PAPEL DOCENTE NA FORMAÇÃO CRÍTICA DE ESTUDANTES DE MEDICINA PARA UMA PRÁTICA INCLUSIVA: UMA REVISÃO NARRATIVA

MANUELA DE SOUZA CORRÊA[1]
CAROLINA KLUWE HEUSI ERN[2]
ISADORA KRAUS[3]
LUIZA PALUMBO DOS SANTOS[4]
GUILHERME AUGUSTO HILÁRIO LOPES[5]

RESUMO

A formação médica contemporânea demanda profissionais capazes de promover técnica, pensamento crítico, ética e sensibilidade às diversidades sociais e culturais. Nesse contexto, o docente desempenha papel fundamental ao influenciar não apenas a construção do conhecimento científico, mas também o desenvolvimento de valores e comportamentos necessários para uma prática inclusiva e centrada na pessoa. Este estudo teve como objetivo analisar como as práticas pedagógicas e a exemplaridade profissional dos docentes contribuem para a formação crítica, ética e cultural dos estudantes de Medicina. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de abordagem qualitativa, exploratória e bibliográfica. As buscas foram realizadas nas bases PubMed e SciELO, complementadas por obras clássicas e documentos relacionados à educação médica, sendo os estudos organizados em três eixos temáticos: docência médica e metodologias ativas; pensamento crítico e formação ética; e competência cultural, exemplaridade docente e inclusão. Os resultados demonstram que metodologias ativas favorecem a autonomia e o desenvolvimento do pensamento crítico quando associadas à mediação importante do professor. Evidenciou-se ainda que a formação ética depende do estímulo à reflexão e à análise crítica das decisões clínicas. Além disso, competência cultural, exemplaridade docente e currículo oculto mostraram-se fatores essenciais para a construção da identidade profissional e para o desenvolvimento de médicos comprometidos com a equidade, a humanização e o respeito à diversidade. Conclui-se que a formação crítica dos estudantes exige integração entre estratégias pedagógicas, desenvolvimento docente e ambientes educacionais coerentes com os princípios de inclusão e justiça social, fortalecendo uma assistência mais humana, reflexiva e socialmente responsável.

Palavras-chave: educação médica; docência; pensamento crítico; inclusão.

[1] Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). *E-mail*: anuela.correa@unifebe.edu.br
[2] Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). *E-mail*: carolina.ern@unifebe.edu.br
[3] Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). *E-mail*: isadora.kraus@unifebe.edu.br
[4] Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). *E-mail*: luiza.palumbo@unifebe.edu.br
[5] Doutor em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). Docente do Centro Universitário de Brusque (UNIFEBE). E-mail: guilherme.lopes@unifebe.edu.br

TEACHING ROLE IN THE CRITICAL TRAINING OF MEDICAL STUDENTS FOR AN INCLUSIVE PRACTICE: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Contemporary medical education requires professionals who are capable of combining technical competence, critical thinking, ethical judgment, and sensitivity to social and cultural diversity. In this context, educators play a fundamental role by influencing not only the construction of scientific knowledge but also the development of the values and behaviors required for inclusive, person-centered practice. This study aimed to analyze how teaching practices and the professional role-modeling of medical educators contribute to the critical, ethical, and cultural development of medical students. This is a narrative literature review with a qualitative, exploratory, and bibliographic approach. Searches were conducted in the PubMed and SciELO databases and complemented by classic works and documents related to medical education. The selected studies were organized into three thematic areas: medical teaching and active learning methodologies; critical thinking and ethical education; and cultural competence, faculty role-modeling, and inclusion. The findings indicate that active learning methodologies promote autonomy and the development of critical thinking when combined with effective faculty guidance. Ethical education was also shown to depend on encouraging reflection and the critical analysis of clinical decision-making. Furthermore, cultural competence, faculty role-modeling, and the hidden curriculum emerged as essential factors in shaping professional identity and developing physicians who are committed to equity, humanization, and respect for diversity. It is concluded that the critical development of medical students requires the integration of pedagogical strategies, faculty development, and educational environments aligned with the principles of inclusion and social justice, thereby strengthening more humane, reflective, and socially responsible healthcare.

Keywords: *medical education; teaching; critical thinking; inclusion.*

1 INTRODUÇÃO

Na formação médica, a insuficiente valorização da reflexão crítica pode contribuir para a reprodução de práticas de cuidado atravessadas por desigualdades sociais, econômicas e raciais. Quando o ensino privilegia a transmissão de conteúdos técnicos e a aplicação mecanizada de protocolos, corre-se o risco de formar profissionais pouco sensíveis às diferentes realidades vivenciadas pelos pacientes. A formação médica não pode, portanto, ser compreendida como um processo neutro, pois influencia as formas de interpretar o adoecimento, tomar decisões e estabelecer relações de cuidado. Nesse sentido, a articulação entre competência técnico-científica, reflexão crítica, humanização e equidade torna-se fundamental para uma prática médica inclusiva e centrada na pessoa.

Apesar dos avanços observados nas últimas décadas, persistem desigualdades estruturais em saúde e descompassos entre os processos formativos e as necessidades contemporâneas das populações. Currículos fragmentados, modelos educacionais excessivamente centrados em conteúdos e pouca integração entre formação, serviços e realidades sociais podem limitar o preparo dos profissionais para enfrentar desafios epidemiológicos, ambientais, culturais e comportamentais cada vez mais complexos. Nesse cenário, Frenk *et al.* (2010) defendem a transformação da educação dos profissionais de saúde, de modo a aproximá-la das demandas dos sistemas de saúde e das necessidades concretas da sociedade.

No Brasil, essa discussão está diretamente relacionada à formação de médicos para atuar no Sistema Único de Saúde. As críticas aos modelos tradicionais de ensino impulsionaram mudanças curriculares voltadas à integração entre ensino, serviços e comunidades, bem como à inserção dos estudantes em diferentes níveis de atenção. A participação em cenários reais de prática pode favorecer a compreensão das ações de promoção, prevenção e cuidado, além de contribuir para o aprimoramento da comunicação e para a formação de profissionais comprometidos com a integralidade da atenção e com as necessidades sociais em saúde (Vasconcelos; Ruiz, 2015). Essa orientação também se encontra presente nas

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que enfatizam uma formação humanística, crítica, ética e comprometida com a realidade social e com as necessidades de saúde da população (Brasil, 2025).

Nesse processo, o professor ocupa posição relevante na formação dos futuros médicos. Sua atuação não se restringe à apresentação de conhecimentos científicos, pois envolve também o planejamento, a mediação da aprendizagem, a avaliação, a supervisão da prática clínica, a orientação e a demonstração de comportamentos profissionais. Desse modo, as escolhas pedagógicas e as atitudes cotidianas dos docentes podem contribuir para o desenvolvimento da autonomia, do julgamento crítico e da responsabilidade profissional dos estudantes (Harden; Crosby, 2000; Costa; Costa; Pereira, 2023). Essa perspectiva dialoga com Santos e Matos (2025), para quem a docência contemporânea deve articular saberes, práticas pedagógicas e formação integral, ultrapassando uma atuação limitada à transmissão de conteúdos.

Entre as capacidades requeridas nesse processo, destaca-se o pensamento crítico, compreendido como a habilidade de interpretar, analisar e avaliar informações, examinar evidências e justificar decisões de maneira reflexiva e autorregulada (Facione, 1990). No campo da saúde, essa capacidade contribui para que o profissional não se limite à aplicação automática de conhecimentos e protocolos, considerando também os fatores sociais, culturais e subjetivos que atravessam o processo de saúde e adoecimento. Dessa maneira, o pensamento crítico favorece a tomada de decisões fundamentadas, o reconhecimento de incertezas e o desenvolvimento da responsabilidade ética e da autonomia profissional (Farias *et al*., 2016).

A formação médica também precisa preparar os estudantes para atuar diante da diversidade social, cultural, racial, econômica, religiosa, linguística e corporal presente entre os pacientes. O reconhecimento dessas diferenças é indispensável para identificar barreiras de acesso, preconceitos, assimetrias de poder e formas desiguais de cuidado. Nesse sentido, práticas formativas orientadas à escuta, à autorreflexão e ao respeito à singularidade podem contribuir para uma atuação mais inclusiva, equitativa e culturalmente sensível (Souza *et al*., 2024). Essa formação exige não apenas o conhecimento de características socioculturais, mas também a

disposição para reconhecer os próprios limites, valores e vieses, aspecto posteriormente desenvolvido pela noção de humildade cultural (Tervalon; Murray-García, 1998).

Embora as propostas contemporâneas de educação médica valorizem uma formação crítica, ética, humanista e orientada às necessidades sociais, a concretização desses princípios depende das experiências pedagógicas e profissionais vivenciadas pelos estudantes ao longo da graduação. Os professores não atuam somente na transmissão de conhecimentos científicos e no desenvolvimento de habilidades clínicas, mas também participam da formação de valores, comportamentos e modos de relacionamento com pacientes, estudantes e equipes. Embora metodologias ativas, pensamento crítico, competência cultural e exemplaridade profissional sejam frequentemente discutidos de maneira separada, ainda é necessário compreender como essas dimensões se articulam no exercício da docência médica. Diante disso, questiona-se: de que modo as práticas pedagógicas e a exemplaridade profissional dos docentes participam da formação crítica, ética e culturalmente sensível dos estudantes de Medicina?

Este estudo tem como objetivo analisar de que modo as práticas pedagógicas e a exemplaridade profissional dos docentes contribuem para a formação crítica, ética e culturalmente sensível dos estudantes de Medicina, considerando suas implicações para uma prática inclusiva e centrada na pessoa.

Além desta introdução, o artigo apresenta, na segunda seção, o percurso metodológico. Em seguida, a terceira seção discute a docência médica e as metodologias ativas, enquanto a quarta aborda o pensamento crítico e a formação ética. Na sequência, a quinta seção analisa a competência cultural, a exemplaridade docente e a inclusão. Por fim, a sexta seção reúne as considerações finais, destacando as implicações da discussão para a formação docente e para as instituições de ensino médico.

2 METODOLOGIA

Para o presente estudo foi realizada pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e bibliográfico, desenvolvida por meio de uma revisão narrativa da

literatura. Essa modalidade foi escolhida por possibilitar a articulação crítica de diferentes perspectivas teóricas e estudos relacionados à docência e à formação médica, favorecendo a contextualização do tema e a identificação de convergências e tensões presentes na produção acadêmica. A pesquisa bibliográfica permite examinar contribuições já elaboradas sobre determinado problema, enquanto a revisão narrativa possibilita reunir e discutir conhecimentos relevantes sem a pretensão de esgotar a literatura disponível (Gil, 2022; Rother, 2007).

As buscas foram realizadas nas bases PubMed e SciELO, entre maio e julho de 2026, utilizando estratégias construídas a partir de descritores e palavras-chave em português e inglês relacionados à educação médica, docência, metodologias ativas, pensamento crítico, formação ética, competência cultural, humildade cultural, identidade profissional, exemplaridade docente, currículo oculto e inclusão. Entre os termos empregados, destacam-se “educação médica”, “*medical education*”, “papel docente”, “*teacher role*”, “metodologias ativas”, “*active learning*”, “pensamento crítico”, “*critical thinking*”, “competência cultural”, “*cultural competence*”, “humildade cultural”, “*cultural humility*”, “exemplaridade docente”, “*role modelling*” e “currículo oculto” “*hidden curriculum*”.

A busca nas bases resultou na seleção de 14 artigos diretamente relacionados ao problema de pesquisa e aos eixos de discussão. Esse conjunto foi complementado por livros de referência, obras clássicas e documentos normativos considerados relevantes para a fundamentação conceitual e para a contextualização da formação médica. A inclusão desses materiais complementares buscou ampliar o diálogo entre estudos recentes, referenciais consolidados e orientações institucionais relacionadas à educação médica.

Foram incluídas publicações nacionais e internacionais disponíveis na íntegra que abordassem pelo menos um dos três eixos analíticos do estudo e apresentassem contribuição conceitual ou empírica para a compreensão do papel docente na formação médica. A seleção considerou a aderência ao problema de pesquisa, a relevância para a educação médica e a contribuição para a discussão sobre práticas pedagógicas, pensamento crítico, formação ética, competência cultural, exemplaridade e inclusão. Foram excluídos textos duplicados, publicações sem

acesso integral e estudos que apenas mencionassem os temas de forma secundária ou sem relação direta com o objetivo proposto.

Após a seleção, os materiais foram submetidos a leitura crítica e interpretativa. A discussão foi organizada em três eixos temáticos previamente definidos: docência médica e metodologias ativas; pensamento crítico e formação ética; e competência cultural, exemplaridade docente e inclusão. Essa organização permitiu estabelecer relações entre os conceitos e argumentos apresentados pelos autores, identificar aproximações e possíveis tensões na literatura e construir uma análise integrada sobre a participação da docência na formação de futuros médicos.

3 DOCÊNCIA MÉDICA E METODOLOGIAS ATIVAS

As transformações ocorridas na educação médica nas últimas décadas modificaram significativamente o papel do professor. Durante muito tempo, a docência esteve associada predominantemente à transmissão de conhecimentos, mas as mudanças nos modelos curriculares e nas demandas profissionais ampliaram suas responsabilidades. Atualmente, a atuação docente envolve desde o planejamento curricular e a organização das experiências de aprendizagem até a supervisão da prática clínica, a avaliação e o acompanhamento do desenvolvimento profissional dos estudantes.

Harden e Crosby (2000) sistematizaram essa diversidade ao descrever doze papéis do professor de Medicina, distribuídos em seis grandes áreas: provedor de informações, modelo profissional, facilitador da aprendizagem, avaliador, planejador curricular e produtor de materiais educacionais. Ao afirmarem que “o bom professor é mais do que alguém que ministra aulas expositivas”, os autores destacam que a exposição de conteúdos representa apenas uma das dimensões da docência médica (Harden; Crosby, 2000, p. 334, tradução nossa). Posteriormente, Harden e Lilley (2018) revisaram essa proposta e reorganizaram os papéis docentes em oito funções mais amplas, incorporando dimensões relacionadas à facilitação, à mentoria, à liderança, à gestão, à pesquisa e à exemplaridade profissional.

Essa revisão evidencia que a docência médica constitui uma atividade dinâmica e multifacetada que não pode ser reduzida ao domínio de conteúdos ou à

condução de aulas expositivas. Nesse conjunto de funções, a atuação do professor como modelo profissional também merece destaque, pois os estudantes observam e incorporam comportamentos, valores e atitudes manifestados pelos docentes nos diferentes cenários de aprendizagem (Passi *et al.,* 2013).

No contexto brasileiro, Costa, Costa e Pereira (2023) investigaram como professores de Medicina reconhecem esses diferentes papéis em sua própria rotina. Os participantes identificaram grande parte das funções descritas na sistematização proposta por Harden e Lilley (2018), mas também mencionaram responsabilidades que nem sempre recebem destaque nos modelos tradicionais, como a gestão do tempo, dos recursos e dos conflitos e a disponibilidade emocional para lidar com as demandas dos estudantes. Essas observações sugerem que a docência médica envolve uma combinação de responsabilidades pedagógicas, organizacionais, relacionais e profissionais, cuja complexidade dificilmente pode ser inteiramente contemplada por tipologias previamente estabelecidas.

A ampliação dessas responsabilidades contrasta, entretanto, com a formação pedagógica recebida por parte dos profissionais que ingressam na docência médica. Muitos professores iniciam sua atuação acadêmica com sólida experiência clínica, mas sem preparação específica para o planejamento do ensino, a avaliação, a mediação da aprendizagem e a oferta de *feedback*. A competência clínica, embora indispensável, não garante, por si só, as habilidades necessárias para ensinar. Um profissional pode dominar determinado procedimento e, ainda assim, apresentar dificuldades para formular perguntas que estimulem o raciocínio, acompanhar o processo de aprendizagem ou oferecer devolutivas capazes de orientar o aprimoramento do estudante. Na prática, ensino, supervisão, avaliação e exemplaridade frequentemente se articulam em uma mesma situação formativa (Costa; Costa; Pereira, 2023).

A diversificação das funções docentes relaciona-se diretamente à incorporação das metodologias ativas nos currículos médicos. Essas estratégias buscam aumentar a participação do estudante na construção do conhecimento e aproximar teoria e prática por meio de problemas, estudos de caso, simulações, discussões em pequenos grupos e feedback formativo. Nesse modelo, o estudante deixa de ocupar

uma posição exclusivamente receptiva e passa a assumir maior responsabilidade por sua aprendizagem. O professor, por sua vez, passa a exercer funções de planejamento, mediação, orientação e acompanhamento, o que não reduz sua importância, mas exige competências pedagógicas mais complexas.

Entre essas estratégias, a Aprendizagem Baseada em Problemas é uma das mais difundidas. Borochovicius e Tortella (2014) descrevem seu desenvolvimento a partir de uma situação-problema, diante da qual os estudantes identificam o que precisa ser investigado, formulam hipóteses, realizam buscas e compartilham os conhecimentos construídos. Ao professor cabe acompanhar o processo, formular questionamentos, orientar a investigação e retomar os conceitos essenciais. Essa organização demonstra que a Aprendizagem Baseada em Problemas não prescinde da atuação docente. Seu potencial depende da qualidade das situações propostas, da mediação realizada e da capacidade do professor de favorecer a participação sem retirar dos estudantes a responsabilidade pelo processo de aprendizagem.

A experiência descrita por Carbogim *et al*. (2019) oferece elementos para compreender esse potencial formativo. Os autores aplicaram um modelo de ensino ativo associado à Aprendizagem Baseada em Problemas em um curso de suporte básico de vida e avaliaram o pensamento crítico dos estudantes antes e depois da intervenção. Entre as habilidades examinadas, a dimensão relacionada à análise apresentou melhora estatisticamente significativa, enquanto as demais não apresentaram alterações estatisticamente significativas. Esse resultado indica que os efeitos das metodologias ativas não são uniformes e dependem dos objetivos estabelecidos, da duração da atividade, das estratégias utilizadas e da qualidade da mediação pedagógica.

Esses resultados recomendam cautela diante da associação automática entre metodologias ativas, autonomia e pensamento crítico. A simples utilização de estudos de caso, discussões em grupo ou simulações não garante a transformação das relações de ensino e aprendizagem. Práticas classificadas como ativas podem preservar uma lógica transmissiva quando a participação discente se limita à obtenção de respostas previamente definidas pelo professor. Nesse sentido, o potencial dessas metodologias depende de objetivos pedagógicos claros, problemas relevantes,

espaço para formulação de hipóteses, possibilidade de questionamento e participação efetiva do docente como facilitador do processo (Carbogim *et al.*, 2019).

A perspectiva de Paulo Freire contribui para compreender por que essa mediação é determinante. Para o autor, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (Freire, 1996, p. 47). A autonomia, nessa perspectiva, não significa ausência de orientação, mas o desenvolvimento progressivo da capacidade de pensar, decidir e assumir responsabilidade pelo próprio processo formativo. Esse desenvolvimento exige diálogo, acompanhamento e intervenções pedagógicas capazes de estimular a curiosidade, a reflexão e a construção compartilhada do conhecimento.

As metodologias ativas, portanto, não substituem o professor, mas redefinem e ampliam suas responsabilidades. Cabe ao docente planejar experiências significativas, mediar a aprendizagem, acompanhar o desenvolvimento dos estudantes, oferecer feedback, avaliar processos e resultados e atuar como referência profissional. A formação pedagógica torna-se, assim, condição importante para que a adoção de novas estratégias produza mudanças efetivas e não se limite à substituição de técnicas ou nomenclaturas. A discussão sobre docência e metodologias ativas constitui, desse modo, o ponto de partida para compreender como o processo formativo pode contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico, da responsabilidade ética e de uma prática médica mais reflexiva.

4 PENSAMENTO CRÍTICO E FORMAÇÃO ÉTICA

O pensamento crítico constitui uma dimensão fundamental da formação médica, pois permite ao estudante interpretar informações, analisar evidências, comparar alternativas e justificar decisões diante de situações clínicas e sociais complexas. Em um contexto marcado pela rápida atualização dos conhecimentos científicos e pela circulação de informações de diferentes níveis de confiabilidade, não basta memorizar conteúdos ou reproduzir protocolos. Torna-se necessário avaliar a consistência das informações disponíveis, reconhecer suas limitações e compreender as consequências das decisões tomadas. Nesse sentido, Riegel e Crossetti (2018) destacam a importância de desenvolver capacidades de análise, compreensão e

julgamento na formação dos profissionais da saúde.

Uma das definições mais consolidadas compreende o pensamento crítico como um julgamento intencional e autorregulado que envolve interpretação, análise, avaliação, inferência e explicação das razões e evidências nas quais determinada conclusão se fundamenta (Facione, 1990). Essa concepção reúne tanto habilidades cognitivas quanto disposições para utilizá-las de maneira criteriosa. Assim, pensar criticamente não significa apenas possuir conhecimentos ou dominar técnicas de argumentação, mas demonstrar abertura para examinar diferentes perspectivas, revisar conclusões e reconhecer os limites do próprio julgamento.

A relação entre habilidades e disposições também aparece na concepção de Siegel (1988), para quem o pensamento crítico envolve a capacidade de avaliar razões e a disposição para orientar as próprias decisões por critérios racionais. O primeiro componente permite examinar alegações, argumentos e justificativas, verificando se as premissas sustentam adequadamente as conclusões apresentadas. O segundo corresponde à inclinação para empregar essas capacidades diante de diferentes problemas e situações. Essa perspectiva, também discutida por Guzzo e Lima (2018), evidencia que o pensamento crítico não se resume a uma competência ocasional, mas requer uma postura comprometida com a análise cuidadosa e com a revisão das próprias crenças.

Essa disposição para revisar os próprios julgamentos torna-se especialmente importante quando se considera que as decisões humanas nem sempre resultam de processos inteiramente conscientes e racionais. Haidt (2012) argumenta que avaliações morais podem ser inicialmente influenciadas por respostas intuitivas e automáticas, sendo o raciocínio utilizado posteriormente para justificá-las. Embora a intuição não deva ser desconsiderada na tomada de decisões, essa compreensão reforça a necessidade de formar estudantes capazes de identificar impressões imediatas, submeter seus julgamentos à análise e considerar evidências e perspectivas que possam contrariar suas conclusões iniciais.

No campo da Medicina, o pensamento crítico ultrapassa a assimilação de protocolos e a escolha de procedimentos. O estudante precisa questionar a pertinência dos conhecimentos apresentados, examinar as evidências que os

sustentam, diferenciar hipóteses de conclusões estabelecidas e reconhecer situações em que as informações disponíveis são insuficientes. Essa postura investigativa contribui para que o futuro profissional não aplique protocolos de maneira automática, mas os compreenda como referências que precisam ser interpretadas de acordo com as características clínicas, sociais e culturais de cada situação (Lima Filha *et al.,* 2025).

O desenvolvimento dessa capacidade possui implicações diretas para o raciocínio clínico e para a segurança do paciente. A análise criteriosa das informações contribui para a coleta e a interpretação de dados, a elaboração de hipóteses diagnósticas, a comparação entre possibilidades terapêuticas e a revisão de decisões diante de novas evidências. Além disso, permite distinguir fatos, opiniões e suposições, identificar possíveis vieses e reconhecer os limites do conhecimento disponível. Desse modo, o pensamento crítico favorece decisões mais fundamentadas e reduz a possibilidade de condutas baseadas exclusivamente em impressões, rotinas ou generalizações (Almeida; Portella, 2021).

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina reforçam essa compreensão ao estabelecerem uma formação geral, sólida, crítica e reflexiva, comprometida com princípios éticos, humanísticos, científicos e sociais (Brasil, 2025). Essa orientação demonstra que a criticidade não constitui uma habilidade complementar ou isolada, mas integra o perfil profissional esperado do médico. Sua formação deve articular conhecimentos científicos, capacidade de julgamento, responsabilidade ética e compreensão das necessidades de saúde das pessoas e das coletividades.

A insuficiência dessa formação pode produzir consequências que ultrapassam o raciocínio diagnóstico. Melhem Junior *et al.* (2024) relacionam as limitações do pensamento crítico a dificuldades na coleta de dados, na comunicação e na relação médico-paciente. Essas fragilidades também podem comprometer o reconhecimento de necessidades individuais e sociais, especialmente em uma sociedade atravessada por desigualdades. Sem uma postura reflexiva, o estudante pode reproduzir generalizações, preconceitos e respostas padronizadas que desconsideram as condições concretas de vida e de acesso à saúde dos pacientes.

Nesse processo, a reflexão e o debate assumem função pedagógica relevante. A discussão de casos, o contato com diferentes interpretações e o confronto argumentativo permitem que os estudantes reconheçam vieses, justifiquem suas decisões e revisem posições diante de argumentos e evidências. Melhem Junior *et al.* (2024) defendem que essas práticas contribuem para o desenvolvimento da capacidade diagnóstica e para a construção de decisões mais equilibradas. Para que isso ocorra, entretanto, o ambiente formativo deve permitir o questionamento, a discordância fundamentada e a revisão de conclusões, sem transformar a autoridade docente em impedimento à participação dos estudantes.

A formação crítica está, portanto, diretamente relacionada à formação ética. Pensar criticamente não consiste apenas em selecionar a conduta tecnicamente mais eficiente, mas também em examinar os valores, os interesses e as consequências envolvidos em cada decisão. Na prática médica, isso significa considerar quem será afetado, quais riscos estão presentes, como as alternativas podem interferir na autonomia do paciente e se determinadas escolhas reproduzem desigualdades ou barreiras no acesso ao cuidado. A reflexão ética amplia o julgamento clínico ao incorporar as dimensões humanas e sociais que atravessam o processo de saúde e adoecimento.

A contribuição de Paulo Freire permite aprofundar essa relação. Ao afirmar que “ensinar exige criticidade”, Freire (1996) defende a transformação da curiosidade ingênua, associada à compreensão imediata da realidade, em curiosidade epistemológica, orientada pela reflexão e pelo rigor metodológico. Essa passagem não ocorre pela simples acumulação de informações, mas pela capacidade de questionar, relacionar conhecimentos e examinar criticamente as condições em que eles são produzidos. Para o autor, o pensamento rigoroso exige profundidade na interpretação dos fatos, abertura à revisão do conhecimento e disposição para reconhecer os próprios equívocos.

Freire (1996) também relaciona a passagem da ingenuidade à criticidade a uma formação ética rigorosa. Nessa perspectiva, a educação não se restringe ao desenvolvimento de competências técnicas, pois participa da construção de valores, responsabilidades e formas de atuação no mundo. Na formação médica, essa

compreensão evidencia que o estudante precisa aprender não apenas a identificar o que pode ser realizado do ponto de vista científico, mas também a avaliar o que deve ser feito diante das necessidades, dos direitos e das singularidades das pessoas atendidas.

O pensamento crítico associado à formação ética envolve, assim, a disposição para questionar práticas naturalizadas, reconhecer preconceitos e vieses, considerar diferentes perspectivas e refletir sobre as consequências das decisões clínicas. Seu desenvolvimento contribui para a construção de uma identidade profissional capaz de articular conhecimento científico, prudência, responsabilidade e respeito à dignidade humana. Dessa forma, a criticidade permite que o futuro médico examine não apenas qual conduta adotar, mas também as razões que a justificam e seus possíveis efeitos éticos, sociais e humanos.

5 COMPETÊNCIA CULTURAL, EXEMPLARIDADE DOCENTE E INCLUSÃO

A crescente diversidade cultural, étnica, racial, religiosa, social, econômica e linguística da população apresenta desafios importantes à formação médica. As experiências de vida, as crenças, os valores e as condições sociais dos pacientes influenciam a maneira como compreendem a saúde, o adoecimento e as possibilidades de tratamento. Nesse contexto, a educação médica precisa preparar futuros profissionais para reconhecer essa diversidade, evitar generalizações e oferecer um cuidado centrado na pessoa, orientado pelo respeito às diferenças e pela promoção da equidade.

A competência cultural desenvolveu-se como uma proposta voltada à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitissem aos profissionais atuar junto a pessoas pertencentes a diferentes contextos socioculturais. Essa perspectiva representou um avanço ao reconhecer que os fatores culturais interferem na comunicação, na relação médico-paciente, na adesão ao tratamento e nos desfechos em saúde. Entretanto, também passou a receber críticas por sugerir que seria possível alcançar domínio completo sobre culturas distintas, transformando grupos sociais complexos em conjuntos fixos de características e favorecendo a reprodução de

estereótipos.

Em resposta a essas limitações, Tervalon e Murray-García (1998) propuseram o conceito de humildade cultural. Para os autores, a formação profissional não deve buscar uma competência definitiva sobre a cultura do outro, mas desenvolver um compromisso permanente com a autorreflexão, a autocrítica e a aprendizagem contínua. Essa perspectiva reconhece que cada paciente possui uma trajetória singular e que o conhecimento de características gerais de determinado grupo não permite compreender integralmente suas experiências, necessidades e escolhas.

A humildade cultural desloca, assim, o foco da simples aquisição de informações para a construção de uma postura ética diante da diversidade. O profissional é chamado a reconhecer os próprios valores, crenças, preconceitos e limitações, compreendendo que sua interpretação da realidade também é culturalmente situada. Esse exercício permanente de autorreflexão pode reduzir julgamentos precipitados e favorecer relações clínicas baseadas na escuta, no diálogo e no respeito às experiências individuais dos pacientes. Yeager e Bauer-Wu (2013) reforçam que a humildade cultural deve ser entendida como um processo contínuo, e não como uma condição plenamente alcançada.

Outro aspecto fundamental desse conceito é o reconhecimento das relações de poder presentes na prática médica. Historicamente, a assistência foi marcada por modelos paternalistas, nos quais o médico ocupava uma posição de autoridade e o paciente participava de forma limitada das decisões relacionadas ao tratamento. A humildade cultural propõe enfrentar essa assimetria por meio da valorização da autonomia, da tomada de decisão compartilhada e do reconhecimento dos saberes construídos pelos pacientes em seus contextos sociais e culturais (Tervalon; Murray-García, 1998).

Essa discussão torna-se especialmente relevante em sociedades caracterizadas por profundas desigualdades. Renda, escolaridade, raça, gênero, orientação sexual, deficiência e território influenciam tanto as condições de saúde quanto as possibilidades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Quando esses fatores não são reconhecidos, aumenta o risco de reprodução de preconceitos implícitos, falhas de comunicação e condutas que reforçam iniquidades já existentes.

Desenvolver competência e humildade cultural significa, portanto, compreender os determinantes sociais da saúde e incorporá-los ao processo de cuidado (Stubbe, 2020).

Nesse contexto, a distinção entre igualdade e equidade assume especial importância. A igualdade pressupõe a oferta dos mesmos recursos e procedimentos a todas as pessoas, enquanto a equidade reconhece que necessidades distintas podem exigir estratégias diferenciadas para que resultados semelhantes sejam alcançados. Uma prática médica orientada pela equidade demanda sensibilidade para identificar vulnerabilidades, adaptar a comunicação, considerar as condições concretas de vida e respeitar a autonomia e as preferências individuais dos pacientes (Stubbe, 2020).

Com ênfase na educação médica, o desenvolvimento dessas capacidades não pode restringir-se à oferta de conteúdos teóricos sobre diversidade. Experiências práticas, discussões de casos, atividades reflexivas e contato supervisionado com diferentes grupos sociais podem favorecer o reconhecimento dos próprios vieses e ampliar a capacidade de comunicação e escuta. Yeager e Bauer-Wu (2013) e Stubbe (2020) destacam que essas estratégias contribuem para a construção de relações terapêuticas baseadas na confiança, no respeito e na compreensão das singularidades.

Competência cultural e humildade cultural não constituem, portanto, conceitos excludentes. A primeira oferece conhecimentos e habilidades para compreender diferentes contextos socioculturais, enquanto a segunda enfatiza a autorreflexão, o reconhecimento das assimetrias de poder e o compromisso com a aprendizagem permanente. Na formação médica, sua articulação pode contribuir para uma assistência mais inclusiva, humanizada e comprometida com a redução das desigualdades em saúde.

Entretanto, a formação dessas disposições não ocorre apenas por meio do currículo formal. Nos cenários de prática, os estudantes observam como profissionais experientes se relacionam com pacientes, familiares, equipes e colegas. Nesse processo, a exemplaridade docente, também denominada *role modelling*, constitui um importante mecanismo de aprendizagem, pois professores e preceptores representam

referências concretas sobre o que significa exercer a Medicina. Suas atitudes comunicam, explícita ou implicitamente, valores e comportamentos que influenciam a construção da identidade profissional dos estudantes (Passi *et al*., 2013).

Segundo Passi *et al.* (2013), o role modelling consiste em um processo pelo qual os estudantes aprendem ao observar profissionais mais experientes, incorporando práticas clínicas, formas de comunicação, princípios éticos e modos de relacionamento. Essa aprendizagem ocorre continuamente e, muitas vezes, sem uma mediação consciente. Por isso, as atitudes demonstradas durante a prática clínica podem exercer impacto tão significativo quanto os conteúdos apresentados nas atividades formais de ensino.

Cruess *et al.* (2014) reforçam que a construção da identidade profissional resulta da interação entre currículo formal, experiências vivenciadas, relações institucionais e modelos profissionais. Tornar-se médico não significa apenas adquirir conhecimentos e habilidades técnicas, mas internalizar valores, responsabilidades e modos de compreender o cuidado. O docente participa desse processo ao demonstrar, por meio de suas ações cotidianas, como princípios éticos, científicos e humanísticos podem ser incorporados à prática.

Entre as características associadas a modelos positivos, destacam-se a empatia, a escuta ativa, o respeito à autonomia, a responsabilidade profissional, a honestidade e a comunicação clara. Professores que reconhecem as necessidades individuais dos pacientes ajudam os estudantes a compreender que a qualidade da assistência depende tanto da precisão clínica quanto da construção de relações de confiança. Da mesma forma, atitudes de respeito às diferenças culturais, sociais, religiosas, raciais, de gênero e de orientação sexual reforçam valores relacionados à inclusão e à equidade.

A comunicação constitui uma das dimensões mais diretamente influenciadas pela exemplaridade. Os estudantes observam não apenas as informações transmitidas, mas também a forma como os pacientes são ouvidos, acolhidos e incluídos nas decisões. Linguagem acessível, escuta atenta, respeito às dúvidas e valorização da autonomia podem ser incorporados como referências profissionais. Em contrapartida, impaciência, interrupções constantes, uso desnecessário de linguagem

técnica e tratamento desrespeitoso também podem ser naturalizados quando praticados por figuras de autoridade.

A maneira como os docentes enfrentam erros e situações de vulnerabilidade também possui efeitos formativos. Professores que reconhecem equívocos, analisam suas causas e discutem estratégias de prevenção contribuem para uma cultura de aprendizagem, transparência e segurança do paciente. Em sentido oposto, ambientes caracterizados por culpabilização, punição e medo podem inibir a comunicação de falhas e favorecer práticas pouco reflexivas (Passi *et al.,* 2013).

A exemplaridade docente também pode contribuir para o enfrentamento ou para a reprodução de preconceitos. Comentários discriminatórios relacionados à raça, ao gênero, à orientação sexual, à condição socioeconômica ou à deficiência podem ser interpretados pelos estudantes como comportamentos tolerados no ambiente profissional. Por outro lado, docentes que intervêm diante de atitudes preconceituosas, problematizam desigualdades e demonstram respeito às diferenças fortalecem a formação de profissionais mais atentos às necessidades de populações historicamente vulnerabilizadas (Cruess *et al.,* 2014).

Entretanto, nem toda influência exercida pelos docentes é positiva. Passi *et al.* (2013) destacam que modelos negativos também afetam a aprendizagem, especialmente quando os estudantes observam comportamentos incompatíveis com os valores ensinados formalmente. Atitudes de arrogância, desrespeito aos pacientes, comunicação inadequada, desvalorização das equipes multiprofissionais e reprodução de estereótipos podem comprometer a formação ética e humanística. Por essa razão, o desenvolvimento docente deve contemplar não apenas conhecimentos técnicos e pedagógicos, mas também comunicação, ética, diversidade, inclusão e capacidade reflexiva.

Além da influência dos modelos profissionais, a formação médica é atravessada pelo currículo oculto. Enquanto o currículo formal reúne disciplinas, objetivos, conteúdos e métodos de avaliação explicitamente definidos, parcela significativa da aprendizagem ocorre nas relações, nas práticas e nas experiências cotidianas. Hafferty (1998) define o currículo oculto como o conjunto de valores, normas, comportamentos e expectativas transmitidos informalmente pela cultura

institucional e pelos diferentes ambientes de formação.

O currículo oculto comunica aos estudantes aquilo que efetivamente é valorizado na prática profissional. Assim, princípios como empatia, respeito, humanização e equidade podem ser ensinados nas atividades formais, mas perdem força quando os estudantes observam comportamentos incompatíveis com esses valores durante estágios e práticas clínicas. A discrepância entre discurso e prática constitui, desse modo, um dos principais desafios da educação médica.

As hierarquias institucionais representam uma dimensão importante desse currículo. Embora sejam necessárias para garantir supervisão, organização e segurança, relações excessivamente autoritárias podem limitar o diálogo, desencorajar questionamentos e dificultar a comunicação de condutas inadequadas. Nessas circunstâncias, estudantes podem reproduzir comportamentos de profissionais mais experientes, mesmo quando reconhecem conflitos entre essas atitudes e os princípios formalmente ensinados (Cruess *et al.,* 2014).

O currículo oculto também se manifesta nas mensagens transmitidas sobre quais pacientes recebem maior ou menor reconhecimento. Comentários depreciativos sobre pessoas em situação de vulnerabilidade social, indivíduos com transtornos mentais, usuários de álcool e outras drogas, pessoas LGBTQIA+, populações indígenas, pessoas negras ou pacientes com baixa escolaridade podem reforçar estigmas. Ainda que ocorram de forma informal, essas manifestações comunicam padrões de comportamento capazes de influenciar a futura prática clínica. O currículo oculto pode, portanto, contribuir tanto para a reprodução quanto para o enfrentamento das desigualdades em saúde (Hafferty, 1998).

Reconhecer a existência desse currículo é um passo necessário para transformá-lo. Grupos reflexivos, portfólios, narrativas, mentorias e programas de desenvolvimento docente podem criar espaços para que estudantes e professores analisem as experiências vivenciadas, identifiquem incoerências entre valores institucionais e práticas cotidianas e discutam formas de intervenção. Essas estratégias também permitem que professores e preceptores compreendam o impacto de suas condutas sobre a formação das futuras gerações de médicos.

Competência cultural, exemplaridade docente e currículo oculto constituem,

assim, dimensões interdependentes da formação médica. A competência e a humildade cultural oferecem instrumentos para compreender a diversidade, reconhecer desigualdades e promover equidade no cuidado. A exemplaridade traduz esses princípios em comportamentos observáveis, enquanto o currículo oculto pode reforçar ou enfraquecer os valores formalmente ensinados pelas instituições.

A formação de médicos comprometidos com uma assistência ética, inclusiva e centrada na pessoa exige, portanto, coerência entre conhecimento, comportamento docente e cultura institucional. Quando os conteúdos relacionados à diversidade são acompanhados por modelos profissionais positivos e por ambientes formativos comprometidos com o respeito, a equidade e a justiça social, ampliam-se as possibilidades de formar profissionais capazes de reconhecer a singularidade dos pacientes e oferecer um cuidado social e culturalmente sensível.

6 CONCLUSÕES

A análise realizada evidencia que a formação médica comprometida com uma prática inclusiva, ética e centrada na pessoa depende de uma concepção de docência que ultrapasse a transmissão de conhecimentos técnicos. O professor influencia a formação dos estudantes tanto por meio das estratégias pedagógicas que emprega quanto pelos valores, atitudes e comportamentos manifestados nas relações com pacientes, estudantes e equipes. Sua atuação envolve, portanto, a mediação da aprendizagem, o estímulo ao pensamento crítico, a avaliação, a orientação e a exemplaridade profissional.

As metodologias ativas podem favorecer a autonomia e a participação dos estudantes, desde que sejam planejadas e conduzidas com intencionalidade pedagógica. Sua adoção, por si só, não garante o desenvolvimento de uma aprendizagem crítica ou reflexiva. Nesse contexto, o professor não perde relevância diante das novas estratégias educacionais, mas assume responsabilidades mais amplas, que exigem preparo pedagógico, capacidade de diálogo, acompanhamento dos processos formativos e compromisso com a formação integral.

O pensamento crítico mostrou-se igualmente fundamental para uma formação médica ética e responsável. Sua importância não se restringe à análise de evidências

ou ao raciocínio clínico, pois também envolve reconhecer limitações, revisar decisões, identificar vieses, questionar práticas naturalizadas e considerar os efeitos sociais e éticos das condutas adotadas. Essa capacidade não se desenvolve isoladamente, mas é influenciada pelas experiências educacionais, pelas relações estabelecidas nos espaços formativos e pela possibilidade de questionar, argumentar e refletir de maneira fundamentada.

A discussão sobre competência cultural, humildade cultural e inclusão reforça que a formação médica deve preparar profissionais capazes de reconhecer a diversidade e compreender que as experiências relacionadas à saúde e ao adoecimento são atravessadas por fatores sociais, culturais e históricos. Mais do que adquirir informações sobre diferentes grupos, é necessário desenvolver uma postura permanente de autorreflexão, escuta, respeito e reconhecimento dos próprios limites e vieses.

Nesse processo, a exemplaridade docente ocupa posição central. Os estudantes aprendem não apenas por meio dos conteúdos formalmente apresentados, mas também pela observação das formas de comunicação, das decisões, das relações de poder e das atitudes adotadas pelos profissionais que acompanham sua formação. Modelos docentes positivos podem fortalecer comportamentos éticos, inclusivos e humanizados, enquanto práticas autoritárias, discriminatórias ou incoerentes com os princípios institucionais podem contribuir para sua reprodução.

O currículo oculto evidencia, nesse sentido, que parte significativa da formação médica ocorre para além dos documentos e conteúdos oficialmente estabelecidos. As hierarquias, as relações interpessoais, os comportamentos observados nos cenários de prática e a maneira como pacientes, estudantes e equipes são tratados transmitem valores que podem reforçar ou contradizer o currículo formal. Uma educação médica comprometida com a inclusão exige, portanto, coerência entre os princípios declarados pelas instituições e as experiências efetivamente vivenciadas pelos estudantes.

A análise permite considerar que o papel docente na formação crítica dos estudantes de Medicina é amplo e não se limita à dimensão estritamente pedagógica.

A formação de profissionais capazes de oferecer um cuidado ético, humanizado, equitativo e culturalmente sensível depende da articulação entre práticas de ensino qualificadas, desenvolvimento do pensamento crítico, formação ética, competência e humildade cultural, exemplaridade profissional e transformação das mensagens transmitidas pelo currículo oculto.

As instituições de ensino também possuem responsabilidade nesse processo. Cabe-lhes investir na formação pedagógica e no desenvolvimento contínuo dos docentes e preceptores, criar espaços de reflexão sobre as práticas formativas e promover ambientes educacionais coerentes com os valores de respeito, equidade, responsabilidade e inclusão. Essa responsabilidade envolve não apenas reformular currículos, mas também examinar as relações institucionais, os modelos profissionais valorizados e as condições concretas em que a aprendizagem ocorre.

Por se tratar de uma revisão narrativa, este estudo não pretende esgotar a produção disponível nem estabelecer relações causais entre as práticas docentes e os resultados da formação médica. A seleção interpretativa da literatura possibilitou articular diferentes contribuições teóricas e empíricas, mas também delimita o alcance das conclusões apresentadas. Estudos futuros podem aprofundar a compreensão de como estudantes percebem a influência dos docentes, dos preceptores e dos ambientes de aprendizagem na construção de sua identidade profissional.

Também se mostram relevantes pesquisas empíricas que avaliem estratégias de desenvolvimento docente voltadas à inclusão, à competência cultural, à redução de vieses e ao enfrentamento de práticas discriminatórias. Investigar como currículo formal, currículo oculto e exemplaridade profissional se articulam em diferentes instituições pode contribuir para a construção de ambientes formativos mais coerentes com as necessidades sociais e com o compromisso de formar médicos críticos, éticos e preparados para atuar diante da diversidade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Aline Lopes de; PORTELLA, Daniel Leite. The assessment of critical thinking: an approach to Brazilian medical students. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 12, e122101220203, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20203. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/20203. Acesso em: 27 jul. 2026.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara Cristina Barboza. Aprendizagem baseada em problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-294, abr./jun. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-40362014000200002. Acesso em: 26 jul. 2026.

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**: seção 1, Brasília, DF, p. 35-37, 1º out. 2025. Disponível em: https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/outubro-2025/rces003_25.pdf. Acesso em: 30 jul. 2026.

CARBOGIM, Fábio da Costa *et al.* Modelo de ensino ativo para o desenvolvimento do pensamento crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 1, p. 305-310, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/xqZDtQ6J6PvFpWsG9cDV5pk/. Acesso em: 4 maio 2026.

COSTA, Danilo Campos; COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; PEREIRA, Edna Regina Silva. Os papéis do professor de Medicina: diálogo entre teoria e prática no ensino superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, DF, v. 47, n. 4, e114, 2023.

CRUESS, Richard Leigh *et al*. Reframing medical education to support professional identity formation. **Academic Medicine, Philadelphia**, v. 89, n. 11, p. 1446-1451, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427. Acesso em: 20 jul. 2026.

FACIONE, Peter A. **Critical thinking**: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Millbrae, CA: The California Academic Press, 1990. (The Delphi Report). Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Peter-Facione/publication/242279575_Critical_Thinking_A_Statement_of_Expert_Consensus_for_Purposes_of_Educational_Assessment_and_Instruction. Acesso em: 27 jul. 2026.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada *et al.* Pensamento crítico e a formação de profissionais em Odontologia: uma revisão narrativa da literatura. **Revista da ABENO**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 73-87, 2016. Disponível em: https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/233. Acesso em: 3 maio 2026.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRENK, Julio *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5. Acesso em: 26 jul. 2026.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 7. ed. Barueri: Atlas, 2022.

GUZZO, Guilherme Brambatti; LIMA, Valderez Marina do Rosário. O desenvolvimento do pensamento crítico na educação: uma meta possível? **Educação Unisinos**, São Leopoldo, v. 22, n. 4, p. 334-343, out./dez. 2018. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-62102018000400334. Acesso em: 30 jul. 2026.

HAFFERTY, Frederic W. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 73, n. 4, p. 403-407, 1998.

HAIDT, Jonathan. **The righteous mind**: why good people are divided by politics and religion. New York: Vintage Books, 2012.

HARDEN, Ronald M.; CROSBY, Joy. AMEE Guide No. 20: the good teacher is more than a lecturer: the twelve roles of the teacher. **Medical Teacher**, London, v. 22, n. 4, p. 334-347, 2000. Disponível em: https://doi.org/10.1080/014215900409429. Acesso em: 28 jun. 2026.

HARDEN, Ronald M.; LILLEY, Pat. **The eight roles of the medical teacher**: the purpose and function of a teacher within the healthcare professions. Edinburgh: Elsevier, 2018.

LIMA FILHA, Cleide do Nascimento Monteiro Borges; MORAIS, André Novais; SIMÕES, Airam Batista; CORREIA, Ricardo Felipe Ramos. Pensamento crítico: uma análise crítica dos fundamentos, estratégias e aplicações no ensino. **Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**, [S. l.], v. 13, p. 236-247, 2025. Disponível em: https://rebena.emnuvens.com.br/revista/article/view/404. Acesso em: 29 jul. 2026.

MELHEM JUNIOR, Abrão José *et al*. Pensamento crítico e raciocínio clínico entre

estudantes de Medicina: revisão de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 53, n. 4, p. 31-40, 2024. Disponível em: https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/1540. Acesso em: 29 jul. 2026.

PASSI, Vimmi *et al.* Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. **Medical Teacher**, London, v. 35, n. 9, p. e1422-e1436, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.806982. Acesso em: 29 jul. 2026.

RIEGEL, Fernando; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Referenciais teóricos e instrumentos para avaliação do pensamento crítico na enfermagem e na educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 39, e2017-0019, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/stn7x6s9DjqBfVrcWbgxbVS/. Acesso em: 29 jul. 2026.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática versus revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001. Acesso em: 25 mai. 2026.

SANTOS, Soraia Stabach Ribas Ferrari dos; MATOS, Eloiza Aparecida Silva Avila de. O papel do docente na educação profissional: saberes, práticas inovadoras e desafios na formação integral do aluno. **Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica**, Natal, v. 3, n. 25, e15829, 2025. Disponível em: https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/RBEPT/article/view/15829. Acesso em: 8 maio 2026.

SIEGEL, Harvey. **Educating reason**: rationality, critical thinking and education. New York: Routledge, 1988. 191 p.

SOUZA, Ana Paula Borges *et al*. Diversidade e inclusão na educação médica: estratégias para a prática clínica eficiente no próximo decênio. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 10., 2024, Campina Grande. **Anais** [...]. Campina Grande: Realize Editora, 2024. Disponível em: https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/112912. Acesso em: 8 maio 2026.

STUBBE, Dorothy E. Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. **Focus, Arlington**, v. 18, n. 1, p. 49-51, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190041. Acesso em: 27 jul. 2026.

TERVALON, Melanie; MURRAY-GARCÍA, Jann. Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Baltimore, v. 9, n. 2, p. 117-125, 1998. Disponível em: https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233. Acesso em: 29 jul. 2026.

VASCONCELOS, Rafaela Noronha de Carvalho; RUIZ, Erasmo Miessa. Formação de médicos para o SUS: a integração ensino e Saúde da Família: revisão integrativa.

Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, DF, v. 39, n. 4, p. 630-638, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbem/a/pJHTfzMSWJ9SmNz85CHSYwd/. Acesso em: 9 maio 2026.

YEAGER, Katherine A.; BAUER-WU, Susan. Cultural humility: essential foundation for clinical researchers. **Applied Nursing Research**, [S. l.], v. 26, n. 4, p. 251-256, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.06.008. Acesso em: 29 jul. 2026.