Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Educação médica após as diretrizes curriculares nacionais de 2014

Medical education after the 2014 brazilian curriculum guidelines

Educación médica tras las directrices curriculares brasileñas de 2014

Marcio Peixoto Rocha da Silva[1], Guilherme Barbosa Shimocomaqui[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar criticamente as transformações na educação médica após as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, identificando avanços, tensões e limitações na implementação desse modelo formativo no Brasil. **Revisão bibliográfica:** A literatura evidencia a transição de um modelo biomédico, hospitalocêntrico e disciplinar para currículos orientados por competências, centrados no estudante e integrados ao Sistema Único de Saúde. As DCNs de 2014 consolidam esse movimento ao enfatizar integralidade do cuidado e responsabilidade social. Observa-se incorporação de metodologias ativas e ampliação das competências, incluindo dimensões digitais e socioemocionais. Entretanto, os estudos indicam implementação heterogênea, persistência de estruturas tradicionais, fragilidades na formação pedagógica docente e dificuldades na avaliação de competências complexas. **Considerações finais:** Conclui-se que a educação médica pós-DCNs configura-se como processo em curso, marcado por avanços normativos e limitações estruturais. Sua consolidação depende do enfrentamento das desigualdades institucionais, do fortalecimento da articulação com o SUS e da qualificação docente, sob risco de manutenção de mudanças predominantemente formais.

Palavras-chave: Educação médica, Competência profissional, Aprendizagem, Tecnologias educacionais.

ABSTRACT

Objective: To critically analyze the transformations in medical education after the 2014 National Curriculum Guidelines, identifying advances, tensions, and limitations in the implementation of this training model in Brazil and globally. **Literature review:** The literature shows a transition from a biomedical, hospital-centered, and discipline-based model to competency-based curricula, student-centered and integrated with the Unified Health System. The 2014 guidelines consolidate this movement by emphasizing comprehensive care and social responsibility. There is an increasing incorporation of active methodologies and an expansion of competencies, including digital and socio-emotional dimensions. However, studies indicate heterogeneous implementation, persistence of traditional structures, weaknesses in faculty pedagogical training, and difficulties in assessing complex competencies**. Final considerations:** Medical education after the 2014 guidelines is an ongoing process marked by normative advances and structural limitations. Its consolidation depends on addressing institutional inequalities, strengthening integration with the Unified Health System, and improving faculty development, otherwise changes may remain predominantly formal.

Keywords: Medical education, Professional competence, Learning, Educational technology.

[1] Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein (FICSAE), São Paulo – SP.

SUBMETIDO EM: 4/2026 | **ACEITO EM: 5/2026** | **PUBLICADO EM: 7/2026**

RESUMEN

Objetivo: Analizar críticamente las transformaciones en la educación médica tras las Directrices Curriculares Nacionales de 2014, identificando avances, tensiones y limitaciones en la implementación de este modelo formativo en Brasil. **Revisión bibliográfica:** La literatura evidencia la transición de un modelo biomédico, hospitalocéntrico y disciplinar hacia currículos orientados por competencias, centrados en el estudiante e integrados al Sistema Único de Salud. Las directrices de 2014 consolidan este movimiento al enfatizar la integralidad del cuidado y la responsabilidad social. Se observa la incorporación de metodologías activas y la ampliación de competencias, incluyendo dimensiones digitales y socioemocionales. Sin embargo, los estudios indican una implementación heterogénea, persistencia de estructuras tradicionales, debilidades en la formación pedagógica docente y dificultades en la evaluación de competencias complejas. **Consideraciones finales:** La educación médica posterior a las directrices de 2014 se configura como un proceso en curso, marcado por avances normativos y limitaciones estructurales. Su consolidación depende de enfrentar las desigualdades institucionales, fortalecer la articulación con el Sistema Único de Salud y mejorar la formación docente, de lo contrario, los cambios pueden permanecer predominantemente formales.

Palabras clave: Educación médica, Competencia profesional, Aprendizaje, Tecnología educativa.

INTRODUÇÃO

A educação médica, no âmbito da graduação, passou por transformações relevantes nos últimos dois séculos. No Brasil, desde a criação das primeiras faculdades em 1808 até o predomínio do modelo flexneriano no século XX — biomédico, hospitalocêntrico e disciplinar —, consolidou-se uma base científica robusta, porém historicamente pouco integrada às necessidades sociais e comunitárias (MACHADO CDB, et al., 2018; BUJA LM, 2019). Esse modelo, embora fundamental para o avanço da ciência médica, passou a ser criticado por sua limitada articulação com a prática profissional e com as demandas sociais em saúde.

Nas últimas décadas, observa-se a transição para currículos centrados no estudante, orientados por competências e integrados à prática (ANTUNES DOS SANTOS R, NUNES MPT, 2019; HAN ER, et al., 2019), em um contexto marcado pela expansão de cursos médicos, pelo debate sobre qualidade da formação (GUIMARÃES RA, et al., 2023) e pela crescente influência da cultura digital na educação em saúde (MESKO B, GYŐRFFY Z, 2019; LAWES-WICKWAR S, et al., 2023).

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 consolidaram esse movimento ao reforçar a formação por competências, a integralidade do cuidado e a articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014; ROCHA VXM, et al., 2025).

Apesar desse avanço normativo, a implementação das DCNs de 2014 ocorre de forma heterogênea. Persistem desafios estruturais, pedagógicos e institucionais, como limitações de infraestrutura, insuficiente formação pedagógica docente e desigualdades regionais (CORDEIRO HP, et al., 2025; ANDRADE BB, 2025). Além disso, emergem tensões entre a proposta de formação orientada por competências e sua operacionalização nos currículos, incluindo riscos de superficialização do conteúdo biomédico e dificuldades na avaliação de competências complexas (BUJA LM, 2019).

Nesse contexto, observa-se uma tensão entre o projeto formativo proposto pelas DCNs de 2014 e as condições reais de sua implementação, evidenciando lacunas na forma como a literatura tem analisado criticamente esse processo. A produção científica nacional permanece fragmentada, com predomínio de descrições de experiências e menor aprofundamento analítico sobre as contradições, limites e implicações dessas transformações.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo analisar criticamente como a literatura científica tem interpretado as transformações na educação médica após as DCNs de 2014, identificando não apenas avanços, mas também tensões, lacunas e limites na implementação desse modelo formativo, com ênfase em suas implicações pedagógicas, institucionais e sociais.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fundamentos da formação médica contemporânea

Os estudos analisados apontam a permanência de influências do modelo flexneriano, historicamente estruturado em ciclos básico e clínico, com centralidade na ciência biomédica e no ambiente hospitalar (BENNETT EE e HIGGENS TL, 2016; MAHAN JD e CLINCHOT D, 2014; YOON HB e MYUNG SJ, 2024). Paralelamente, observa-se um movimento progressivo de transição para currículos orientados por competências, com maior integração entre cenários de formação e aproximação com as demandas sociais em saúde (ANTUNES DOS SANTOS R e NUNES MPT, 2019; HAN ER, et al., 2019).

No contexto brasileiro, as DCNs de 2014 reafirmam a centralidade do Sistema Único de Saúde, a integralidade do cuidado e a formação generalista como eixos estruturantes da graduação médica (BRASIL, 2014; ROCHA VXM, et al., 2025). Estudos nacionais destacam que esse marco normativo reposiciona a formação médica em direção a um compromisso ético, técnico e socialmente ampliado (MACHADO CDB, et al., 2018; MACHADO C, et al., 2021).

Entretanto, a literatura evidencia que essa transição não ocorre como ruptura paradigmática imediata, mas como um processo gradual, heterogêneo e tensionado, no qual elementos do modelo tradicional coexistem com propostas inovadoras. Em vez de substituição plena de um paradigma por outro, o que se observa em muitos contextos é uma convivência entre estruturas disciplinares clássicas, centralidade biomédica e tentativas de integração curricular, o que confere à formação médica contemporânea um caráter híbrido e, por vezes, contraditório (MACHADO C, et al., 2021; YOON HB e MYUNG SJ, 2024).

Concomitantemente, é relatada a expansão expressiva de cursos de Medicina, predominantemente no setor privado, associada a preocupações recorrentes quanto à qualidade da formação e à distribuição regional das escolas médicas (GUIMARÃES RA, et al., 2023; AVENA KM, et al., 2025; TEMPSKI P, et al., 2024). Nesse cenário, configura-se uma tensão central entre expansão e qualidade, na qual o aumento do acesso à formação médica não necessariamente se traduz em fortalecimento dos processos formativos, revelando limites estruturais do sistema educacional e desigualdades persistentes entre instituições e regiões do país (GUIMARÃES RA, et al., 2023; ANDRADE BB, 2025).

A literatura internacional amplia essa discussão ao problematizar os limites do modelo pós-Flexner e ao propor a incorporação de novos pilares à formação médica, como a ciência dos sistemas de saúde, enfatizando segurança do paciente, qualidade do cuidado, equidade e responsabilidade social (BORKAN JM, et al., 2021). Essa ampliação é especialmente relevante porque desloca o debate da oposição simplificada entre tradicional e inovador, introduzindo a necessidade de formar médicos capazes de compreender organizações de saúde, fluxos assistenciais, determinantes sociais e efeitos sistêmicos do cuidado. Ainda assim, a incorporação desses novos pilares depende de condições materiais e institucionais que nem sempre estão presentes nas escolas médicas brasileiras, o que reforça a necessidade de leitura crítica das reformas curriculares (BORKAN JM, et al., 2021; CORDEIRO HP, et al., 2025).

Perspectivas pedagógicas

Os estudos revisados evidenciam a incorporação crescente de referenciais teóricos voltados à educação de adultos, com destaque para a andragogia, a aprendizagem experiencial e abordagens construtivistas (BENNETT EE e HIGGENS TL, 2016; MOREIRA ASS, et al., 2015). Nessas perspectivas, a aprendizagem é compreendida como processo ativo, reflexivo e contextualizado, no qual o estudante assume papel central na construção do conhecimento (MOREIRA ASS, et al., 2015; KNOWLES MS, et al., 2020).

A andragogia, em especial, oferece um referencial teórico importante para interpretar a educação médica contemporânea, ao sustentar que adultos aprendem melhor quando percebem relevância imediata no conteúdo, mobilizam experiências prévias e participam ativamente da construção do saber. No entanto, a simples adesão discursiva a esse referencial não garante sua efetivação prática, sobretudo em cursos marcados por currículos extensos, avaliações centradas em desempenho conteudista e forte hierarquização das relações pedagógicas (KNOWLES MS, et al., 2020; MOEN J e SHUCK C, 2024).

O papel do docente emerge de forma recorrente como elemento decisivo na efetivação dessas mudanças. Pesquisas analisam hábitos de ensino, motivações e concepções pedagógicas dos professores, indicando que a transição para modelos ativos exige redefinição da identidade docente e desenvolvimento de competências educacionais específicas (MOEN J e SHUCK C, 2024; ENGBERS R, et al., 2017). Aspectos institucionais e culturais, como apoio da gestão acadêmica, tempo destinado ao planejamento pedagógico e valorização da docência, influenciam diretamente o engajamento e a capacitação dos professores (ENGBERS R, et al., 2017).

Apesar desse avanço conceitual, a literatura aponta que a incorporação desses referenciais ocorre frequentemente de forma parcial e superficial. Em muitos contextos, observa-se a adoção discursiva de uma pedagogia centrada no estudante sem que haja transformação equivalente nas práticas avaliativas, na organização curricular ou nas culturas institucionais. Essa dissociação entre discurso inovador e prática conservadora ajuda a explicar por que mudanças formalmente alinhadas às DCNs nem sempre produzem reconfigurações profundas na experiência de formação médica (MACHADO C, et al., 2021; CORDEIRO HP, et al., 2025).

Outro ponto relevante é a chamada “inércia pedagógica”, entendida como a tendência de docentes reproduzirem modelos de ensino vivenciados em sua própria trajetória formativa. Essa inércia não se explica apenas por resistência individual, mas por ausência de políticas institucionais contínuas de desenvolvimento docente, sobrecarga de trabalho, escassez de incentivos e fragilidades na cultura educacional universitária. Assim, o desafio da transformação pedagógica ultrapassa a escolha metodológica e assume natureza estrutural e institucional (MOEN J e SHUCK C, 2024; ENGBERS R, et al., 2017; CORDEIRO HP, et al., 2025).

Experiências internacionais sugerem que programas estruturados e permanentes de desenvolvimento docente são decisivos para a consolidação de práticas centradas no estudante. No Brasil, embora haja iniciativas promissoras, elas tendem a permanecer pontuais, o que limita sua capacidade de produzir mudanças duradouras na formação médica. Nesse sentido, a literatura indica que não basta reformar currículos; é necessário formar professores capazes de traduzir os princípios das DCNs em práticas pedagógicas consistentes, reflexivas e sustentáveis (CHAN SCC, et al., 2023; ENGBERS R, et al., 2017).

Metodologias ativas

A literatura analisada demonstra ampla incorporação de metodologias ativas na formação médica contemporânea. Revisões sistemáticas e meta-análises relatam efeitos positivos do PBL, do TBL e da aprendizagem autodirigida, especialmente no que se refere ao engajamento discente e ao desempenho acadêmico, quando comparadas a métodos tradicionais (TRULLÀS JC, et al., 2022; ZHANG SL, et al., 2024; AULAKH J, et al., 2025). Uma revisão sistemática recente, ao comparar diretamente PBL e TBL, identificou melhor desempenho teórico associado ao TBL e impacto significativo no desenvolvimento de habilidades de trabalho em equipe, sem diferenças relevantes em habilidades práticas (ZHANG W, et al., 2024).

Estudos descritivos e relatos de experiência também apontam uso crescente da aprendizagem baseada em casos e da simulação clínica, destacando benefícios no raciocínio clínico, na tomada de decisão e na satisfação discente (TRULLÀS JC, et al., 2022; CHAN SCC, et al., 2023). No contexto brasileiro, observa-se maior ênfase em experiências com gamificação, simulação realística e integração ensino-serviço-comunidade, em consonância com as diretrizes curriculares nacionais (MACHADO C, et al., 2021; ROCHA VXM, et al., 2025).

Sob a ótica da educação de adultos, tais metodologias se alinham ao princípio da autodireção e da aprendizagem significativa, ao aproximarem teoria e prática e ao deslocarem o estudante de uma posição passiva para um papel ativo na construção do conhecimento. Ainda assim, a literatura sugere que seu impacto depende menos da adoção formal de um método e mais da coerência entre objetivos formativos, estratégias pedagógicas, cultura institucional e formas de avaliação (KNOWLES MS, et al., 2020; ZHANG SL, et al., 2024).

A incorporação de tecnologias educacionais emergentes, como realidade virtual, ambientes digitais imersivos e recursos interativos, é relatada principalmente em publicações do período pós-pandemia,

indicando expansão do uso de estratégias híbridas e digitais no ensino médico (LEWIS KO, et al., 2024; LEE JWY, et al., 2025). No entanto, a literatura também alerta que a associação entre inovação pedagógica e inovação tecnológica não deve ser tomada como equivalência automática. O uso de recursos digitais, quando dissociado de desenho instrucional consistente, pode reforçar práticas superficiais e instrumentalizadas, reduzindo o potencial transformador das metodologias ativas (LEWIS KO, et al., 2024; GORDON M, et al., 2024).

Nesse sentido, emerge o risco de "fetichização metodológica", no qual determinadas estratégias passam a ser valorizadas mais por seu apelo inovador do que por sua efetiva contribuição à aprendizagem. Quando isso ocorre, a inovação deixa de ser meio e torna-se fim em si mesma, produzindo uma adoção tecnicista e pouco reflexiva de metodologias ativas. Essa crítica é relevante porque desloca o debate da simples pergunta "qual método é melhor?" para uma questão mais complexa: em que condições determinada estratégia favorece, de fato, formação crítica, clínica e socialmente comprometida (ZHANG SL, et al., 2024; LEWIS KO, et al., 2024).

Além disso, os achados indicam que a adoção dessas metodologias nem sempre se traduz em transformação efetiva do processo de ensino-aprendizagem. Em muitos casos, observa-se implementação superficial, sem alteração significativa da lógica avaliativa ou da estrutura curricular, configurando uma "hibridização incompleta" do modelo pedagógico. Tal cenário ajuda a compreender por que currículos que se anunciam inovadores ainda podem conviver com práticas transmissivas, avaliações conteudistas e baixa integração entre atividades formativas (MACHADO C, et al., 2021; CORDEIRO HP, et al., 2025).

Competências do século XXI

Os estudos revisados evidenciam o fortalecimento de frameworks internacionais de competências, como o CanMEDS, a Organização Mundial da Saúde e o American Board of Internal Medicine, que definem o médico como profissional técnico, comunicador, colaborador, líder e defensor da saúde (FRANK JR, et al., 2015). As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 convergem com essas propostas ao incorporar competências éticas, comunicacionais, de gestão e de educação em saúde (BRASIL, 2014; ROCHA VXM, et al., 2025). As convergências e distinções entre as DCNs de 2014 e o framework CanMEDS 2015 estão apresentadas no **Quadro 1**.

Publicações recentes ampliam esse debate ao introduzir, de forma estruturada, a dimensão das competências digitais na formação médica. O Digital Health Competencies in Medical Education Framework (DECODE), desenvolvido por meio de consenso internacional envolvendo especialistas de 79 países, propõe quatro domínios centrais — profissionalismo em saúde digital, saúde digital do paciente e da população, sistemas de informação em saúde e ciência de dados — organizados em competências e resultados de aprendizagem (CAR J, et al., 2025). Esse avanço é particularmente relevante em um contexto de intensificação da telemedicina, expansão da inteligência artificial e crescente centralidade dos dados em saúde, que impõem novas exigências à formação médica (CAR J, et al., 2025; GORDON M, et al., 2024).

Além da dimensão digital, estudos críticos defendem o aprofundamento das competências estruturais, enfatizando equidade em saúde, responsabilidade social e advocacia como componentes essenciais da prática médica contemporânea. Nessa perspectiva, argumenta-se que competências centradas exclusivamente na adaptação aos sistemas de saúde são insuficientes, sendo necessária a formação de médicos capazes de compreender e intervir sobre determinantes sociais e estruturais do adoecimento (DUDIKOVA L, 2017; CASTILLO EG, et al., 2020).

Entretanto, a literatura também aponta limites importantes no próprio paradigma da educação baseada em competências. Um deles é a tendência à fragmentação do processo formativo em unidades mensuráveis de desempenho, o que pode reduzir a complexidade da prática médica a indicadores operacionais e obscurecer dimensões éticas, contextuais e relacionais do cuidado. Assim, embora o modelo de competências contribua para explicitar objetivos educacionais, sua adoção acrítica pode reforçar visões tecnicistas da formação médica (FRANK JR, et al., 2015; MACFARLANE MM, 2025).

Nesse contexto, observa-se uma tensão entre modelos de competência orientados para desempenho individual e abordagens que valorizam a dimensão coletiva, política e social da prática médica. Essa tensão

é particularmente relevante no contexto do SUS, no qual o cuidado não se esgota em habilidades técnicas individuais, mas depende da compreensão de territórios, redes de atenção, vulnerabilidades sociais e trabalho interprofissional. Portanto, a discussão sobre competências do século XXI precisa ser acompanhada de reflexão crítica sobre quais médicos se pretende formar e para quais realidades sanitárias e sociais (BRASIL, 2014; CASTILLO EG, et al., 2020).

Educação médica entre 2014 e 2025: continuidades, inflexões e disputas formativas

As Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 podem ser compreendidas como um marco na reorganização da formação médica no Brasil, ao instituírem um modelo orientado por competências, vinculado ao Sistema Único de Saúde e comprometido com a integralidade do cuidado (BRASIL, 2014; ROCHA VXM, et al., 2025). Mais recentemente, o Parecer CNE/CES nº 536/2025 amplia esse arcabouço ao incorporar dimensões como sustentabilidade, bem-estar e literacia digital (BRASIL, 2025).

Esse movimento indica continuidade do processo de expansão conceitual da formação médica, mas também revela o risco de ampliação excessiva do escopo formativo sem correspondente consolidação das bases estruturais necessárias à sua implementação. Em outras palavras, a progressiva incorporação de novas competências pode produzir currículos mais abrangentes no plano normativo, porém mais difíceis de operacionalizar no plano institucional, especialmente em contextos marcados por desigualdades de infraestrutura, financiamento e qualificação docente (BRASIL, 2025; CORDEIRO HP, et al., 2025).

A incorporação de competências digitais e socioemocionais dialoga com tendências internacionais e com a crescente complexidade dos sistemas de saúde (CAR J, et al., 2025; GORDON M, et al., 2024). Entretanto, a literatura sugere que tais avanços ocorrem de forma assimétrica entre instituições, refletindo desigualdades estruturais que atravessam o sistema educacional brasileiro (AVENA KM, et al., 2025; TEMPSKI P, et al., 2024).

Outro aspecto relevante refere-se ao risco de inflacionamento curricular, no qual a incorporação sucessiva de novas exigências formativas não é acompanhada por revisão crítica das estruturas existentes, resultando em currículos extensos, fragmentados e, por vezes, pouco integrados. Nesse cenário, a expansão do escopo formativo pode coexistir com dificuldades de implementação, sobrecarga de estudantes e docentes e enfraquecimento da coerência pedagógica entre ensino, avaliação e perfil do egresso (ROCHA VXM, et al., 2025; BRASIL, 2025).

Avaliação da formação médica e desigualdades institucionais

Apesar da incorporação progressiva de metodologias inovadoras e de referenciais pedagógicos alinhados às DCNs de 2014, os estudos apontam entraves persistentes à sua implementação efetiva. São descritas barreiras institucionais e docentes, incluindo resistência a mudanças curriculares, insuficiente formação pedagógica do corpo docente e limitações de infraestrutura (CORDEIRO HP, et al., 2025; MOEN J e SHUCK C, 2024; ENGBERS R, et al., 2017).

Estudos nacionais destacam que, embora as DCNs representem avanço normativo e conceitual relevante, permanece uma distância considerável entre o que é preconizado nos documentos oficiais e as práticas curriculares efetivamente adotadas nas escolas médicas brasileiras (CORDEIRO HP, et al., 2025; MACHADO C, et al., 2021). Entre os principais desafios identificados estão a sobrecarga de trabalho docente, a escassez de recursos para inovação pedagógica, desigualdades regionais e dificuldades na integração com os serviços do SUS (CORDEIRO HP, et al., 2025; AVENA KM, et al., 2025).

Adicionalmente, a literatura aponta limitações na avaliação de competências complexas, como liderança, empatia, pensamento crítico e responsabilidade social, bem como a ausência de instrumentos avaliativos padronizados e validados (MACFARLANE MM, 2025). Alguns estudos observam que, mesmo em currículos que adotam metodologias ativas, persistem práticas transmissivas e disciplinares, o que compromete a consolidação de mudanças pedagógicas mais profundas (MACHADO C, et al., 2021).

Esse conjunto de achados permite afirmar que o principal desafio da educação médica pós-DCNs de 2014 não reside propriamente na ausência de diretrizes, mas na capacidade institucional de implementá-las de

forma efetiva, equitativa e sustentável. Há, portanto, um descompasso entre o currículo prescrito e o currículo efetivamente vivido, no qual propostas pedagógicas inovadoras coexistem com práticas tradicionais e condições materiais insuficientes. Essa ambivalência ajuda a compreender por que as transformações recentes podem ser interpretadas menos como ruptura consolidada e mais como processo em curso, marcado por disputas entre modelos formativos, interesses institucionais e limites concretos de implementação (ROCHA VXM, et al., 2025; CORDEIRO HP, et al., 2025).

Síntese crítica: avanços, limites e implicações

A análise integrada da literatura permite compreender a educação médica contemporânea como um campo em transição, caracterizado por avanços normativos significativos e, simultaneamente, por limitações estruturais persistentes (BRASIL, 2014; ROCHA VXM, et al., 2025; CORDEIRO HP, et al., 2025). Em vez de um percurso linear de modernização curricular, o que emerge da revisão é um cenário de disputas e assimetrias, no qual inovação pedagógica, regulação estatal, expansão do ensino e desigualdade institucional se articulam de maneira complexa.

Os resultados desta revisão indicam que a ênfase crescente em competências e metodologias ativas, embora relevante, tende por vezes a obscurecer dimensões estruturais e políticas da formação médica, como financiamento educacional, organização do sistema de saúde e desigualdades regionais. Dessa forma, a consolidação de um modelo de educação médica alinhado às DCNs de 2014 depende não apenas de inovação pedagógica, mas de políticas estruturais capazes de enfrentar desigualdades históricas e fortalecer a articulação com o SUS (BRASIL, 2014; AVENA KM, et al., 2025; PEREIRA NETO FE, 2025).

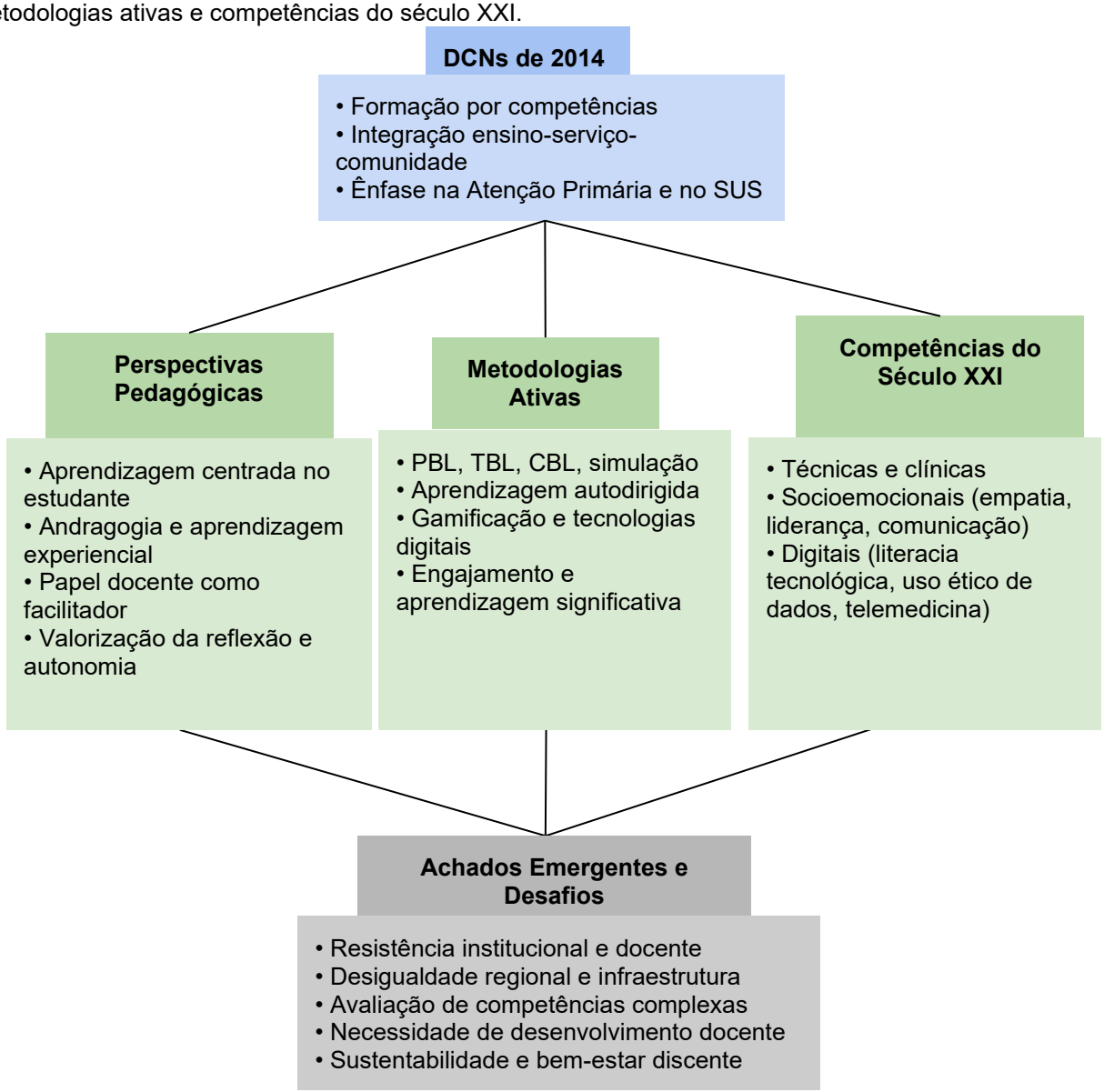
Como evidenciado no **Quadro 1**, a aproximação entre as DCNs de 2014 e referenciais internacionais como o CanMEDS amplia o horizonte da formação médica, mas também explicita diferenças de contexto que impedem transposições acríticas. Do mesmo modo, a Figura 1 demonstra que fundamentos pedagógicos, metodologias ativas, competências e desafios estruturais não constituem dimensões isoladas, mas elementos interdependentes de um mesmo processo formativo. Assim, qualquer análise da educação médica contemporânea que privilegie apenas inovação curricular ou apenas desempenho avaliativo tende a ser insuficiente para apreender a complexidade do campo (BRASIL, 2014; FRANK JR, et al., 2015).

Quadro 1 - Comparação entre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 e o framework CanMEDS 2015

Dimensão	DCNs 2014 (Brasil)	CanMEDS 2015 (Canadá)	Convergências e Particularidades
Referencial	Fundamentadas na integralidade do cuidado, vínculo com o SUS, e formação generalista, humanista e crítica.	Baseado em sete papéis profissionais do médico: especialista, comunicador, colaborador, líder, defensor da saúde, acadêmico e profissional.	Ambos valorizam abordagem centrada no paciente e visão ampliada do cuidado.
Estrutura Curricular	Organizada em três grandes áreas de competência: Atenção, Gestão e Educação em Saúde.	Estruturada em competências interdependentes que integram prática clínica, pesquisa e liderança.	DCNs têm foco no contexto social e sanitário; CanMEDS prioriza papéis profissionais globais.
Metodologias Educacionais	Incentivam metodologias ativas, integração ensino-serviço e avaliação formativa.	Propõem aprendizagem experiencial, feedback contínuo e portfólios reflexivos.	Ambas enfatizam aprendizagem centrada no estudante e prática reflexiva.
Competências Técnicas e Éticas	Destacam ética, empatia, comunicação e trabalho em equipe, associadas à responsabilidade social e à defesa da vida.	Integram profissionalismo, empatia, comunicação e responsabilidade ética ao exercício profissional.	Enfatizam competências socioemocionais e humanísticas como pilares da prática médica.
Gestão e Liderança	Incluem a gestão de serviços e a participação na equipe multiprofissional e comunitária.	Valoriza liderança colaborativa, advocacia em saúde e gestão de sistemas.	Convergência na formação de médicos líderes e transformadores sociais.
Avaliação de Competências	Recomenda avaliação contínua, formativa e contextualizada, com integração ensino-serviço.	Utiliza métodos multimodais (portfólios, OSCE, feedback 360°).	DCNs reforçam vínculo comunitário; CanMEDS prioriza padronização avaliativa.

Fonte: Silva MPR e Shimocomaqui GB, 2026.

Figura 1 - Relação conceitual entre as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, perspectivas pedagógicas, metodologias ativas e competências do século XXI.



Fonte: Silva MPR e Shimocomaqui GB, 2026.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada evidencia que a educação médica pós-DCNs de 2014 se configura menos como uma transição paradigmática consolidada e mais como um processo em curso, marcado por avanços normativos e limitações estruturais persistentes. Embora as diretrizes tenham impulsionado a adoção de currículos orientados por competências, metodologias ativas e maior integração com o Sistema Único de Saúde, sua implementação ocorre de forma desigual e frequentemente incompleta, revelando tensões entre o modelo proposto e as condições reais de formação. Nesse contexto, desafios como desigualdades regionais, expansão desordenada de cursos, fragilidades na formação pedagógica docente e limitações na avaliação de competências complexas indicam que a transformação da educação médica não depende apenas de mudanças curriculares, mas de enfrentamento de determinantes institucionais e estruturais. Conclui-se que a consolidação de um modelo formativo alinhado às demandas contemporâneas exige não apenas inovação pedagógica, mas políticas sustentáveis de qualificação docente, fortalecimento da articulação com o SUS e redução das assimetrias no sistema educacional, sob risco de que as mudanças permaneçam predominantemente formais e não produzam impacto efetivo na formação médica.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE BB. The dark side of private medical education in Brazil. Frontiers in Medicine, 2025; 12: 1504794-1504794.
2. ANTUNES DOS SANTOS R, NUNES MPT. Medical education in Brazil. Medical Teacher, 2019; 41(10): 1106-1111.
3. AULAKH J, et al. Self-directed learning versus traditional didactic learning in undergraduate medical education: a systematic review and meta-analysis. BMC Medical Education, 2025; 25(1): 70-70.
4. AVENA KM, et al. Lessons learned from the expansion of medical schools in Brazil: a review of challenges and opportunities. Frontiers in Education, 2025; 9: 1494445-1494445.
5. BENNETT EE, HIGGENS TL. Systems that teach: medical education and the future healthcare workforce. New Horizons in Adult Education and Human Resource Development, 2016; 28(2): 40-49.
6. BORKAN JM, et al. Health systems science education: the new post-Flexner professionalism for the 21st century. Medical Teacher, 2021; 43(9): 1054-1061.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2014; Seção 1: 8-11.
8. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 536/2025: Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/agosto-de-2025/pces536_25.pdf
9. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria MEC nº 330, de 23 de abril de 2025. Institui o Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica – Enamed. Diário Oficial da União, 2025; Seção 1: 61-61.
10. BUJA LM. Medical education today: all that glitters is not gold. BMC Medical Education, 2019; 19(1): 1535-1539.
11. CAR J, et al. The Digital Health Competencies in Medical Education framework: an international consensus statement based on a Delphi study. JAMA Network Open, 2025; 8(1): e2453131-e2453131.
12. CARDOZO MFI, et al. Mapping the learning styles of medical students in Brazil. BMC Medical Education, 2024; 24(1): 47-47.
13. CASTILLO EG, et al. Reconsidering systems-based practice: advancing structural competency, health equity, and social responsibility in graduate medical education. Academic Medicine, 2020; 95(12): 1817-1822.
14. CHAN SCC, et al. Implementation of virtual OSCE in health professions education: a systematic review. Medical Education, 2023; 57(9): 833-843.
15. CORDEIRO HP, et al. Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais da Medicina e seus desafios. Revista Cadernos Pedagógicos, 2025; 22(1): e13792-e13792.
16. DUDIKOVA L. Tendencies of future doctors' ethical competence formation at medical universities in Europe and the USA. Comparative Professional Pedagogy, 2017; 7(4): 82-88.
17. ENGBERS R, et al. Implementing medical teaching policy in university hospitals. Advances in Health Sciences Education, 2017; 22(4): 985-1009.
18. FRANK JR, SNELL L, SHERBINO J. CanMEDS 2015 physician competency framework. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Ottawa, 2015; p1-30.
19. GORDON M, et al. A scoping review of artificial intelligence in medical education: BEME Guide No. 84. Medical Teacher, 2024; 46(4): 446-470.
20. GUIMARÃES RA, et al. Trend and spatial clustering of medical education in Brazil: an ecological study of time series from 2010 to 2021. BMC Health Services Research, 2023; 23(1): 1-12.
21. HAN ER, et al. Medical education trends for future physicians in the era of advanced technology and artificial intelligence: an integrative review. BMC Medical Education, 2019; 19(1): 460-460.
22. KNOWLES MS, HOLTON EF, SWANSON RA, ROBINSON PA. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 9 ed. Routledge: London, 2020; p1-400.
23. LAWES-WICKWAR S, et al. Digital undergraduate medical education and patient and carer involvement: a rapid systematic review of current practice. BMC Medical Education, 2023; 23(1): 335-335.

24. LEE JWY, TAN JY, BELLO F. Technology Acceptance Model in medical education: systematic review. JMIR Medical Education, 2025; 11: e67873-e67873.
25. LEWIS KO, POPOV V, FATIMA SS. From static web to metaverse: reinventing medical education in the post-pandemic era. Annals of Medicine, 2024; 56(1): 2305694-2305694.
26. MACHADO C, OLIVEIRA JM, MALVEZZI E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2021; 25: e200358-e200358.
27. MACHADO CDB, WUO A, HEINZLE M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. Revista Brasileira de Educação Médica, 2018; 42(4): 66-73.
28. MACFARLANE MM. A critical analysis of The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada examination experience. Canadian Medical Education Journal, 2025; 16(2): 79-90.
29. MAHAN JD, CLINCHOT D. Why medical education is being (inexorably) re-imagined and re-designed. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 2014; 44(6): 137-140.
30. MESKO B, GYŐRFFY Z. The rise of the empowered physician in the digital health era: viewpoint. Journal of Medical Internet Research, 2019; 21(3): e12490-e12490.
31. MOEN J, SHUCK C. Medical educator teaching habits: origins, decisions, and strategies—a phenomenological inquiry (METHODS-PI). Discover Education, 2024; 3(1): 1-12.
32. MOREIRA ASS, et al. Reflexões acerca do Ensino de Pediatria no Século XXI: o Cenário Brasileiro. Revista Brasileira de Educação Médica, 2015; 39(3): 339-343.
33. PEREIRA NETO FE. Desempenho dos cursos de medicina no ENADE: análise das diferenças institucionais. Revista Instrumentos, Modelos e Políticas em Avaliação Educacional, 2025; 6: e025034-e025034.
34. ROCHA VXM, et al. Mudanças das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina do Brasil – perspectivas e críticas frente ao contexto atual. Revista Ciência & Saúde CEUMA, 2025; 3(1): 1-18.
35. TEMPSKI P, et al. Accreditation of medical education in Brazil: an evaluation of seventy-six medical schools. BMC Medical Education, 2024; 24(1): 656-656.
36. TRULLÀS JC, et al. Effectiveness of problem-based learning methodology in undergraduate medical education: a scoping review. BMC Medical Education, 2022; 22(1): 104-104.
37. YOON HB, MYUNG SJ. The impact and implications of the Flexner report on medical education in Korea. Journal of Korean Medical Science, 2024; 39(22): e182-e182.
38. ZHANG SL, et al. Which novel teaching strategy is most recommended in medical education? A systematic review and network meta-analysis. BMC Medical Education, 2024; 24(1): 1342-1342.
39. ZHANG W, et al. Comparing the effects of team-based and problem-based learning strategies in medical education: a systematic review. BMC Medical Education, 2024; 24: 172-172.