, plataformas de simulação, telemedicina educacional e, mais recentemente, ferramentas baseadas em inteligência artificial para apoio ao estudo e ao raciocínio clínico.

Como incorporar tecnologias educacionais e digitais respeitando a equidade de acesso, a viabilidade técnico-operacional e a sustentabilidade institucional?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- garantir acesso mínimo à internet
- integrar tecnologias de forma transversal ao currículo, como apoio ao desenvolvimento de competências médicas
- ferramentas como prontuários eletrônicos, plataformas de aprendizagem híbrida e soluções com uso offline
- preparar os estudantes para o uso ético e responsável das tecnologias digitais e da telemedicina

1. Infraestrutura e Equidade Digital

A base das discussões girou em torno da desigualdade de acesso, que compromete a implementação de qualquer tecnologia:

- **Barreiras de Acesso:** A conectividade instável e a limitação de planos de dados móveis entre os estudantes.
- **Recursos Físicos:** A escassez de equipamentos e a proposta de criação de "ilhas tecnológicas" para otimizar o orçamento e garantir o acesso no ciclo básico.
- **Políticas de Equidade:** A necessidade de a instituição garantir que a tecnologia não se torne um fator de exclusão para discentes com menor poder aquisitivo.

2. Capacitação e Mudança de Cultura Docente

O grupo enfatizou que a tecnologia não funciona sem o preparo humano:

- **Letramento Digital:** A necessidade de capacitação "longitudinal" para que os professores usem TICs como ferramentas didáticas e não apenas como repositórios.
- **IA na Educação:** O aprofundamento específico sobre o uso de Inteligência Artificial no processo formativo.
- **Fim vs. Meio:** A discussão sobre mover a cultura institucional para que a tecnologia seja vista como um meio de aprendizado, e não como o objetivo final.

3. Integração Curricular e Planejamento

Como as TICs devem ser incorporadas formalmente ao curso:

- **Intencionalidade Pedagógica:** A definição de tecnologias a serem adotadas deve partir do Núcleo Docente Estruturante (NDE), baseada em objetivos claros.
- **Transversalidade:** A proposta de que o uso das TICs acompanhe o aluno desde o ciclo básico até a Residência Médica.
- **Novos Componentes:** Criação de disciplinas eletivas de letramento digital e componentes de Saúde Digital/ Telemedicina.

4. Cronograma de Implementação (Gestão do Tempo)

As metas foram divididas para garantir a viabilidade do projeto:

- **Curto Prazo (até 6 meses):** Foco em otimização do que já existe, capacitação docente inicial e planejamento orçamentário.
- **Médio Prazo (6-15 meses):** Incorporação efetiva no currículo e criação de núcleos de apoio aos discentes.
- **Longo Prazo:** Reavaliação constante e consolidação da trajetória digital até a pós-graduação.

5. Articulação Institucional e Externa

A discussão se expandiu para além dos muros da faculdade:

- **Parcerias Estratégicas:** Articulação entre a Instituição de Ensino Superior (IES) e as esferas municipal/estadual para melhorar a conectividade e aplicar a tecnologia na prática (ex: Teleconsulta no SUS).
- **Segurança Jurídica:** A importância do apoio do corpo gestor e jurídico para validar as novas modalidades de ensino e atendimento digital.

Situação-problema 2

No contexto da implementação das DCN 2025, a direção de uma escola médica decide expandir o uso de tecnologias digitais em saúde no currículo incluindo a ampliação do uso de plataformas de teleconsulta, laboratório de simulação realística e inteligência artificial na assistência aos pacientes.

No entanto, parte dos serviços de saúde vinculados ao ensino utiliza sistemas diferentes e pouco integrados àqueles utilizados pelo Ministério da Saúde; há desigualdade no acesso dos estudantes a equipamentos e conectividade, tanto nos ambientes de prática quanto fora da universidade; boa parte das novas tecnologias são em inglês, idioma pouco dominado por uma parcela significativa dos estudantes e alguns docentes com posição de liderança na instituição manifestam insegurança quanto ao uso ético dessas novas tecnologias, especialmente no que se refere à privacidade, confidencialidade e integridade das informações dos pacientes, bem como ao impacto dessas ferramentas na relação médico-paciente.

Como expandir o uso de tecnologias digitais de forma sustentável e racional, respeitando os marcos legais da LGPD, sem aprofundar desigualdades e sem transformar a tecnologia em um fim em si mesma?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- desafio do uso da tecnologia pelo investimento financeiro que está envolvido na aquisição da mesma e na interoperabilidade dos diferentes sistemas
- importância de estratégias viáveis e sustentáveis, sem dependência exclusiva de tecnologias de alto custo.
- desafio de implementar essas competências considerando limitações estruturais e desigualdades de acesso, evitando ampliação de iniquidades

- garantia de infraestrutura mínima nas instituições, como disponibilização de computadores para uso acadêmico
- proposição de bolsas ou auxílios para estudantes adquirirem equipamentos, promovendo equidade de acesso
- disponibilização institucional de ferramentas tecnológicas, como assinaturas de softwares de inteligência artificial, para uso pedagógico.
- proposta de que integração tecnológica nas escolas médicas deve ser pautada pelo binômio da eficiência e da responsabilidade, que o alicerce dessa transformação reside na infraestrutura, garantindo internet funcional em todo o campus e o acesso a um pacote de assinaturas institucionais que democratize o uso de ferramentas digitais avançadas
- boa parte dos sistemas são ofertados na língua inglesa, o que poderia ensejar a oferta de nivelamento em inglês técnico e instrumental, uma vez que a maioria das inovações e bases de dados globais operam nesse idioma.
- o NAPED poderia ofertar capacitação para uso racional e ético e buscar estratégias de apoio da área de tecnologia
- possibilidade de maior utilização de IA como meio de otimizar atividades de correção de trabalhos e outras estratégias avaliativas
- teleconsulta como forma de ampliar as ofertas de cuidado para a comunidade com necessidade de capacitação em telemedicina, com o intuito de preparar o futuro médico para as novas modalidades de atendimento remoto, sempre sob uma perspectiva de uso racional e humanizado da tecnologia
- no âmbito acadêmico, a proposta foi de curricularizar a ética digital, abordando o tema de forma transversal e crítica

- Inteligência Artificial (IA) não deve ser tratada como uma disciplina isolada, mas sim integrada ao currículo com foco na ética e no compromisso ambiental, considerando o impacto energético e sustentável do processamento de dados
- a segurança e a legalidade são garantidas por meio de uma capacitação robusta em LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), direcionada tanto a docentes quanto a discentes, assegurando que o manejo de informações sensíveis respeite a privacidade dos pacientes
- reconhecimento da necessidade de incorporar competências em inovação tecnológica (IA, telemedicina) de forma crítica, ética e alinhada ao SUS
- necessidade de políticas institucionais de expansão e incorporação tecnológica articuladas às demandas do SUS
- integração com sistemas já existentes, como prontuários eletrônicos vinculados ao e-SUS, qualificando a formação prática
- ênfase no uso ético, responsável e crítico das tecnologias no cuidado em saúde
- reforço de que a inovação tecnológica deve contribuir para a qualidade da formação e do cuidado, sem fragilizar princípios do SUS.

Situação-problema 3

Em uma Escola Médica docentes e gestores reconhecem que a graduação precisa desenvolver nos estudantes competências relacionadas à inovação tecnológica em saúde incluindo o uso crítico de ferramentas como IA e telemedicina, sem perder de vista a eficiência, a ética e o compromisso com o SUS.

Diante desse cenário, a Instituição se vê desafiada a garantir a formação de médicos capazes de utilizar tecnologias digitais de maneira crítica, ética e responsável, em um contexto ainda marcado por limitações estruturais e desigualdades de acesso, sem ampliar iniquidades e sem fragilizar a qualidade da formação e do cuidado em saúde.

De que forma o curso pode desenvolver as competências relacionadas à inovação tecnológica sem depender exclusivamente de soluções de alto custo e garantindo o uso ético dentro da realidade do SUS?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- criar comissão permanente institucional para avaliar quais as ferramentas disponíveis e quais são os interesses
- identificar recursos já disponíveis, materiais e de saberes
- uso de ferramentas tecnológicas com senso crítico nos níveis de pesquisa, extensão e ensino
- elaborar política institucional e códigos ética que abordem o tema
- rever o plano de ensino via NDE para inserir no currículo do estudante
- mapear e distribuir as competências a serem desenvolvidas em relação à saúde digital de forma longitudinal no currículo
- grande desafio identificado pelo grupo foi o próprio docente pelo desconhecimento das inovações
- promover capacitação docente continuada (com apoio da SEIDIGI - Secretaria de Informação e Saúde Digital e outras parcerias pertinentes
- definir processos de capacitação voltadas para gestores, docentes e estudantes sobre o que é inovação tecnológica

e como e quando usar sem perder de vista a importância de retenção pelo aluno

- utilizar no setor financeiro para diagnósticos institucionais
- agilizar atendimentos com uso de teleconsultas, triagens
- usar ferramentas para documentos médicos
- usar ferramentas que fazem experimentos; segunda opinião através de consulta digital
- destaque para as equipes multiprofissionais e importância de incluir profissionais da área de ciência da informação e tecnologia para conhecer inovações voltadas para a área de saúde
- reconhecer o risco do uso de IA e exposição de dados da área médica
- as escolas médicas, especialmente as públicas, integraram esta pauta aos departamentos de ciência e tecnologia e TI - alunos e pesquisadores dessas áreas poderiam desenvolver plataformas gratuitas e modelos de IA específicos para as necessidades da saúde brasileira, em vez de apenas consumir modelos genéricos estrangeiros - alerta severo sobre a "dependência de IAs internacionais".
- urgência de hospedar dados educacionais e de pesquisa em bases brasileiras, propondo que o Ministério da Saúde constitua sistemas e diretrizes próprias para orientar profissionais e escolas, garantindo segurança e controle governamental sobre o conhecimento produzido no país
- maior desafio identificado foi a barreira geracional dos docentes; a transição para o ensino digital não é trivial para quem se formou em modelos analógicos tradicionais, o que exige das instituições um investimento pesado e contínuo em educação permanente

- a tecnologia deve ser incorporada à rotina de forma clara, transformando o professor em um curador crítico capaz de ensinar o aluno a usar essas ferramentas com senso ético e responsabilidade
- considerar a organização de Núcleos de Inteligência Artificial ou Núcleos de Apoio à Inteligência Artificial e Laboratórios de inovação
- considerar Inteligência Artificial, Medicina Baseada em Evidências (MBE), Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Análise de dados como componente curricular obrigatória
- inserir os alunos no contexto da Telemedicina no SUS
- divulgar e acompanhar a normativa do Conselho Federal de Medicina 2454 11/02/26 para uso de Inteligência Artificial
- reconhecer o uso da tecnologia também para gestão e organização institucional

PRÁTICAS INCLUSIVAS

Situação-problema 1

Uma escola médica com política de inclusão recém implementada, apresenta currículo com inserção do estudante desde o início do Curso nos ambientes de prática. Esta escola está enfrentando desafios relacionados à adaptação de estudantes com necessidades específicas (neurodivergentes) durante os últimos 2 anos. Sistemáticamente, a gestão do serviço contratualizado com um ambulatório de especialidades da cidade e a preceptoria do local tem solicitado reuniões para apontar que “alguns estudantes não acompanham o grupo e não têm a possibilidade de se formar com o comportamento que apresentam”.

Que estratégias podem ser elencadas para abordar uma situação como esta?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- desafios enfrentados por estudantes neurodivergentes nos cenários de prática clínica, identificando fatores como falta de preparo docente, limitações institucionais de suporte e modelos avaliativos pouco adaptados
- fortalecimento dos núcleos de acessibilidade
- elaboração de planos individuais de acompanhamento
- formação de docentes e preceptores para práticas inclusivas
- desenvolvimento de mentorias e tutorias entre pares
- a inclusão deve reconhecer as necessidades específicas dos estudantes e criar estratégias pedagógicas que possibilitem o desenvolvimento das competências necessárias para a prática médica

Ações de Curto Prazo

- Acolhimento:
 - ◆ IES – Núcleo APP
 - ◆ Docentes / Preceptores
 - ◆ Discentes
 - ◆ Serviços
- Fluxo – Núcleo de Inclusão:
 - ◆ Psicopedagogo
 - ◆ Psicólogo
 - ◆ Pedagogo

- Nivelamento:
 - ◆ Educadores (NAPED)
 - ◆ Discentes

Ações de Médio Prazo

- Núcleo de Acolhimento: Acompanhamento longitudinal individualizado.
- Ações de Capacitação Docente (NAPED): Foco nos educadores.
- Mentoria: Foco em autoconhecimento.
- Fortalecimento: Foco no tema dentro do eixo de humanidades (fortalecer no currículo as competências atitudinais).
- Contribuição: Tutoria (raciocínio clínico, habilidades e atitudes).
- Estruturação: Avaliação formativa ao longo do curso.

Desenho de fluxograma de práticas inclusivas:

- Elaboração de PEI (Plano de Ensino Individualizado) por equipe especializada:
 - ◆ Equipe composta por: Jurídico, NAAP/NIDH, NAPED, Carreiras, Família.
- Ações Iniciais:
 - ◆ Capacitação de docentes e preceptores.
 - ◆ Avaliação de competência / ano.
- Processo de Autorização:
 - ◆ Autorização do aluno com termo de consentimento.
 - ◆ Se SIM: Articulação com campo externo sobre adaptações.

- ◆ Se NÃO: Consolidação de parceria.
- Verificação de Adaptações:
 - ◆ As adaptações estão de acordo?
 - ◆ Se SIM: [Prosseguir com a execução].
 - ◆ Se NÃO: Realocar? Novo PEI?

Situação-problema 2

Uma Escola Médica apresenta crescimento progressivo de estudantes neurodivergentes, pessoas com deficiência, estudantes oriundos de políticas afirmativas, migrantes e estudantes em situação de vulnerabilidade social. Parte do corpo docente manifesta insegurança quanto à realização de adaptações pedagógicas e avaliativas, alegando “risco de “quebra de isonomia” e ausência de formação específica para lidar com tais demandas.

Por outro lado, relatos discentes indicam dificuldades de permanência acadêmica, barreiras atitudinais em atividades práticas e ausência de metodologias acessíveis em componentes curriculares com forte carga cognitiva e prática.

O Núcleo Docente Estruturante identifica que embora haja políticas institucionais de inclusão e um núcleo formalmente constituído para atendimento estudantil, as práticas inclusivas permanecem centralizadas em setores administrativos, sem co responsabilização efetiva do currículo, da docência e da gestão acadêmica.

Que estratégias podem ser elencadas para abordar uma situação como esta?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- sejam pensadas estratégias formativas para ampliar o olhar do corpo docente e gestor das escolas médicas sobre as temáticas e necessidades de mudanças, ajustes e adaptações

- reconhecimento do aumento da diversidade no perfil discente, incluindo estudantes neurodivergentes, com deficiência, oriundos de políticas afirmativas e em situação de vulnerabilidade social
- necessidade de ampliar o olhar para além da deficiência, incorporando questões de raça, gênero, orientação sexual e vulnerabilidade social na formação médica
- a equidade deve orientar as práticas institucionais, o que implica oferecer diferentes recursos para que todos alcancem os mesmos objetivos formativos
- a adaptação, portanto, não fere a isonomia; ao contrário, é condição para garanti-la
- possibilidade de incluir a participação da família nas práticas inclusivas em algumas situações
- necessidade de explicitar as competências esperadas para cada componente curricular a fim de facilitar as discussões e encaminhamentos sobre os ajustes de atividades e formatos de avaliação
- a formação pedagógica docente surge como um desafio central, exigindo capacitação contínua e suporte multidisciplinar para que os professores possam manejar adequadamente a diversidade discente
- é essencial o fortalecimento de estruturas institucionais, como núcleos psicopedagógicos e programas de mentoria, que ofereçam suporte integral a alunos e professores
- no que tange às adaptações curriculares, o consenso é que os caminhos metodológicos podem ser flexibilizados, mas os resultados e competências definidos pelas diretrizes devem ser preservados como objetivo central
- em casos de limitações físicas ou cognitivas que impactem atividades práticas, as adaptações devem passar por

análise individualizada, mantendo-se a prerrogativa de retenção do estudante até que o perfil de egresso esperado seja efetivamente alcançado

- criação de um grupo institucional de apoio à inclusão, envolvendo docentes, discentes, preceptores e gestores com objetivo de identificar estudantes com necessidades específicas e construir estratégias e condutas adequadas para seu acompanhamento
- fortalecimento de espaços de diálogo e corresponsabilização entre os diferentes atores do processo formativo
- estímulo à produção e divulgação de experiências institucionais, por meio da escrita e publicação de relatos sobre práticas inclusivas e seus resultados
- valorização da sistematização de evidências para subsidiar a qualificação das políticas institucionais de inclusão.
- ampliar o debate sobre a necessidade de políticas públicas que considerem certificações diferenciadas ou definição de limites, garantindo inclusão com responsabilidade e qualidade formativa
- reconhecimento da inclusão como processo contínuo, que exige monitoramento, avaliação e ajustes permanentes nas estratégias adotadas.

Situação-problema 3

Em uma Escola Médica que se encontra em processo de adaptação de seu PPC às orientações das DCN 2025, alguns alunos com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) estão no período de Internato.

Durante o rodízio obrigatório em Urgência e Emergência um destes alunos enfrenta dificuldades na sala de trauma devido ao excesso de ruído, luzes e à necessidade de decisões rápidas baseadas em comandos verbais sobrepostos.

A preceptoria do hospital, acostumada a um modelo tradicional de "resistência física e emocional", questiona a aptidão deste aluno para a medicina, sugerindo que ele "escolha uma especialidade sem pacientes" ou que "tranque o curso se não aguentar a pressão do SUS". Outras situações semelhantes tem chegado à Coordenação do Curso.

Que estratégias podem ser elencadas para abordar situações como esta sem comprometer o desenvolvimento das competências detalhadas nas DCN 2025?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- considerar flexibilidade em relação às questões pedagógicas, pensando na diversidade de campos de formação, ajustes à rotina e necessidades dos estudantes
- ampliar o diálogo sobre inclusão e não utilizar o TEA como um bloco homogêneo
- as instituições devem elaborar laudos de necessidades educacionais próprias, focados na funcionalidade e no sigilo
- garantir acompanhamento longitudinal
- reconhecer que o atendimento de pessoas com deficiência já é lei, independente da DCN
- identificar as dificuldades e potencialidades com apoio de mentoria longitudinal, de forma compartilhada e corresponsabilizada com os diversos atores envolvidos
- Identificar quais são as barreiras para não se usar a limitação para discriminar os estudantes
- reconhecer o desafio dos laudos falsos para acessar recursos de acessibilidade - esse fenômeno pode ser um sintoma de um sistema competitivo que falha em oferecer um olhar pedagógico individualizado a todos os discentes

- usar, como possibilidade alternativa, o laboratório de simulação para o estudante que não pode acessar determinado ambiente de prática
- se oportuno, readequar o ambiente de prática priorizando ambulatório, sala de procedimento etc.
- é necessário evoluir as leis para definir e autorizar estudantes que desenvolvem competências específicas para determinadas áreas
- implementar certificação com identificação de competências específicas ou limitações específicas
- promover a organização de Núcleo Específico para Apoio Discente; (NED) com a participação de Psicólogo e Psicopedagogo
- elaborar de forma adequada o Plano Educacional Individualizado (PEI) e manter sua atualização - documento pedagógico personalizado que mapeia metas, estratégias e adaptações curriculares para alunos com deficiência, TEA ou altas habilidades
- oferecer feedback contínuo envolvendo docente, discente e NED compartilhando com Preceptor
- fortalecer as redes de apoio dentro e fora da IES
- promover qualificação docente
- envolver família/rede de apoio do discente, quando pertinente, com a IES/NED;
- desenvolver a turma, respeitando o sigilo, para que se torne uma rede de apoio;
- cuidar da ambiência em saúde com foco em espaços de neuroregulação para acadêmicos e pacientes
- desenvolver projetos interdisciplinares, (exemplo: psicologia) para trabalhar a ansiedade em momentos

específicos (provas, OSCE...)

- práticas inclusivas configuram mudança de paradigma e precisam sensibilização das pessoas para entenderem que algumas situações podem ser consideradas assédio levando a consequências graves - desafio que precisa ser enfrentado
- a necessidade de evoluir a legislação brasileira para permitir certificações diferenciadas, que habilitem o profissional para áreas específicas de acordo com suas limitações funcionais, protegendo a segurança do paciente sem impedir a graduação do estudante
- a inclusão, portanto, deixa de ser uma concessão "soft" para se tornar um procedimento legal e ético, exigindo uma mudança profunda na cultura das escolas médicas para acolher a multiplicidade humana sem comprometer a excelência técnica
- ações organizadas em Eixos

Eixo Preventivo

- ingresso no Curso- papel significativo do núcleo de apoio
- acompanhamento contínuo como indicador
- carga horária; capacitação; atualização contínua adequados
- articulação de campos de prática

Eixo Oportunístico

- identificação de necessidade, núcleo de apoio, avaliação de adaptações
- instrumentos de avaliação, aproximação hospitalar
- papel do preceptor nos momentos de encontro
- capacitação da equipe

- estratégias de mitigação
- uso de simulação realista

Estrutura e Ações do Núcleo de Apoio

- ouvidoria ativa
- tutoria
- acompanhamento contínuo como indicador de cuidado
- eixos/espacos organizados e integrados
- rede de cuidado- família, psicólogo, pedagogo, psiquiatra, professor tutor pessoal;
- mentoria por período, por pares discente e docente;
- acolhimento - encontra o limite na autonomia do estudante
- retroalimentação
- avaliação adaptada
- revisão do plano pedagógico desde que atenda as competências a serem desenvolvidas

ÁREAS VERDES/JANELAS CURRICULARES

Situação-problema 1

Em uma Escola Médica o NDE e a coordenação do curso iniciam debates sobre como operacionalizar os conceitos de áreas verdes / janelas curriculares em um contexto de restrição de espaço físico e cultura curricular rigidamente organizada. Estudantes relatam sobrecarga acadêmica, sofrimento psíquico e dificuldade de engajamento em atividades formativas não obrigatórias. Docentes expressam receio de perda de conteúdos considerados essenciais. A gestão institucional questiona os impactos administrativos e regulatórios desta "flexibilização curricular".

Como compreender e operacionalizar os conceitos de áreas verdes e janelas curriculares equilibrando flexibilidade formativa, exigências regulatórias e identidade institucional do curso?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- principal dificuldade apontada foi a elevada carga horária dos cursos, sendo sugerida a revisão da matriz curricular e a integração de disciplinas para liberar espaço na programação acadêmica
- necessidade de sensibilizar docentes e colegiados sobre a importância dessas áreas, garantindo que sejam efetivamente destinadas ao desenvolvimento pessoal, acadêmico e ao bem-estar dos estudantes
- ressaltar o protagonismo discente na utilização desses espaços e o apoio de núcleos psicopedagógicos para orientação e organização do tempo acadêmico
- Desafios Identificados:
 - ◆ Restrição do espaço físico.
 - ◆ Impacto administrativo e questões culturais.
 - ◆ Receio por parte do corpo docente.
- Propostas de Ação:
 - ◆ Criação de diretrizes institucionais e curriculares.
 - ◆ Realização de oficinas e atividades junto ao NAPED.
 - ◆ Promoção de reuniões de alinhamento entre acadêmicos e gestão.
 - ◆ Implementação de espaços para trocas literárias, arte, cultura e o grupo "Escuta Ativa".
 - ◆ Criação de um instrumento de controle para reposições e definição de uma semana padrão de carga horária (CH).

Situação-problema 2

Em uma Escola Médica o NDE identificou, como um dos principais desafios, a necessidade de reorganização da semana-padrão para garantir a presença de “áreas verdes” ou janelas curriculares qualificadas em todos os períodos do curso, inclusive no internato.

No entanto, há resistências dentro do próprio NDE, por ser tema sensível no curso, com implementação considerada inviável diante do argumento de que a redução prévia da carga horária total já havia gerado insatisfação significativa entre os docentes, que se sentiram prejudicados pela suposta perda de conteúdos considerados essenciais à formação médica. Outros docentes consideram que a previsão de períodos da semana sem atividades formais obrigatórias pode ser interpretada como ausência de ensino, contrariando o compromisso institucional com uma formação médica de excelência.

Como construir consensos e estratégias que viabilizem a implementação das áreas verdes sem comprometer a identidade do curso nem a qualidade da formação médica?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- desafio de convencimento do corpo docente em relação à importância da área verde como dispositivo de promoção da saúde mental e desenvolvimento da autonomia dos discentes e de mensurar a carga horária desta iniciativa
- importante incluir nos argumentos os ganhos para o aprendizado com tempos de pausa e reflexão
- estruturação de atividades de pesquisa, extensão e atividades complementares de maneira sinérgica, evitando a sobrecarga de tarefas desconexas
- a estratégia da área verde precisa estar melhor descrita no PPC, sobretudo no período do internato, formalmente

integradas à matriz curricular por meio da contabilização na carga horária total do curso

- a infraestrutura física deve acompanhar essa mudança com a criação de áreas especiais para convivência, promovendo um ambiente de bem-estar e fortalecendo a cultura institucional relacionada a esta agenda
- sugerido que o tema seja debatido com base em indicadores de qualidade, oficinas com especialistas e troca de experiências com outras escolas médicas que tenham práticas exitosas e bem avaliadas pelos discentes
- “áreas verdes” como processos necessários para implementação de uma formação médica humanizada e eficiente, enfatizando que para que isso aconteça há exigência de uma reestruturação profunda da gestão do tempo e do cuidado com o estudante
- para que esse direito seja efetivado, é necessário utilizar os processos regulatórios vigentes como mecanismo de pressão, garantindo que o tempo de descanso e desenvolvimento pessoal não seja negligenciado pelas instituições
- nesse modelo, a organização acadêmica deve focar na criação de eixos que de fato ocupem o cotidiano acadêmico de forma produtiva, mas que não competem com o tempo essencial do estudante
- a governança desse processo deve ser democrática, incluindo mecanismos institucionais de cogestão no Núcleo Docente Estruturante (NDE), onde os estudantes tenham voz ativa nas decisões curriculares
- é fundamental assegurar um tempo protegido para recuperação e preparo, destinado ao uso com autonomia e responsabilidade pelo aluno

- esse período não deve ser visto como ócio, mas como um componente vital para a consolidação do aprendizado e a manutenção da saúde mental durante a graduação
- no Internato - períodos de áreas verdes diluídos para manutenção do cuidado em serviço (por exemplo turnos diferentes para grupos ou duplas)
- considerar que os diferentes métodos ativo exigem tempo protegido de estudo que é conceitualmente diferente de área verde
- área verde exige uma mudança de paradigma na organização do PPC saindo do foco no conteúdo para competência, integrando saberes e práticas e organizando uma semana padrão compatível com a realidade de docentes e discentes
- necessidade de construir estratégias que conciliam a implementação das áreas verdes com a manutenção da qualidade e identidade do curso.

Para o 1º ao 4º ano:

- reorganização da grade curricular
- integração de disciplinas com competências afins
- redução ou supressão de cargas horárias redundantes
- reorganização de disciplinas entre semestres para manter equilíbrio formativo.
- qualificação da comunicação institucional sobre carga horária e atividades extracurriculares.

Para o internato:

- construção das áreas verdes em articulação com os ambientes de prática
- consideração das especificidades de cada campo de estágio

- qualificação e organização da logística dos ambientes de prática.
- ênfase no equilíbrio entre formação, descanso e desenvolvimento integral do estudante

Situação-problema 3

Em uma Escola Médica o NDE identificou, como um dos principais desafios, a necessidade de reorganização da semana-padrão para garantir a presença de “áreas verdes” ou janelas curriculares qualificadas em todos os períodos do curso, inclusive no internato.

No entanto há resistências dentro do próprio NDE, por ser tema sensível no curso, com implementação considerada inviável diante do argumento de que a redução prévia da carga horária total já havia gerado insatisfação significativa entre os docentes, que se sentiram prejudicados pela suposta perda de conteúdos considerados essenciais à formação médica. Outros docentes consideram que a previsão de períodos da semana sem atividades formais obrigatórias pode ser interpretada como ausência de ensino, contrariando o compromisso institucional com uma formação médica de excelência.

Como construir consensos e estratégias que viabilizem a implementação das áreas verdes sem comprometer a identidade do curso nem a qualidade da formação médica?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- a “Área Verde” é frequentemente mal interpretada como simples ausência de ensino ou “janela”, o que exige um esforço de gestão para ressignificá-la não como um vazio pedagógico, mas como um compromisso institucional com a saúde mental, a autonomia e a maturidade do estudante

- para viabilizar a implementação sem comprometer a identidade do curso, o grupo propôs que a reforma das ementas e metodologias seja o passo inicial, defendendo que não basta "abrir janelas" no horário; é preciso repensar o curso como um todo
- envolve a construção de uma matriz de competências clara, que permita distinguir o que é essencial, importante, interessante ou supérfluo para a formação do médico generalista
- ao estabelecer o que é próprio da graduação e o que pertence à pós-graduação, torna-se possível reduzir a carga horária excessiva de especialistas e garantir o tempo necessário para o descanso e o estudo independente
- a operacionalização dessas áreas deve ser apoiada por capacitações contínuas e oficinas pedagógicas periódicas para docentes e membros do NDE, tratando o receio pedagógico como um ponto de partida para o diálogo
- a sustentabilidade da proposta depende da metrificação dos benefícios: propôs-se que, após 6 meses de implementação, sejam realizadas avaliações de impacto focadas na saúde mental discente
- apresentar dados concretos sobre a melhoria da qualidade de vida dos estudantes é a ferramenta mais potente para superar a insatisfação docente e consolidar a área verde como um avanço qualitativo na formação médica socialmente referenciada
- a mentoria surge como estratégia fundamental para ensinar o aluno a realizar o manejo desse tempo, incentivando o envolvimento responsável do discente em atividades de autocuidado, espiritualidade, esporte ou lazer
- integrar nas ementas de mentoria obrigatória, o manejo das áreas verdes



- rodiziar práticas de mentoria de cada turma considerando as áreas verdes
- a turma não precisa estar em área verde em sua totalidade ao mesmo tempo com o rodízio de A.V. podendo ser organizado por turma, grupo ou subgrupos
- ajustar os mecanismos das áreas verdes entre diferentes turmas com apoio de tecnologia ("IA") / apps
- sugestão do uso de tecnologias para ajustar escalas de forma que o fluxo nos campos de estágio não seja prejudicado, permitindo que os estudantes usufruam da área verde em momentos alternados
- criação de espaços institucionais não obrigatórios, se possível integrando diferentes cursos para promover a interdisciplinaridade (esporte, espiritualidade, atividades culturais, bem-estar, oficina de artes, clube de leitura, IA, oratória, libras e idioma) ofertados pela universidade sem obrigatoriedade de participação dos estudantes mesmo diante de limitações financeiras de algumas unidades
- para que isso aconteça há exigência de uma reestruturação profunda da gestão do tempo e do cuidado com o estudante
- possibilidade de considerar o "sábado letivo" com rodízio de turnos livres nos dias da semana.
- importância do papel do NDE (Núcleo Docente Estruturante) em assegurar e proteger as áreas verdes para que não sejam utilizadas para repor carga horária
- importância de sensibilizar também os alunos em atividades como acolhimento/boas-vindas, mentoria, padrinhos, desmistificando a questão da formação médica

PROGRAMAS ESTRUTURADOS DE ACOMPANHAMENTO ESTUDANTIL

Situação-problema 1

Uma Escola Médica tem, nos últimos anos, cada vez mais diversidade de seu corpo discente. Os professores também têm percebido mudanças geracionais muito intensas. A maioria dos estudantes reivindicam maior acolhimento institucional, feedback contínuo, atenção à sua saúde mental e relações “menos autoritárias” por parte dos professores. Em contrapartida, uma parte significativa do corpo docente foi formada em modelos educacionais mais tradicionais, com menor experiência de acompanhamento longitudinal do estudante. Existem iniciativas pontuais de apoio psicopedagógico e de acolhimento e a criação recente de um programa de mentoria enfrenta dificuldades como sobrecarga de alguns docentes e resistência de outros, dispersão geográfica dos ambientes de práticas e falta de clareza sobre as necessidades e limites dos mentorados.

Como estruturar um programa que promova bem-estar, adaptação ao curso e construção da identidade profissional do futuro médico, respeitando as diferenças geracionais, o contexto regional da escola e a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- ênfase no papel do Núcleo Docente Estruturante (NDE) na promoção de políticas institucionais de bem-estar, inclusão, acessibilidade e permanência estudantil, bem como na verificação do alinhamento entre o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) e as DCN
- importância de núcleos de apoio psicopedagógico e psicossocial para acompanhamento dos estudantes e da articulação com o Núcleo de Apoio Pedagógico e

Desenvolvimento Docente (NAPED) na formação de professores para mentoria e feedback

- necessidade de formação docente contínua, da existência de espaços institucionais de cuidado — como as chamadas áreas verdes — e da criação de parcerias externas quando as demandas dos estudantes ultrapassarem a capacidade de atendimento institucional
- Etapas de organização propostas

1. Institucionalização da Escuta e Dados

O programa propõe que o diálogo não seja apenas “conversa”, mas uma ferramenta de gestão.

- Coleta de Dados: Usar a escuta para gerar indicadores que guiem melhorias reais.
- Formalização: Padronizar e registrar os momentos de feedback para que eles tenham peso institucional.

2. Desenvolvimento e Suporte ao Docente

O professor é visto como um mentor que também precisa de amparo e formação.

- Capacitação: Foco em ferramentas pedagógicas/ andragógicas e tempo protegido (CH) para estudo.
- Apoio Personalizado: Atendimento via NAPED e identificação de perfis mentores para fortalecer o corpo docente.

3. Experiência e Cuidado com o Discente

O objetivo aqui é transformar a jornada do aluno em algo menos punitivo e mais colaborativo.

- Cultura do Erro: Criar espaços onde o erro seja parte do aprendizado (metacognição) e não apenas motivo de nota baixa.
- Bem-estar: Foco em saúde mental (descompressão), respeito entre gerações e assistência estudantil.
- Apoio entre Pares: Implementação de mentorias entre alunos e grupos específicos (como o Grupo Balint) para lidar com o estresse do internato.

4. Integração e Engajamento da Comunidade

O sucesso do plano depende da união de todas as forças da faculdade.

- Elos: Mentoria, planos de melhoria acadêmica e assistência estudantil conectam os dois lados.
- Participação Política: Envolvimento direto do DCE, Centros Acadêmicos e Atléticas na construção e divulgação das ações
- Centro Acadêmico: ênfase no fortalecimento do Centro Acadêmico, conforme previsto no Art. 29.
- Representação Acadêmica: Necessidade de garantir a presença e participação ativa dos estudantes nos processos institucionais.

5. Desenvolvimento e Integração Docente

O documento propõe estratégias diferenciadas para o corpo docente (Art. 21):

- Docentes Veteranos: Foco na formação continuada e integração em pequenos grupos.

- Docentes Novatos: Proposta de treinamento individualizado durante os primeiros anos para facilitar a adaptação.
- Identidade Profissional: Construção da identidade e programas de carreira (Art. 24).

6. Redes de Cuidado e Apoio Pedagógico

A articulação entre os núcleos de apoio é fundamental para o sucesso do programa:

- NAAP: Fortalecimento da rede de cuidado e atendimento ao desenvolvimento do estudante.
- NAPED / NDE: Promoção de atividades voltadas para a atuação em processos educacionais.

Situação-problema 2

Uma Escola Médica possui corpo docente formado, majoritariamente, por especialistas com sólida trajetória assistencial. Apesar da excelência técnica, muitos docentes possuem formação pedagógica limitada e elevada carga assistencial, o que reduz a disponibilidade para atividades de acompanhamento longitudinal dos estudantes.

Historicamente, não há um programa institucional estruturado de acompanhamento estudantil específico para o curso de Medicina. As ações de apoio ao estudante são fragmentadas, pouco articuladas ao Projeto Pedagógico do Curso e dependem, em grande parte, de iniciativas individuais.

Com a publicação das DCN de 2025, o NDE expressa especial preocupação com a necessidade de organizar um programa institucional estruturado de acompanhamento estudantil, com ações sistemáticas de bem-estar físico, mental e emocional, suporte acadêmico e psicossocial, adaptação ao curso, acompanhamento do progresso acadêmico e programas de mentoria envolvendo docentes e preceptores.

Como estruturar um programa de acompanhamento estudantil que garanta sua viabilidade institucional e o envolvimento de docentes e preceptores?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- o estudante deve ocupar posição central no processo formativo, sendo necessário estruturar dispositivos institucionais capazes de oferecer suporte acadêmico, pedagógico e formativo ao longo da graduação
- sugerida a criação de um Núcleo de Apoio ao Estudante de Medicina, articulado ao NDE e integrado ao corpo técnico e pedagógico do curso, de modo a garantir acompanhamento sistemático e institucionalizado
- implementação de um programa estruturado de acompanhamento estudantil deve iniciar-se por um processo de escuta qualificada dos docentes, visando identificar necessidades, desafios e prioridades, de modo a orientar a construção de estratégias institucionais efetivas e sustentáveis
- elaboração de planos individuais de desenvolvimento, atualizados para em cada momento da graduação, especialmente para estudantes que apresentam maiores dificuldades no percurso formativo, com foco no fortalecimento das competências necessárias à formação médica
- necessidade da elaboração de Planos Individuais de acompanhamento das competências esperadas em cada momento da graduação
- a preparação docente precisaria estar ancorada em dados quantitativos e qualitativos sobre o contexto local e necessidades específicas dos discentes
- o NAPED deve realizar um diagnóstico situacional constante das necessidades pedagógicas, estabelecendo

uma interlocução direta entre o corpo docente e a gestão da instituição

- esse fluxo de trabalho é alimentado por “entradas” fundamentais provenientes de instâncias colegiadas e de avaliação, como o Núcleo Docente Estruturante (NDE), a Comissão Própria de Avaliação (CPA) e o Colegiado de curso
- as frentes de atuação do núcleo dividem-se em três pilares essenciais: a promoção da educação permanente, o aprimoramento contínuo dos processos educacionais — visando a melhoria das ferramentas de ensino e avaliação — e o foco no cuidado e autocuidado dos educadores
- o NAPED deve integrar e apoiar todos os atores envolvidos no processo de ensino, abrangendo desde docentes e preceptores até os residentes, fortalecendo a qualidade da formação médica na instituição
- a análise de dados acadêmicos, a identificação de padrões de desempenho, o mapeamento de fatores associados às dificuldades de aprendizagem e a produção de evidências que subsidiem a tomada de decisão institucional foram destacados como aspectos relevantes
- análise sistemática dessas informações pode orientar intervenções mais precoces e qualificadas, além de contribuir para o monitoramento e avaliação das estratégias de acompanhamento estudantil
- o NAPED pode contar com uma equipe multiprofissional, envolvendo profissionais como estatísticos, psicólogos, psicopedagogos e médicos, contribuindo para uma abordagem mais abrangente das dificuldades acadêmicas e das condições de aprendizagem dos estudantes
- destacou-se de forma especial o papel do estatístico, responsável por apoiar a análise de dados acadêmicos, identificar padrões de desempenho, mapear fatores

associados às dificuldades de aprendizagem e produzir evidências que subsidiem a tomada de decisão institucional

- para viabilizar essa proposta, destacou-se a importância de que docentes e preceptores também recebam suporte institucional, com apoio do NAPED, fortalecendo sua capacidade de acompanhamento e orientação dos estudantes
- necessidade de promover a corresponsabilização entre os próprios estudantes, incentivando estratégias de apoio entre pares
- possibilidade de ampliação de programas de monitoria, com abertura de vagas por docentes e oferta de bolsas ou outras formas de reconhecimento institucional
- a inclusão dos estudantes nos processos decisórios foi considerada essencial; ouvir os pares contribui para promover empatia, reduzir conflitos relacionados à percepção de privilégios e fortalecer a cultura de equidade
- sugeridas instâncias formais de participação discente e valorização de coletivos estudantis como espaços legítimos de escuta e construção institucional
- a Mentoria foi identificada como dispositivo que traz bastante benefício para os discentes, entretanto, como limitação para essa estratégia foi identificada a baixa disponibilidade de tempo dos docentes para atividades para além da sala de aula
- reconhecimento da centralidade do papel docente na estruturação e sustentabilidade do programa de acompanhamento estudantil
- necessidade de compreender o médico como educador: durante a graduação, na educação permanente, em um processo formativo contínuo

- importância da institucionalização da formação pedagógica docente, com apoio do NAPED trazida pelas DCN com valorização da formação docente, vinculação à progressão na carreira, proteção de carga horária para participação nas atividades formativas e no acompanhamento estudantil - "área azul" do educador
- estruturação do programa de acompanhamento estudantil em etapas: acolhimento inicial (conhecimento do estudante), Identificação de necessidades específicas, acompanhamento longitudinal
- ênfase na articulação entre docentes, preceptores e instituição para garantir a efetividade do programa

Situação-problema 3

Uma Escola Médica que considera ter um desenho curricular inovador, possui ações de apoio ao estudante, ainda fragmentadas e pouco integradas a um programa institucional estruturado de acompanhamento e mentoria. Enfrenta desafios relacionados ao bem-estar mental e emocional dos estudantes, especialmente entre o que tem se convencido chamar de "novas gerações", que demonstram maior sensibilidade a questões de saúde mental, ansiedade de desempenho, comparação constante em ambientes altamente competitivos e expectativa de respostas institucionais rápidas e personalizadas.

Parte do corpo docente, embora venha adotando metodologias ativas em sala de aula, relata dificuldades para assumir o papel de mentoria, alegando falta de tempo no contrato de trabalho, ausência de formação específica, indefinição de papéis e receio de ultrapassar limites éticos na abordagem de questões psicossociais.

Como institucionalizar um programa que garanta suporte acadêmico e psicossocial efetivo, desenvolvimento de habilidades para a vida e acompanhamento contínuo da

formação da identidade profissional sem gerar sobrecarga docente ou expectativas irreais por parte dos estudantes?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- NDE trazer a necessidade de políticas e foco de ação institucional
- as ações do Programa devem começar no acolhimento dos alunos
- criar núcleo de apoio ao discente com psicólogo, pedagogo e psiquiatra
- conhecer o estudante ter estratégia de chegada e acompanhar com mentoria ao longo do trajeto acadêmico
- reconhecer o trabalho da mentoria seja com remuneração adicional ou pontuação no plano da carreira
- pactuar na carga horária docente o momento específico para se dedicar a atividade de mentoria e de formação para não sobrecarregar o docente
- formalizar quais são as atividades da mentoria voltadas para melhoria da identidade médica e não o momento de consulta terapêutica
- acompanhar a evolução acadêmica: projeto institucional de programa de melhoria como política institucional: legislação formação de mentoria e avaliação do programa, redação de diretrizes norteadoras do programa
- a existência do programa nas IES é obrigatória e a participação do estudante é opcional
- estruturar a atividade do mentor, em instituição pública ou privada, acompanhando a boa formação psicossocial e profissional
- Mentoria como parte de um processo de cuidado para o aluno é usado em instituição pública como fator de

progressão de carreira para o docente. Pensar nas competências do docente para atuação na mentoria de forma institucional.

- risco de as instituições capturarem esse tempo livre para atividades como monitorias, desvirtuando o espaço de descanso

INTERNATO

Situação-problema 1

Em uma Escola Médica a área de Saúde Coletiva está organizada ao longo do curso, com unidades curriculares teóricas no primeiro ciclo e com um internato específico, no mesmo semestre do internato de Medicina de Família e Comunidade, porém com objetivos educacionais diferentes. Ao se apropriar das DCN 2025 o NDE do curso identifica que Medicina Intensiva, Saúde Coletiva e Traumatologia e Ortopedia são áreas que devem ser organizadas em estágios específicos e/ou rodízios distribuídos ao longo do internato, deixando de apontar o Internato de Saúde Coletiva como obrigatório.

Como (re)organizar o desenvolvimento de competências da Medicina Intensiva, Saúde Coletiva e Traumatologia e Ortopedia nos ambientes de prática do curso, dentro dos 70% da carga horária do internato indo além da abordagem curricular teórica?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- integração ensino-serviço com a utilização da rede assistencial do SUS e do Coapes como eixos centralizadores de organização da formação prática
- para dar suporte a essa formação, o grupo propôs o uso de atividades profissionais confiáveis (EPAs), enfatizando que cada estágio deve ter competências bem definidas

e mensuráveis para que a aprendizagem seja de fato significativa

- necessidade de promover a interprofissionalidade e o cuidado não médico-centrado com o interno aprendendo a “fazer com” a equipe multiprofissional em todos os ambientes de prática
- a organização do internato deve focar nos ambientes de prática onde o médico recém-formado mais atuará, atenção primária e urgência, garantindo parâmetros claros de desempenho
- a adoção de estágios em atenção secundária também foi citada como uma estratégia para lidar com especialidades em cenários de referência, sem interferir na carga horária essencial da rede básica
- a medicina intensiva foi sugerida como parte dos rodízios de clínica médica e cirurgia, em cenários como UTIs ou salas vermelhas, visando desenvolver habilidades relacionadas ao manejo do paciente crítico
- a ortopedia foi proposta dentro da clínica cirúrgica, incluindo atividades em urgência, centro cirúrgico, enfermaria, ambulatório e reabilitação, preparando o médico generalista para o atendimento inicial de pacientes traumatizados
- em relação à saúde coletiva, destacou-se a importância de sua abordagem transversal nos rodízios, permitindo que os estudantes compreendam a organização da rede de atenção à saúde e os aspectos epidemiológicos e de gestão do sistema
- a organização da carga horária do internato e a necessidade de explicitar atividades de urgência e emergência, consideradas relevantes para a formação e para processos seletivos posteriores

- os internatos de urgência e emergência e ortopedia devem ser utilizados para estágio de ortopedia, precisando garantir esse horário protegido
- uma estrutura que aproveite a robustez dos cenários de rede, sugerindo a figura de um consultor de integração para transitar entre as áreas e garantir que a Saúde Coletiva perpassa todo o currículo
- criticou-se o modelo de “visita técnica” em UTIs, defendendo que o aluno deve assumir condutas e ser avaliado por isso
- o estágio de saúde coletiva pode ser realizado em campos de medicina de família e comunidade (MFC), sendo incorporado a componentes com carga horária extensionista, otimizando a formação e o impacto social
- que o internato seja um espaço para desenvolver competências de gestão tendo como exemplo o estudante atuando como coordenador de uma microárea, sendo responsável por avaliar o impacto de suas ações nos indicadores de saúde daquela população
- desenvolver a tomada de decisão com ênfase na organização do cuidado que possa responder às demandas e indicadores de saúde do município e do estado
- a transversalidade da urgência sugerindo que as situações de urgência e emergência não fiquem restritas a um único bloco, mas sejam transversalizadas nas grandes áreas (Pediatria, Ginecologia, Cirurgia), evitando repetições e focando nas especificidades de cada ciclo de vida
- Proposta de organização por etapas

Estrutura e Carga Horária

- Distribuição da Carga Horária:
 - ◆ 30%: Medicina de Família e Comunidade (MFC) + Urgência e Emergência (UE). No detalhamento, indica-se 15% para cada.

- ◆ 70%: Áreas essenciais subdivididas em:
 - ◆ Clínica Médica
 - Cirurgia
 - Ginecologia e Obstetrícia (GO)
 - ◆ Pediatria (PED)
 - Saúde Mental
- Competências Relacionadas:
 - ◆ Foco em competências essenciais em Saúde Coletiva (SC) + Medicina Interna (Med. Int.).
 - ◆ Competências essenciais em Traumatologia-Ortopedia (TO).
 - ◆ Conexão com as DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais).

Metodologia e Organização Pedagógica

- Documentos Orientadores: Devem conter cenários e oportunidades definidas pelo NDE (Núcleo Docente Estruturante) + avaliação estruturada.
- Oportunidades de Aprendizagem: Devem estar inseridas na rotina dos serviços, abrangendo:
 - ◆ Casos clínicos.
 - ◆ Evolução.
 - ◆ P.E. (Prescrição Eletrônica/Prontuário).
 - ◆ Notificação.
- Integração e Diálogo:
 - ◆ Diálogo entre atores — IESC (Interação Ensino-Saúde-Comunidade).

- ◆ Foco na formação de preceptores.
- ◆ Observação da aprendizagem como ponto central.

Diretrizes Transversais e Avaliação

- Inserção Transversal: A prática clínica deve ser inserida por eixos de prática clínica.
- Matriz de Competências: O PPC (Projeto Pedagógico de Curso) deve explicitar claramente a matriz de competências dos eixos transversais.
- Avaliação: Deve incluir a verificação das competências dos eixos transversais.
- Longitudinalidade: Temas abordados nos diversos rodízios devem manter uma linha longitudinal.
- Áreas de atuação mencionadas para integração:
 - ◆ Trauma/Ortopedia.
 - ◆ Saúde Coletiva (APS e Psicologia).
 - ◆ Medicina Intensiva (integrada à Clínica Médica, Cirurgia, Ped/GO e Urgência).

Situação-problema 2

Uma escola médica está com dificuldade de selecionar preceptores para o internato na atenção primária na rede de assistência à saúde local.

Apesar do serviço de saúde ser bastante organizado há, de forma sistemática, a negativa de preceptores das unidades de saúde em receber alunos por ausência de contrapartida para os preceptores e unidades e desvalorização da preceptoría pois não participam formalmente da avaliação dos estudantes que recebem.

O NDE está atento e preocupado com a orientação das DCN 2025, que apontam que 30% das atividades do internato devem acontecer em ambiente de Medicina de Família e Comunidade e Urgência e Emergência do SUS.

Que estratégias podem ser elencadas para abordar uma situação como esta?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- necessidade de reformular e fortalecer os termos de cooperação entre as IES e os municípios, ampliando a articulação regional e garantindo maior clareza sobre responsabilidades no processo formativo
- essa pactuação deve envolver os serviços de saúde e considerar mecanismos institucionais que assegurem a participação dos profissionais dos serviços na formação médica
- importância da capacitação dos preceptores, contemplando tanto a dimensão técnica quanto pedagógica, de forma integrada com o corpo docente das instituições de ensino
- essa formação pode contribuir para qualificar o acompanhamento dos estudantes nos ambientes de prática e fortalecer o papel formador dos profissionais
- sugeriu-se a realização de ofertas formativas por parte da Abem
- importância de incluir os preceptores nos processos avaliativos dos estudantes, oportunizando sua participação na construção e acompanhamento de instrumentos como portfólios formativos
- o portfólio foi apontado como ferramenta relevante para estimular a reflexão e a autorregulação da aprendizagem, além de possibilitar melhor identificação do perfil do

estudante, suas áreas de interesse e necessidades de desenvolvimento

- sugerida a criação de espaços coletivos de discussão entre preceptores, como conselhos ou encontros de preceptoria, que permitam compartilhar experiências, discutir critérios avaliativos e alinhar expectativas quanto ao desempenho dos estudantes
- ressaltadas estratégias de valorização da preceptoria, incluindo certificação, incentivos à formação e reconhecimento institucional da função formadora, contribuindo para maior engajamento dos profissionais da rede
- a importância de organizar o percurso formativo do internato de maneira integrada entre as diferentes áreas e especialidades, garantindo uma distribuição adequada das atividades práticas e ampliando as oportunidades de aprendizagem nos diversos cenários da rede de atenção à saúde
- desafios financeiros e de contrapartida, reforçando que as soluções propostas precisam focar na formalização de contratos via Coapes, implementação de programas de valorização e bolsas para preceptores, além do ressarcimento de custos de serviço
- sugere a criação de espaços de negociação longitudinal, utilizando uma visão de 360° e ferramentas de gestão, como o 5W2H
- no eixo do reconhecimento e pertencimento, o objetivo deve ser consolidar uma cultura horizontal e a integração com a supervisão docente, tornando a avaliação um processo indissociável da prática por meio de programas de formação e da valorização do papel do preceptor nos instrumentos avaliativos

- a regulamentação da preceptoria ainda enfrenta obstáculos complexos, como a gestão da diversidade das mantenedoras, políticas públicas e a definição clara de papéis e modalidades contratuais, contando com o suporte da saúde digital para mitigar cenários de sobreposição de funções
- a estratégia de plano de carreira e ganhos indiretos pode fortalecer o vínculo com as Instituições de Ensino Superior (IES) através de certificações, premiações e convites para o desenvolvimento docente
- proposta a transformação dos ambientes de prática em centros de referência, como o Centro Saúde Escola, o Ambulatório Didático e o Distrito Escola
- fortalecimento da integração ensino-serviço: Gestão compartilhada das UBS do SUS por meio de contratualizações
- formação e qualificação da preceptoria: Instituição de formação oficial para preceptores, com certificação
- condições de trabalho e valorização: garantia de carga horária protegida para atividades acadêmicas e possibilidade de compensação financeira para atuação como preceptor
- aprimoramento da gestão e regulação: necessidade de maior ancoragem do Coapes com o Ministério da Saúde com o objetivo de oficializar, qualificar e monitorar a atuação dos preceptores

SISTEMA DE AVALIAÇÃO

Situação-problema 1

Em uma Escola Médica com currículo tradicional com tendências inovadoras e busca de inserção no SUS, emerge o

desafio de superar uma cultura avaliativa tradicional. Discute-se a necessidade de estruturar um sistema de avaliação programática, integrado e longitudinal, orientado pelas competências esperadas para cada etapa da formação. O debate evidencia tensões relacionadas à complexidade logística, à sustentabilidade do modelo, ao engajamento docente, à coerência com o currículo e à viabilidade institucional de mudanças avaliativas de maior alcance. Há consenso quanto à relevância pedagógica da avaliação programática, mas persistem dúvidas sobre como implementá-la de forma estruturada, consistente e factível no contexto institucional.

Quais as diretrizes práticas para implementação de um sistema de avaliação programática considerando os desafios acima?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- necessidade de maior engajamento docente em processos de formação pedagógica
- sugestão de mecanismos institucionais de valorização da participação dos professores
- criação de uma comissão responsável pelo acompanhamento do sistema de avaliação do curso
- o uso do e-portfolio ou prontuário do estudante como instrumento de registro do desenvolvimento longitudinal do estudante, associado à mentoria
- entre os desafios identificados estão a infraestrutura necessária para avaliações práticas, como OSCE e simulações clínicas, e a necessidade de alinhar os objetivos de aprendizagem à matriz de competências do curso
- organização por etapas

Contexto e Objetivos

- **Desafio Central:** Transição de um modelo tradicional para uma cultura de avaliação abrangente.
- **Requisito de Aprovação:** O aluno deve obter rendimento satisfatório nos três domínios do CHA (Conhecimento, Habilidades e Atitudes).
- **Modelo de Gestão:** Deve prever o acompanhamento contínuo e a recuperação do aluno ao longo de todo o curso.

Ações Estratégicas para a Implantação

1. Estruturação e Governança

- **Criação do Comitê de Avaliação:** Instituir um núcleo responsável (PDAD/PAIR) para gerir o processo.
- **Definição de Papéis:** Estruturar o NAPED (Núcleo de Apoio Pedagógico) para auxiliar a transição e atuar na formação docente.
- **Governança das IES:** Alinhamento entre Docentes, Alunos e Coordenação, utilizando o PPC (Projeto Pedagógico do Curso) e Regimentos como base.

2. Ferramentas e Instrumentos

- **Matriz de Competências / Blueprint:** Criação de um "mapa" de avaliação (Milestone/EPA).
- **Avaliação Programática:** Implementação de diferentes tipos de avaliação:
- **Formativa, Somativa e Informativa/Diagnóstica.**
- **Recursos:** Utilização de plataformas digitais, portfólios de avaliação e suporte de avaliações externas.

- Normatização: Elaboração de Instrução Normativa para formalizar os processos.

3. Desenvolvimento e Cultura

- Formação Docente: Sensibilização dos professores, especialmente por meio de situações de inclusão.
- Cultura de Avaliação: Institucionalizar o *Feedback* como prática constante.
- Valorização Discente: Fomento à participação do Núcleo Discente no processo.
- Grupos Delphi: Utilizados para o planejamento e estruturação da matriz/*blueprint*.

Fluxo de Trabalho (O que fazer)

1. Criar NAPED e Comitê de Avaliação.
2. Desenvolver Matriz de Competências/*Blueprint*.
3. Desenvolvimento Docente.
4. Implantar o sistema.
5. Checare Tomar Decisões (Remediação/Acompanhamento).

Situação-problema 2

Uma Escola Médica apresenta um currículo organizado em ciclos com predomínio de avaliações somativas, centralidade em provas teóricas escritas e avaliações práticas formativas pouco sistematizadas, variando conforme a unidade curricular e o docente responsável.

Com a publicação das DCN 2025 surgem tensões importantes com parte do corpo docente demonstrando insegurança técnica e conceitual quanto à avaliação por competências, estudantes questionando a coerência entre metodologias ativas pontuais e

avaliações tradicionais e a gestão expressando preocupação com padronização, registro, equidade e impactos regulatórios.

Além disso, o curso enfrenta o desafio de articular a avaliação da aprendizagem com a avaliação do próprio currículo, dos cenários de prática e do desempenho docente, conforme preconiza a DCN 2025, sem reduzir o processo avaliativo a um mecanismo meramente classificatório ou burocrático.

Como garantir coerência entre metodologias de ensino, ambientes de prática e avaliação da aprendizagem contribuindo para a melhoria contínua do currículo, do corpo docente e do percurso formativo do estudante?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- importância de sistematizar o processo avaliativo, alinhando-o às DCN e aos objetivos formativos do curso
- a avaliação foi compreendida como um processo integrado, contínuo e articulado entre três dimensões centrais: docentes, discentes e gestão
- apontados como elementos estratégicos, a exemplo da capacitação contínua dos docentes, com apoio de núcleos institucionais como o NAPED, para qualificar a elaboração e aplicação de instrumentos avaliativos
- necessidade de maior clareza nos propósitos da avaliação, com definição de critérios e mecanismos que reduzam vieses e garantam maior transparência nos processos avaliativos
- a diversificação e padronização de instrumentos de avaliação, contemplando diferentes competências e ambientes formativos bem como o fortalecimento de estruturas institucionais de acompanhamento, envolvendo o NDE e comitês de avaliação, responsáveis por monitorar e qualificar continuamente os processos avaliativos



- a disponibilização de recursos tecnológicos, físicos e intelectuais, que sustentem a implementação, análise e aprimoramento das práticas avaliativas, foi apontada como um ponto de atenção
- a importância de fortalecer processos de feedback, compreendidos como parte essencial da avaliação formativa, bem como de investir na capacitação discente, para que os estudantes compreendam os objetivos da avaliação e o que se espera em seu processo de aprendizagem
- a integração entre ensino, prática e avaliação precisa estar alinhada e sistematizada, garantindo maior clareza sobre o processo formativo e sobre os objetivos a serem alcançados, favorecendo assim o aprimoramento contínuo do currículo e das práticas pedagógicas
- importância de os mecanismos de avaliação incluírem a participação do serviço de saúde e o impacto para a população
- atenção aos editais e experiências do programa VERSUS e PET
- a necessidade de reestruturação do sistema de avaliação nas escolas médicas, considerando que esse processo deve transitar de modelos pontuais para uma abordagem longitudinal e multidimensional, capaz de contemplar os domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal
- um dos eixos centrais dessa mudança é a operacionalização do e-Portfólio ou prontuário do estudante, que deve atuar como uma ferramenta de mão dupla para a avaliação contínua de alunos e docentes
- para ser efetivo, o sistema precisa ser alimentado com exemplos práticos de avaliação e estruturado de forma a oferecer segurança institucional, equilibrando a

transparência da governança com a proteção contra a judicialização dos processos acadêmicos

- a modernização tecnológica também exige a incorporação ética da Inteligência Artificial (IA) nos processos avaliativos e que isso requer o estabelecimento de diretrizes claras de governança de dados para garantir que o uso de ferramentas digitais potencialize o diagnóstico de competências sem comprometer a integridade pedagógica
- para gerir essa complexidade, propuseram a criação de um Comitê Institucional de Avaliação, com membros e perfis tecnicamente definidos, responsável por padronizar os instrumentos e assegurar a equidade nas avaliações
- Processos/Etapas de Organização

Estruturação e normatização

- descrição clara da avaliação nos planos de ensino
- garantia, no PPC, de um sistema de avaliação bem definido, porém flexível
- organização do PPC com diretrizes gerais e detalhamento em anexos

Ferramentas de acompanhamento

- implementação do “prontuário do aluno” ou “prontuário de aprendizagem” como instrumento de acompanhamento longitudinal, especialmente para avaliação de atitudes
- elaboração de glossários de avaliação para orientar docentes quanto aos diferentes métodos avaliativos e seus objetivos. Instâncias de governança da avaliação
- criação de um comitê de avaliação, semelhante a um conselho de classe, para análise de estudantes em situação limítrofe, com múltiplos olhares sobre o desempenho

- instituição de uma Comissão Institucional de Avaliação (CIA) para análise macro dos processos avaliativos e revisão dos planos de ensino
- fortalecimento do papel do NDE com a criação de GT ou câmara técnica que integre avaliação e monitoramento do desempenho discente

Acordos pedagógicos

- estabelecimento de contratos de ensino/acordos pedagógicos, explicitando regras e expectativas (ex.: pontualidade, participação, critérios avaliativos).

Abordagem avaliativa

- desenvolvimento de um sistema de avaliação abrangente, contemplando diferentes competências: conhecimentos, habilidades e atitudes.
- alinhamento entre metodologia de ensino, cenários de prática e processos avaliativos, visando a melhoria contínua do currículo e da formação.

Situação-problema 3

Uma Escola Médica adota, desde o início do curso, várias "metodologias ativas" nos diferentes componentes curriculares, embora ainda não tenha consolidado um sistema de avaliação seriado apropriado.

No entanto o NDE, motivado pela DCN 2025, implementou uma avaliação imediatamente anterior ao início do internato, somativa, abrangente com o objetivo de assegurar que o estudante possua as competências mínimas exigidas para a atuação supervisionada em ambiente clínico real.

Os resultados evidenciaram que 70 % dos alunos tiveram "baixíssimo rendimento".

Que estratégias podem ser elencadas para promover uma adequada análise desta situação e garantir o avanço da Instituição na direção de uma avaliação seriada de qualidade?

Caminhos possíveis / pontos de atenção

- revisão do PPC para atualizar o Projeto Pedagógico de Curso e refletir o novo sistema de avaliação e a orientação discente
- gestão de processos e plano de recuperação por um comitê de avaliação instituído pela universidade, instituir um Comitê de Progresso, grupo para estratificar e acompanhar a evolução dos discentes
- suporte jurídico para evitar surpresas com a necessidade de respaldo legal para definir a progressão ou retenção de alunos (ex: ida para o internato)
- transparência dos processos com a abordagem avaliativa clara e acessível a todos os envolvidos no processo.
- pensar em trilhas de aprendizagem e repensar ferramentas para reestruturação
- centralizar as competências que este estudante deve apresentar e pensar em feedback
- cultura de feedback e valorização docente, o grupo enfatizou que o feedback é um "nó crítico" nas instituições
- para superá-lo, propôs-se a criação de uma cultura de feedback via Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), focada na capacitação de quem avalia
- a dedicação à avaliação seja reconhecida financeiramente (nas instituições privadas) ou como critério de progressão de carreira (nas públicas), integrando essa atividade ao Plano de Desenvolvimento Docente

- utilizar os resultados da avaliação como diagnóstico e espelhamento das provas com as provas externas como o teste de progresso
- pensar em avaliação seriada e de qualidade com análise e desenvolvimento do progresso desse aluno nas competências e habilidades como diretriz institucional com participação do estudante nesse processo, de forma contínua e integrada
- para os estudantes com baixo desempenho, o grupo propôs a criação de um Comitê de Avaliação e a implementação de uma remediação estruturada
- entre as ferramentas sugeridas, destacam-se: trilhas de aprendizagem, uso de softwares e aplicativos para personalizar a recuperação de conteúdos; equilíbrio entre avaliações e organização de avaliações high-stakes (de alto impacto) e low-stakes (formativas/diagnósticas), utilizando feedbacks individuais e seriados como eixo central; apoio pedagógico e o fortalecimento da tutoria, mentoria e do uso de portfólios/prontuários do estudante para acompanhar a evolução das competências de forma contínua
- extrapolar o conceito de avaliação seriada em direção à avaliação programática, que acompanha o progresso global do aluno
- elencadas ferramentas robustas como: EPAs e Mini-CEX (para avaliação em serviço); OSCE e CSA (focados não apenas em habilidades, mas em competências complexas); Teste de Progresso (utilizado como ferramenta de acompanhamento longitudinal); Espelhamento Institucional (uma proposta inovadora de comparar o desempenho interno com provas externas para discriminar se as falhas residem na avaliação ou no ensino)
- a importância de integrar a estratégia de mentoria ao sistema de avaliação, permitindo que o mentor tenha

clareza sobre o percurso do aluno para auxiliá-lo no processo formativo

- necessidade de olhar para além do ensino e da avaliação, alcançando o processo de seleção, que pode ser um fator determinante no desempenho futuro dos estudantes
- identificação de falhas do sistema de avaliação vigente: avaliação puramente somativa com foco excessivo em uma prova única e quantitativa, sem caráter processual, longitudinal e integrado; limitação de domínios com foco quase exclusivo no domínio cognitivo (memória), negligenciando o psicomotor e o atitudinal; baixo rendimento e incoerência com falta de clareza se a prova aplicada foi coerente com o que foi ensinado; falta de Feedback, sem devolutivas para os alunos e de monitoramento do desempenho ao longo do tempo
- organizar avaliações seriadas com a criação de um calendário de avaliações que acompanhe a progressão do discente com padronização, isto é, uma metodologia pedagógica unificada e um banco de questões alinhado às competências do PPC (Projeto Pedagógico de Curso)
- estratégias de remediação e suporte ao aluno: com planos individuais para alunos com baixo desempenho, uso de ambientes simulados e suporte direto para corrigir lacunas de aprendizado
- Passos sugeridos para analisar a situação dos 70%: esclarecer se a avaliação em questão abordou os domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal
- Passo 1 (focado na prova) - responsabilidade do Comitê de Avaliação
 - ◆ analisar o Blueprint (como a avaliação foi organizada?)
 - ◆ as competências foram alcançadas? sim ou não.



- Passo 2 (focado no aluno, olhar focal personalizado) -
 - ♦ organizar um Programa de Aprendizado Individual = PAI (com nivelamento e trilhas formativas)
- Passo 3 (focado no currículo) - responsabilidade do NDE e NAPED
 - ♦ rever PPC
 - ♦ rever sistema de avaliação
 - ♦ rever formação docente - NAPED
- investigar o êxito dos 30% que tiveram um bom desempenho, identificar o perfil destes alunos e de seus professores e processos formativos aprender a avaliar competência,



ANEXOS

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 30 DE SETEMBRO DE 2025

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais
do Curso de Graduação em Medicina.

O PRESIDENTE DA CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, no uso da atribuição que lhe confere o art. 10, inciso VI, da Portaria MEC nº 1.306, de 2 de setembro de 1999, e tendo em vista o disposto no art. 9º, § 2º, alínea 'c', da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, com a redação dada pela Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, e considerando o estabelecido na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, e com fundamento no Parecer CNE/CES nº 536/2025, homologado por Despacho do Senhor Ministro de Estado da Educação, publicado no Diário Oficial da União – DOU de 30 de setembro de 2025, seção 1, pág. 160,

RESOLVE:

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Ficam instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, com o perfil e competências fundamentais do médico e os princípios e pressupostos para a sua formação, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO II DO PERFIL DO MÉDICO

Art. 2º O médico deverá ser um profissional com formação geral, sólida, crítica, reflexiva e comprometida com os princípios éticos, humanísticos, científicos e sociais da Medicina.



(*) Resolução CNE/CES 3/2025. Diário Oficial da União, Brasília, 1º de outubro de 2025, Seção 1, pp. 35 a 37. Art. 3º O médico deverá estar apto para atuar com excelência técnica e sensibilidade humana em todos os níveis de atenção à saúde, da promoção à reabilitação, nos diversos cenários da prática médica, tanto no setor público quanto no privado.

Art. 4º O exercício profissional do médico deverá ser orientado pelo cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, com compreensão ampliada dos determinantes sociais da saúde, respeito à diversidade humana, valorização da dignidade e compromisso ativo com a equidade, a justiça social e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

CAPÍTULO III DAS COMPETÊNCIAS DO GRADUADO

Art. 5º O médico deverá ser capaz de integrar saberes clínicos, científicos e tecnológicos, com empatia e responsabilidade, atuando como agente de transformação social, com liderança colaborativa, escuta qualificada e enfrentamento dos desafios sanitários, ambientais e digitais do século XXI com ética e autonomia crítica.

Art. 6º A formação médica deve desenvolver competências que possibilitem ao egresso atuar de forma crítica, ética e contextualizada nos campos do cuidado em saúde, da gestão, da pesquisa e da educação, com ênfase nas seguintes áreas:

- I - Atenção à Saúde;
- II - Gestão em Saúde; e
- III - Educação em Saúde.

Art. 7º Espera-se que o médico seja capaz de articular saberes diversos de modo interdisciplinar, colaborativo e comprometido com a qualidade e a segurança do cuidado prestado às pessoas e comunidades.

Art. 8º Ao concluir o Curso de Graduação em Medicina, o egresso deverá demonstrar as seguintes competências, integrando conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais para uma prática médica ética, segura e centrada no cuidado integral à saúde:

I - promover ações de fortalecimento da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, situações de terminalidade nos diferentes níveis de atenção e em todas as fases do ciclo da vida e em diferentes contextos do sistema de saúde, público e privado, com foco na integralidade do cuidado e nas necessidades da comunidade;

II - oferecer cuidado compassivo, resolutivo e personalizado, centrado na pessoa, considerando as necessidades, valores, preferências e contextos socioculturais dos pacientes, atuando de forma integral nos processos de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, assegurando o protagonismo da pessoa no cuidado à sua saúde;

III - realizar anamnese e exame físico com raciocínio diagnóstico de forma ética, técnica e contextualizada, formulando hipóteses diagnósticas consistentes e, também, solicitando, interpretando e integrando exames complementares com base em evidências científicas, desenvolvendo raciocínio clínico, epidemiológico e capacidade de tomada de decisão segura e qualificada;

IV - atuar de maneira ética, empática e respeitosa nas relações estabelecidas com pacientes, familiares, equipes de saúde, colegas, gestores e comunidades, reconhecendo a diversidade humana e fundamentando-se nos princípios da dignidade, da equidade, dos direitos humanos e da justiça social;

V - atuar com responsabilidade social, pautada pelos princípios da cidadania, do respeito aos direitos humanos e da promoção da justiça social, atendendo às necessidades de saúde da população com rigor ético, responsabilidade profissional e respeito à

diversidade, atuando em conformidade com os preceitos legais, normativos e deontológicos que regem o exercício da medicina;

VI - atuar de forma resolutiva, ética e comprometida nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ênfase na atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, garantindo a integralidade da atenção, contribuindo para a construção de um sistema de saúde centrado nas necessidades das pessoas, das famílias e das comunidades, respeitando os princípios da equidade, continuidade do cuidado e participação social;

VII - promover inovações tecnológicas relacionadas à assistência e à gestão em saúde, de forma crítica, ética e eficiente, incluindo, entre outras, ferramentas como Inteligência Artificial – IA, telemedicina, procedimentos minimamente invasivos, algoritmos de aprendizado de máquina, análise de dados em larga escala – Big Data e redes neurais artificiais;

VIII - assegurar a garantia de acessibilidade e o comprometimento com a confidencialidade das informações, demonstrando competências comunicacionais nas dimensões verbal, não verbal e escrita, com ênfase na escuta qualificada, na interpretação e interação respeitosa com indivíduos, famílias e equipes, recomendando-se a proficiência em, ao menos, uma língua estrangeira e a familiaridade com tecnologias da informação e comunicação, incluindo o uso ético e crítico de plataformas digitais e ferramentas de IA, com foco na otimização do cuidado, na integralidade da atenção e na ampliação do acesso aos serviços de saúde;

IX - exercer liderança colaborativa em ambientes interprofissionais, orientada pelos princípios do cuidado centrado na pessoa, do trabalho em equipe e da corresponsabilidade na produção da saúde, articulando-se com o eixo da gestão ao incorporar práticas de coordenação de processos, tomada de decisão baseada em evidências, uso de dados e tecnologias emergentes, e vinculando-se, também, ao eixo da educação, ao promover a construção coletiva do conhecimento, e ao eixo da pesquisa, ao

estimular a análise crítica e o aprimoramento contínuo dos modelos de atenção;

X - desenvolver ações com responsabilidade, práticas seguras, eficazes e fundamentadas nas melhores evidências científicas disponíveis, sendo capaz de interpretar criticamente a literatura, adotar protocolos assistenciais validados, monitorar desfechos clínicos e incorporar permanentemente novos conhecimentos à prática, promovendo a qualidade do cuidado e a segurança do paciente em todos os contextos assistenciais, com a medicina baseada em evidências;

XI - reconhecer, acolher e valorizar as múltiplas dimensões da diversidade humana, incluindo aspectos biológicos, subjetivos, étnico-raciais, de gênero, de orientação sexual, político-ideológicos, ambientais, socioeconômicos, culturais e religiosos, atuando com base nos princípios dos direitos humanos, promovendo a equidade, a inclusão e a justiça social, com especial atenção às necessidades de grupos minoritários e populações em situação de vulnerabilidade, estimulando, ademais, a singularidade do cuidado às populações vulnerabilizadas, invisibilizadas ou historicamente negligenciadas como as das águas, dos campos e das florestas, em situação de rua, negras, indígenas, quilombolas, LGBTQIAPN+, privadas de liberdade, Pessoas com Deficiência – PCD, migrantes, refugiados, apátridas, dentre outras;

XII - exercitar a empatia, a escuta qualificada, a comunicação eficaz e a capacidade de trabalho colaborativo, estabelecendo relações respeitadas e construtivas com pacientes, familiares, equipes de saúde e a comunidade, onde a atuação deve ser pautada por uma prática humanizada, centrada na pessoa, que valorize o vínculo, a corresponsabilidade e a articulação com equipes interprofissionais em diferentes contextos assistenciais;

XIII - participar de processos de educação permanente e continuada, como parte integrante de sua identidade profissional, reconhecendo limites e potencialidades, mantendo-se atualizado ao longo de toda a vida, com base na reflexão crítica da própria prática, na incorporação de evidências científicas e no

compromisso com a melhoria contínua da qualidade do cuidado em saúde, orientando-se pelas necessidades de saúde da população, pela prática baseada em evidências e pelo avanço científico e tecnológico;

XIV - ser capaz de atuar em emergências sanitárias e desastres naturais ou antropogênicos, demonstrando competência em biossegurança, vigilância em saúde, gestão de riscos e resposta rápida a crises, incluindo pandemias, acidentes de grande escala e eventos climáticos extremos, e compreender os impactos sociais, ambientais e epidemiológicos dessas situações, bem como as possibilidades de articulação com redes de atenção e proteção à saúde;

XV - compreender criticamente os determinantes sociais da saúde, biológicos, ambientais, econômicos e de estilos de vida que influenciam a saúde de indivíduos e comunidades, atuando sobre os impactos das mudanças climáticas, da degradação ambiental e da poluição, e compreendendo a transição demográfica e os determinantes da saúde no envelhecimento, sendo capaz de promover ações intersetoriais de prevenção, adaptação e mitigação dos efeitos dessas transformações, contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde e para a proteção da vida em todas as suas dimensões;

XVI - exercer compreensão crítica das dinâmicas do mercado de trabalho e das políticas públicas de saúde, atuando de forma ética, reflexiva e eficiente diante das transformações sociais, econômicas e institucionais que impactam o exercício profissional, devendo estar apto a integrar-se a diferentes contextos de atuação e a contribuir para a formulação, implementação e avaliação de políticas de saúde que promovam a equidade, a qualidade e a sustentabilidade do SUS e do sistema suplementar;

XVII - reconhecer a importância do autocuidado como componente essencial de sua formação e prática profissional, promovendo ativamente seu bem-estar físico, mental, emocional e social, adotando estratégias de equilíbrio pessoal que favoreçam uma atuação clínica, acadêmica e institucional ética, saudável e

sustentável, prevenindo o adoecimento e contribuindo para a longevidade e qualidade do exercício profissional;

XVIII - compreender os princípios da gestão em saúde e a necessidade do uso racional dos recursos, priorizando a sustentabilidade do SUS, devendo estar apto a tomar decisões clínicas e organizacionais que considerem as necessidades individuais e coletivas da população, as evidências disponíveis e as limitações operacionais do sistema de saúde, contribuindo para a eficiência, a equidade e a responsabilidade na alocação dos recursos;

XIX - dispor-se a atuar em processos educacionais interprofissionais, dialógicos e socialmente referenciados, fundamentados na reflexão crítica sobre a prática e na atualização contínua do conhecimento científico, assumindo corresponsabilidade pela própria formação e pela formação de outros estudantes, profissionais, equipes de saúde e da comunidade, respeitando os saberes prévios, os contextos socioculturais envolvidos e os princípios da educação permanente em saúde;

XX - adotar práticas clínicas seguras, fundamentadas em evidências científicas e protocolos validados, com foco na prevenção de riscos e na promoção da integridade física e emocional do paciente, da equipe de saúde e do próprio profissional em todos os contextos assistenciais;

XXI - utilizar, de forma integrada, crítica e contextualizada, os conhecimentos das ciências biomédicas, clínicas, epidemiológicas e sociais para subsidiar a tomada de decisões clínicas, a resolução de problemas de saúde e a promoção da saúde individual e coletiva, sempre fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis;

XXII - atuar de forma colaborativa, respeitosa e integrada em equipes interprofissionais, reconhecendo e valorizando os saberes e competências de cada membro e contribuindo para o cuidado integral, seguro, resolutivo e centrado na pessoa, promovendo a corresponsabilidade e a articulação entre os diferentes níveis e setores da atenção à saúde;



XXIII - respeitar e proteger a autonomia, a dignidade, a privacidade e a confidencialidade dos pacientes, assegurando o exercício pleno de seus direitos e promovendo o cuidado informado e compartilhado, estimulando a participação ativa dos indivíduos nas decisões relativas à sua saúde, de acordo com os princípios éticos, legais e humanitários;

XXIV - comprometer-se com o sistema de saúde, de maneira responsável, íntegra e respeitosa conforme os princípios éticos, legais e deontológicos que regem o exercício da Medicina e a organização do SUS, cumprindo os marcos regulatórios e normativos vigentes, promovendo a justiça, a equidade e o interesse público na prática profissional, e notificando, registrando e comunicando adequadamente: agravos, doenças, acidentes, eventos adversos, violências, entre outras;

XXV - orientar-se pela avaliação crítica de tecnologias, de intervenções e de condutas clínicas com base em critérios de custo-efetividade, impacto social, benefícios clínicos e sustentabilidade do sistema de saúde, fundamentando as decisões em evidências científicas e princípios de equidade, assegurando o uso racional e ético dos recursos disponíveis com a finalidade de responder às necessidades de saúde da população brasileira;

XXVI - assegurar a garantia da proteção de dados pessoais, cumprindo os princípios e diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD e demais normativas correlatas, zelando pela segurança, confidencialidade, integridade e uso responsável das informações pessoais e sensíveis de pacientes, profissionais e instituições, em todos os contextos de atuação médica; e

XXVII - elaborar prontuários, registros clínicos, laudos e demais documentos técnicos com clareza, precisão, padronização e fidedignidade, utilizando as tecnologias disponíveis, observando os preceitos éticos e legais, assegurando que a documentação contribua para a continuidade, segurança e qualidade do cuidado, bem como para a comunicação efetiva entre os profissionais e serviços de saúde.

Art. 9º A formação deve assegurar a compreensão crítica dos determinantes sociais da saúde, do direito à saúde e dos princípios constitucionais que regem o SUS, como a universalidade, a equidade e a integralidade, os quais devem orientar a conduta profissional em todos os ambientes de atuação.

Art. 10. A adoção de tecnologias deverá observar a viabilidade técnico-operacional, os princípios de sustentabilidade, a equidade no acesso e a racionalidade na utilização dos recursos disponíveis no sistema de saúde e, também, a utilização das tecnologias digitais em saúde de forma ética, crítica e responsável, assegurando a privacidade, a confidencialidade e a integridade das informações dos pacientes, garantindo, assim, que o uso dessas ferramentas preserve e qualifique a relação médico-paciente, promova a equidade no acesso e respeite os marcos legais e regulatórios vigentes.

5Art. 11. O graduado deve estar apto para promover o diálogo, a escuta qualificada e a compreensão mútua como fundamentos essenciais da prática clínica e da colaboração em saúde, considerando as singularidades das pessoas, seus saberes e culturas, crenças religiosas e espirituais, autonomia, história, assimetrias de poder e impactos das mensagens comunicadas.

CAPÍTULO IV DA ORGANIZAÇÃO DO CURSO

Art. 12. É responsabilidade da gestão do Curso de Graduação em Medicina a promoção de práticas inclusivas e acessíveis na formação médica, garantindo a equidade no processo formativo por meio da implementação de metodologias pedagógicas acessíveis, a oferta de recursos ou infraestrutura, assegurando condições adequadas de aprendizagem para estudantes com diferentes perfis e necessidades, incluindo pessoas neuroatípicas e neurodivergentes, com o objetivo de garantir as adaptações razoáveis, o respeito à diversidade e ambientes educacionais inclusivos, comprometidos com a permanência, com o pertenci-

mento e com a acessibilidade estudantil, bem como com o pleno desenvolvimento acadêmico de todos os estudantes.

Art. 13. O Curso de Graduação em Medicina deve ser ofertado na modalidade presencial, com carga horária mínima de sete mil e duzentas horas, distribuídas em períodos anuais ou semestrais, conforme estabelecido no Projeto Pedagógico do Curso – PPC.

Art.14. Deve ser constituído um Núcleo Docente Estruturante – NDE, com atuação permanente e qualificada nos processos de concepção, implementação, consolidação, avaliação e atualização contínua do PPC, sempre buscando envolver todos os segmentos que compõem a comunidade acadêmica nesses processos.

Art. 15. O Curso de Graduação em Medicina deve dispor de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos adequados, que assegure a plena execução do PPC, tanto nos ambientes institucionais de aprendizagem quanto nos campos de prática externa, com supervisão de docentes ou preceptores habilitados.

Art. 16. A formação médica deve integrar, de forma indissociável, as atividades de ensino, pesquisa e extensão, promovendo a iniciação científica e a participação discente em projetos de extensão, em consonância com a Resolução CNE/CES nº 7, de 18 de dezembro de 2018.

Art. 17. O Curso de Graduação em Medicina deve estimular a participação dos estudantes em atividades acadêmicas e de pesquisa vinculadas a programas de pós-graduação lato sensu (Residência Médica) e stricto sensu, quando disponíveis, fomentando o pensamento crítico, a produção científica e o engajamento com a realidade social.

Art. 18. Devem ser adotadas metodologias pedagógicas ativas de ensino-aprendizagem, que promovam o protagonismo discente na construção do conhecimento, favorecendo a integração curricular e o desenvolvimento progressivo de competências, respeitando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão e inovação.

Art. 19. O eixo estruturante do desenvolvimento de um currículo baseado em competências deve estar orientado pelas necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, considerando os princípios do SUS, quais sejam: integralidade, equidade, universalidade do cuidado e atenção humanizada.

6Parágrafo único. Os conteúdos essenciais, em cada componente curricular, devem ser definidos a partir dessas competências, considerando a evolução digital e as bases técnico-científicas e éticas.

Art. 20. Deve-se promover a integração curricular e a interdisciplinaridade, articulando as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, religiosas, ambientais e educacionais, no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença e na construção do cuidado em saúde.

Art. 21. O Curso de Graduação em Medicina deve instituir o Núcleo de Apoio Pedagógico e Experiência Docente – NAPED, ou estrutura equivalente, com a finalidade de oferecer programa estruturado e atualizado de desenvolvimento docente continuado, com objetivo de fomentar a educação permanente, o aprimoramento de competências pedagógicas, o comprometimento com os princípios do SUS e a integração ensino-serviço-comunidade.

Parágrafo único. O NAPED deve ser composto por docentes com experiência e conhecimento técnico-pedagógico, dedicados à qualificação contínua de seus pares e à promoção da excelência acadêmica.

Art. 22. A formação médica deve estar intrinsecamente vinculada às necessidades sociais de saúde da população, mediante a efetiva integração ensino-serviço-comunidade, com ênfase na valorização, no fortalecimento e na consolidação do SUS.

Art. 23. O Curso de Graduação em Medicina deve ofertar múltiplos ambientes e estratégias pedagógicas nos três níveis de atenção à saúde no SUS, proporcionando ao estudante vivências reais em políticas públicas de saúde, em ambientes diversos, com



ênfase no trabalho em equipe interprofissional e na corresponsabilidade pelo cuidado.

Art. 24. O Curso de Graduação em Medicina deve proporcionar ambientes de aprendizagem protegidos, controlados e tecnicamente adequados, como laboratórios de habilidades e simulação clínica, que garantam a segurança do paciente, a sistematização do ensino e a oportunidade de identificação e análise do erro como instrumento pedagógico de aprimoramento profissional.

Parágrafo único. O aprendizado em cenários de prática simulados tem caráter preparatório ao exercício prático do cuidado às pessoas, na rede de serviços de saúde, devendo o aprendizado em ambientes de prática dos serviços de saúde ser predominante ao longo de toda a formação médica.

Art. 25. A formação médica deve incluir estágio curricular obrigatório em serviço (internato), realizado sob supervisão qualificada de docentes, somado à participação de preceptores, em unidades próprias, conveniadas ou vinculadas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde – Coapes ou outros instrumentos previstos em políticas públicas, junto a instituições do âmbito federal, estadual ou municipal.

Parágrafo único. A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde deve ter obrigatoriamente supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior – IES.

Art. 26. O Curso de Graduação em Medicina deve desenvolver e manter ações pedagógicas permanentes de formação e desenvolvimento dos profissionais da rede de saúde envolvidos na formação médica, em articulação com os gestores municipais e estaduais, com base nos Coapes ou outros dispositivos normativos em vigor.

Art. 27. A IES deve manter uma política estruturada de apoio à saúde mental, física e social dos estudantes, assegurando suporte integral, contínuo e acessível ao longo da formação, e deve contemplar ações de promoção do autocuidado, prevenção de

agravos e intervenções precoces, favorecendo o bem-estar e a permanência qualificada dos discentes.

Art. 28. A organização e o planejamento acadêmico do Curso de Graduação em Medicina, incluindo a definição da semana-padrão, devem assegurar a presença de “áreas verdes” ou janelas curriculares qualificadas, em todos os períodos, inclusive no internato.

§ 1º As janelas curriculares de que trata o caput consistem em intervalos regulares e planejados sem atividades curriculares obrigatórias, com o objetivo de:

I - garantir tempo protegido para autocuidado, recuperação física e mental dos estudantes;

II - permitir a realização de atividades extracurriculares relevantes, como pesquisa, extensão, aprofundamentos acadêmicos, mentorias, participação em congressos, vivências práticas optativas ou estágios eletivos; e

III - favorecer a flexibilidade formativa, respeitando o ritmo de aprendizagem individual e promovendo o desenvolvimento integral do estudante.

§ 2º A inclusão de janelas curriculares deve ser estruturada de forma equitativa, garantindo que não haja sobreposição de conteúdos obrigatórios e que sua existência não prejudique a integralidade do currículo, nem comprometa o cumprimento da carga horária mínima regulamentar.

Art. 29. O Curso de Graduação em Medicina deve dispor de um programa institucional estruturado de acompanhamento estudantil, com ações sistemáticas voltadas ao bem-estar físico, mental e emocional dos discentes e deve oferecer suporte acadêmico e psicossocial, favorecer a adaptação ao curso, apoiar o progresso acadêmico e promover o desenvolvimento de competências profissionais e habilidades para a vida, oferecendo programa de mentoria em que docentes e preceptores possam acompanhar estudantes ao longo da graduação, contribuindo para formação da identidade profissional do futuro médico.

Art. 30. A instituição deve manter um núcleo ou centro institucional de inclusão e pertencimento, voltado à promoção de um ambiente educacional equitativo, acolhedor e representativo da diversidade étnico-racial, cultural, social, de gênero e de orientação sexual e deve coordenar e articular políticas institucionais de inclusão e pertencimento, programas de capacitação, acolhimento psicossocial, escuta qualificada e ações permanentes de sensibilização para o respeito à diversidade.

Art. 31. Os estudantes devem ser inseridos, desde os períodos iniciais do Curso de Graduação em Medicina, em atividades práticas, nos diferentes níveis de atenção à saúde, preferencialmente, em serviços que integram a rede pública do SUS, reconhecendo que todos os ambientes que produzem cuidado em saúde constituem espaços formativos relevantes, e essa inserção deve ser integrada aos componentes curriculares e ampliada progressivamente até o internato.

Art. 32. O internato deverá corresponder a, no mínimo, 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina, com duração mínima de dois anos, devendo ser integralmente supervisionado por docentes da IES, com a participação de preceptores qualificados.

§ 1º A realização de até 25% (vinte e cinco por cento) dessa carga horária poderá ocorrer em instituições externas, desde que devidamente conveniadas, preferencialmente vinculadas ao SUS, e que ofertem Programas de Residência Médica reconhecidos e credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, devendo a IES assegurar a presença ativa

8de seus docentes na supervisão acadêmica e garantir que os campos de prática externos atendam a padrões mínimos de qualidade, infraestrutura e segurança, conforme critérios definidos em normativas complementares do Ministério da Educação e dos Conselhos de Saúde.

§ 2º Pelo menos 30% (trinta por cento) da carga horária total do internato deverá ser cumprida em ambientes de Medicina

de Família e Comunidade – MFC e de Urgência/Emergência do SUS, com distribuição proporcional entre essas áreas, assegurando vivência prática nos serviços de atenção primária e em unidades de pronto atendimento e emergência hospitalar.

§ 3º Os 70% (setenta por cento) restantes da carga horária do internato deverão contemplar, de forma transversal, integrada e supervisionada, as áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Saúde Mental, englobando conhecimento de Saúde Coletiva, Medicina Intensiva e Traumatologia-Ortopedia, considerando que essas áreas deverão ser organizadas em estágios específicos e/ou rodízios distribuídos ao longo do internato, assegurando a formação generalista, crítica, reflexiva e humanista do futuro médico.

Art. 33. As atividades práticas devem priorizar o desenvolvimento de competências coerentes com os perfis epidemiológico e demográfico do país, assegurando a formação para o manejo das condições de saúde mais prevalentes, incluindo doenças cardiovasculares, infecciosas, crônicas não transmissíveis, agravos externos (como traumas e violências) e outras situações de impacto na saúde pública, devendo, ainda, contemplar os cuidados paliativos em condições ameaçadoras à vida, promovendo a integralidade do cuidado em todos os ciclos da vida.

Art. 34. Cada área ou rodízio do internato deverá incluir uma carga horária teórica entre 5% (cinco por cento) e 15% (quinze por cento) da carga horária total prevista para a respectiva área, destinada à contextualização teórico-prática, à discussão de casos, à atualização baseada em evidências e à consolidação dos conteúdos essenciais para a prática clínica supervisionada.

Art. 35. A jornada semanal das atividades práticas poderá incluir plantões de até doze horas diárias, desde que respeitado o limite de quarenta horas semanais, conforme disposto na Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.

Art. 36. O PPC deve prever um sistema de avaliação que possibilite o monitoramento sistemático do desempenho do estudan-

te, de forma institucionalizada, contínua, abrangente e integrada, alinhada às competências previstas no perfil do egresso e fundamentada nos princípios da avaliação programática, aplicada para cada componente curricular, incluindo o internato, devendo a avaliação ser padronizada para todos os componentes curriculares, contemplando as dimensões formativa, somativa e informativa ou diagnóstica, orientada pelas competências esperadas para cada etapa da sua formação, com devolutiva individual obrigatória, tempestiva e qualificadora (feedback), contribuindo tanto para a progressão acadêmica do estudante quanto para a avaliação e o aprimoramento do próprio PPC.

Parágrafo único. Deverá ser prevista, obrigatoriamente, a realização de, ao menos, uma avaliação somativa abrangente imediatamente anterior ao início do internato, com o objetivo de assegurar que o estudante possua as competências mínimas exigidas para a atuação supervisionada em ambiente clínico real.

Art. 37. O sistema de avaliação deverá contemplar três domínios da competência para a prática profissional, quais sejam:

I - o Domínio Cognitivo – saber e saber como;

II - o Domínio Psicomotor – demonstrar e realizar habilidades profissionais, em cenários simulados e controlados e em ambientes reais da prática profissional; e

III - o Domínio Atitudinal – ser, estar e relacionar-se, que inclui atitudes, adesão aos valores e comportamentos esperados do médico.

§ 1º Nos casos de baixo desempenho ou dificuldades identificadas, deverá ser elaborado um plano de ação individualizado, conduzido por docentes ou preceptores, com acompanhamento próximo e oferta de recursos pedagógicos complementares, como tutorias, revisões dirigidas e treinamentos práticos personalizados.

§ 2º O PPC deve incluir um sistema de avaliação contínua, específica e estruturada do internato, que permita o monitoramento sistemático do desempenho do estudante.

Art. 38. Estas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina deverão ser integralmente implantadas no prazo de quatro anos, a contar de sua publicação.

Art. 39. Os Cursos de Graduação em Medicina em funcionamento terão o prazo de um ano, a partir da data de publicação desta Resolução, para aplicação das presentes determinações às turmas abertas após o início da sua vigência.

Art. 40. Fica revogada a Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Art. 41. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

OTAVIO LUIZ RODRIGUES JR.

ANEXO 2

Este é um resumo estratégico com aspectos centrais e ênfase em cada uma das 27 competências descritas no Art. 8º das DCN de 2025, a partir da análise pedagógica, normativa e conceitual realizada ao longo da elaboração deste Caderno.

O conjunto apresentado no Capítulo III das DCN evidencia coerência interna, progressão formativa e forte alinhamento com o perfil do egresso (Art. 5º), com os Arts. 6º a 11º e com referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Competência 1 - Consolida o cuidado integral ao longo do ciclo de vida e em todos os níveis de atenção, articulando promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos com foco nas necessidades da comunidade.

Competência 2 - Afirma o cuidado compassivo, personalizado e centrado na pessoa, valorizando autonomia, protagonismo e corresponsabilidade no cuidado em saúde.

Competência 3 - Estrutura o raciocínio clínico, diagnóstico e epidemiológico com base ética, técnica e científica, reforçando a tomada de decisão segura e baseada em evidências.

Competência 4 - Consolida a dimensão ética-relacional da prática médica, com ênfase na empatia, no respeito à diversidade humana e nas relações profissionais e comunitárias.

Competência 5 - Reforça a responsabilidade social do médico, articulando ética profissional, direitos humanos, justiça social e conformidade legal no exercício da Medicina.

Competência 6 - Valoriza a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes, fortalecendo a integralidade, a equidade e a participação social.

Competência 7 - Incorpora a inovação tecnológica (IA, telemedicina, big data) de forma crítica, ética e orientada às necessidades do cuidado e da gestão em saúde.

Competência 8 - Integra a comunicação qualificada, acessibilidade, confidencialidade e uso ético das TICs, ampliando acesso e qualidade do cuidado.

Competência 9 - Introduz a liderança colaborativa como competência sistêmica, articulando atenção, gestão, educação e pesquisa no cuidado centrado na pessoa.

Competência 10 - Consolida a Medicina Baseada em Evidências como eixo da qualidade e da segurança do cuidado, com monitoramento de desfechos e melhoria contínua.

Competência 11 - Trata a diversidade humana de forma interseccional e orientada aos direitos humanos, assegurando equidade e singularidade do cuidado a populações vulnerabilizadas.

Competência 12 - Reforça empatia, escuta qualificada, vínculo e trabalho colaborativo como fundamentos da prática humanizada e interprofissional.

Competência 13 - Afirma a educação permanente e continuada como dimensão identitária do médico, sustentando aprendizagem ao longo da vida e melhoria da qualidade do cuidado.

Competência 14 - Prepara o médico para atuar em emergências sanitárias e desastres, integrando biossegurança, vigilância, gestão de riscos e articulação em rede.

Competência 15 - Incorpora determinantes sociais, ambientais e demográficos, incluindo mudanças climáticas e envelhecimento, com foco na sustentabilidade e proteção da vida.

Competência 16 - Desenvolve compreensão crítica das políticas públicas e do mercado de trabalho, capacitando o médico a atuar de forma ética e propositiva no SUS e no sistema suplementar.

Competência 17 - Reconhece o autocuidado e o bem-estar do estudante e do profissional como competência essencial para a sustentabilidade da prática médica.



Competência 18 - Integra a gestão e clínica ao enfatizar o uso racional de recursos, a sustentabilidade do SUS e a responsabilidade na tomada de decisões.

Competência 19 - Consolida a educação interprofissional e dialógica, com corresponsabilidade formativa e valorização dos saberes dos sujeitos e das comunidades.

Competência 20 - Estrutura a segurança do paciente como valor transversal, protegendo pacientes, equipes e profissionais em todos os contextos assistenciais.

Competência 21 - Garante a integração dos saberes biomédicos, clínicos, epidemiológicos e sociais para decisões clínicas e ações de promoção da saúde baseadas em evidências.

Competência 22 - Fortalece o trabalho interprofissional e a gestão do cuidado como estratégias centrais para a integralidade, segurança e resolutividade da atenção.

Competência 23 - Reafirma os direitos dos pacientes, promovendo autonomia, cuidado informado e decisão compartilhada como princípios éticos do cuidado.

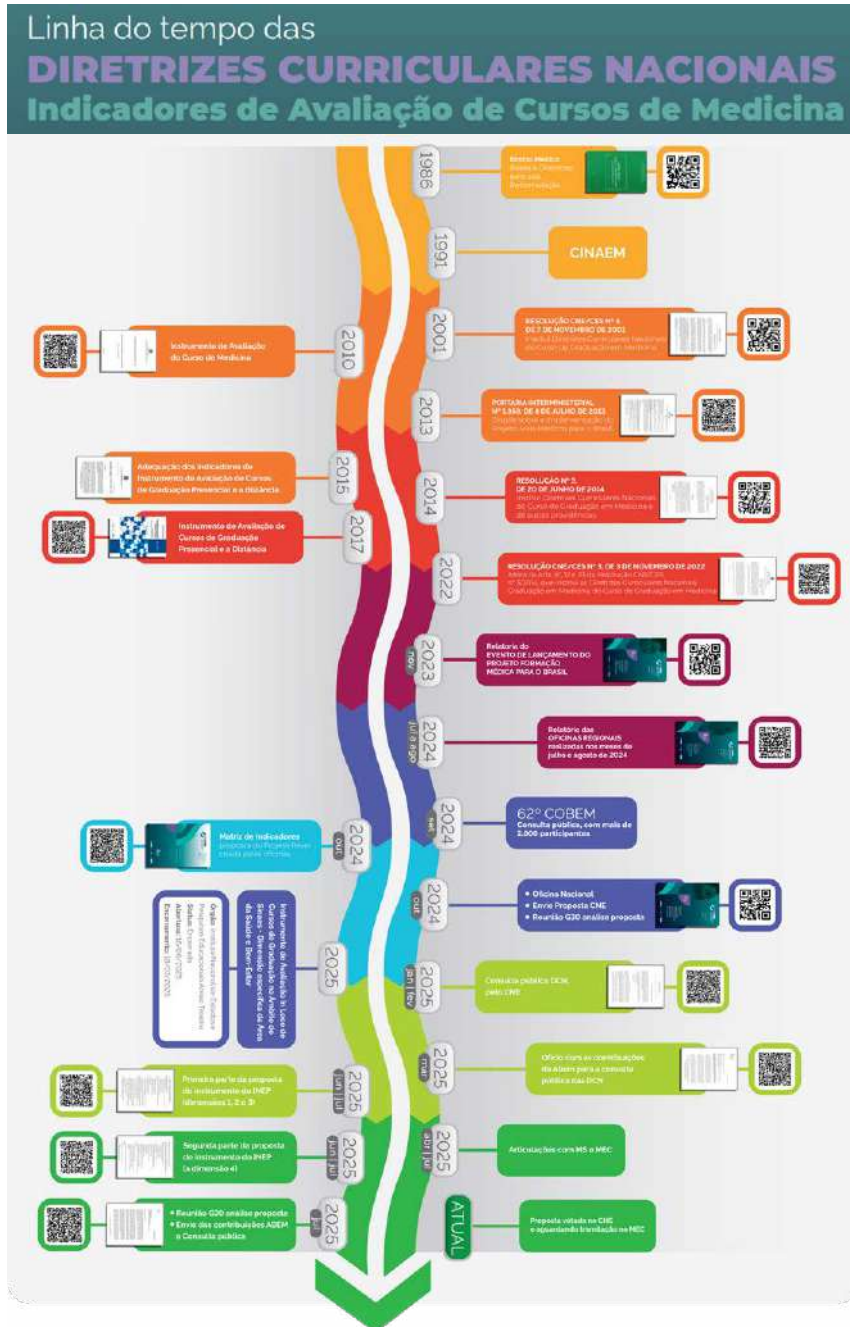
Competência 24 - Consolida a responsabilidade sanitária do médico, com ênfase no compromisso com o SUS, na legalidade e na vigilância em saúde.

Competência 25 - Introduz a avaliação crítica de tecnologias e intervenções com base em custo-efetividade, equidade e sustentabilidade do sistema de saúde.

Competência 26 - Incorpora a proteção de dados e a LGPD como competência ética essencial no uso de informações e tecnologias em saúde.

Competência 27 - Valoriza o registro clínico qualificado como fundamento da continuidade, segurança, qualidade do cuidado e comunicação entre serviços.

ANEXO 3 - apresenta a linha de construção histórica relacionando contexto educacional, ações da Abem e publicação das DCN



ANEXO 4

MODELO DE PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES PARA ORIENTAR DEBATE INSTITUCIONAL, CAPILARIZAÇÃO E APROPRIAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA 2025

No âmbito das Oficinas Regionais 2026 do Projeto REVER, tendo como principal objetivo a troca de saberes e práticas relacionadas à implementação das DCN 2025, organizamos atividades colaborativas, em grupos de 6 a 10 participantes, buscando aproximar as experiências de gestores, docentes, preceptores, discentes de graduação, residentes e representantes de entidades e instâncias governamentais interessados, envolvidos e comprometidos com as mudanças necessárias.

Ao ouvir os participantes das Oficinas compreendemos a importância de compartilhar o Planejamento síntese destas atividades com objetivo de oportunizar seu desenvolvimento nos Cursos de Medicina interessados em conquistar sua comunidade acadêmica na trajetória de compreensão, adaptação e implementação das DCN 2025 em seus respectivos ambientes de formação.

○ **Caderno de Orientações para implementação das DCN 2025**, em formato digital, deve ser encaminhado aos participantes confirmados nas atividades institucionais com uma semana de antecedência para que tenham oportunidade de leitura e aproximação do conteúdo deste material, desde a íntegra das DCN 2025 até os capítulos organizadores de conceitos estruturantes à compreensão da proposta de mudança intrínseca às DCN 2025.

ESTRUTURA IDEAL

Grande auditório com capacidade para o total de convidados organizado no formato auditório com um material de projeção.

Salas de grupo organizadas em estações de trabalho sempre com 6 mesas redondas, com no mínimo 6 e no máximo 10 cadeiras por mesa. Mesas de apoio para café em sala e mesa com cadeiras para equipe de coordenação dos grupos. Não é necessária projeção ou sonorização nas salas.

A Oficina completa tem tempo total de 16 horas. Sugerimos avaliar a certificação dos participantes como forma de ampliar a adesão e engajamento.

MATERIAL DAS SALAS

- 1 retângulo de cartolina ou uma folha A4 colorida (15 cm x 25 cm) preso no centro de cada mesa: com as mesmas cores em todas as salas (cores do arco íris) - vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, rosa
- 1 *flipchart* em cada mesa com bloco completo
- Kits de canetas pilot grosso coloridas (preta, vermelha, azul) – para cada *flipchart*
- 1 rolo de fita crepe em cada sala
- material impresso de acordo com a atividade
- QR codes em cada mesa ou sala que levem para acesso ao Caderno

DIA 1

ANTES DO TRABALHO NOS GRUPOS

Sugerimos que a gestão do curso inicie apresentando brevemente o “estado da arte” do desenho curricular atual e, se possível, uma linha do tempo da evolução do Projeto Pedagógico do Curso com desafios e oportunidades iniciais a partir do texto das DCN 2025 buscando conectar as iniciativas anteriores com o momento presente. Pode ser interessante relembrar a

participação de representantes da instituição nas ações do Projeto REVER desde 2024.

Destacar os objetivos da Oficina: reconhecimento dos pares, fortalecimento da rede de colaboração, apropriação das DCN 2025 a partir da reflexão sobre os caminhos para sua implementação sugeridos no material disponibilizado no Caderno e abordagem de situações problema que emergem do cotidiano das escolas médicas. Destacamos que há diferentes situações problema descritas na Seção V do Caderno e sugerimos que sejam analisadas pela Equipe de organização da Oficina local para que sejam escolhidas aquelas que melhor se adequam à realidade do Curso em questão.

Embora, no âmbito institucional, muitos já se conheçam, é interessante promover um tempo breve de apresentação dos participantes com identificação de expectativas sobre a Oficina (sugerimos nuvem de palavras no Mentimeter ou registro no *flipchart*).

A apresentação deve finalizar com a orientação sobre a organização das atividades em salas de grupo sem detalhar a metodologia.

RECONHECENDO O CADERNO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS DCN 2025: *O que é essencial e que todos precisam conhecer neste momento?*

Trabalho em Grupos monocromáticos com a metodologia do *jigsaw* ou quebra-cabeça adaptada.

CORES E CAPÍTULOS DA SEÇÃO III EM SEQUÊNCIA:

- **MESA 1 - VERMELHO - INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE**

- **MESA 2 - LARANJA - INTERNATO**
- **MESA 3 - AMARELO - CUIDADO EDUCANDO/ EDUCADOR/ ESCOLA**
- **MESA 4 - VERDE - FORMAÇÃO DE EDUCADORES**
- **MESA 5 - AZUL - GESTÃO DA ESCOLA MÉDICA**
- **MESA 6 - ROSA - SISTEMA DE AVALIAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA**

Equipe de coordenação em sala: organizar a distribuição dos participantes em 6 mesas, cada uma com uma cor, com 7 a 10 pessoas por mesa, buscando variar a representação gestor, docente, discente, preceptor, técnico administrativo, representante da comunidade e/ou rede de atenção à saúde.

Cada mesa deve ter as COMANDAS impressas e visíveis para facilitar a compreensão dos participantes e a autogestão dos grupos.

1ª COMANDA IMPRESSA NAS MESAS: deverá ser lida pausadamente (5 minutos), na íntegra, pela coordenação de sala antes de iniciar as atividades, checando a compreensão das atividades e esclarecendo dúvidas.

ANTES DE COMEÇAR - 5 MINUTOS: *Identifiquem um Coordenador do trabalho do Grupo, um responsável pela sistematização visual da síntese no flipchart, um gestor do tempo. Definem qual destes 3 será o relator aos demais grupos. Cada mesa é identificada por UMA COR. Cada GRUPO será identificado por esta COR.*

ATIVIDADE 1 - 5 MINUTOS - *Considerando que a Educação Baseada em Competência é tema central, transversal e estratégico para organizar o processo pedagógico dos Cursos, este capítulo deve ser lido individualmente, antes do início do trabalho em Grupo.*

ATIVIDADE 2 - 20 MINUTOS - *Cada grupo terá tempo protegido*

para focar em um dos capítulos da Seção III do Caderno que tem como título DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS 2025 EM MÚLTIPLOS CONTEXTOS FORMATIVOS

O objetivo é que todos possam apropriar-se do capítulo da sua mesa, iniciando por uma leitura coletiva.

ATIVIDADE 3 - 15 MINUTOS - *Em seguida o Grupo deve identificar a ênfase deste Capítulo e organizar uma síntese que será compartilhada com os demais grupos.*

Eventuais dúvidas relacionadas ao texto devem ser sistematizadas por escrito na síntese para que possamos abordá-las posteriormente.

ATIVIDADE 4 - 10 MINUTOS - *Cada grupo deve sistematizar sua síntese, no flipchart, para que seja compreendida visualmente pelos demais grupos.*

PLENÁRIA ARCO ÍRIS DENTRO DE CADA SALA

Cada Grupo terá 5 minutos para compartilhar sua síntese com os demais grupos.

DEBATE EM SALA

Esclarecimento de dúvidas pelos mediadores da sala, idealmente pessoas que vivenciaram estas atividades nas Oficinas Regionais do REVER.

INTERVALO DE ALMOÇO

DCN 2025 DO CHÃO ONDE EU PISO

Os participantes retornam para suas mesas originais, seus Grupos monocromáticos e suas respectivas atribuições no Grupo.

2ª COMANDA IMPRESSA NAS MESAS: deverá ser lida pausadamente (5 minutos), na íntegra, pela coordenação de

sala antes de iniciar as atividades, checando a compreensão das atividades e esclarecendo dúvidas.

ATIVIDADE 1 - 5 MINUTOS - *É possível que seu Grupo receba alguém que não estava pela manhã; sugerimos que façam o acolhimento com a apresentação da síntese construída e a sinalização da cor do grupo.*

ATIVIDADE 2 - 35 MINUTOS - **Como este Capítulo, compreendido e sintetizado por vocês, pode contribuir para a implantação das DCN 2025 na sua realidade?**

ATIVIDADE 3 - 15 MINUTOS - *O grupo deve organizar, no flipchart, uma síntese que será lida pelos demais grupos.*

TODOS OS MEMBROS DO GRUPO DEVEM FOTOGRAFAR A FOLHA DE FLIPCHART DE SUA MESA AO FINAL DESTA ATIVIDADE.

DCN 2025 PARA ALÉM DO MEU CAPÍTULO

Trabalho em Grupos Arco íris (cores misturadas).

3ª COMANDA IMPRESSA NAS MESAS: deverá ser lida pausadamente (5 minutos), na íntegra, pela coordenação de sala antes de iniciar as atividades, checando a compreensão das atividades e esclarecendo dúvidas.

ATIVIDADE 1 - 5 MINUTOS - *Agora vamos organizar as mesas em ARCO ÍRIS o que significa que, de forma aleatória, cada mesa deve ter pelo menos um representante de cada MESA/COR/CAPÍTULO que serão chamados de ESPECIALISTAS NA MESA/COR/CAPÍTULO.*

SUGESTÃO DE ORGANIZAÇÃO: numerar as pessoas presentes de 1 a 6 sucessivamente. Ao final os nº 1 ficam na mesa 1, nº 2 na mesa 2 e assim por diante.

ATIVIDADE 2 - 30 MINUTOS - *Cada especialista colorido terá 5 minutos para apresentar a síntese do capítulo da seção III, construída pelo seu grupo (utilizem a foto que tiraram há pouco).*

Caso haja mais de um ESPECIALISTA DA MESMA COR NA MESA, apenas um deve apresentar a síntese aos demais ESPECIALISTAS DE OUTRAS CORES.

ATIVIDADE 3 - 20 MINUTOS - Agora a mesa com o GRUPO ARCO ÍRIS DE ESPECIALISTAS deverá responder a seguinte questão:

Há desafios que ainda não estejam contemplados com os Capítulos do Caderno que foram apresentados? Quais? Como vocês podem colaborar para preencher estas lacunas?

ATIVIDADE 4 - 10 MINUTOS - Registrem na nova folha de flipchart, de forma visualmente compreensível, as lacunas dos capítulos e as breves sugestões de caminhos para preenchê-las.

TODOS OS MEMBROS DO GRUPO DEVEM FOTOGRAFAR A FOLHA DE FLIPCHART DE SUA MESA AO FINAL DESTA ATIVIDADE.

ATIVIDADE 5 – 15 MINUTOS - COMANDA AO FINAL DO TEMPO, AINDA EM SALA, Especialistas de CADA COR voltam a se juntar em MESAS MONOCROMÁTICAS para responder e registrar.

O que aprendemos com o coletivo: A partir das diferentes realidades nos grupos arco-íris, como este Capítulo do Caderno contribui para a implementação das DCN? Quais os principais desafios elencados e como podemos colaborar para preencher essas lacunas?

Organizem um consolidado que deverá ser apresentado em plenária informando TÍTULO DO CAPÍTULO, COR DO GRUPO DE ESPECIALISTAS E RESPOSTA À QUESTÃO. Não precisam reescrever o que foi produzido, podem destacar, organizar a apresentação de forma lógica, usando como apoio o material já produzido.

PAUSA PARA CAFÉ

FOTO DO GRUPO TODO NO AUDITÓRIO PRINCIPAL – importante momento de registro de construção institucional de caminhos de implementação das DCN 2025.

PLENÁRIA ARCO ÍRIS COMPLETA

ATIVIDADE 1 - 30 MINUTOS Cada grupo de especialistas monocromático terá 5 minutos para partilha de sua síntese.

A partir da construção coletiva, quais os desafios identificados para seu tema/capítulo e quais as contribuições levantadas?

ATIVIDADE 2 - 40 MINUTOS De forma organizada e sequencial conforme as cores do arco íris (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul, rosa) com 5 minutos **POR COR DE ESPECIALISTAS** vamos acolher até 3 falas com reflexões, contribuições, conexões entre capítulos/temáticas.

EQUIPE DE COORDENAÇÃO ORGANIZA AS INSCRIÇÕES POR COR/CAPÍTULO E CONTROLA OS TEMPOS DE FALA (5 minutos para cada COR com 2 a 3 comentários)

BREVE COMENTÁRIO DA EQUIPE DE COORDENAÇÃO - 10 MINUTOS

AVALIAÇÃO BREVE – virtual / Mentimeter para identificação, por cada participante, de sua percepção de como está saindo (satisfação / preocupação / incerteza / potência - solicitar um exemplo de cada percepção).

Lembrar horário de início e local de chegada do dia seguinte

DIA 2

BREVE ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÕES DAS ATIVIDADES

Organizar uma breve memória do dia anterior – se possível incluir algumas fotos (abertura, grupos trabalhando, plenária) para resgatar com eles a percepção de “Como foi o 1º dia? Aprendemos algo? Destaques” – momento de avaliação residual e inclusão de alguns que podem ter chegado hoje.

Sistematizar a 1ª atividade da manhã - café mundial (relembrar/apresentar brevemente o método pois muitos talvez não conheçam).

Importante destacar o objetivo deste dia: refletir sobre situações do cotidiano dos cursos de medicina, à luz da DCN 2025 e do Caderno de orientações, para buscar possíveis caminhos ou percursos de solução.

Redividir o grupo em 2 ou 3 salas com 1, 2 ou 1, 2, 3 para ampliar as trocas e desfazer eventuais tensões do dia anterior.

TRABALHO EM GRUPOS: metodologia Café Mundial adaptado.

ORGANIZAÇÃO NAS MESAS DE TRABALHO - 6 mesas, com 7 a 10 pessoas por mesa, pelo menos 1 participante de cada cor, buscando variar a representação gestor, docente, discente, entidade e a escola.

Cada mesa deve ter esta COMANDA impressa e visível; identificação do nº de cada mesa, de 1 a 6, a situação problema de cada mesa em um envelope, uma folha de *flipchart* na mesa para registros, canetas pilot coloridas.

1ª COMANDA IMPRESSA NAS MESAS: deverá ser lida pausadamente (5 minutos), na íntegra, pela coordenação de sala antes de iniciar as atividades, checando a compreensão das atividades e esclarecendo dúvidas.

Antes de começar, definam as seguintes atribuições no Grupo: âncora/coordenador do grupo - fixo na mesa, relator e controlador do tempo.

ATIVIDADE 1 - 30 MINUTOS – *Cada mesa representa o NDE deste curso que vivencia uma determinada situação problema. Ao ler a situação busquem identificar o tema no texto da DCN 2025, em seguida no Caderno de orientações para que, então, o NDE (vocês) possam apontar caminhos, percursos para possíveis soluções do problema.*

Registrem na folha do flipchart na sua mesa: artigo(s) da DCN 2025 relacionado, capítulo do Caderno com abordagem do tema e caminhos, percursos, soluções apontadas pelo NDE.

ATIVIDADE 2 - RODÍZIO NAS OUTRAS MESAS - 20 MINUTOS POR MESA – *Âncora apresenta o produto construído previamente e o grupo que chega deve complementar com suas sugestões os caminhos possíveis para solução do problema, enquanto NDE.*

ATIVIDADE 3 - RETORNO À MESA ORIGINAL - 10 MINUTOS – *Para apropriarem-se do produto após as contribuições de todos os NDEs. Exemplo*

- 9:30 - 10:00 - 1ª rodada = 30 minutos na mesa inicial
- 10:00 - 10:20 / 10:20 - 10:40 / 10:40 - 11:00 / 11:00 - 11:20 / 11:20 - 11:40 - rodadas nas outras mesas = 20 minutos
- 11:40 - 11:50 - última rodada com retorno à mesa inicial = 10 minutos.

COMANDA COMPLEMENTAR - SE HOVER MAIS DE UMA SALA DE GRUPO COM O MESMO PROBLEMA, 5 MINUTOS - *NDE com os problemas 1 e 2 e 3 se desloca para sala XXX e o NDE com os problemas 4,5 e 6 na sala XXX.*

NA SALA INFORMADA BUSQUEM A LOCALIZAÇÃO DE SUA SITUAÇÃO PROBLEMA PARA ENCONTRAR OS DEMAIS

MEMBROS DO NDE E COMPARTILHAR AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES ENCONTRADAS

Obs.: Equipe de Coordenação deve estar nas salas para orientar os locais de encontro dos NDE de acordo com sua situação problema.

SÍNTESE DO NDE DE ACORDO COM A SITUAÇÃO PROBLEMA COMUM

PAUSA PARA ALMOÇO

PLENÁRIA DE APRESENTAÇÃO DOS NDE

ATIVIDADE 1 - 5 MINUTOS – ORIENTAÇÃO GERAL - Os NDE responsáveis terão até 10 minutos para apresentar a síntese dos caminhos ou percursos de soluções para abordar o problema. As intervenções/comentários serão a cada apresentação de situação problema em 5 minutos com 2 ou 3 falas complementares.

ATIVIDADE 2 - 60 MINUTOS Apresentações dos NDE de acordo com voluntário, de forma sequencial ou por sorteio.

PLENÁRIA DE CONTRIBUIÇÕES - equipe de coordenação organiza as inscrições por situação problema e controla os tempos de fala (5 minutos para cada situação com 2 a 3 comentários).

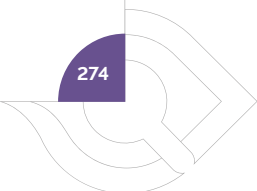
PARA ONDE VAMOS

Organizar fala da gestão / coordenação da Oficina que incentive o debate das DCN 2025, Caderno de Orientações e situações problema pertinentes, a partir desta experiência, em cada departamento, componente curricular, serviço. A gestão pode também apresentar os próximos passos institucionais relacionados à implementação das DCN 2025.



AVALIAÇÃO FINAL DA OFICINA: sugerimos projetar a nuvem de expectativas do dia 1 ou compartilhar os registros no *flipchart* e seguir para *avaliação do processo e dos produtos. O que aprendi? O que levo para compartilhar? (pode também ser organizada no Mentimeter)*. Solicitar que os participantes destaquem e comentem o que percebem nas nuvens.

MENSAGEM FINAL DE AGRADECIMENTO DA GESTÃO





REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (Abem). A educação médica e a arena política: os 60 anos da Abem. Brasília: Abem, 2022. E-book.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (Abem). Diretrizes para a formação médica no Brasil: subsídios para a implementação das DCN. Brasília: Abem, 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (Abem). Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina: análise e contribuições. Brasília: Abem, 2025.

ALMEIDA-FILHO, N. Tecnologias, trabalho em saúde e projetos de cuidado. Editorial. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 66, p. 3–4, 2018. DOI: 10.1590/1807-57622018.0257.

ANTUNES, M. A.; AMORIM, K. S. C. A inclusão escolar no ensino superior: um estudo de caso sobre as representações sociais dos professores. Revista Brasileira de Educação, v. 25, e250037, 2020.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu), v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.

BELLODI, P. L. O Programa de Tutores e a integração dos calouros. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 28, n. 3, p. 204–214, 2004.

BELLODI, P. L.; MARTINS, M. A. Mentoria na formação médica. 2. ed. Barueri: Manole, 2023.

BLEGER, J. Temas de Psicologia: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOELEN, C.; HECK, J. E. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization, 1995.

BOELEN, C.; WOOLLARD, R. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Medical Education*, v. 43, n. 9, p. 887–894, 2009.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 363–373, 2008. DOI: 10.1590/S0100-55022008000300011.0

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor: o profissional de saúde-educador do século XXI. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, e030, 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Brasília, 2007.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 11 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 15 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.853, de 8 de julho de 2019. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília: MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais

do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1 out. 2025.

BRITO JÚNIOR, M. S. *et al.* A formação médica e a precarização psíquica dos estudantes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 4, e320409, 2022.

BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 15, n. spe, p. 152–157, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. CIHC competency framework for advancing collaboration. Vancouver: CIHC, 2024. Disponível em: <https://cihc-cpis.com>.

CÂNDIDO, P. T. S. BATISTA, N. A. O internato médico após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014: um estudo em escolas médicas do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 3, p. 36–45, 2019.

CARRACCIO, C. *et al.* Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Academic Medicine*, v. 77, n. 5, p. 361–367, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004.

CHARON, R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, v. 286, n. 15, p. 1897–1902, 2001. DOI: 10.1001/jama.286.15.1987.

CHARON, R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press, 2006.

CINTRA, K. A.; BOLLELA, V. R. Desenvolvimento docente para a educação das profissões da saúde: obrigatório e imprescindível. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 49, n. 2, e061, 2025. DOI: 10.1590/1981-5271v49.1-2023-0159.

CINTRA, K. A. *et al.* The impact and the challenges of implementing a faculty development program on health professions education in a Brazilian medical school. *BMC Medical Education*, v. 23, p. 784, 2023. DOI: 10.1186/s12909-023-04754-8.

COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA, C. F. (org.). *Problematizando o campo da saúde: concepções e práticas no bacharelado interdisciplinar*. Salvador: EDUFBA, 2017.

COHEN, I. G. *et al.* The legal and ethical concerns that arise from using complex predictive analytics in health care. *Health Affairs*, v. 33, n. 7, p. 1139–1147, 2014.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. *Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final*. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Código de Ética Médica*. Brasília: CFM, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina*. Brasília: CFM, 2022.

COOK, D. A. Getting started in medical education scholarship. *Medical Education*, v. 44, n. 6, p. 552–563, 2010.

COSTA, A. R. *et al.* Significados de mentoria na formação em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, e126, 2021.

CRUESS, R. L.; CRUESS, S. R.; STEINERT, Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Academic Medicine*, v. 91, n. 2, p. 180–185, 2016. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000913.

DA SILVA LIMA FEIJÃO, Z.; MOURA, K. A. R.; ALMEIDA, F. AL. *Interculturalidade na formação médica: revisão integrativa sobre a atuação de estudantes de medicina no atendimento a populações indígenas e não indígenas na Atenção Primária à Saúde*. INTERFERENCE: A JOURNAL OF AUDIO CULTURE, [S. l.], v. 11, n. 2,

p. 4437–4452, 2025.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991.

DESLANDES, S. F. (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DRIESSEN, E. W. *et al.* The use of programmatic assessment in the clinical workplace: a Maastricht case report. *Medical Teacher*, v. 34, p. 226–231, 2012. DOI: 10.3109/0142159X.2012.652242.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. *JAMA*, v. 287, n. 2, p. 226–235, 2002. DOI: 10.1001/jama.287.2.226.

EVA, K. W. What's next? A guiding question for educators. *Medical Education*, v. 42, n. 9, p. 807–809, 2008.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 847–852, 2014.

FELICIANO, C. S.; BOLLELA, V. R. Guia do mentor: eixo desenvolvimento pessoal e profissional (DPP). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2026.

FERRI, P. A.; GOMES, R. S. Formação situada ou situações do formar: internato médico em questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 2, p. 252–260, 2015.

FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde, 2013.

FRANK, J. R. *et al.* Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, v. 32, n. 8, p. 638–645, 2010.

FRANK, J. R.; SNELL, L.; SHERBINO, J. (eds.). *CanMEDS 2015 physician competency framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2015.

FREEMAN, R.; WICKS, A.; PARMAR, B. Stakeholder theory and “the corporate objective revisited”. *Organization Science*, v. 15, n. 3, p. 364–369, 2004.

FREI, E.; STAMM, M.; BUDDEBERG-FISCHER, B. Mentoring programs for medical students: a review of the PubMed literature 2000–2008. *BMC Medical Education*, v. 10, p. 32, 2010.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GLOBAL CONSENSUS FOR SOCIAL ACCOUNTABILITY OF MEDICAL SCHOOLS. Global consensus document. 2010. Disponível em: <https://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca>.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 1231–1247, 2010.

HAMILTON, J. *Intercultural competence in medical education – essential to acquire, difficult to assess*. *Medical Teacher*, v. 31, n. 9, p. 862–865, 2009.

HARDEN, R. M.; CROSBY, J. R.; DAVIS, M. H. Outcome-based education: an introduction. *Medical Teacher*, v. 21, n. 1, p. 7–14, 1999.

HARDEN, R. M. Ten key features of the future medical school—not an impossible dream. *Medical Teacher*, v. 40, n. 10, p. 1010–1015, 2018.

HAYS, R. B. *et al.* Managing assessment during curriculum change: Ottawa consensus statement. *Medical Teacher*, v. 46, n. 7, p. 874–884, 2024.

HOOKS, B. *Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática*. São Paulo: Elefante, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Instrumento de avaliação para reconhecimento de cursos de Medicina. Brasília: INEP/MEC,

2010.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC). Core competencies for interprofessional collaborative practice. Washington, DC: IPEC, 2023.

JAMIESON, S. State of the science: quality improvement of medical curricula. *Medical Education*, v. 57, n. 1, p. 49–56, 2023.

KNOWLES, M. S. The modern practice of adult education: andragogy versus pedagogy. New York: Association Press, 1970.

KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 22, n. 2-3, p. 37–47, 1998.

LINDGREN, S.; KARLE, H. Social accountability of medical education: aspects on global accreditation. *Medical Teacher*, v. 33, n. 8, p. 667–672, 2011.

MACDOUGALL, J.; DRUMMOND, N. The development of medical teachers. *Medical Education*, v. 39, n. 12, p. 1213–1220, 2005.

MARMOT, M. *et al.* Closing the gap in a generation. *The Lancet*, v. 372, n. 9650, p. 1661–1669, 2008.

MCGAGHIE, W. C. *et al.* Competency-based curriculum development in medical education. Geneva: World Health Organization, 1978.

MCLEAN, M.; CILLIERS, F.; VAN WYK, J. M. Faculty development: yesterday, today and tomorrow. *Medical Teacher*, v. 30, n. 6, p. 555–584, 2008.

MCLEOD, P. J. *et al.* The ABCs of pedagogy for clinical teachers. *Medical Education*, v. 37, p. 638–644, 2003.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Humanização e cuidado em saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2013.

MINETTO, M. Educação inclusiva no ensino superior. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 16, n. 2, p. 245–258, 2010.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

NEGRINI, L. D. O.; ROSSIT, R. A. S. Integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas do comitê gestor local do Coapes. *Interface (Botucatu)*, v. 28, e230084, 2024.

NORCINI, J.; BURCH, V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical Teacher*, v. 29, n. 9, p. 855–871, 2007.

NORCINI, J. *et al.* 2018 consensus framework for good assessment. *Medical Teacher*, v. 40, n. 11, p. 1102–1109, 2018.

NUTFIYEVA, A. Higher education and disability: challenges and inclusive strategies. *International Journal of Inclusive Education*, v. 28, n. 2, p. 117–133, 2024.

OECD; EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Strengthening health systems: a practical handbook for resilience testing. Paris: OECD Publishing, 2024.

OLIVEIRA, N. R. C. Redes de atenção à saúde: a atenção organizada em redes. São Luís: UNA-SUS/UFMA, 2016.

OLIVEIRA, S. S. *et al.* Novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina de 2025: um convite para a transformação da educação médica no Brasil. *Rev bras educ med* [Internet]. 2026;50(1):e050. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v50.1-EDITORIAL>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Ethics and governance of artificial intelligence for health. Geneva: WHO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Mental health: strengthening our response. Genebra: OMS, 2022.

Ouverney, A. M.; Noronha, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde. In: FIOCRUZ. A saúde no Brasil em 2030. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N.; REIS, C. R. Reforma sanitária brasileira em perspectiva e o SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). Saúde coletiva: teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2023.

PERRENOUD, P. Construir competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PINHEIRO, R. Cuidado e vida cotidiana. In: DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Fiocruz.

PINHO, P. S. *et al.* Estresse ocupacional, saúde mental e gênero entre docentes do ensino superior. Saúde e Sociedade, v. 32, n. 4, e210604pt, 2023.

RANCIÈRE, J. O mestre ignorante: cinco lições de emancipação intelectual. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

REEVES, S. *et al.* A synthesis of systematic reviews of interprofessional education. Journal of Allied Health, v. 39, supl. 1, p. S198–S203, 2010.

REGO, S. *et al.* Formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

RINGSTED, C.; HODGES, B.; SCHERPBIER, A. The research compass. Medical Teacher, v. 33, n. 9, p. 695–709, 2011.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA. CanMEDS framework. Ottawa: RCPSC, 2015.

SACKETT, D. L. *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, v. 312, p. 71–72, 1996.

SCHINDLER, B. *et al.* The impact of the changing health care environment on faculty well-being. Academic Medicine, v. 81, n. 1, p. 27–34, 2006.

SCHUWIRTH, L. W. T. VAN DER VLEUTEN, C. P. M. Programmatic assessment. *Medical Teacher*, v. 33, p. 478–485, 2011.

SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Health care management: organization design and behavior*. New York: Delmar, 2006.

SILVEIRA, L. M. C. *et al.* Mentoria em contexto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 45, e129, 2021.

SISTEMA DE ACREDITAÇÃO DE ESCOLAS MÉDICAS (SAEME). Instrumento de acreditação de escolas médicas. Brasília: SAEME/Abem, 2023.

SOCIAL ACCOUNTABILITY HEALTH. *Indicators for Social Accountability Tool (ISAT) 2.0* [ferramenta de autoavaliação]. Disponível em: <https://socialaccountabilityhealth.org/>. Acesso em: 10 fev. 2026.

STEINERT, Y. *et al.* Faculty development for teaching and evaluating professionalism. *Medical Education*, v. 39, n. 2, p. 127–136, 2005.

STEINERT, Y. Faculty development: from workshops to communities of practice. *Medical Teacher*, v. 32, p. 425–428, 2010.

STEINERT, Y. *et al.* A systematic review of faculty development initiatives: BEME Guide No. 40. *Medical Teacher*, v. 38, n. 8, p. 769–786, 2016.

TOPOL, E. *Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again*. New York: Basic Books, 2019.

TRONCON, L. E. A. Avaliação programática do estudante. *Revista de Graduação USP*, v. 1, n. 1, p. 53–58, 2016.

VAN DER VLEUTEN, C. P. M. *et al.* 12 tips for programmatic assessment. *Medical Teacher*, 2014.

VENTOLA, C. L. Mobile devices and apps for health care professionals. *Pharmacy and Therapeutics*, v. 39, n. 5, p. 356–364, 2014.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Integração ensino-serviço no Pró-Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2949–2960, 2016.

WALD, H. S. *et al.* Fostering and evaluating reflective capacity in medical education. *Academic Medicine*, v. 87, n. 1, p. 41–50, 2012.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME). Global standards for quality improvement: basic medical education. Copenhagen: WFME, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Patient safety curriculum guide for medical schools. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health systems governance. Geneva: WHO, 2024.

ZARPELON, L. F. B.; TERCENIO, M. L.; BATISTA, N. A. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 12, p. 4241–4248, 2018.

ACESSE
nossas publicações:



Fique Ligado na ABEM!

 www.abem-educmed.org.br

 @abemnacional

 @abemedica

ISBN: 978-65-86406-22-1

CD



9 786586 406221



abem
associação
brasileira de
educação
médica



OPAS

MINISTÉRIO DA
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO DO
BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO