
EDITORIAL

Dr. João Ghizzo Filho¹**Entre a expansão necessária e a mercantilização da formação médica: por que o ENAMED deve ser aperfeiçoado e não desmontado?**

Poucos países expandiram sua formação médica de maneira tão acelerada quanto o Brasil, nas últimas duas décadas. Em aproximadamente 20 anos, o número de médicos no país mais do que dobrou, passando de cerca de 250 mil profissionais para aproximadamente 550 mil, enquanto o número anual de egressos aumentou de pouco menos de 11 mil para quase 40 mil médicos por ano.(1) Essa expansão ocorreu predominantemente após a Lei dos Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013), que reformulou fortemente o modelo de abertura de cursos médicos no país.(2) O objetivo declarado era legítimo: ampliar o acesso da população à assistência médica, reduzir desigualdades regionais e interiorizar a formação profissional. Entretanto, o debate nacional concentrou-se majoritariamente no déficit quantitativo de médicos, enquanto a discussão sobre qualidade da formação permaneceu secundária por muitos anos.

Essa assimetria pode representar uma das principais fragilidades recentes da política pública brasileira de saúde e educação. A expansão da formação médica ocorreu em velocidade muito superior à capacidade de consolidação institucional de inúmeras escolas recém-criadas. Diferentemente de outros cursos superiores, a medicina exige ecossistemas complexos de aprendizagem, envolvendo hospitais de ensino, integração longitudinal com serviços assistenciais, preceptoria qualificada, infraestrutura diagnóstica, cenários de urgência, pesquisa clínica e supervisão contínua.

Portanto, não se trata apenas de ampliar vagas. **Trata-se de produzir competência clínica segura.** Assim, nesse contexto surge o ENAMED como o primeiro instrumento nacional capaz de realizar avaliação comparativa sistemática da formação médica brasileira. Seus resultados introduzem uma discussão que, até então, era sustentada, sobretudo por impressões subjetivas de programas de residência, sociedades médicas e gestores hospitalares.

Os achados são preocupantes. Segundo a Nota Técnica nº 44 do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), aproximadamente 30% dos cursos avaliados apresentaram desempenho insatisfatório, correspondendo a menos de 60% de estudantes proficientes.(3) **Trata-se de um dado sanitário grave.** Não estamos discutindo apenas diferenças acadêmicas marginais entre instituições. Estamos discutindo a possibilidade concreta de diplomar médicos sem domínio adequado de competências essenciais para exercício profissional seguro. Mais preocupante ainda: os resultados demonstram forte associação entre baixo desempenho e características estruturais específicas, como

¹Diretor de publicações da ACM. Editor.

cursos privados com fins lucrativos, instituições mais recentes, menor qualificação docente e menor disponibilidade de professores por aluno.(3)

A partir desses dados, torna-se impossível sustentar a narrativa de que a expansão quantitativa, isoladamente, seria suficiente para corrigir os problemas históricos de acesso à saúde no Brasil. **O ENAMED expôs uma crise previamente conhecida, porém pouco mensurada.** Sua implementação aproximou o Brasil de modelos internacionais de avaliação nacional de competência médica utilizados em países como Estados Unidos, Canadá e Reino Unido.(4-6) Embora nenhum exame seja capaz de captar integralmente a complexidade da prática médica, avaliações padronizadas têm sido utilizadas globalmente como instrumentos mínimos de segurança profissional.

Nos Estados Unidos, o *United States Medical Licensing Examination (USMLE)* tornou-se componente central da regulação profissional médica. Estudos demonstram associação entre desempenho em *licensing examinations* e indicadores subsequentes de prática clínica, incluindo qualidade assistencial e eventos disciplinares.(7,8) No Canadá, avaliações nacionais também são utilizadas como instrumentos complementares de garantia de competência profissional mínima.(9)

O principal argumento contrário ao ENAMED — “**uma prova não mede competência clínica**” — é parcialmente verdadeiro, porém insuficiente. Nenhuma avaliação isolada mede integralmente comunicação, raciocínio clínico complexo, profissionalismo ou habilidades interpessoais. Entretanto, a incapacidade de demonstrar domínio mínimo de conhecimentos fundamentais em áreas centrais da prática médica representa sinal inequívoco de vulnerabilidade formativa.

O próprio desenho do ENAMED reforça essa interpretação. O exame foi estruturado para avaliar competências fundamentais previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, incluindo clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, saúde mental, urgência e atenção primária.(3) Desse modo, trata-se de avaliar competências nucleares, indispensáveis ao exercício profissional seguro. Portanto, quando aproximadamente um terço dos cursos falha em atingir padrões mínimos, o problema não pode ser relativizado como mera limitação metodológica do instrumento. Na realidade, o ENAMED pode ter revelado apenas parte do problema.

A expansão quantitativa tornou-se dissociada da maturação institucional. Os dados apresentados pelo IEPS demonstram um gradiente temporal inequívoco: cursos fundados até 2012 apresentam desempenho significativamente superior em comparação às instituições abertas após 2013, especialmente aquelas inauguradas após 2018.(3) Esse achado possui enorme relevância regulatória.

A abertura de uma escola médica envolve processos lentos de consolidação institucional. A formação de um ambiente acadêmico maduro exige tempo para recrutamento de corpo docente qualificado, consolidação de cultura acadêmica, desenvolvimento de programas de residência, integração ensino-serviço, estabelecimento de hospitais de ensino, estruturação de pesquisa clínica e desenvolvimento de preceptoria. Tais elementos não podem ser produzidos rapidamente, apenas por autorização administrativa.

O problema torna-se ainda mais grave quando o crescimento institucional ocorre sob pressão de expansão acelerada de vagas. Em muitos contextos, a abertura de novos cursos parece ter precedido a consolidação efetiva da capacidade formadora.

A própria literatura internacional sobre educação médica alerta que expansão rápida sem mecanismos robustos de acreditação pode comprometer a qualidade assistencial futura.(4,10) O Brasil parece ter reproduzido exatamente esse risco.

Talvez o aspecto politicamente mais sensível do relatório seja a associação entre baixo desempenho e instituições privadas com fins lucrativos.(3) É fundamental evitar simplificações ideológicas. O setor privado teve papel decisivo na ampliação da formação médica brasileira; sem sua participação, dificilmente o país teria alcançado o volume atual de profissionais. Entretanto, os dados sugerem que parte importante dessa expansão ocorreu sob lógica predominantemente mercantil.

A medicina possui características incompatíveis com modelos educacionais fortemente orientados por escalabilidade financeira. Diferentemente de cursos predominantemente teóricos, a formação médica depende de infraestrutura assistencial altamente complexa, supervisão intensiva e exposição longitudinal a cenários clínicos reais. Isso torna o ensino médico estruturalmente caro. Quando a sustentabilidade econômica institucional depende primariamente da rápida expansão de vagas, surgem tensões inevitáveis entre rentabilidade e qualidade acadêmica.

Esse fenômeno já foi discutido em diversos países.(11-13) A financeirização do ensino superior pode induzir redução proporcional de investimentos em corpo docente permanente, pesquisa, hospitais universitários e infraestrutura prática. Os dados do ENAMED parecem compatíveis com essa hipótese. Instituições privadas com fins lucrativos concentraram maior proporção de conceitos inferiores, enquanto instituições federais apresentaram desempenho significativamente superiores.(3) Embora isso não implique causalidade direta, a associação é suficientemente consistente para justificar preocupação regulatória relevante.

Mais alarmante ainda é o desempenho das instituições públicas municipais: 87,5% obtiveram conceitos um ou dois.(3) Esse dado sugere que fragilidade institucional também pode ocorrer no setor público quando inexistem: escala acadêmica, financiamento adequado e integração universitária robusta. A discussão, portanto, não deve ser reduzida à dicotomia “público *versus* privado”, mas sim à capacidade estrutural real de formação médica qualificada. O corpo docente continua sendo a variável central. Entre todas as variáveis analisadas, a proporção de docentes doutores apresentou a associação positiva mais forte com desempenho no ENAMED.(3) Esse talvez seja o achado mais importante do relatório.

Nos últimos anos, parte do debate educacional brasileiro passou a supervalorizar diferentes metodologias pedagógicas, ferramentas digitais e inovação curricular, frequentemente minimizando o papel central do capital humano acadêmico. Entretanto, os dados reforçam uma evidência clássica da educação médica internacional: excelência formativa permanece profundamente dependente de qualificação docente. Escolas com melhor desempenho apresentaram maior número de docentes, maior razão professor/aluno, maior proporção de doutores e maior presença de docentes em dedicação

integral.(3) Esses elementos não são acessórios institucionais; constituem a própria infraestrutura intelectual da formação médica.

A erosão progressiva da carreira acadêmica médica brasileira talvez seja uma das ameaças mais subestimadas da atualidade. A baixa atratividade financeira da docência universitária, somada à expansão acelerada de escolas, gerou competição intensa por número limitado de professores experientes. O resultado previsível é fragmentação da qualidade formativa. Não existe formação médica de excelência sustentada apenas por *marketing* institucional, metodologias ativas ou ambientes digitais sofisticados. A medicina continua sendo aprendida, sobretudo, pela convivência longitudinal com docentes experientes.

Outro achado importante do estudo foi a associação entre municípios menores e maior concentração de cursos com desempenho insatisfatório.(3) A interiorização da formação médica representa estratégia relevante para redução de desigualdades regionais. Entretanto, há risco crescente de que abertura indiscriminada de escolas em municípios com baixa densidade assistencial produza novo eixo de desigualdade. A literatura internacional demonstra que distribuição geográfica de médicos depende de políticas muito mais complexas do que simplesmente abertura de escolas.(14,15) Países que conseguiram reduzir desigualdades regionais combinaram incentivos financeiros, expansão da residência médica, fortalecimento da atenção primária, carreira estruturada, suporte tecnológico e obrigatoriedade temporária de atuação em áreas remotas.

Abrir escolas médicas em municípios pequenos sem hospitais terciários robustos, sem programas consolidados de residência e sem massa crítica docente pode produzir exatamente o oposto do pretendido: formação fragilizada sem retenção profissional duradoura. O Brasil corre risco crescente de consolidar um modelo paradoxal: mais médicos diplomados, porém sem redução proporcional das desigualdades assistenciais.

O problema não termina na graduação. Talvez a principal limitação do debate público atual seja tratar graduação médica como etapa terminal da formação. A expansão de vagas médicas não foi acompanhada proporcionalmente pela expansão de programas de residência médica. Consequentemente, cresce o número absoluto de médicos iniciando prática profissional sem treinamento especializado supervisionado. Esse fenômeno é particularmente preocupante em contextos de formação heterogênea. Em diversos países, a residência médica funciona como mecanismo complementar de padronização mínima de competência clínica. No Brasil, entretanto, a residência permanece insuficiente para absorver o número crescente de egressos. Isso significa que fragilidades da graduação podem migrar diretamente para o sistema assistencial. A discussão sobre qualidade da formação médica brasileira não pode mais ignorar a necessidade de expansão qualificada da residência médica.

O ENAMED deve ser aperfeiçoado e fortalecido, não desmontado. Todo exame nacional possui limitações metodológicas. O ENAMED certamente precisará evoluir em aspectos psicométricos, avaliação longitudinal e incorporação progressiva de competências práticas. Entretanto, o pior desfecho possível seria o enfraquecimento político do instrumento diante das tensões inevitáveis produzidas por seus resultados. Historicamente, processos regulatórios tornam-se frágeis justamente quando começam

a gerar consequências reais. Os dados do ENAMED já produziram efeitos regulatórios, incluindo supervisão, suspensão de vagas e restrições institucionais.(3) Isso tende a ampliar resistência política e judicial.

Ainda assim, o país provavelmente necessita exatamente do oposto: mais transparência, maior rigor regulatório e fortalecimento contínuo dos mecanismos de acreditação. A ausência de avaliação nacional robusta favorece assimetria de informação entre instituições, estudantes e sociedade. Em medicina, isso não representa apenas um problema educacional. Representa um grave problema sanitário.

Concluindo, **o Brasil precisa abandonar definitivamente a falsa dicotomia entre ampliar acesso e garantir qualidade**. Ambos são necessários. A expansão da formação médica foi importante, e provavelmente inevitável, diante das necessidades populacionais e da histórica concentração regional de profissionais. Entretanto, os resultados do ENAMED sugerem que parte relevante desse crescimento ocorreu sem consolidação institucional compatível com a complexidade da educação médica. Mais preocupante ainda: o país corre risco crescente de consolidar um modelo dual de formação médica, com coexistência de centros altamente qualificados e número progressivamente maior de escolas com fragilidade estrutural relevante.

O debate público brasileiro ainda permanece excessivamente focado no número absoluto de médicos. Entretanto, sistemas de saúde não são fortalecidos apenas pelo aumento quantitativo de profissionais. São fortalecidos pela formação de profissionais competentes, distribuídos adequadamente e inseridos em estruturas assistenciais funcionais. **O ENAMED não resolveu a crise da formação médica brasileira, mas tornou impossível continuar fingindo que ela não existe.**

A Associação Catarinense de Medicina vai continuar se manifestando e lutando contra toda e qualquer iniciativa que tenha como efeito prejudicar a qualidade do atendimento em saúde à população.

Boa leitura! Editor da revista Arquivos Catarinenses de Medicina.

Referências

1. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA, Mainardi GM. *Demografia Médica no Brasil 2025*. São Paulo: FMUSP; CFM; 2025.
2. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos. *Diário Oficial da União*. 2013 Oct 23.
3. Codazzi K, Chapchap P, Rocha R. *O perfil das faculdades de medicina no Brasil por desempenho no ENAMED*. Nota Técnica n. 44. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2026.
4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
5. World Federation for Medical Education. *WFME global standards for quality improvement in medical education*. Copenhagen: WFME; 2023.
6. Norcini J, Anderson B, Bollela V, Burch V, Costa MJ, Duvivier R, et al. 2018 consensus framework for good assessment. *Med Teach*. 2018;40(11):1102-9.

7. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D, et al. Association between licensure examination scores and practice in primary care. *JAMA*. 2002;288(23):3019-26.
8. Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knettlar TR, Rattner SL, Stern DT, et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *N Engl J Med*. 2005;353(25):2673-82.
9. Wenghofer EF, Boulet JR, Marini A, McKinley DW, Margolis MJ, Goertzen J, et al. Examining the association between licensing examination scores and practice performance in primary care. *Acad Med*. 2009;84(10 Suppl):SXX-SXX.
10. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency*. San Francisco: Jossey-Bass; 2010.
11. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*. 2011;377(9781):1898-900.
12. Bahia L. Financeirização da saúde e educação médica no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1965-72.
13. Sguissardi V. Educação superior no Brasil: democratização ou massificação mercantil? *Educ Soc*. 2015;36(133):867-89.
14. Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract*. 2003;20(4):457-63.
1. World Health Organization. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Geneva: WHO; 2010.