

Reflexões acerca do contexto atual e da avaliação da formação da graduação médica no Brasil

Reflections on the current context and assessment of undergraduate medical education in Brazil

GERSON ALVES PEREIRA JÚNIOR¹ ; RAMIRO COLLEONI NETO² ; ROSANA ALVES³ ; HERMILA TAVARES VILAR GUEDES⁴ ; JORGE CARVALHO GUEDES⁵ ; PEDRO TADAO HAMAMOTO FILHO⁶ ; JOSÉ EDUARDO LUTAIF DOLCI⁷ ; CESAR EDUARDO FERNANDES⁸ .

R E S U M O

Este artigo de reflexão pode ser dividido em duas partes complementares. A primeira mostra o contexto atual da formação médica no Brasil trazendo os dados mais recentes do número de graduandos e sua crescente defasagem em relação ao número reduzido de vagas de residência médica que, mesmo sendo a modalidade mais adequada para formar especialistas, tem sido preterida ao número excessivo de cursos de pós-graduação Lato Sensu. A segunda parte discute as possibilidades de avaliação da formação médica, que é terminal no Brasil, possibilitando que o médico recém-formado possa ter o registro profissional para exercer a medicina, sendo avaliado apenas pelo seu próprio curso médico. A evolução histórica das iniciativas de avaliação da formação médica é mostrada e discutida em termos técnicos acerca dos prós e contras, envolvendo os médicos formados no Brasil e no exterior.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Clínicos Gerais; Licenciamento em Medicina.

INTRODUÇÃO

A graduação em Medicina no Brasil caracteriza-se pela **A**terminalidade, o que permite ao recém-formado a licença plena para exercer a Medicina ao completar o curso em uma das escolas médicas do país.

Terminada a graduação, geralmente depois de seis anos, o médico com registro no Conselho Regional de Medicina, ou seja, com o CRM, pode atuar em consultórios, clínicas e hospitais. No entanto, ele vai atuar como generalista.

Embora não seja obrigatória para o exercício da profissão, a residência é considerada “padrão ouro” da especialização médica (BRASIL, 1981). Os programas de residência concedem o título de especialista. A outra forma de se obter um título de especialista é tendo os critérios para prestar as provas de títulos de especialista de qualquer Sociedade médica ligada à Associação Médica

Brasileira (AMB). Estas são as duas modalidades de titulação aceitas pela legislação (BRASIL, 2015) para um médico obter o Registro de Qualificação de Especialista (RQE), um documento que comprova que um médico está habilitado para atuar em uma especialidade médica.

Já passam de 210 mil os médicos generalistas no Brasil dentre os 575.930 médicos ativos (CFM, 2024), uma das maiores quantidade do mundo, numa evolução acelerada. O termo “generalista” designa o médico sem título de especialista, com formação geral em medicina. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE no 3/2014) ressaltam que o graduado terá formação geral (art. 3o), que a graduação em medicina visa a formação do médico generalista (art. 6o) e de profissional com perfil generalista (art. 29). Já a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) não atribui especialidade ao médico generalista - código 2251-70 (SCHEFFER et al, 2023).

1 - Universidade de São Paulo, Campus Bauru, SP, Brasil. Presidente da Comissão do Título de Especialista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2 - Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. Presidente da Comissão de Residência Médica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 3 - Centro Universitário FAESA, Vitória, ES, Brasil. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação. 4 - Universidade Estadual da Bahia, Salvador, Brasil. 5 - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. Coordenador da Comissão do Título de Especialista da Federação Brasileira de Gastroenterologia 6 - Universidade Estadual de São Paulo, Campus Botucatu, SP. Núcleo Interinstitucional de Estudos e Práticas de Avaliação em Ensino Médico 7 - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Brasil. Diretor Científico da Associação Médica Brasileira (AMB) 8 - Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil. Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).

Assim, podemos considerar que os egressos em Medicina no país são generalistas, embora haja praticamente um consenso de que os seis anos de graduação não garantem a terminalidade proposta, com capacidade de resolução de 80% dos problemas em saúde; e haja a proposição de que a residência médica seja obrigatória para todos os egressos. Esse é um dos motivos cruciais para justificar a necessidade de avaliação dos formandos em medicina.

Nos países do Primeiro Mundo é obrigatória a realização da residência médica para a certificação do exercício profissional. Isto é, há uma preocupação que, por via pública ou privada, médicos possam se especializar através de um programa que conta com a tutoria e conhecimento aplicado de um profissional com mais experiência naquela área do conhecimento. Em todos os casos também há imersão do profissional em ambientes onde o serviço de saúde é ofertado. Na verdade, o checklist de qualidade do treinamento feito pelos países sempre considera características sobre o ambiente em que o médico aprende sobre sua especialização. Essas constatações revelam como é valioso possibilitar essa forma de treinamento aos médicos (ENAP, 2021).

O acompanhamento das tendências e a compreensão das motivações são essenciais para entender melhor o panorama da formação médica no Brasil.

Esse grande e crescente contingente de médicos generalistas fez multiplicar os cursos de Pós-Graduação Lato Sensu (PGLS), também denominados “cursos de especialização”, são definidos pelo Ministério da Educação (MEC) como programas de educação continuada voltados a quem já concluiu a graduação, visando formação acadêmica complementar e atualização profissional nos diversos campos do conhecimento (BRASIL, 2018). Estudo recente mostrou que foram identificados 2.148 cursos de PGLS em medicina ofertados por 373 instituições, com cerca de 40% funcionando na modalidade de ensino a distância (EaD), sendo mais de 90% dos cursos são pagos, comercializados por instituições privadas, a maioria (60%) concentrada em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, tendo as áreas de Endocrinologia, Dermatologia, Psiquiatria e Radiologia são as especialidades com mais cursos (DIAS et al, 2024).

Há cursos de PGLS mantidos por IES renomadas ou aceitos pelas sociedades de especialidades nas

pontuações de provas de títulos. Mas muitos outros são ofertados por instituições sem experiência e capacidade na área do curso. Importante destacar, ainda, que algumas instituições terceirizam a execução de cursos. Diante disso, são temerários os movimentos no sentido de flexibilizar a formação médica especializada ou de considerar os cursos de PGLS como alternativos à Residência Médica e à titulação via Sociedades de Especialidades, que devem ser reforçadas enquanto modalidades apropriadas de especialização médica (DIAS et al, 2024).

A Associação Médica Brasileira (AMB) denunciou o que chama de “cursos de especialização à margem da legislação brasileira” (AMB, 2024a). O Conselho Nacional de Educação (CNE), o MEC e a CNRM explicitaram as singularidades e o arcabouço normativo que diferem a RM dos cursos de PGLS (AMB, 2024b).

A exacerbação do efeito funil que se formou pelo crescimento desproporcional de vagas de graduação em relação às vagas de Residência Médica, foi demonstrado no painel da Demografia Médica de 2023. Este estudo verificou que havia 389 escolas médicas que, juntas, ofereciam 41.805 vagas de graduação (77% em cursos privados).

O panorama mais atual mostrou que 47,7 mil médicos cursavam Residência Médica (RM) em 2024. Este total de médicos residentes representavam cerca de 8% do total de médicos do país. Estavam matriculados em R1, primeiro ano de Residência Médica, 19.551 médicos. O número de Programas de residência médica (PRM) credenciados foi de 5.631 em 2024, apresentados nas 55 especialidades e 62 áreas de atuação reconhecidas (BRASIL, 2024a), reconhecidas pela Comissão Mista de Especialidades (CME), composta por representantes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Médica Brasileira (AMB) (SCHEFFER et al, 2024). A Figura 1 mostra a distribuição geral dos médicos residentes categorizados por período em curso (ano) nos Programas de Residência Médica em 2024.

No final de 2023, foram autorizadas, pelo Ministério da Educação, mais 10 mil novas vagas de graduação em medicina, as quais não foram computadas no painel da Demografia Médica do mesmo ano; o que tornará o afunilamento ainda maior, para as vagas de Residência Médica, em futuro próximo.

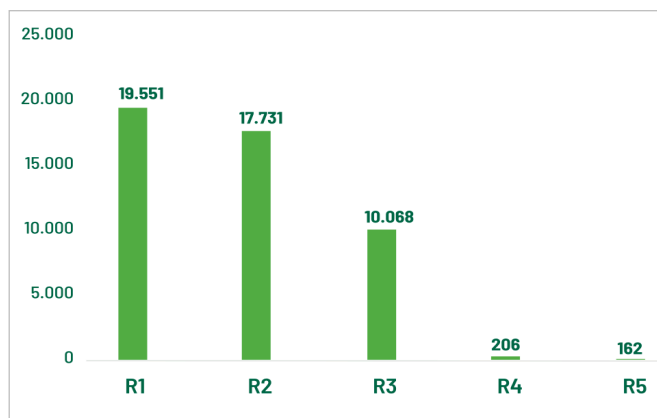


Figura 1. Médicos Residentes no Brasil, segundo o ano de RM em curso (R1 a R5), em 2024. Fonte: CNRM/Sesu/MEC; Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil. Nota: As vagas de R1 incluem as de acesso direto e as que exigem pré-requisito.

Para enorme surpresa, ao contrário do que acontecia anteriormente, quando a grande maioria dos egressos estava interessada em cursar um PRM, mesmo com o grande aumento de vagas de graduação em todo o país, tem havido, anualmente, uma diminuição da procura por vagas em PRM de 1º ano (R1), como pode ser observado na Figura 2:

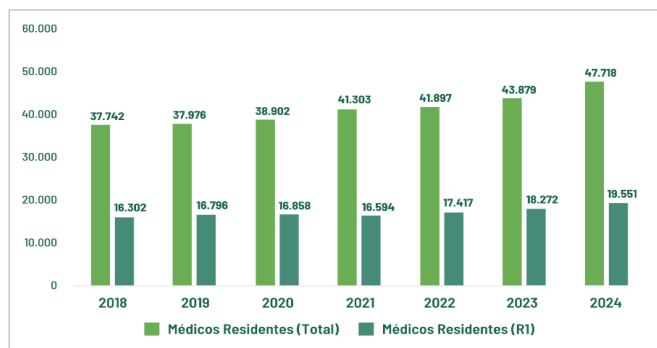


Figura 2. Evolução do número total de médicos cursando residência médica e de médicos no primeiro ano (R1), de 2018 a 2024. Fonte: CNRM/ Sesu/MEC; Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil. Nota: As vagas de R1 incluem as de acesso direto e as que exigem pré-requisito.

Fazendo o cálculo para o montante de estudantes matriculados na graduação em medicina, juntando os seis anos da faculdade, na Figura 3 abaixo, está demonstrado como em curto prazo, entre 2018 e 2024, a defasagem de vagas de graduação e de residência médica está aumentando enormemente, caso não haja expansão da oferta de PRM.

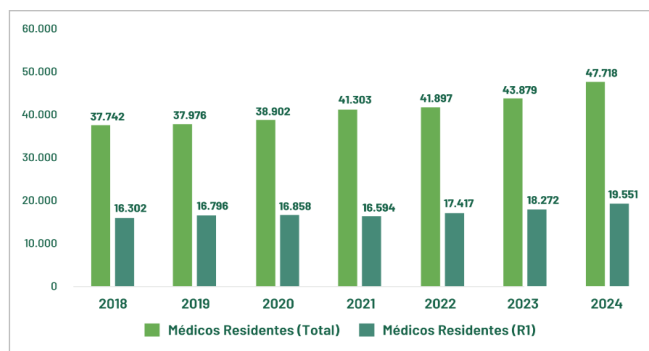


Figura 3. Evolução do número total de estudantes matriculados em escolas médicas e de médicos residentes cursando o primeiro ano (R1), de 2018 a 2024. Fonte: CNRM/Sesu/MEC; INEP/MEC; Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil. Nota: *Para o cálculo dos estudantes matriculados em cursos de graduação de 2024 foi feita estimativa com base em anos anteriores do Censo do Inep.

A decisão de adiar a RM pode ser uma escolha válida para alguns graduados, permitindo-lhes explorar diferentes oportunidades e tomar decisões mais bem informadas sobre suas carreiras médicas. A decisão dos estudantes de medicina pode ser influenciada por uma grande variedade de fatores, tais como:

1. Desafios dos PRM: A percepção de desafios associados à Residência Médica, como carga horária elevada e densa, estresse e falta de equilíbrio entre vida pessoal e profissional, pode levar alguns graduados a adiar sua entrada em um PRM. Esta percepção ficou nítida durante e após a pandemia pelo SARS-CoV-2.
2. Dificuldades de Acesso à Residência: Em alguns casos, a concorrência acirrada e a limitação de vagas nos PRM podem dificultar o acesso, levando os graduados a considerarem outras opções.
3. Escolha por Outros Caminhos Profissionais - como pesquisa, ensino, gestão em saúde, saúde pública ou setores não diretamente relacionados à prática clínica.
4. Desejo de Explorar Diferentes Áreas da Medicina - adquirir experiência em diferentes áreas da medicina antes de decidir por uma especialidade específica. Isso pode incluir trabalhar em diferentes contextos de atendimento, como unidades de emergência, atenção básica, ou em diferentes especialidades clínicas.
5. Necessidade de Tempo para Tomar Decisões

- necessidade de um período adicional para avaliar suas preferências, objetivos e interesses antes de se comprometerem com uma Residência Médica.

6. Busca por Experiência Internacional - programas de intercâmbio ou PRM em outros países, o que pode enriquecer suas habilidades e perspectivas profissionais.

7. Cenário Econômico e Mercado de Trabalho - condições econômicas, principalmente daqueles egressos com dívidas acumuladas no FIES e no financiamento para pagamento dos cursos privados, além do mercado de trabalho para profissionais de saúde sem especialização, principalmente quando acenam com remuneração atrativa, podem influenciar a decisão dos médicos recém-formados de não concorrer a PRM, mesmo conscientes de que, em muitos casos, não há segurança trabalhista.

8. Flexibilidade nas Carreiras Médicas - mudanças na legislação ou na estrutura de PRM que permitam uma maior flexibilidade nas carreiras médicas, proporcionando diferentes opções de treinamento ou atuação profissional.

9. Preferência por Outras Modalidades de Pós-Graduação - optar por cursos de aprimoramento em áreas específicas, equivocadamente auto-denominados de “Especialização”; ou ainda, por programas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado, doutorado).

10. Questões Pessoais e Familiares - considerações pessoais, como a necessidade de passar mais tempo com a família, questões de saúde pessoal ou outros fatores familiares, podem, também, influenciar na decisão de não cursar um PRM.

Destaca-se que esses fatores podem variar entre os graduados e refletem as circunstâncias individuais e preferências de cada um. É importante ressaltar que essas razões são multifatoriais e podem variar entre os indivíduos. Além disso, as tendências podem mudar ao longo do tempo em resposta a evoluções no sistema de saúde, políticas governamentais e outras influências externas.

Avaliação da formação médica na graduação

Desde meados da década de 1980, diversos estudiosos têm questionado a terminalidade da formação médica na graduação e demonstrado um maior interesse pela avaliação da qualidade do ensino médico (YAZLLE ROCHA, 1983; GONÇALVES, 1986; STELLA et al, 1997). Particularmente no início deste século, tal questionamento sobre a qualidade da formação tem aumentado muito, com a discussão sobre a introdução de um exame de licenciamento para avaliar a aptidão dos graduandos a exercer a profissão. Desde então, quatro Projetos de Lei (PL) foram apresentados: PL 840/2003, PL 217/2004, PL 559/2007 e PL 165/2017. Enquanto, outros setores do movimento médico nacional defendem que a avaliação seja contínua, incluindo a análise das condições de ensino oferecidas, com um olhar atento sobre a qualidade da infraestrutura das escolas e de seu corpo docente (COLLUCCI apud BICA & KORNIS, 2021; CFM, 2017a). Assim, para obter o registro de médico e estar autorizado a exercer a profissão, deixaria de ser suficiente concluir o curso de graduação.

Dentre os motivos para uma discussão mais ampla acerca da qualidade da formação médica estão o aumento da quantidade de cursos de medicina e de novas vagas nos cursos já em funcionamento. Outra razão é que, com o maior acesso a espaços de comunicação, passou a haver maior divulgação de erros médicos e de falhas estruturais dos sistemas de saúde. Então, o aumento da demanda global por garantias de qualidade na prestação de serviços médicos, tem sido resultado de uma conscientização do público sobre tais problemas, bem como sobre seu direito a melhores serviços. Isso se reflete no aumento de denúncias de suposta má prática nos Conselhos Regionais de Medicina, e de processos judiciais envolvendo serviços médicos e de saúde. No Brasil, tal crescimento tem sido explosivo: entre 2010 e 2014, houve um aumento de 140% dos processos que chegaram em caráter recursivo ao Superior Tribunal de Justiça (CAMBRICOLI, 2015 apud BICA & KORNIS, 2021).

Tais fatos acima vem pressionando a corporação médica a exigir, das universidades e do Estado, garantias de qualidade na formação dos profissionais e, por vezes, tentar assumir o controle sobre os seus processos de avaliação. No caso brasileiro, pode-se argumentar que a

exigência de um “selo de garantia” para os profissionais, dentro dessa lógica mais consumista, também recai sobre os representantes do diversificado sistema de saúde suplementar que atende às camadas de maior poder aquisitivo (SCHEFFER, 2015).

Essa tendência também reflete o maior foco atual em “segurança do paciente” e de “confiança do público” nos protocolos de sistemas internacionais de certificação de qualidade de serviços médicos. Por outro lado, a própria interferência do Estado brasileiro (MEC, Conselho Nacional de Educação - CNE, Conselho Nacional de Saúde – CNS, entre outros órgãos) sobre o desenho curricular do ensino médico, concretizada através das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001 e 2014, e da discussão atual de sua atualização, também representa uma resposta a essas demandas sociais (BRASIL – MEC, 2024).

Há ainda outros fatores importantes envolvidos que são a maior mobilidade internacional da força de trabalho médico, tornando inevitável que ela seja composta, em boa parte, por profissionais cuja formação se tem pouca gerência ou conhecimento e, o aumento global no número de escolas médicas, fenômeno que gera, também na comunidade acadêmica internacional, a percepção de que a qualidade do ensino oferecido pelas novas escolas pode não ser suficiente para a atenção qualificada que a sociedade almeja.

Em conjunto, esses fatores fortalecem os argumentos em favor da introdução dos exames de licenciamento em Medicina (ELM - Medical Licensing Examinations) como instrumento de regulação externa – fenômeno que ocorreu recentemente em países como Alemanha e Suíça e que está em curso no Reino Unido, onde uma entidade médica nacional (o General Medical Council) decidiu em favor de sua implementação a partir de 2023 (SWANSON & ROBERTS, 2016).

No caso brasileiro, destacam-se também, como causas recentes para o maior interesse pela avaliação nacional do ensino médico, a definição, pela Constituição de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS) como ordenador da formação de profissionais para a saúde e a vigorosa expansão, desde então, do acesso da população à atenção primária pela estratégia de saúde da família (PAIM et al., 2011). Com isso, o atrelamento da educação médica às demandas do mercado de trabalho tornou-se um objetivo formal do Estado brasileiro, indicando que ela poderia

se tornar objeto de maior regulação externa – o que se efetivou pela elaboração, em 2001 e 2014, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de Medicina – e de novas formas de avaliação (BICA & KORNIS, 2021).

A aptidão geral de um estudante de Medicina é entendida por educadores e conselhos profissionais como o desempenho satisfatório em competências bem delimitadas que, em conjunto, reúnem as dimensões de uma prática segura e qualificada. Tais competências incluem conhecimento teórico, habilidades psicomotoras, comunicação interpessoal, ética profissional e raciocínio clínico aplicado a situações da prática médica (EPSTEIN & HUNDERT, 2002).

A implementação do modelo baseado em competências implica a realização de medidas por métodos de avaliação. O “saber” e o “saber como” são domínios de competências cognitivas, que é o conhecimento teórico do profissional. Já os domínios seguintes reúnem as competências relacionadas à aplicação prática dos conhecimentos adquiridos. “Mostrar como” indica o que o profissional é capaz de fazer e permite conhecer suas habilidades clínicas. Isso inclui competências psicomotoras (exame físico, procedimentos médicos, etc.) e comportamentais (comunicar-se com pacientes e colegas, cumprir procedimentos de segurança do paciente, etc.). Já o “fazer” descreve a performance real do médico, ou seja, como ele realmente desempenha suas funções em meio às pressões de um ambiente dinâmico, com suas incertezas e subjetividades; seu comportamento ético diante de situações emocionalmente complexas e flexibilidade diante de demandas diversas (BOURSICOT et al, 2011).

A opção que vem sendo apresentada com maior frequência é o chamado “Exame de Ordem”, que vem a ser uma avaliação da formação médica ao final do curso, tal como ocorre na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), cuja aprovação seria necessária para obter o registro nos Conselhos Estaduais e Conselho Federal de Medicina. As experiências internacionais acumuladas acerca desses ELMs mostram, de forma clara, que, com os métodos disponíveis atualmente, a avaliação da aptidão de um recém-formado para exercer a Medicina não é eficaz (BICA & KORNIS, 2020). A ideia apresentada de que tal exame seria capaz de resolver todos os problemas relacionados à má prática médica não se justifica; afinal, mesmo os modelos mais sofisticados de prova não avaliam a performance, as

habilidades e atitudes no ambiente de trabalho – uma dimensão essencial da aptidão em foco.

Por definição, o objetivo do ELM é identificar os candidatos aptos a exercer a Medicina. Para tanto, é necessário usar métodos de avaliação que possam aferir, com precisão aceitável, as competências necessárias para uma prática segura e qualificada (BICA & KORNIS, 2020).

Os ELM são uma modalidade de avaliação somativa realizada para fins de certificação do indivíduo ou para definir sobre sua aptidão para progredir para a próxima etapa de sua trajetória acadêmica ou profissional. Tais avaliações são descritas como de “high stakes” pelas consequências que implicam para o futuro do indivíduo (BICA & KORNIS, 2020).

As avaliações somativas não buscam interferir no aprendizado do indivíduo – quando o fazem, é um efeito não intencional. Por outro lado, as avaliações formativas têm justamente esse objetivo: medir a proficiência do indivíduo em determinadas competências para definir objetivos de aprendizado e permitir mudanças de rumo em um programa educacional. Logo, avaliações formativas e somativas não são antagônicas, mas complementares.

A maior experiência de avaliação formativa, visando avaliar e dar devolutiva sobre o desempenho dos estudantes e das escolas, é o Teste de Progresso (TP) durante a graduação. Concebido internacionalmente a partir de iniciativas concomitantes no Canadá e na Holanda (VAN DER VLEUTEN, 1996; FREEMAN, 2010), o TP consiste em provas de múltipla escolha, aplicadas de forma seriada ao longo da graduação. Para garantir sua eficácia, o TP é baseado em uma matriz de conteúdos abrangente, que inclui temas de relevância epidemiológica, adaptações regionais, diferentes fases do ciclo de vida, e diversidade étnica e social. Elaborado, aplicado e interpretado de forma correta, o TP oferece devolutivas detalhadas para estudantes e escolas, ajudando a identificar áreas eficazes do currículo, e permitindo comparação não ranqueadora das instituições. Permite também a detecção precoce de estudantes com desempenho insuficiente e a percepção individual de cada estudante quanto ao seu desempenho evolutivo no conhecimento.

Implementado no Brasil em 1998 (SAKAI et al, 2008) e tornado um projeto nacional com a implantação de núcleos interinstitucionais a partir de 2014 (BICUDO, 2019), o TP procurou garantir os princípios básicos

consagrados internacionalmente (VAN DER VLEUTEN, 1996), visando o trabalho colaborativo em rede e o desenvolvimento docente a partir do desenvolvimento de consórcios regionais, congregados para a realização das provas. A ampliação da abrangência do TP para o nível nacional, a partir da iniciativa da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM) impulsionou o TP como uma das alternativas de avaliação nacional de escolas e egressos.

Em 2018, o Encontro Nacional de Entidades Médicas divulgou posicionamento favorável ao exame seriado, com a justificativa de que o curso médico envolve características de ensino de aspectos cognitivos, psicomotores e comportamentais que não devem ser avaliadas em um único processo, mas de forma continuada no transcurso da graduação, avaliando o egresso e o órgão formador (Agenda Parlamentar da Saúde Responsável - Comissão de Assuntos Políticos – CAP/CFM, 2018).

A expansão nacional do TP, no qual a grande maioria das escolas o aplica sem participação efetiva na elaboração de itens, enfraquece uma das principais vantagens do programa: a sinergia educacional em rede. Essa fragilidade, somada a problemas de financiamento, especialmente para as escolas públicas; e à falta de feedback adequado após a análise dos resultados, essencial no TP, limitam o potencial formativo do TP para melhorar a educação médica no país. A interpretação dos resultados para ajustes necessários, tanto pelas escolas quanto em âmbito nacional, precisa ser levada a sério; porque a ausência desse processo pode configurar uma transformação do TP em um ELM seriado, focado apenas em aspectos cognitivos (TRONCON, 2022).

Os processos de avaliação da graduação precisam dar conta, além dos conhecimentos e habilidades, da formação identitária profissional, conhecida como Profissionalismo. Este conceito é mais complexo e contextual, não apenas operacional; abrangendo comportamentos e atitudes desejáveis na prática médica, em vez de um conjunto fixo de atributos, como um ethos holístico, alinhado com o humanismo, que incorpora empatia pelo paciente, equilíbrio entre vida pessoal e profissional, e integridade (BIRDEN, 2013). Embora esse conjunto de atributos seja de difícil avaliação, buscam-se marcos conceituais definidos em diferentes países, como os do Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), nos Estados Unidos da América e

do Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) (CANADA, 2015; ACGME, 2024).

As ferramentas para a avaliação do Profissionalismo são muitas, sendo sempre implicadas no contexto de avaliação de competências profissionais. Nesse contexto, as Entrustable Professional Activities ou EPAs vem ganhando relevância como critérios práticos de acompanhamento da aquisição das competências (TAY, 2020). Definem-se como EPAs os marcos de competência, onde o treinando já é capaz de realizar, de forma segura e confiável, sem supervisão; atividades complexas que denotam domínio de um conjunto completo de atributos. Essas EPAs são estabelecidas em processos sistemáticos de ampla consulta ao conjunto de profissionais de uma determinada profissão ou especialidade (TEN CATE, 2005). O conjunto de EPAs, adequadamente certificadas pelos docentes, se constitui numa trilha de formação flexível, capaz de envolver também aspectos do chamado currículo paralelo.

Se a década de 2000 a 2010 foi considerada mundialmente como o período da educação baseada em competências (TEN CATE, 2005), no Brasil a maioria das escolas permanece com ensino focado em conteúdos. Para avançar na avaliação institucional, precisamos antes avançar nos modelos curriculares e nos processos de avaliação dos estudantes, lembrando que esses últimos são força motriz não apenas de progressão, mas de aprendizado (EPSTEIN, 2007).

A tendência mundial é a adoção da avaliação programática, uma abordagem que combina a visão de complexidade com a necessidade de manter a avaliação integrada e holística. Em vez de desconstruir a competência em unidades discretas e individualmente avaliáveis, a avaliação programática envolve a construção de uma narrativa significativa e global sobre o desempenho do estudante, baseada em uma triangulação de informações de várias fontes, coleta de dados longitudinal, feedback significativo e atividades de aprendizagem direcionadas. Essa abordagem requer uma justificativa clara e transparente para cada decisão de alta importância, e busca garantir a validade e a qualidade das avaliações, através de uma perspectiva de sistema, em vez de métodos isolados (SCHUWIRTH, 2020). Para tal, a criação de uma Comissão de Avaliação (Assessment Board) por escola, capaz de estudar, desenvolver e aplicar as

ferramentas de avaliação, e sequenciar as várias fases do desenvolvimento do estudante num dossiê próprio, seria o ideal. A avaliação externa, certificadora ou normativa, se basearia na auditoria dessas Comissões, com critérios pré-definidos.

A impossibilidade de avaliar todos esses aspectos de performance em medidas pontuais como os ELMs, reflete-se nos seus formatos atuais, todos baseados apenas em métodos de avaliação de conhecimento e habilidades. Se o ELM contar apenas com questões escritas, sua validade será ainda mais comprometida, por excluir todas as competências práticas da avaliação (ARCHER et al, 2015).

Para se aproximarem desses objetivos, as duas avaliações deveriam, no mínimo, incluir cenários de simulação, como no Exame Clínico Objetivo e Estruturado - OSCE, sigla para Objective Structured Clinical Examination, para avaliar as habilidades clínicas. Isto as nivelaria aos modelos contemporâneos de ELMs em alcance e limitações. É claro que esse desenho seria caro e trabalhoso, exigindo insumos e recursos humanos abundantes, o que comprometeria a exequibilidade das avaliações. No entanto, considerando a relevância dos objetivos colocados, esse maior investimento é essencial, em que não se pode avaliar amplamente a aptidão dos milhares de estudantes que se graduam anualmente em Medicina com recursos de qualidade técnica inferior (BICA & KORNIS, 2020).

Por outro lado, essa limitação não justifica manter as avaliações individuais das escolas médicas como garantia de qualidade no desempenho profissional, pois já existem evidências claras de que o rigor dos seus sistemas de avaliação é muito variável e que os desempenhos dos seus egressos em avaliações externas padronizadas são significativamente variáveis (MCMANUS et al, 2008; MCCRORIE & BOURSICOT, 2009).

Dessa forma, essas análises, tomadas em conjunto, não permitem inferências sobre a qualidade das avaliações de escolas médicas, individualmente. No entanto, mostram que as qualificações dos recém-formados são diferentes, mesmo em países com número pequeno e estável de escolas médicas: médicos com diversos níveis de aptidão recebem o mesmo diploma, com iguais atribuições e responsabilidades. Em um país como o Brasil, no qual a variabilidade na qualidade do

ensino é muito maior, essa distorção é certamente mais grave e não pode ser ignorada (BICA & KORNIS, 2020).

Paralelamente a esse contexto nacional, tem-se observado o grande número de brasileiros que estão estudando em cursos de medicina de outros países latino-americanos, entre os quais destacam-se Bolívia, Cuba, Paraguai e Argentina, estimulados, principalmente, pelo baixo valor das mensalidades e que, anualmente, têm se inscrito no processo de revalidação do diploma para atuação profissional no Brasil.

Para um médico trabalhar em outro país, é preciso revalidar o diploma médico. Tal processo varia, pois os países têm liberdade para criarem suas próprias regras de revalidação. Antes de 2011, essa revalidação era uma função individualizada das universidades públicas. A partir daí, o Brasil alinhou-se às nações desenvolvidas ao estabelecer o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (Revalida), por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 278, de 17 de março de 2011 (BRASIL – MEC, 2011), sendo que a prova não tem interferência de entidades médicas. O REVALIDA consta de uma prova de conhecimentos em duas fases (teórica e prática), representando as universidades públicas signatárias, com o objetivo de verificar a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências requeridas para o exercício profissional adequado aos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), em nível equivalente ao exigido dos médicos formados no Brasil. Dessa forma, a ideia era utilizar parâmetros e critérios isonômicos adequados para aferição de equivalência curricular e definição da correspondente aptidão para o exercício profissional da medicina no Brasil.

Cabe destacar que a qualidade na formação médica, seja da graduação no Brasil ou no exterior, não deve ser preterida em favor da diplomação em massa.

Os resultados deste cenário de grande número de formandos em medicina no Brasil e nos países ao redor serão profundamente sentidos, tanto do ponto de vista do mercado de trabalho quanto da qualidade da assistência médica nas próximas gerações, tendo em vista a conhecida longevidade profissional dos médicos. Certamente, o custo econômico e social de uma grande quantidade de médicos com formação profissional deficiente terá consequências funestas nos indicadores

de saúde, com aumento de solicitação de exames complementares desnecessários, erros diagnósticos, iatrogenias, medicalização em excesso, entre outros; sem a garantia de uma adequada distribuição dos médicos nas diversas regiões do país, incluindo as zonas mais remotas.

As avaliações existentes ou já utilizadas no cenário nacional estão na seguinte situação:

1) Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), que é trienal, tem mostrado notas altas de cursos com qualidade sabidamente duvidosa. Tal fato, tem se dado uma vez que boa parte das escolas têm realizado cursinhos preparatórios com alunos no ano do ENADE da área de saúde ou têm inscrito na avaliação apenas os melhores alunos, ocasionando evidentes vieses nos resultados. Por outro lado, instituições com notas baixas no ENADE mantêm extensa propaganda enganosa nos diversos tipos de mídia.

2) Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), proposta para avaliações anuais diferentes para o 2º, 4º e 6º anos, mesmo sendo criada por meio de uma Lei (nº 12.871, de 2013) e instituída pela Portaria MEC nº 982, de 25 de agosto de 2016, foi aplicada uma única vez no segundo semestre de 2016, para estudantes do 2º ano; e o resultado não discriminou a qualidade de formação dos cursos, visto que mais de 92% tiveram avaliação adequada. Esta avaliação não ocorreu no ano seguinte, sendo extinta pela Lei 13.530 de 07 de dezembro de 2017.

3) O Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) é aplicado anualmente desde 2011, devido a grande quantidade de recursos jurídicos não foram realizadas as edições de 2018 e 2019, voltando a ser aplicado em 2020, quando passou a ser aplicado semestralmente (BRASIL, 2019). Passou a ser aplicado quadrimestralmente, desde 2023 (BRASIL, 2023).

Para um momento de completa indefinição dos rumos a serem seguidos quanto às avaliações dos estudantes de medicina, mesmo em face das experiências

existentes (ENADE, ANASEM e REVALIDA) e, certamente, existem muitas pressões econômicas e políticas para que estas avaliações sejam apenas um rito de passagem. No entanto, a sociedade brasileira não pode renunciar a uma adequada avaliação da formação médica, independente de onde seja formado.

Por outro lado, não há o menor sentido na realização de três avaliações para a mesma finalidade, em face de todas as dificuldades técnicas, logísticas e de custos para se garantir uma adequada verificação da qualidade do profissional médico que está sendo formado.

É imprescindível equacionar essas questões levantadas sobre a obrigatoriedade de avaliação da qualidade da formação de médicos para atuarem no Brasil, sejam ou não, formados no país, sem correr o risco de uma exagerada simplificação para uma avaliação que é sabidamente complexa.

Numa mesa redonda no 58º Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica em 2020 (online), na presença de toda a direção e presidência do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) foi discutida a proposta de realização de uma única avaliação que cumpra todos os mesmos objetivos ou, em face da dificuldade política e jurídica para que isto ocorra, que a ANASEM se tornaria um teste de progresso de caráter mais somativo, unificado ao ENADE dos cursos de medicina e ao REVALIDA, de forma que os alunos de escolas médicas brasileiras do 2o, 4o e 6o ano sejam submetidos a mesma prova teórica (objetiva) da 1ª fase do Revalida. Tal aplicação caracterizaria um teste de progresso nacional anual para os alunos brasileiros. Dessa forma, cada aluno faria três exames teóricos ao longo da formação médica. Isto permitiria o diagnóstico situacional da avaliação nacional dos cursos médicos, segundo o tipo de instituição e região do país, com o estabelecimento de uma série histórica individual, tanto dos alunos quanto das instituições públicas e privadas. A segunda fase do Revalida, que é realizada por meio de estações práticas simuladas, seria feita para formandos brasileiros (sexto-anistas) e médicos formados no exterior aprovados na 1ª fase do Revalida. Dessa forma, a alegação de que os médicos brasileiros e estrangeiros formados no exterior estão sendo submetidos a uma avaliação mais difícil não se justificaria. Assim, haveria a defesa do maior interesse

nacional que é a assistência da população por médicos qualificados, podendo contribuir para o aperfeiçoamento do SUS.

O resultado dessa avaliação conjunta (teórica e prática) para os sexto-anistas brasileiros e os médicos formados no exterior poderia representar um exame nacional de residência médica para os programas que aceitassem tal proposta e os selecionados ocupariam as vagas de acordo com suas opções de preferência. Isso tornaria também esse processo de seleção mais transparente, o que também é muito necessário.

Partindo do pressuposto de que o resultado da avaliação dos estudantes brasileiros deve responsabilizar os próprios estudantes e seus cursos de graduação pela adequação da formação médica, será necessária a criação de critérios de bons e maus resultados dessa avaliação conjunta, com sanções para ambas as partes (estudantes e cursos) e previsão de remediações.

Este assunto, embora urgente, está longe de uma resolução, pois depende da articulação política dos atores envolvidos (comunidade acadêmica, corporações médicas e representantes dos Poderes Legislativo e Executivo), da força das demandas sociais sobre o tema e do equilíbrio entre as prioridades governamentais de expansão do ensino médico e regulação de sua qualidade. Não tem sido observado um esforço de colaboração para construir um modelo de avaliação minimamente aceitável para todos, o que exigiria concessões das partes interessadas.

Um novo Projeto de Lei (PL 2.294/2024) propõe para que o exercício da medicina no Brasil tenha como exigência a aprovação em exame de proficiência. Conforme o projeto, somente depois da prova os formados na área poderão se inscrever no Conselho Regional de Medicina. Segundo o seu autor, essa demanda é das próprias entidades representativas da profissão, que apontam a proliferação indiscriminada de cursos no país e a má qualidade da formação, ou seja, a mesma justificativa dos antigos PL não aprovados. A proposta do Exame Nacional de Proficiência em Medicina, que é apoiada pelo Conselho Federal de Medicina, prevê sua oferta, pelo menos duas vezes ao ano, em todos os Estados e no Distrito Federal.

Dessa forma, há a necessidade premente de

um processo avaliativo que envolva os estudantes e as escolas médicas para que cumpram seus respectivos papéis com o compromisso de qualidade da formação médica ao longo da graduação.

O processo de avaliação seriada tem sido considerado a melhor alternativa. Diante da complexidade para que seja aplicado a todos os cursos médicos do país, algumas frentes de discussão têm proposto uma avaliação terminal, a qual seria de implementação provavelmente menos demorada. A proposta do Exame Nacional de Proficiência (ENP), apoiada pelo Conselho Federal de Medicina, prevê sua oferta, ao menos duas vezes ao ano, em todos os Estados e no Distrito Federal. Dessa forma, embora tecnicamente não seja a melhor opção, é um começo aceitável para se ter uma avaliação da formação médica no Brasil e poder avançar nesta necessidade urgente de mudar a situação atual. Ademais, seria uma maneira de avaliar os aprovados no ENP para que pudessem a partir do exame requerer seu registro no CRM e serem legitimados e liberados para o exercício da profissão médica. Se constituiria

numa avaliação de caráter nacional feita por instituição alheia à realidade de cada instituição de ensino superior (IES), absolutamente independente, e, portanto, isenta e sem qualquer conflito de interesse embutido. Uma importante discussão será sobre quem irá elaborar este tipo de avaliação e quais serão as suas consequências, mormente, para as IES que se notabilizem por serem deficientes na formação de seus egressos dos cursos de medicina.

De nada adianta os cursos terem excelente infraestrutura física de salas de aulas, diferentes laboratórios com uso de alta tecnologia, corpo docente qualificado e núcleos de apoio psicopedagógico para estudantes e professores, indicadores que levam à nota 5 no INEP/MEC, se os estudantes não tiverem uma boa formação ética e profissional, equilíbrio emocional e saúde mental adequada para iniciar e manter sua carreira médica. E isso precisa ser refletido de forma objetiva em avaliações da formação profissional que não sejam somente aquelas realizadas no próprio curso médico.

ABSTRACT

This reflection article can be divided into two complementary parts. The first shows the current context of medical education in Brazil, bringing the most recent data on the number of undergraduate students and its growing gap in relation to the reduced number of vacancies in medical residency, which, despite being the most appropriate modality to train specialists, has been overlooked by the excessive number of *lato sensu* graduate courses. The second part discusses the possibilities of evaluating medical training, which is terminal in Brazil, enabling the newly graduated physician to claim the professional registration and to practice medicine, being evaluated only by their own medical course. It also reviews the historical evolution and pros and cons of evaluating medical education for doctors trained both locally and abroad.

Keywords: Training of Human Resources in Health; General Practitioners; Licensure in Medicine.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA SENADO. Exame de ordem para médicos divide opiniões em audiência pública. Senado Notícias, Brasília, 20 nov. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/11/20/exame-de-ordem-para-medicos-divide-opinioes-em-audiencia-publica>. Acesso em 12/11/2024.
2. ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION - ACGME. Accreditation Council for Graduate Medical Education Policies and Procedures – 2024. Disponível em: <https://www.acgme.org/>. Acesso em 10/11/2014.
3. AMB.a, Associação Médica Brasileira. TRF decide que médicos informem em suas divulgações que não são especialistas somente por terem cursado pós-graduação. Publicado em 04/06/2024. [Internet]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/trf-decide-que-medicos-informem-em-suas-divulgacoes-que-nao-sao-especialistas-somente-por-terem-cursado-pos-graduacao/>. Acesso em 12/11/2024.
4. AMB.b, Associação Médica Brasileira. Nota Oficial

- AMB “Títulos de Especialista” emitidos por entidades não conveniadas à AMB – AMB. [Internet]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/nota-oficial-amb-titulos-de-especialista-emitidos-por-entidades-nao-conveniadas-a-amb/> Acesso em 12/11/2024.
5. Archer J, Lynn N, Roberts M, Coombes L, Bere S. A systematic review on the impact of licensing examinations for doctors in countries comparable to the UK. Plymouth: Plymouth University; 2015.
 6. Bica RBS, Kornis GEM. Exames de licenciamento em Medicina – uma boa ideia para a formação médica no Brasil? Interface (Botucatu). 2020;24:e180546. doi: 10.1590/Interface.18054.
 7. Bica RBS, Kornis GEM. Avaliação global do ensino médico brasileiro: interesses dos atores envolvidos. Est. Aval. Educ. 2021;v. 32:e07592.
 8. Bicudo AM, Hamamoto Filho PT, Abbade JF, Hafner MLMB, Maffei CML. Teste de Progresso em Consórcios para Todas as Escolas Médicas do Brasil. Rev Bras Educ Méd 2019;43(4):151-6.
 9. Birden H, Glass N, Wilson I, Harrison M, Usherwood T, Nass D. Teaching professionalism in medical education: A Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review. Med Teach. 2013;35(7):e1252-66. doi: 10.3109/0142159X.2013.789132.
 10. Boursicot K, Etheridge L, Setna Z, Sturrock A, Ker J, Smees S, et al. Performance in assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa conference. Med Teach. 2011;33(5):370-83. doi: 10.3109/0142159X.2011.565831.
 11. BRASIL. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 09 de julho de 1981.
 12. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura - MEC. Portaria Interministerial MEC/MS nº. 278, de 17 de março de 2011, que institui o REVALIDA. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=232556>. Acesso em 12/11/2024.
 13. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução no 01, de 14 de agosto de 2000. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/ementario-da-legislacao-da-residencia-medica> Acesso em 12/11/2024
 14. BRASIL. Câmara dos Deputados. PL 840/2003: Institui o Exame de Ordem como condição prévia ao exercício da Medicina. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=112963> Acesso em 12/11/2024.
 15. BRASIL. Senado Federal. PL 217/2004: institui o Exame Nacional de Proficiência em Medicina como requisito para o exercício legal da Medicina no País. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/69079> Acesso em 12/11/2024.
 16. BRASIL. Câmara dos Deputados. PL 559/2007: Dispõe sobre a realização de exame de suficiência como requisito para a obtenção de registro profissional. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=345881> Acesso em 12/11/2024.
 17. BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 278 de 17/03/2011: Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos expedidos por universidades estrangeiras. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=232556>
 18. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2013. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/s/?tipo=LEI&numero=12871&ano=2013&ato=bbao3ZU50MVpWTde7> Acesso em 12/11/2024.
 19. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura - MEC. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 6 Jun 2014. Disponível em: [file:///Users/Hermila/Dropbox/My%20Mac%20\(MacBook%20Pro%20de%20Hermila\)/Downloads/rces003_14-2.pdf](file:///Users/Hermila/Dropbox/My%20Mac%20(MacBook%20Pro%20de%20Hermila)/Downloads/rces003_14-2.pdf) Acesso em 12/11/2024.
 20. BRASIL. Senado Federal. PL 165/2017: disciplina o exame de proficiência em medicina, com caráter nacional, constituindo requisito para a inscrição em Conselho Regional de Medicina. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129327#:~:text=Projeto%20>

- de % 20 Lei % 20 do % 20 Senado % 20 n % 20 C % 20 B % 20 0 % 20 1 % 20 6 % 20 5 % 20 C % 20 0 % 20 de % 20 2017 & text = Ementa % 3A, nacional % 20 de % 20 profici % C % 3 % A % 20 em % 20 Medicina Acesso em 12/11/2024.
21. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.235/2017, de 15 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, 18 dez. 2017. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/D9235.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%209.235%2C%20DE%2015%20DE%20DEZEMBRO,de%20p%C3%B3s%20gradua%C3%A7%C3%A3o%20no%20sistema%20federal%20de%20ensino. Acesso em 12/11/2024.
 22. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução nº 1, de 6 de abril de 2018. Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei nº 9.394/1996, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 09 de abril de 2018.
 23. BRASIL. AGÊNCIA SENADO. Exame de ordem para médicos divide opiniões em audiência pública. Senado Notícias, Brasília, 20 nov. 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2018/11/20/exame-de-ordem-para-medicos-divide-opinioes-em-audiencia-publica>. Acesso em 15/11/2024.
 24. BRASIL. Presidência da República. Lei 13.959, de 18 de dezembro de 2019: Institui o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13959.htm Acesso em 15/11/2024.
 25. BRASIL. Presidência da República. Lei 14.621, de 14 de julho de 2023: Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14621.htm Acesso em 15/11/2024.
 26. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2380/2024. Homologa a Portaria CME nº 1/2024, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. [Internet]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2380> Acesso em 15/11/2024.
 27. BRASIL. Senado Federal. PL 2.294/2024: dispõe sobre os Conselhos de Medicina e dá outras providências, para instituir o Exame Nacional de Proficiência em Medicina. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/164060> Acesso em 12/11/2024.
 28. BRASIL. Senado Federal. Senador Astronauta Marcos Pontes. Projeto de Lei nº 2294, de 2024. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/164060>. Acesso em 13/11/2024.
 29. CANADA. The Royal College Of Physicians And Surgeons Of Canada. CanMEDS. CanMEDS 2015 - Physician Competency Framework. Disponível em: <https://www.royalcollege.ca/en/standards-and-accreditation/canmeds.html>. Acesso em 10/11/2024.
 30. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM, 2018. Revalidação de diplomas de médico obtidos em instituições de ensino superior estrangeiras – REVALIDA: Breve histórico e síntese do processo. In: Formação em Medicina no Brasil - Cenários de prática, Graduação, Residência Médica, Especialização e Revalidação de Diplomas. Cadernos de Educação Médica do CFM. Número 2; Agosto 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1436661/issue-096d3a817a272647f4ada2d6d733a8fb.pdf>. Acesso em 13/11/2024.

31. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Percepção dos Brasileiros Sobre a Confiança e Credibilidade em Instituições. 2017. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?optAceion=com_content&view=article&id=26778:2017-03-15-19-25-46&catid=3. Acesso em 13/11/2024.
32. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Demografia Médica no Brasil, 2024. Disponível em: <https://observatorio.cfm.org.br/demografia/#painéis>. Acesso em 15/11/2024.
33. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP. Avaliação acadêmica. CFM e CRMs realizam debate sobre o exame de egressos. 19 jul.2016b. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4129>. Acesso em 15/11/2024.
34. Dias I, Scheffer M, Dolci JEL, Almeida C, Nicolosi M, Bufano M, Souto T. Radar da Demografia Médica no Brasil. Informe Técnico Nº 4. Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu (PGLS) em especialidades médicas. Agosto /2024.
35. ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. Programa de Residência Médica – Benchmarking internacional de países selecionados. Distrito Federal. Setembro, 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/jspui/bitstream/1/7048/1/2021.09.17%20-%20Programas%20de%20Resid%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%20benchmarking%20de%20pa%C3%ADses%20selecionados%20-%20rev.%2017-05-22.pdf>. Acesso em 15/11/2024.
36. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226.
37. Epstein RM. Assessment in Medical Education. N Engl J Med. 2007;356(4):387-96. doi: 10.1056/NEJMra054784.
38. Freeman A, Van Der Vleuten CPM, Nouns Z, Ricketts C. Progress testing internationally. Med Teach. 2010;32(6):451-5. doi: 10.3109/0142159X.2010.485231.
39. Gonçalves EL. A terminalidade do curso de graduação em medicina: riscos, problemas e soluções. Rev. bras. educ. med. 1986;10(03):141-7. doi: 10.1590/1981-5271v10.3-003.
40. McCrorie P, Boursicot K. Variations in medical school graduating examinations in the UK: are clinical competence standards comparable? Med Teach. 2009;31(3):223-9. doi: 10.1080/01421590802574581.
41. McManus I, Elder A, Champlain A, Dacre J, Mollon J, Chis L. Graduates of different UK medical schools show substantial differences in performances on MRCP (UK) Part 1, Part 2 and PACES examinations. BMC Med. 2008;6:5. doi: 10.1186/1741-7015-6-5.
42. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history advances and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.
43. Sakai MH, Ferreira Filho OF, Almeida MJ, Mashoma DA, Marchese MC. Teste de progresso e avaliação do curso: dez anos de experiência da medicina da Universidade Estadual de Londrina. Rev. bras. educ. med. 2008;32(2).
44. Scheffer M (coord.). Demografia médica no Brasil 2015. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Cremesp; CFM, 2015.
45. Scheffer MM, et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00- 60986-8.
46. Scheffer M, David L, Xavier M, Almeida C. Radar da Demografia Médica no Brasil. Informe Técnico Nº 5. Panorama da Residência Médica: Oferta, Evolução e Distribuição de Vagas (2018-2024).
47. Schuwirth LT, Van Der Vleuten CPM. A history of assessment in medical education. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2020;25(5):1045-56. doi: 10.1007/s10459-020-10003-0.
48. Stella RCR, Goldenberg P, Gomes MHA, Goihman S. Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente. Rev. Assoc. Med. Bras. 1997;43(4):290-4. doi: 10.1590/S0104-42301997000400004.
49. Swanson D, Roberts T. Trends in national licensing examinations in medicine. Med Educ. 2016;50(1):101-14. doi: 10.1111/medu.12810.
50. Tay KT, et al. Assessing Professionalism in

- Medicine – A Scoping Review of Assessment Tools from 1990 to 2018. *J Med Educ Curric Dev.* 2020;7:2382120520955159. doi: 10.1177/2382120520955159.
51. Ten Cate O. Entrustability of professional activities and competency-based training. *Med Educ.* 2005;39(12):1176-7. doi: 10.1111/j.1365-2929.2005.02341.x.
52. Troncon LEA, et al. Reflexões sobre a utilização do Teste de Progresso na avaliação programática do estudante. *Rev. bras. educ. med.* 2023;47(2):1-8. doi: 10.1590/1981-5271v47.2-2022-0334.
53. Van Der Vleuten C, Verwijnen G, Wijnen W. Fifteen years of experience with progress testing in a problem-based learning curriculum. *Med Teach.* 1996;18(2):103-9. doi: 10.3109/01421599609034142.
54. Yazlle Rocha JS. A crise da terminalidade da educação médica no Brasil. *Rev Medicina HCFMRP-USP.* 1983;16(1e2):35-42.

Recebido em: 14/11/2024

Aceito para publicação em: 26/11/2024

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Gerson Alves Pereira Júnior

E-mail: gersonapj@gmail.com

