

Decolonizando a formação médica: análise das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014

Decolonizing medical education: an analysis of the 2014 National Curriculum Guidelines

Lucas Vieira¹ 

lucas.vieira@universo.univates.br

Inauã Weirich Ribeiro² 

iwribeiro@univates.br

Etyany Lays Mariano da Costa¹ 

etyany.costa@aluno.fpp.edu.br

Ana Caroline de Moraes Oliveira¹ 

ana.caroline@aluno.fpp.edu.br

Leide da Conceição Sanches¹ 

leide.sanches@professor.fpp.edu.br

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014 para os cursos de Medicina representam a normatização na formação dos profissionais no Brasil. O documento prevê uma nova perspectiva na formação médica que alinhe os aspectos biológicos e determinantes sociais da saúde, juntamente com o processo de ensino.

Objetivo: Este estudo propõe uma análise crítica das diretrizes sob a perspectiva da teoria decolonial, conforme discutida por autores como Quijano, Mignolo e Santos.

Método: Trata-se de uma análise documental crítica das DCN de 2014 para os cursos de Medicina, na perspectiva da teoria decolonial. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa e interpretativa.

Resultado: Nessa análise, demonstra-se que, apesar das intenções de promover diversidade e inclusão, as DCN ainda necessitam ampliar o olhar, que vai para além da hegemonia de saberes eurocêtricos, o que possibilita trabalhar com epistemologias alternativas.

Conclusão: Assim, a decolonização do currículo médico visa transformar a formação dos profissionais de saúde, capacitando-os para atuar de maneira crítica e ética em uma sociedade marcada pela diversidade cultural. Por fim, o estudo conclui que, embora as DCN representem um progresso, necessitam de uma reformulação que entenda a realidade local e que não se fundamente em critérios eurocêtricos pautados em estruturas de poder que perpetuam a exclusão e a desigualdade na formação dos médicos.

Palavras-chave: Diretrizes Curriculares Nacionais, Educação Médica, Educação Decolonial.

ABSTRACT

Introduction: The 2014 National Curriculum Guidelines (NCG) for medical courses regulate medical education in Brazil and introduce a perspective that integrates the biological aspects and social determinants of health into the teaching process.

Objective: This study aimed to critically analyze the NCG from the perspective of decolonial theory, as discussed by Quijano, Mignolo, and Santos.

Method: A critical documentary analysis, conducted using a qualitative and interpretative approach, examined the 2014 NCG for medical courses from a decolonial theory perspective.

Results: Although the NCG seeks to promote diversity and inclusion, it remains limited by a predominantly Eurocentric epistemological knowledge and may allow alternative epistemologies.

Conclusion: The decolonization of medical education aims to transform the education of health professionals, enabling them to engage critically and ethically within a society marked by cultural diversity. While the NCG represents a relevant progress, a comprehensive revision is needed to reflect local realities and reduce the dependence on Eurocentric knowledge rooted in power structures that perpetuate exclusion and inequality in medical education.

Keywords: National Curriculum Guidelines; Medical Education; Decolonial Education.

¹ Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Ensino da Universidade do Vale do Taquari, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil.

Editora-chefe: Rosiane Viana Zuza Diniz.

Editor associado: Mauricio Peixoto.

Recebido em 11/03/25; Aceito em 11/06/25.

Avaliado pelo processo de double blind review.

INTRODUÇÃO

A formação médica no Brasil, orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014¹, caracteriza-se por uma orientação eurocêntrica, a partir de diretrizes oriundas de países europeus que não evidenciam a realidade brasileira, profundamente marcada pela diversidade cultural. Nesse sentido, interpõe-se a necessidade de realizar uma análise crítica problematizada com a teoria decolonial. Afinal, as diretrizes moldam a base da educação dos futuros médicos no país e, ao se ligarem a uma tradição pedagógica que, embora renovada, ainda tem muitas marcas da colonialidade, constroem um efetivo desalinhado às demandas socioculturais. Esclarece-se que o conceito de colonialidade vai para além do que se entende por colonialismo histórico, abrangendo as formas contemporâneas de dominação epistemológica, ontológica e psicológica, e perpassa o compêndio estrutural das práticas educacionais, inclusive no campo da medicina.

Para conduzirmos a problematização da formação médica no Brasil a partir das DCN¹ de 2014 para os cursos de Medicina, utilizamos, como já citado, a teoria decolonial, partindo de uma abordagem qualitativa, baseada em uma revisão bibliográfica e documental. O processo de rastreamento e seleção dos autores decoloniais foi resultado das leituras realizadas no decorrer do estudo, ancorando-se nas diretrizes metodológicas propostas por Gil². É reconhecido que uma abordagem dessa natureza permite uma investigação dos textos normativos, literários e teóricos a partir do conjunto epistemológico da análise decolonial.

Buscou-se complementar a análise por uma discussão sobre as implicações pedagógicas e estruturais das diretrizes, com o objetivo de propor caminhos para a construção de um currículo médico que valorize a diversidade epistemológica e contribua para a decolonização do conhecimento no campo da saúde. Para tanto, este estudo se apoiou em uma abordagem interdisciplinar entre a educação, a saúde e os estudos decoloniais, visando a uma compreensão ampla e crítica das práticas de ensino de medicina.

MÉTODO

O primeiro procedimento consistiu em uma revisão da literatura, que abrangeu tanto as obras fundamentais da teoria decolonial, como os escritos de Quijano³, Mignolo⁴, Walsh et al.⁵ e outros quanto às contribuições específicas para o campo da educação médica e dos currículos em geral. O levantamento bibliográfico tem como objetivo promover a compreensão de como a colonialidade se manifesta nas práticas educativas e como ela pode ser contestada e ressignificada a partir de uma perspectiva decolonial.

Em um segundo procedimento, realizou-se análise documental das DCN de 2014¹. A análise teve como objetivo

identificar elementos que são incorporados e perpetuados nas diretrizes curriculares para problematizar o direcionamento das práticas e dos valores que sustentam a colonialidade do poder, do saber e do ser no contexto da educação médica.

A análise dos dados foi feita por meio de uma interpretação crítica guiada pelos conceitos de colonialidade e decolonialidade, conforme discutidos por Quijano³, Mignolo⁴ e Walsh et al.⁵. A interpretação se dá em três etapas principais: 1. identificação de elementos presentes na diretriz curricular, 2. problematização à luz da teoria decolonial das práticas de ensino de medicina no âmbito da graduação e 3. proposição de alternativas curriculares que promovam uma educação médica inclusiva e plural, alinhada com os princípios de uma pedagogia decolonial.

DISCUSSÃO

Instrumental teórico-metodológico decolonial

A colonialidade, conforme discutida por Quijano³ e Mignolo⁴, estende-se não apenas às relações de poder explícitas, mas também às sutis imposições culturais e epistemológicas que governam o que se considera conhecimento válido. No contexto da formação médica, a imposição se manifesta na centralidade dos saberes eurocêntricos e na marginalização das epistemologias originárias, africanas e populares, que, embora amplas em potencial, raramente são reconhecidas ou valorizadas no currículo oficial. Assim, o currículo médico do Brasil tende a seguir reproduzindo práticas que podem ser entendidas como uma extensão do projeto colonial que, sob a roupagem moderna, continua a perpetuar a supremacia de um conhecimento hegemônico que desvaloriza ou não reconhece outras formas de saber.

Da mesma forma, Mometti et al.⁶ esclarecem que a colonialidade permeia os currículos formativos promovendo um processo de colonização, que, outrora somente geográfico e político, agora se manifesta no campo do conhecimento e da subjetividade. É preciso reconhecer, portanto, que esses são fatores condicionantes na interpretação das DCN¹ por parte de médicos que atuam no ensino de medicina, pois, entendido dessa forma, em vez de o documento produzir mudanças efetivas nas práticas de ensino de medicina, a racionalidade colonial acaba por reproduzir um sistema educacional que, em vez de promover a diversidade e a inclusão, tal como afirmado nas DCN¹, reforça a hierarquia de saberes e a exclusão epistemológica.

Portanto, quando considerada a teoria decolonial como uma forma de se conduzir a análise crítica para problematizar as práticas de ensino médico no Brasil, é preciso explorar as implicações pedagógicas e estruturais acerca do currículo no contexto médico formativo. Para Walsh et al.⁵, a decolonialidade

não se limita a uma crítica, mas propõe a abertura para novas perspectivas que desafiam a racionalidade ocidental dominante. Assim, este trabalho pretende problematizar a racionalidade das práticas de ensino de medicina a partir de um elogio às diretrizes em sua forma atual e se possível indicar algumas alternativas que possibilitem uma formação mais plural e emancipadora, que reconheça e valorize a multiplicidade de epistemologias presentes no Brasil.

Finalmente, a análise proposta pretende problematizar a colonialidade que subjaz nas práticas de ensino médico, apontando como a interpretação colonizada das DCN de 2014¹ pode, conscientemente ou não, reforçar a exclusão e subjugação. Nesse sentido, a teoria decolonial é o instrumental teórico que conduz à investigação e que promove um elogio que desafia as estruturas estabelecidas para construir uma problematização das práticas de ensino médico que estejam em sintonia com as necessidades e realidades do país, especialmente no que tange à saúde pública.

Crítica decolonial das DCN para o curso de graduação em Medicina 2014

Inicialmente verificamos que artigo 3º da Resolução CNE/CES nº 3 estabelece que o graduado em Medicina deve atuar com “responsabilidade social” e “compromisso com a defesa da cidadania”, e, ao mesmo tempo, reforça que essa atuação se dá pela determinação social do processo saúde-doença.

*Art. 3º O graduado em Medicina **terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética**, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, **nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano** e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, **a determinação social** do processo de saúde e doença¹ (grifos nossos).*

Como se observa no artigo 3º, as DCN¹ reconhecem a diversidade biológica, étnica e de gênero como fundamental para a formação médica. No entanto, é preciso questionar até que ponto essa valorização da diversidade ultrapassa o plano discursivo para efetivamente confrontar as estruturas de poder que perpetuam desigualdades na prática médica. Nesse sentido, alinhamo-nos ao conceito de colonialidade do poder proposto por Quijano³, que esclarece que a colonialidade não é apenas uma questão de dominação política ou econômica, mas de controle sobre o conhecimento e as subjetividades.

Um exemplo para essa problematização pode ser encontrado na seção I do artigo 5º, que trata da atenção à saúde.

*Art. 5º Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais **aspectos que compõem o espectro da diversidade humana** que singularizam cada pessoa ou cada grupo social¹ (grifo nosso).*

Embora as diretrizes proponham a integralidade e a humanização do cuidado, oferecendo uma visão interdisciplinar do cuidado médico, elas não garantem a problematização das hierarquias de conhecimento que persistem no campo da medicina. Como esclarecem Sathler et al.⁷, em seu relato de experiência sobre práticas decoloniais em saúde, a ciência médica ainda opera sob uma lógica eurocêntrica, em que conhecimentos tradicionais, como os saberes indígenas e afro-brasileiros, são frequentemente marginalizados em detrimento do conhecimento biomédico “cientificamente” validado. Trata-se de um processo de exclusão que parte de uma das formas mais sutis da colonialidade do saber, em que a prática médica perpetua a invisibilização de outras epistemologias, mesmo ao adotar um discurso de inclusão e diversidade, tal como se observa no inciso X do artigo 5º que afirma “X – Promoção da equidade no cuidado adequado e eficiente das pessoas com deficiência, compreendendo os diferentes modos de adoecer, nas suas especificidades”¹.

A ideia de equidade no cuidado entrelaça-se com a crítica decolonial, pois enfatiza a necessidade de tratar as desigualdades com equidade e respeitar a vulnerabilidade dos grupos sociais. No entanto, como Mignolo⁴ sugere, a equidade, quando não acompanhada de uma verdadeira decolonização do saber e das práticas, pode se transformar em um discurso vazio que mantém a hegemonia de um conhecimento considerado superior. Portanto, aqui seria preciso discutir a promoção da equidade no cuidado para as DCN¹ se beneficiarem de uma maior integração das epistemologias do Sul Global, conforme defendido por Santos et al.⁸, para que as práticas de saúde valorizem, de fato, os saberes tradicionais em conjunto com os conhecimentos científicos modernos.

Assim, para responder às atuais exigências coloniais globais e capitalistas, o currículo escolar é concebido como resultado de um saber originado localmente na Europa, cuja visão de mundo específica é transformada em algo universal⁹. Especificamente na medicina, percebe-se um movimento, iniciado em 2002, com a justificativa de repensar o currículo médico influenciado por mudanças e saberes norte-americanos, canadenses e europeus.

O principal objetivo do programa [em relação ao PROMED] é adequar a formação dos médicos à

realidade do atual sistema de saúde brasileiro, já que o currículo das escolas de Medicina praticamente não sofreu alterações nos últimos 30 anos. Escolas médicas em países da Europa, Canadá e Estados Unidos atravessam esse processo de mudança¹⁰ (grifo nosso).

Esse fenômeno ocorre por meio do que Santos et al.⁸ denominam “epistemicídio”, ou seja, “a eliminação dos saberes locais promovida por um saber estrangeiro”(p.208). Tal modelo educacional pressupõe

[...] uma violenta assepsia epistêmica e cultural da sociedade. O outro é instituído enquanto o antitemodelo que não possui as condições de ser, de produzir e de viver civilizadamente sem a ajuda (favor) daquele que é. O outro vive a condição de empréstimo, ao não ser e não ter, somente cabendo-lhe reconhecer-se como o não ser e obedecer àquele que é¹¹ (p.206).

Esses tensionamentos entre o discurso de inclusão e a prática institucional confluem com a relevância da teoria decolonial para a análise das DCN¹. A valorização da diversidade humana, como enfatizada por Santos¹², é um passo importante, porém é essencial que essa diversidade seja mais do que um princípio abstrato. Ela precisa que se materializem ações concretas que questionem as hierarquias epistêmicas, cujas bases estruturam o campo da saúde e legitimam certos tipos de saberes e práticas em detrimento de outros.

Já na análise da seção II das DCN¹, voltada para a gestão em saúde, o que vem à tona é a importância da formação do médico como um agente não apenas clínico, mas também gestor dentro do sistema de saúde. Afirma o artigo 6º:

Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem estar da comunidade¹.

A leitura do artigo 6º possibilita enfatizar que a formação médica deve capacitar os profissionais para que possam compreender os princípios, as diretrizes e as políticas de saúde, e atuar sobre eles, participando ativamente na promoção do bem-estar comunitário. A visão ampliada do papel do médico requer uma educação que vá além da prática clínica tradicional, integrando aspectos de gestão, liderança e comunicação. Afirma o inciso I sobre a gestão do cuidado:

I – Gestão do Cuidado, com o uso de saberes e dispositivos de todas as densidades tecnológicas, de modo a promover a organização dos sistemas integrados de saúde para a formulação e desenvolvimento de Planos Terapêuticos individuais e coletivos¹.

O inciso I coloca em evidência a necessidade de os médicos utilizarem saberes e dispositivos tecnológicos variados para organizar sistemas integrados de saúde e desenvolver planos terapêuticos tanto individuais quanto coletivos. Essa abordagem encontra eco no trabalho de Franco et al.¹³, no qual é discutida a centralidade das competências técnicas, mas sem esquecer a importância da relação médico-paciente e do trabalho multiprofissional. A prática médica, segundo as DCN¹, deve ser orientada não apenas pela excelência técnica, mas também pelo compromisso com a vida e a saúde integral dos pacientes, considerando suas particularidades sociais e culturais.

No que tange à valorização da vida, no inciso II é defendido o seguinte:

II – Valorização da Vida, com a abordagem dos problemas de saúde recorrentes na atenção básica, na urgência e na emergência, na promoção da saúde e na prevenção de riscos e danos, visando à melhoria dos indicadores de qualidade de vida, de morbidade e de mortalidade, por um profissional médico generalista, propositivo e resolutivo¹.

Percebe-se que o texto das DCN¹ propõe que o médico generalista deve ser resolutivo e propositivo, capaz de lidar com as complexidades da atenção básica e emergencial, sempre com foco na melhoria dos indicadores de qualidade de vida. Isso ressoa com as críticas feitas por Franco et al.¹³: a formação médica precisa ser eficaz não só tecnicamente, mas também socialmente responsável. Isso significa ser capaz de tomar decisões informadas, baseadas em evidências científicas e na escuta ativa das comunidades, o que está alinhado com a crítica de que a formação médica muitas vezes se prende a um modelo tecnicista, negligenciando a complexidade social dos cuidados em saúde.

Já em relação à comunicação, o artigo 6º afirma que é preciso incorporar, “sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados”¹. Em consonância com as DCN¹, Franco et al.¹³ defendem que a integração das TIC é fundamental para o exercício da medicina no contexto contemporâneo. Isso se articula com sua adoção para facilitar a interação entre profissionais de saúde e pacientes, algo visto como uma necessidade imperativa na formação do médico moderno. No entanto, é importante que essa comunicação tecnológica seja mediada por habilidades interpessoais e uma compreensão profunda das necessidades dos pacientes¹³.

Para que seja possível facilitar a interação por meio das TIC, o papel das lideranças em saúde também se apresenta como uma necessidade para as DCN¹.

V – Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade¹ (grifos nossos).

O exercício horizontal da liderança baseada na interação e participação comunitária, conforme estipulado pelas DCN, reflete uma mudança necessária na formação médica. Para Franco et al.¹³, a formação por competências deve contemplar habilidades de liderança, gerenciamento e trabalho em equipe, que são essenciais para o médico que atua em um sistema de saúde cada vez mais complexo e interconectado.

É importante destacar a definição de “competência” no parágrafo único do artigo 8º como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma positiva em diferentes contextos, ou seja, parte de uma formação que não seja apenas técnica, mas também integrada e contextualizada¹. Isso está de acordo com a perspectiva defendida por Franco et al.¹³, que criticam a formação tradicionalmente tecnicista, indicando que ela não prepara adequadamente o profissional para lidar com as complexidades sociais e culturais presentes no ambiente de trabalho.

Na área de competência de atenção à saúde, especificamente na identificação de necessidades de saúde e desenvolvimento de planos terapêuticos, a exigência de que o médico considere fatores psicológicos, culturais e contextuais, como a história de vida e práticas culturais, reflete uma visão abrangente da saúde. Franco et al.¹³ salientam que a prática médica deve incorporar o entendimento das particularidades de cada paciente, evitando uma abordagem universalista e insensível às diversidades para a criação de vínculos com os pacientes e para a promoção de autonomia no cuidado, como enfatizado no artigo 12.

No entanto, a exigência de que a entrevista clínica seja realizada de maneira que considere aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais, incluindo práticas de cura de matriz afro-indígena-brasileira, traz a importância da perspectiva decolonial no ensino médico, que reconheça e valorize os saberes tradicionais e populares. Isso ocorre porque o monopólio de saberes se encaminhou para a colonização epistêmica, que persiste na hegemonia da ciência moderna. Isso desafia sobremaneira as diferentes formas de pensar para uma interação com a ciência moderna, em busca de resgatar saberes e práticas de grupos sociais, subjugados pelo colonialismo e capitalismo^{8,14}.

A perspectiva crítica da medicina ocidental, que muitas vezes desvaloriza esses conhecimentos, é discutida por Franco et al.¹³, que destacam a importância de uma formação que

permita ao médico integrar diferentes formas de conhecimento na prática clínica.

Ainda, a seção III sobre educação em saúde discute a corresponsabilidade do graduando em sua formação contínua e na formação das futuras gerações, reforçando a importância da autonomia intelectual e da responsabilidade social na prática médica. A educação médica, segundo Santos¹², deve preparar o estudante para aprender, promovendo a curiosidade científica e o pensamento crítico desde os primeiros anos de formação. O aprendizado autônomo e interprofissional é parte daquilo que o médico deve desenvolver para acompanhar as inovações da medicina, mas também para que contribua ativamente para as práticas de saúde.

A formulação de hipóteses diagnósticas e a promoção de investigações diagnósticas, como abordadas no artigo 13, destacam a necessidade de uma prática médica baseada em evidências científicas, mas que não negligencie o contexto social e cultural do paciente. Conforme o inciso b do artigo 13: “b) discussão do plano, suas implicações e o prognóstico, segundo as melhores *evidências científicas*, as *práticas culturais de cuidado* e cura da pessoa sob seus cuidados e as necessidades individuais e coletivas”¹ (grifos nossos).

Concordamos com Franco et al.¹³ que evidenciam que a prática médica precisa ser informada pela análise crítica das evidências, considerando sempre as particularidades do paciente e a realidade local.

Já a análise da subseção II das DCN¹, que aborda a atenção às necessidades de saúde coletiva, revela que a bioética, segundo Oliveira¹⁵, é um fator importante na elaboração das diretrizes, como um campo de estudo e como um eixo integrador que permeia toda a formação médica. Conforme o autor: “a bioética está legitimada nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Resta ao aparelho formador garantir que a bioética se consolide na academia”¹⁵(p.308).

A ênfase na investigação de problemas de saúde coletiva, conforme descrita nos artigos 14 e 15 das DCN¹, é parte da necessidade de se entender que a ética precisa considerar as dimensões sociais, culturais e econômicas dos grupos populacionais.

I – acesso e utilização de dados secundários ou informações que incluam o contexto político, cultural, discriminações institucionais, socioeconômico, ambiental e das relações, movimentos e valores de populações, em seu território, visando ampliar a explicação de causas, efeitos e baseado na determinação social no processo saúde-doença, assim como seu enfrentamento¹ (grifo nosso).

O reconhecimento de contextos de vulnerabilidade e a articulação entre dados epidemiológicos e as condições de vida das comunidades são fundamentais para a promoção

da saúde integral e equitativa, como sugere Oliveira¹⁵. Isso reforça a relevância social da ação acadêmica na formação médica, solidificando a bioética como um movimento para a transformação social e a promoção da cidadania no âmbito da saúde coletiva.

O papel do médico como gestor e participante ativo na construção de projetos de intervenção em saúde coletiva, como delineado no artigo 15, é uma expressão direta da aplicação prática dos valores bioéticos. A participação na formulação de diagnósticos de saúde coletiva e na implementação de planos de intervenção exige um compromisso ético, que Oliveira¹⁵ descreve como essencial, para que a prática médica vá além da técnica e abrace a responsabilidade social. A formação do médico, portanto, deve capacitar o profissional a atuar de maneira ética, promovendo o bem-estar das comunidades e respeitando as diversidades e singularidades de cada grupo social.

Isso reforça a ideia de que a integração da bioética nas DCN¹ não é apenas uma recomendação teórica, mas também uma necessidade prática para garantir que os profissionais de saúde formados no Brasil estejam preparados para enfrentar os desafios do sistema de saúde com uma visão crítica.

A análise da seção III trata da área de competência de educação em saúde e aborda três ações-chave: identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva, promoção da construção e socialização do conhecimento, e promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos. Trata-se de ações centrais para a formação de profissionais de saúde que dominem o conhecimento técnico-científico, além de serem capazes de atuar reflexivamente no sistema de saúde. Conforme Kussakawa et al.¹⁶, as reformas curriculares, como as estabelecidas pelas DCN¹, são “territórios em disputa”, moldados por forças diversas que incluem dimensões políticas, econômicas, culturais e tecnológicas.

A ação-chave de identificação de necessidades de aprendizagem individual e coletiva, conforme o artigo 20 das DCN¹, faz parte do entendimento que existe em torno da importância do processo educacional, que se adapta às necessidades dos indivíduos e grupos sociais. Uma perspectiva dialógica crítica semelhante à de Kussakawa et al.¹⁶, no que diz respeito à rigidez das estruturas curriculares anteriores, observa a transição para um modelo mais flexível e responsivo às necessidades contextuais dos estudantes e da sociedade.

Além disso, a promoção da construção e socialização do conhecimento, conforme estabelecido no artigo 21, enfatiza uma postura aberta e interativa no processo educativo, em que a construção do conhecimento é um esforço coletivo, algo que se alinha com o que os autores descrevem como a “metodologia de ‘aprendizagem pelo trabalho’”¹⁶. Essa postura valoriza a prática sobre a teoria, promovendo uma

integração entre os diferentes saberes e práticas em um contexto de trabalho real.

Ainda, a promoção do pensamento científico e crítico e apoio à produção de novos conhecimentos, conforme o artigo 22, é parte central para o desenvolvimento da prática médica que seja inovadora, que, conforme Kussakawa et al.¹⁶, aborda algo que encaminha para a capacitação do profissional para lidar com as complexidades e incertezas do processo saúde-doença em diferentes contextos sociais.

Kussakawa et al.¹⁶ afirmam que a prática deve ser entendida como uma parte essencial do processo educativo, onde o aprendizado ocorre de forma integrada e contextualizada, promovendo a autonomia e o pensamento crítico. Isso demonstra a necessidade de a educação médica não se limitar à transmissão de conhecimento teórico, mas também promover a aplicação prática e a reflexão crítica como parte integrante da formação do médico.

Por último, o capítulo III das DCN¹ estabelece as bases para a organização curricular e o projeto pedagógico desses cursos, com o objetivo de formar profissionais para atuar de forma integral e competente no sistema de saúde brasileiro, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Os artigos 23 a 41 delineiam as orientações fundamentais para o desenvolvimento de um currículo que aborde a complexidade do processo saúde-doença, integrando conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos. O artigo 23, por exemplo, destaca a importância de um currículo que contemple tanto as bases biológicas quanto os determinantes sociais da saúde.

A introdução de temas transversais no currículo, como direitos humanos, educação ambiental e a história da cultura afro-brasileira e indígena, conforme o artigo 23, inciso VII, faz parte de um esforço de integrar uma perspectiva mais ampla e inclusiva na formação médica. Na prática, isso se ajusta com as demandas contemporâneas por uma educação médica que forma algo além de técnicos competentes, profissionais conscientes de seu papel social. Kussakawa et al.¹⁶ destacam que a incorporação de temas transversais no currículo é essencial para a formação de médicos capazes de entender e atuar nos contextos sociais e culturais variados em que exercem suas atividades.

O estágio curricular obrigatório, abordado no artigo 24, reforça a importância da formação em serviço, especialmente no âmbito do SUS. A exigência de que 30% da carga horária do internato seja dedicada à atenção básica e aos serviços de urgência e emergência do SUS aponta a necessidade de formar médicos que compreendam as realidades do sistema de saúde público brasileiro e se engajem nelas. A imersão prática no SUS durante a formação médica é uma estratégia para garantir que os egressos estejam técnica e socialmente preparados para as demandas da saúde pública no país.

O artigo 26 define o projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e reforça a pedagogia ativa e reflexiva. Nesse sentido, Libâneo¹⁷ esclarece que a ênfase no “fazer” e no “aprender fazendo” acaba por subordinar o domínio dos conceitos ao foco nas competências operacionais, contribuindo pouco para o desenvolvimento das capacidades reflexivas e da autonomia intelectual dos alunos.

Torna-se válido destacar que, especificamente quanto à abrangência da influência do movimento da Escola Nova e suas metodologias na área médica, ainda há poucos estudos que realmente realizam problematização com crítica. Nesse sentido, Libâneo¹⁷ elucida que Dewey influenciou Paulo Freire na formulação de sua proposta de educação conscientizadora, caracterizada por um enfoque dialógico e participativo, promovendo a problematização da realidade e a intervenção em sua transformação^{18,19}. Isso o posiciona como um dos principais incentivadores das metodologias ativas, como é o caso da metodologia da problematização^{20,21}. Conforme, Libâneo¹⁷,

Para uma discussão produtiva sobre as metodologias ativas é preciso começar com a pergunta “para que servem as escolas”. Ou seja, é preciso começar com a formulação/proposição de finalidades educativas, o que significa dizer que por detrás da questão das metodologias de ensino estão pressupostos político-ideológicos e pedagógico, ou seja, a didática e as metodologias de ensino subordinam-se a finalidades educativas (p.111).

Além disso, o artigo 29 destaca a necessidade de integração e interdisciplinaridade no currículo, abordando as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais. Esse é um ponto importante nas discussões, pois a interdisciplinaridade é essencial para a formação de um profissional de saúde capaz de entender e intervir nas complexas relações que constituem o processo saúde-doença. Uma integração que tende a formar médicos que possam trabalhar de forma colaborativa em equipes multiprofissionais, uma habilidade crucial no contexto atual da saúde.

O artigo 30 trata do acompanhamento e da avaliação das DCN¹, e ressalta a importância de um processo contínuo de monitoramento e ajuste, garantindo que a implementação dessas diretrizes esteja em consonância com as necessidades e realidades do setor saúde. As constantes avaliações e adaptações do currículo são vistas como estratégias para manter a relevância e a eficácia da formação médica, diante das rápidas mudanças sociais e tecnológicas.

Por fim, o artigo 36 institui uma avaliação obrigatória do estudante de Medicina a cada dois anos, aspecto que visa assegurar que a formação esteja alinhada com os objetivos das DCN¹ e que os futuros médicos sejam avaliados não apenas por

seus conhecimentos teóricos, mas também por suas habilidades práticas e atitudes profissionais. A avaliação contínua é vista como uma ferramenta para garantir a qualidade da formação médica e a competência dos egressos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCN de 2014¹ representam um marco na formação dos profissionais médicos no Brasil, ao proporem uma prática distinta das anteriores e considerarem tanto os aspectos biológicos quanto os determinantes sociais da saúde. No entanto, ao longo da análise crítica dessas diretrizes à luz da teoria decolonial, torna-se evidente que, embora as DCN¹ avancem em termos de inclusão e diversidade, elas ainda carregam marcas da colonialidade, manifestadas na centralidade dos saberes eurocêtricos e na marginalização de epistemologias alternativas.

A análise revelou que, apesar das intenções explícitas de promover uma formação médica mais humanista e crítica, as diretrizes ainda operam dentro de um paradigma que perpetua a hegemonia de um conhecimento científico ocidental, muitas vezes em detrimento de saberes tradicionais e populares. Essa constatação carrega a necessidade de uma reformulação do currículo médico, que vá além da inclusão superficial de temas transversais e realmente integre diferentes formas de conhecimento no processo educativo.

As propostas de valorização da diversidade, equidade no cuidado e integração interdisciplinar são avanços importantes, mas, como apontado pelos teóricos decoloniais, essas iniciativas precisam ser acompanhadas de uma verdadeira decolonização do saber e das práticas educativas. Somente assim será possível formar médicos capazes de atuar de maneira efetiva e ética em um contexto social tão diverso e desigual como o brasileiro.

Além disso, a insistência em metodologias ativas e na avaliação contínua dos estudantes, conforme as DCN¹, aponta para uma educação na qual a aquisição de conhecimentos e habilidades permanece limitada à experiência empírica no contexto prático, não favorecendo ao estudante a assimilação de princípios que promovam o desenvolvimento de formas gerais de ação voltadas para o conhecimento teórico e conceitual¹⁷. É necessário que essas metodologias sejam aplicadas de forma a realmente promover a autonomia intelectual e o pensamento crítico dos estudantes, evitando que se tornem meros instrumentos de conformidade aos padrões existentes.

Assim, embora as DCN de 2014¹ representem um passo na direção de uma educação médica de acordo com as exigências contemporâneas, ainda necessitam de reformulações que possibilitem repensar as estruturas de poder e conhecimento que perpetuam a exclusão e a desigualdade.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Lucas Vieira participou da conceituação, investigação, metodologia e administração do projeto, da supervisão, validação e escrita do rascunho original, e da revisão e edição do manuscrito. Inaú Weirich Ribeiro participou da conceituação do projeto, da curadoria de dados, da análise formal, da investigação, da metodologia, da supervisão, da validação e escrita do rascunho original, e da revisão e edição do texto. Etyany Lays Mariano da Costa participou da escrita do rascunho original. Ana Caroline de Moraes Oliveira participou da escrita do rascunho original e da revisão e edição do manuscrito. Leide da Conceição Sanches participou da conceituação, análise formal, investigação, metodologia e administração do projeto, da supervisão e escrita do rascunho original, e da revisão e edição do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declaramos não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

Declaramos não haver financiamento.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados de pesquisa estão disponíveis no corpo do documento.

Research data is available in the body of the document.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução CNE/CES nº3, de 20 de junho de 2014 [acesso em 20 jan 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view.
2. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
3. Quijano A. Colonialidad e modernidad/razionalidad. Revista Perú Indígena. 1992;13(29):11-20.
4. Mignolo W. Desobediências epistêmicas: a opção descolonial e o significado de identidade política. Caderno de Letras da UFF. 2008;(34):287-324.
5. Walsh C, Oliveira LF, Candau, VM. Coloniality and decolonial pedagogy: to think of other education. Education Policy Analysis Archives. 2018;26(83):1-16 doi: <https://doi.org/10.14507/epaa.26.3874>.
6. Mometti C, Bertoti da Cunha F, Canuto dos Reis G. O currículo sob a lente decolonial: múltiplas perspectivas para o ensino médio brasileiro. Revista Espaço do Currículo. 2022;15(2):01-14.
7. Sathler CN, Oliveira EA. Controle social e ensino em saúde: por uma práxis psicológica decolonial. Educação Temática Digital. 2022;24(2):491-503.
8. Santos BS, Menezes MP. Introdução. In: Santos BS, Menezes MP, organizadores. Epistemologias do sul. Coimbra: Edições Almedina; 2009. p. 9-19.
9. Munsberg JAS, et al. Por uma decolonização do currículo escolar na perspectiva da colaboração intercultural. In: E-book VII CONEDU (Conedu em Casa). Campina Grande: Realize; 2021. v. 2, p. 1537-54.
10. Brasil. Resolução-RDC nº 158, de 31 de maio de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [acesso em 6 out 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0158_31_05_2002.html.
11. Silva JF. Sentidos da avaliação da Educação e no Ensino e no Currículo na Educação Básica através dos Estudos Pós-Coloniais Latinoamericanos. Revista Espaço do Currículo. 2015;8(1):49-64.
12. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2007;(78):3-46.
13. Franco CAGS, Cubas MR, Franco, RS. Currículo de medicina e as competências propostas pelas diretrizes curriculares. Rev Bras Educ Med. 2014;38(2):221-30.
14. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Cien Saude Colet. 2013;18(12):3595-604. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>.
15. Oliveira AM. Bioética e as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2010;10(supl 1):s303-s309.
16. Kusakawa DHB, Antonio CA. Os eixos estruturantes das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. Revista Docência do Ensino Superior. 2017;7(1):165-84.
17. Libâneo JC. Metodologias ativas: a quem servem? nos servem? In: Libâneo JC, Rosa SVL, Exalar ADLF, Suanno MVR, organizadores. Didática e formação de professores: embates com as políticas curriculares neoliberais. Goiânia: Cegraf UFG; 2022. p. 38-46 [acesso em 15 out 2024]. Disponível em: https://publica.ciar.ufg.br/ebooks/edipe2_ebook/artigo_10.html.
18. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974.
19. Paiva VP. Paulo Freire e o nacionalismo-desenvolvimentista. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; Fortaleza: Edições UFC; 1980.
20. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. Semina Ciênc. Soc. Hum. 2011;32(1):25-40.
21. Freitas RAMM. Ensino por problemas: uma abordagem para o desenvolvimento do aluno. Educação e Pesquisa. 2012;38(2):403-18.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.