



Formação Médica  
para o Brasil

onde estamos e  
para onde vamos?

Um olhar comprometido  
com a responsabilidade  
social no século XXI



Relatório da

# VI OFICINA NACIONAL DO PROJETO REVER

Brasília – DF  
05 e 06 de maio  
de 2026



**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE







RELATÓRIO DA  
VI OFICINA NACIONAL  
DO PROJETO REVER



# RELATÓRIO DA VI OFICINA NACIONAL DO PROJETO REVER

## Expediente

### Autoria

Sandro Schreiber de Oliveira  
Estevão Toffoli Rodrigues  
Denise Herdy Afonso  
Lia Márcia Cruz da Silveira  
Liliana Santos  
Lorene Louise Silva Pinto  
Oscarina da Silva Ezequiel  
Rodrigo Pinheiro Silveira  
Sylvia Helena Souza da Silva Batista  
Valdes Roberto Bollela

### Conselho Diretor da Abem

Diretor Presidente: Sandro Schreiber de Oliveira  
Diretor Vice-Presidente: Estevão Toffoli Rodrigues  
Diretora Tesoureira: Denise Herdy Afonso  
Diretora de Inovação: Alessandra Carla de A. Ribeiro  
Diretor Secretário: Aristides Augusto Palhares Neto  
Diretora Discente: Naiana Palheta Moraes  
Diretor Médico-Residente: Vinicius Santos Rodrigues

### Equipe da Secretaria Abem

Rozane Landskron Gonçalves  
Bianka Beatriz Cruz de Moraes  
Cristiane Cavalcanti Pinto Ruiz  
Danielle Gomes Batista  
Erika Maria Lima Bandeira  
Felipe Luís Brito Sousa

Marcos Vinicius da Silva Máximo  
Robson Santos Amaral Filho

### Equipe de relatoria do Projeto REVER

Aline de Jesus Santos  
Guilherme Ávila Salgado  
Jamile Gomes Conceição  
Lenira Ferreira Ribeiro  
Márcio Lemos Coutinho  
Matheus Silva Pedreira

### Equipe de comunicação - Comunick Press

Nicolli Oliveira  
Carolina Gonçalves  
Luciana Mendonça  
Júlio César Vicentini  
Mayara Aguiar  
Victor Rodrigues

### Projeto Gráfico, ilustrações e capa: Eduardo Grisoni

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

## Ficha catalográfica

Brasil. ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica  
Brasília, 2026.

84 p. : il.

ISBN

1. Educação na Saúde. 2. Administração em Saúde. 3. Saúde Pública.

I. Título.

Título para indexação:  
REPORT OF THE VI NATIONAL WORKSHOP OF THE REVER PROJECT

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1. MESA DE ABERTURA.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Síntese dos Pronunciamentos das Autoridades.....</b>	<b>10</b>
<b>3. PAINEL “PROJETO REVER: ONDE CHEGAMOS” (DIA 1 - TARDE) .....</b>	<b>26</b>
3.1 Abertura e Contextualização do Painel .....	26
3.2 Apresentação dos Resultados Principais .....	28
<b>4. RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE TRABALHO (DIA 1) .....</b>	<b>30</b>
4.1 GT Educação Médica em Números.....	30
4.2 GT Projetos Pedagógicos.....	32
4.3 GT Avaliação da Educação Médica.....	34
4.4 GT Financeirização da Educação Médica .....	35
4.5 Participações da Plenária e Respostas da Mesa.....	38
4.6 Respostas da Mesa .....	39
<b>5. PAINEL TEMÁTICO —</b>	
<b>DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA (DIA 1) .....</b>	<b>41</b>
5.1 Abertura do Painel .....	41
5.2 Planejamento da Força de Trabalho Médico e as Necessidades do SUS.....	41
5.3 Medidas de Supervisão do ENAMED .....	43
5.4 Viabilização e Implementação das DCNs .....	45
5.5 Problemática dos Resultados e Territorialização .....	47
5.6 Participação da Plenária e Intervenções da Plateia .....	48
5.7 Respostas e Encaminhamentos da Mesa Diretora .....	50

<b>6. PAINEL TEMÁTICO — AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO (DIA 1) .....</b>	<b>52</b>
6.1 Abertura e Contextualização do Painel .....	53
6.2 O Papel da Avaliação in loco na Avaliação do Ensino Médico .....	53
6.3 O Papel do ENARE na Avaliação do Ensino Médico .....	56
6.4 Problematização e Contextualização dos Resultados .....	58
6.5 Intervenções da Plenária e Representações Estudantis .....	59
6.6 Respostas e Esclarecimentos da Mesa Diretora .....	61
<b>7. Mesa-Redonda — Papel das Escolas Médicas na Formação de Especialistas para o SUS .....</b>	<b>63</b>
7.1 Debate com a Plenária e Respostas da Mesa .....	67
7.2 Perguntas da Plateia .....	68
7.3 Respostas e Encaminhamentos da Mesa .....	69
<b>8. Trabalho dos Grupos: “Avaliação e Reconstrução do Projeto Rever: Para Onde Devemos Ir?” .....</b>	<b>70</b>
8.1 Síntese das discussões .....	71
<b>9. Plenária de Compartilhamento e Apresentação das Sínteses .....</b>	<b>74</b>
<b>10. Mesa-Redonda — Inclusão de Pessoas com Deficiência no Ensino Médico: Necessidade, Desafios e Limites .....</b>	<b>75</b>
<b>11. Avaliação Final e Encerramento da Oficina Nacional.....</b>	<b>79</b>
<b>12. SANKOFA — REFLETINDO SOBRE O PASSADO E CUIDANDO DO FUTURO .....</b>	<b>81</b>



# **Apresentação**



*Por isso é que agora vou assim  
no meu caminho. Publicamente andando  
Não, não tenho caminho novo.  
O que tenho de novo  
é o jeito de caminhar.  
Aprendi  
(o que o caminho me ensinou)  
a caminhar cantando  
como convém  
a mim  
e aos que vão comigo.  
Pois já não vou mais sozinho.*

Thiago de Mello (A vida verdadeira)

A VI Oficina Nacional do Projeto Rever, intitulada **“Formação Médica para o Brasil: onde estamos e para onde vamos? Um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI”**, constituiu-se como o fechamento de um ciclo de debates territoriais e nacionais promovidos pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). O evento foi realizado em Brasília, DF, nas dependências do **Hotel Centro Internacional de Convenções de Brasília (CICB)**, durante os dias **05 e 06 de maio de 2026**. A oficina reuniu um contingente expressivo de **434 participantes credenciados**, representando a diversidade das escolas médicas brasileiras, gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), representantes discentes e órgãos reguladores federais.

A implementação das novas **Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de Medicina de 2025/2026** impõe às Instituições de Ensino Superior (IES) o desafio de reestruturar seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) sob a égide da responsabilidade social e da equidade. Nesse sentido, o Projeto Reversão se configura como um dispositivo indutor de qualidade, buscando alinhar a formação médica às necessidades epidemiológicas e sociais da população brasileira.

## 1. MESA DE ABERTURA

A mesa de abertura da VI Oficina Nacional do Projeto Rever foi solenemente constituída pelas seguintes autoridades e representações institucionais:

- Sandro Schreiber de Oliveira, Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM);
- Emille Cordeiro, representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS);
- Mozart Júlio Tabosa Sales, Secretário de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS);
- Ana Estela Haddad, Secretária de Informação e Saúde Digital do Ministério da Saúde (SEIDIGI/MS);
- Marta Wendel Abramo, Secretária de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação (SERES/MEC);
- Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior, Diretor de Desenvolvimento da Educação em Saúde do Ministério da Educação (DDES/MEC);
- Maria Silvia Fruet, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS);
- Francisca Valda, representante do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
- Maria Cristina Sette, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);
- Romano Guimarães Amaral, Coordenador Geral da Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM).

- O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, Felipe Proença fez seu pronunciamento de boas-vindas na segunda metade da manhã, em função de outros compromissos prévios à oficina.



## 2. Síntese dos Pronunciamentos das Autoridades

### Romano Guimarães Amaral (Coordenador Geral da DENEM)

O representante discente, estudante do quarto ano do curso de Medicina da Escola de Ciências Médicas de Belo Horizonte, iniciou seu pronunciamento expressando agradecimento pelo convite formulado. Em sua fala, priorizou a dimensão política e pedagógica da formação médica, defendendo que o ensino não deve submeter-se à lógica mercadológica, mas sim priorizar as reais necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e da população brasileira. O coordenador teceu críticas

severas à expansão desordenada de cursos de graduação, alertando para os riscos que a abertura indiscriminada de faculdades de Medicina traz para a qualidade do ensino. Pontuou, ainda, que a formação atual apresenta-se frequentemente fragmentada e tecnicista, o que acaba por invisibilizar a discussão essencial sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença. Ao final, o representante reivindicou a valorização de políticas de assistência estudantil e de cuidado com a saúde mental dos graduandos, defendendo que o futuro da medicina no país deve ser construído com a participação ativa da sociedade e dos estudantes.

### **Maria Cristina Sette (CONASEMS)**

A representante dos secretários municipais de saúde iniciou sua fala cumprimentando o Diretor-Presidente da ABEM, Sandro Schreiber de Oliveira, e os demais presentes. Em sua exposição, trouxe uma perspectiva fundamentada na gestão pública e na realidade demográfica do território nacional, destacando que o CONASEMS representa os 5.571 municípios brasileiros, dos quais 1.324 possuem menos de 5.000 habitantes. A palestrante apontou os complexos desafios territoriais existentes, com ênfase na dificuldade de acesso e de conectividade em municípios rurais e remotos, os quais dependem diretamente da presença de médicos bem formados para a estruturação da rede de atenção básica. Informou que existem atualmente cerca de 1.060.688 postos de trabalho médicos vinculados ao SUS, sendo que 71% desse total (653.473 postos) encontram-se sob a gestão direta dos municípios. Diante disso, reiterou que o diálogo com os entes municipais é indispensável, uma vez que são eles os responsáveis por gerir os estabelecimentos de saúde (próprios e filantrópicos) que servem de cenário para

a prática médica. Concluiu apontando que, além dos desafios formativos, o SUS enfrenta gargalos históricos nas áreas de financiamento e de gestão de serviços.

### **Francisca Valda (CNS)**

A representante do Conselho Nacional de Saúde transmitiu saudações em nome da presidência do CNS e cumprimentou o Diretor-Presidente da ABEM. Sua fala centrou-se nos conceitos de soberania nacional, democracia e saúde como direito universal. A conselheira vinculou o movimento contemporâneo de atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) aos marcos históricos dos 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, reafirmando que a saúde constitui um dever do Estado. Argumentou que a valorização do trabalho médico e uma formação acadêmica sólida são estratégicas para a soberania e para o avanço civilizacional do país frente às pressões globais. Posicionou-se firmemente contra o tratamento da educação médica como mercadoria e defendeu a implementação das novas DCNs como o eixo estruturante para alinhar a medicina à realidade dos territórios. Concluiu apontando que o grande desafio atual reside em garantir a sustentabilidade da implementação dessas diretrizes por meio de uma construção coletiva.

### **Maria Sílvia Fruet (OPAS/OMS)**

A representante da OPAS iniciou seu pronunciamento cumprimentando o Diretor-Presidente da ABEM e transmitindo saudações em nome do Dr. Christian Morales. Salientou que o desenvolvimento do projeto representou um processo de amadurecimento conjunto, fundamental para o planejamento das próximas etapas de cooperação técnica. Destacou que o debate promovido pelo Brasil é

estratégico para as Américas, uma vez que as decisões adotadas no país sobre a formação profissional impactam diretamente a equidade e o acesso à saúde em toda a região. Argumentou que os sistemas de saúde tornam-se mais fortes e resolutivos quando a formação médica está alinhada às necessidades sociais, e não apenas a demandas corporativas ou de mercado. Ao final, a palestrante reafirmou o compromisso da OPAS em apoiar continuamente o processo de implementação das novas DCNs, valorizando o acúmulo de conhecimento gerado pelas oficinas regionais em todo o território nacional.

### **José Santana (HUBrasil / Antiga EBSERH)**

O palestrante destacou a necessidade premente de combater a desinformação, apontando a existência de um “abismo informacional” na sociedade contemporânea. Defendeu que as instituições de ensino superior devem atuar ativamente como guardiãs e disseminadoras do conhecimento científico legítimo frente à proliferação de notícias falsas (fake news). Argumentou que as universidades e as faculdades de Medicina precisam abandonar o isolamento institucional, superando a lógica de “fechar os muros”, e procurar ativamente a sociedade para compartilhar o conhecimento produzido em seus laboratórios e salas de aula. Advertiu que a erosão do prestígio da ciência e das instituições de saber coloca em risco o próprio processo democrático, exigindo de todos os atores um olhar comprometido com a responsabilidade social no século XXI.

## **Aristóteles Homero dos Santos Cardona Júnior (Diretor da DDES/MEC)**

O diretor apresentou-se como médico de família e comunidade, destacando a relevância de sua participação nas oficinas regionais e a importância estratégica do projeto para a formação em saúde. Parabenizou a ABEM e todos os envolvidos, ressaltando que as novas DCNs trazem elementos fundamentais para consolidar o compromisso da formação médica com o SUS. O palestrante destacou o fortalecimento da estrutura técnica do MEC, mencionando a atuação das coordenações gerais de expansão de escolas médicas. Sua fala reforçou a importância da parceria entre o MEC e o Ministério da Saúde, colocando a diretoria à disposição para uma atuação integrada e contínua no acompanhamento das políticas de formação.

O diretor estabeleceu uma linha do tempo conectando sua própria identidade profissional à evolução das diretrizes curriculares, citando os marcos das DCNs de 2001, a reforma de 2014 e o momento atual, o que evidencia que as diretrizes não são documentos estáticos, mas instrumentos dinâmicos que acompanham as transformações do sistema de saúde e da educação superior. Apontou dois pilares fundamentais de inovação nas novas diretrizes: a centralidade da questão racial na formação médica (diferente de abordagens anteriores, que a tratavam de forma transversal ou periférica), reconhecendo-a como elemento determinante para a justiça social e para a qualidade do cuidado; e o papel indutor das diretrizes para que a formação seja orientada pelas necessidades do sistema público, intensificando a integração ensino-serviço-comunidade. Concluiu afirmando que o ano de 2026 será fundamental para consolidar os avanços necessários à implementação,

com foco na criação de condições estruturais para que a educação médica brasileira evolua em direção a um sistema de saúde mais resolutivo e equânime.

### **Marta Wendel Abramo (Secretária da SERES/MEC)**

A secretária, representando o Ministério da Educação, reafirmou que a formação médica constitui uma prioridade estratégica e uma área de atuação empenhada da pasta. Embora tenha celebrado os avanços alcançados pela construção coletiva das novas DCNs e o fortalecimento dos instrumentos de avaliação, regulação e supervisão, alertou que o verdadeiro desafio reside, atualmente, na implementação prática e no monitoramento dessas ações. O ponto central de seu pronunciamento foi a grave preocupação com a judicialização da educação médica, fenômeno que tem colocado em xeque a autoridade do Estado na condução desse processo.

A secretária destacou que, a despeito de o Supremo Tribunal Federal (STF) ter estabelecido regras claras para a expansão de cursos e vagas, o MEC enfrenta uma nova onda de decisões judiciais que determinam a reanálise de processos com base em critérios que ignoram o parecer de especialistas das áreas de educação e saúde. Argumentou que esse deslocamento do poder decisório para juízes e advogados representa um perigo real à qualidade do ensino, uma vez que critérios técnicos fundamentais estão sendo revisitados por atores externos à área. Nesse contexto, defendeu que a consolidação da avaliação é o único caminho para garantir que as diretrizes sejam efetivamente seguidas, permitindo que o Estado aja com medidas corretivas ou sanções quando necessário. Encerrou enfatizando que a defesa de uma formação médica rigorosa não deve ser uma luta restrita ao ministério,

mas uma bandeira de toda a sociedade, pois envolve diretamente o direito do estudante a um aprendizado de qualidade e o direito da população a receber um atendimento profissional seguro e bem fundamentado.

### **Ana Estela Haddad (Secretária da SEIDIGI/MS)**

A secretária expressou grande satisfação com a inclusão da saúde digital nas novas DCNs de Medicina, defendendo que o tema deve ser tratado sob a ótica da transversalidade. Para a palestrante, a tecnologia não deve constituir uma disciplina isolada ou um departamento estanque, mas sim ser incorporada ao modus operandi das instituições, revisando fluxos presenciais e pedagógicos para reforçar os princípios do SUS. Destacou que o papel da SEIDIGI, criada vinte anos após a SGTES, é promover uma transformação digital que amplie o acesso e a continuidade do cuidado, agindo de forma soberana e resistindo à lógica mercantil das grandes empresas de tecnologia (Big Techs) e à contemporânea "datificação da vida".

A secretária resgatou uma densa memória institucional, conectando o momento atual ao histórico de políticas indutoras de ordenação da formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Ao rememorar sua trajetória na SGTES, lembrou a implementação de marcos fundamentais, tais como o PET-Saúde, o Telessaúde Brasil, o Revalida e o Pro-Residências, além da criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Enfatizou a relevância da articulação interministerial entre a Saúde e a Educação como mecanismo vital para cumprir o preceito constitucional de ordenar a formação profissional conforme as necessidades do sistema público.

Por fim, apontou para a maturidade do campo da Educação na Saúde, sugerindo que o fortalecimento de

mestrados profissionais e a produção de teses críticas consolidaram a área como um campo científico legítimo. Defendeu a construção de um “arco crítico da saúde digital” que esteja em consonância com a Reforma Sanitária brasileira e que não se limite a importar modelos globais descontextualizados. Ao celebrar a presença massiva de atores da educação médica, reforçou que a qualidade da formação e a integração entre os sistemas educacional e de saúde são os pilares necessários para garantir um atendimento seguro e ético à população.

### **Mozart Júlio Tabosa Sales (Secretário da SAES/MS)**

O secretário iniciou seu pronunciamento cumprimentando os presentes em nome do Ministro Alexandre Padilha e enviando uma saudação especial à DENEM, destacando a existência de desafios históricos na área. Realizou uma análise histórica e estrutural da formação médica no Brasil, situando-it entre a herança do modelo flexneriano do século XX e as demandas da regulação contemporânea. Destacou que o país atravessa um momento crítico de desequilíbrio entre a oferta de vagas de graduação e a disponibilidade de residências médicas, observando que, após um período de expansão acelerada e posterior congelamento, o Brasil atingiu a marca de mais de dois egressos para cada vaga de especialização.

Diante desse cenário, o secretário enfatizou o esforço interministerial para viabilizar a abertura de 3.000 novas vagas de residência entre os anos de 2025 e 2026, consolidando o Ministério da Saúde como o principal financiador de bolsas no país, superando os estados e o próprio Ministério da Educação. O cerne de sua fala residiu na necessidade premente de o Estado retomar

a governança sobre o exercício profissional e sobre a qualidade do ensino, sob o risco de a educação médica ser capturada por interesses puramente mercadológicos.

O palestrante defendeu a ressignificação da Lei nº 3.268/1957 e propôs um debate amplo sobre modelos de certificação profissional, argumentando que a proliferação de escolas e a complexidade do sistema exigem mecanismos mais dinâmicos de avaliação. Alertou para as dificuldades geradas pela disputa acirrada pelos campos de prática, criticando a mercantilização dos estágios e a ausência de critérios sanitários na certificação de hospitais de ensino. Para o secretário, a certificação não deve constituir um processo meramente cartorial, mas sim basear-se em resultados assistenciais, governança e entrega social relevante para o SUS.

### **Emille Cordeiro (SGTES/MS)**

A gestora iniciou seu pronunciamento agradecendo a presença de todos, anunciando a subsequente fala do Secretário Felipe Proença e ressaltando a importância histórica do atual momento para a educação médica brasileira. Situou o período contemporâneo como o ápice de um processo de vinte anos de fortalecimento de políticas voltadas à qualidade e à responsabilidade social, destacando os avanços expressivos dos últimos três anos, com ênfase na expansão das residências financiadas pelo Ministério da Saúde, que alcançaram a marca de 50.000 bolsas, e na resistência institucional contra a judicialização do ensino. Alertou para o desafio de enfrentar as mais de 60.000 vagas solicitadas via ordens judiciais, defendendo que a abertura de novos cursos deve seguir critérios técnicos e avaliativos rigorosos, como os conduzidos pelo Inep e pelo Enamed, para garantir que o Estado exerça seu

papel constitucional de ordenar a formação de recursos humanos para o SUS.

A palestrante enfatizou que a interiorização da educação médica, potencializada por programas como o Mais Médicos, tem sido fundamental para garantir a presença de profissionais em municípios historicamente desassistidos, reforçando que cuidar da formação é, em última instância, cuidar da saúde da população brasileira. Celebrou a parceria com a ABEM e o caráter participativo da construção das novas DCNs, que envolveram docentes, gestores e estudantes em oficinas realizadas desde 2024 até a atual fase de elaboração dos cadernos de implementação.

Ao encerrar, a gestora recitou a poesia de Thiago de Mello para afirmar que, embora não haja um “caminho novo”, existe um “novo jeito de caminhar”, marcado pela coletividade e pela transformação social. Concluiu reafirmando o compromisso de que a formação médica não deve constituir um processo solitário ou mercadológico, mas sim uma construção conjunta voltada para o futuro do sistema público de saúde, no qual médicos e médicas atuem como agentes de cuidado e de transformação para tornar a nação mais saudável e justa.

### **Felipe Proença (SGTES/MS)**

No âmbito da VI Oficina Nacional do Projeto Rever, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), Felipe Proença, caracterizou o atual cenário como um marco decisivo para a educação médica no Brasil. Em sua exposição, o palestrante estabeleceu um paralelo histórico entre os resultados contemporâneos do Exame Nacional de Avaliação dos Estudantes de Medicina (Enamed) e a promulgação da Lei do Mais

Médicos (Lei nº 12.871/2013). O gestor pontuou que, se no ano de 2013 a conjuntura política abriu uma "janela de oportunidade" para a criação de marcos legislativos voltados à ordenação da formação em saúde, o contexto de 2026 exige que os processos avaliativos atuem como o principal motor das transformações institucionais. Sob essa ótica, defendeu a consolidação da responsabilidade constitucional do Estado na regulação do ensino médico, orientando-o estritamente pelas necessidades sociais e epidemiológicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

O secretário enfatizou que a articulação interministerial entre os ministérios da Saúde e da Educação constitui um pilar indispensável para o enfrentamento do fenômeno que o ministro Alexandre Padilha denomina de "moratória fake" — caracterizado pela expansão desordenada de vagas e cursos de graduação impulsionada pela via da judicialização, contornando a regulação estatal e comprometendo a qualidade da formação e da assistência à saúde. Nesse sentido, Proença sustentou que o debate acerca da graduação médica é indissociável das políticas de residência médica, destacando o empenho governamental na ampliação do provimento de profissionais por meio do programa "Mais Médicos Especialistas". Segundo o palestrante, a estratégia governamental concentra-se na pactuação tripartite e na articulação entre a gestão municipal, as instituições de ensino superior e o governo federal, assegurando que a expansão de vagas seja territorialmente planejada e tecnicamente qualificada.

Ao finalizar seu pronunciamento, o gestor reafirmou o apoio irrestrito da SGTES ao Projeto Rever, ressaltando que os subsídios técnicos e científicos gerados pela iniciativa são essenciais para a formulação de políticas

públicas voltadas ao combate das desigualdades regionais e ao fortalecimento do SUS. O secretário concluiu celebrando o caráter democrático e participativo da construção do projeto, que integra ativamente estudantes, docentes e gestores, asseverando que o rigor técnico e a transparência dos processos avaliativos representam as únicas ferramentas capazes de proteger a saúde da população contra a precarização do ensino médico no país.

### **Sandro Schreiber de Oliveira (Presidente da ABEM)**

Na parte introdutória do evento, o Diretor-Presidente da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Sandro Schreiber de Oliveira, realizou a abertura solene dos trabalhos. Em seu pronunciamento inicial, o palestrante celebrou o encerramento de uma histórica etapa de dois anos de trabalho coletivo, destacando que o êxito alcançado por esse processo decorreu tanto do rigor técnico empregado quanto dos laços de afeto e de proximidade estabelecidos entre todos os atores envolvidos.

Na sequência de sua exposição, o presidente enfatizou a relevância estratégica das parcerias institucionais firmadas ao longo do caminho, com especial destaque para a cooperação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e com a Secretaria de Relações Institucionais (SRI). Nesse contexto, fez menção nominal a figuras fundamentais para o projeto, como a ex-secretária Isabela Pinto e o gestor Mozart. Segundo o palestrante, a convergência de agendas iniciada no ano de 2023 foi viabilizada pelo fato de a ABEM e o governo federal voltarem a compartilhar uma linguagem comum, buscando respostas conjuntas para

os desafios da educação médica sob uma perspectiva de Estado e de fortalecimento do sistema público de saúde.

Ao finalizar seu discurso, o presidente da ABEM reforçou que a atual evolução das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e dos processos de avaliação médica não constitui um fato isolado, mas sim o resultado do reconhecimento mútuo entre a sociedade civil organizada e os representantes do poder público que compartilham um projeto de saúde e educação voltado para o bem comum. Concluiu afirmando que a diferença fundamental desse ciclo reside na ocupação de espaços decisórios por gestores comprometidos com o interesse público, o que permitiu à ABEM ampliar significativamente sua participação e sua incidência política, transformando desafios puramente técnicos em conquistas coletivas para a formação de médicos e médicas no Brasil.



**Oscarina Ezequiel fez o encerramento da mesa de abertura agradecendo a participação de todos os integrantes e convidando para ficarem de pé para tirar a foto oficial.**

*Acolhimento: Sylvia Batista e Oscarina Ezequiel*

A fala de Sylvia propõe uma ressignificação do conceito de “dispositivo de honra”. Em vez de uma estrutura formal e estática de poder, o dispositivo é apresentado como um disparador de movimentos e de produção de subjetividades, orientado por um horizonte ético comprometido com a justiça social, a educação antirracista e a inclusão. Utilizando a poesia de Manoel de Barros, a oradora estabelece uma inversão de valores necessária à educação médica: a “importância” das coisas não deve ser medida pela grandeza técnica ou mercadológica, mas pela capacidade de produzir sentido humano e caminhos de transformação, priorizando o “miúdo” e o sensível sobre as lógicas puramente instrumentais.

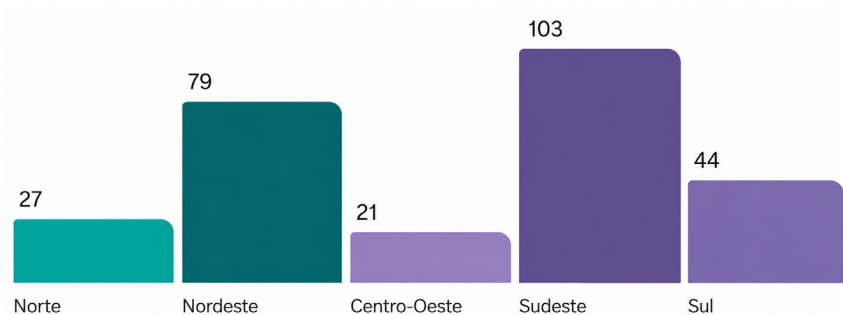
A coordenadora enfatiza a diversidade regional e institucional do projeto, destacando a presença de representantes do Norte ao Sul do país e a composição multiprofissional e geracional (docentes, discentes, residentes e gestores). O processo é descrito como uma construção histórica e incremental; iniciada em 2024, a iniciativa agregou novos atores em 2026, consolidando-se não como um evento isolado, mas como um fluxo contínuo de convergências e consensos em busca de sintonia com as demandas sociais contemporâneas.

Ao analisar a nuvem de palavras gerada pelos participantes, Sylvia identifica os temas que mais mobilizam a formação médica atual: residência médica, saúde mental, avaliação (Enamed), equidade, diversidade e humanização. Ela reconhece a complexidade e a extensão dessa agenda, admitindo que “dar conta” de todas essas demandas é um desafio monumental que ultrapassa a temporalidade imediata. O encerramento da fala reforça o compromisso coletivo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o projeto pedagógico de

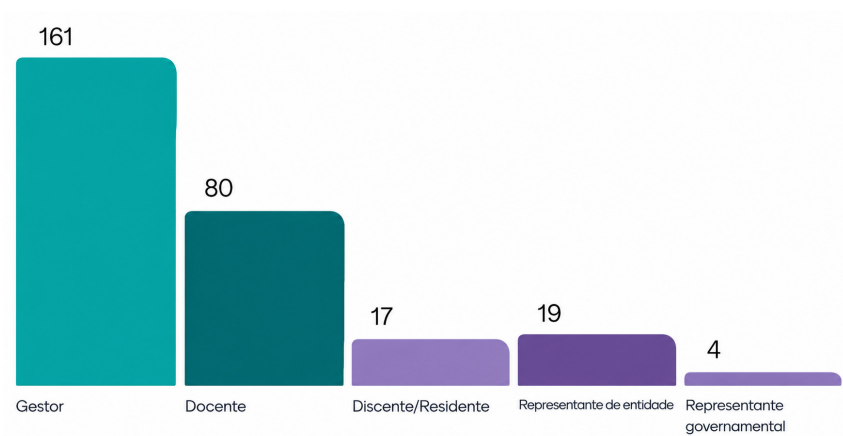
curso (PPC), reiterando que, embora a tarefa seja vasta, o essencial é a sustentação do compromisso ético e político com a mudança, respeitando o tempo das transformações humanas e institucionais.

Foi feita a proposta para conhecer os participantes da oficina utilizando o Mentimeter®. As imagens que seguem são os resultados da consulta feita aos participantes no momento de acolhimento da Oficina.

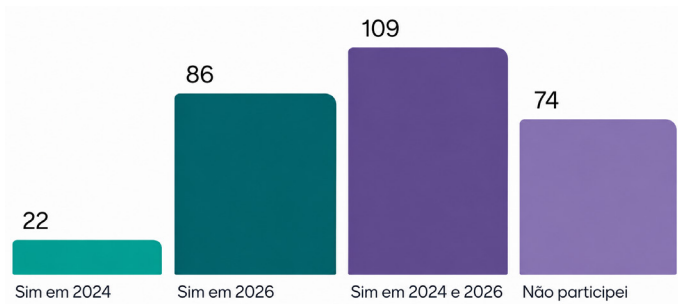
### De qual Região do Brasil você vem?



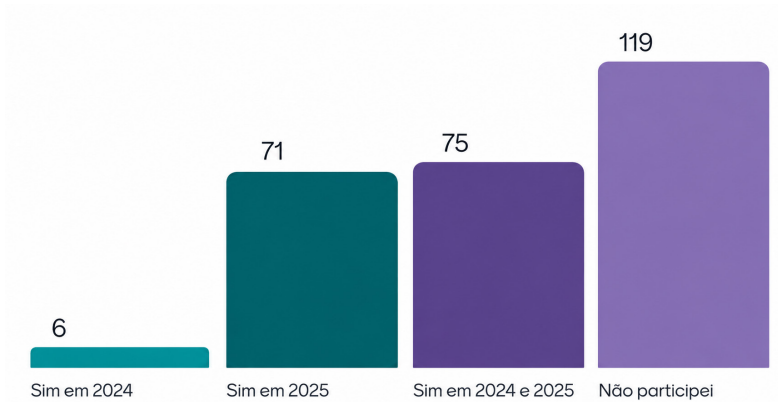
### Qual o seu vínculo principal com a educação médica?



## Você participou de Oficina Regional do Projeto REVER 2024/2026?



## Você participou de Oficina Nacional do Projeto REVER 2024/2026?





[pdf](#)), caracterizando-o como uma ferramenta inédita destinada a apoiar os processos de implantação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) nas escolas médicas brasileiras. Ele enfatizou que o documento não se restringe a um guia técnico, mas constitui o resultado de uma “disputa qualificada” e de um compromisso compartilhado entre diversas instituições para assegurar que a formação médica responda tanto à excelência técnica quanto às demandas sociais da população.

Ao citar trechos do caderno e da “Carta dos Estudantes” — documento elaborado pelos discentes e incorporado à publicação —, o coordenador reforçou o espírito de convocação direcionado a docentes, gestores e educandos para que assumam a responsabilidade por um projeto formativo coerente com a defesa do Estado Democrático de Direito e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele pontuou que o pronunciamento marcava a transição do projeto de uma fase de pactuação para uma fase de avaliação e implementação prática das diretrizes no cenário nacional.



*Parte da Equipe de Autoria do Caderno de Orientações para Implementação das DCN 2025*

Na sequência, Silveira convidou os presentes a iniciarem as atividades, detalhando a composição da mesa e os responsáveis pelas apresentações dos resultados dos Grupos de Trabalho (GTs) que compõem o núcleo do projeto: a apresentação dos resultados principais, sob responsabilidade de Sandro Schreiber; o diagnóstico da educação médica em números, conduzido por Nildo Batista; a análise dos projetos pedagógicos de curso, apresentada por Liliana Santos e Gustavo Matta; os processos de avaliação, detalhados por Leandro Tuzin; e o debate estratégico sobre a financeirização da educação médica, sob a condução de Fernando Venez.

### **3.2 Apresentação dos Resultados Principais: Sandro Schreiber de Oliveira (Presidente da ABEM) – acessível em [1-Sandro-Schreiber-Apresentacao-dos-principais-resultados.pdf](#)**

O Diretor-Presidente da ABEM, Sandro Schreiber de Oliveira, apresentou os principais resultados do projeto. Em seu pronunciamento, o palestrante abordou a evolução qualitativa das DCNs de 2025 em relação às versões anteriores de 2001 e 2014. Ao projetar fotografias e gráficos que sintetizam os dois anos de execução do Projeto Rever, ele destacou as autoridades e os participantes que viabilizaram a análise comparativa entre esses períodos. Schreiber enfatizou que o novo texto regulatório não se limita a alterar a terminologia, mas reposiciona o médico como um agente social, aumentando o foco na responsabilidade pública e no fortalecimento do SUS.

No âmbito do internato, apontou um avanço significativo na definição de competências transversais, integrando áreas como saúde mental, urgência, trauma e

geriatria, superando a fragmentação histórica das quatro grandes áreas básicas. Para operacionalizar essa transição, apresentou os "Cadernos de Orientação", definindo-os como documentos vivos e em permanente construção que auxiliam as escolas na implementação prática da Avaliação Programática.

No campo da avaliação institucional, o presidente da ABEM propôs uma reforma profunda no Sistema Nacional de Avaliação, sugerindo a expansão de três para dezenas de dimensões avaliativas, de modo a incluir indicadores de saúde digital e de compromisso social. Mais do que alterar instrumentos, ele defendeu uma mudança processual baseada na substituição das visitas tradicionais de avaliação por um comitê de especialistas em educação médica, com avaliadores indicados pelas próprias instituições, medida que visa elevar a corresponsabilidade e resolver gargalos logísticos enfrentados pelo INEP.

Em relação ao Teste de Progresso (TP), o palestrante contextualizou sua trajetória desde a primeira edição nacional, realizada em 2015, celebrando a robustez da plataforma que, no ano de 2024, alcançou a marca de 65 mil estudantes. Ele relatou que, apesar de a plataforma ter enfrentado ataques cibernéticos e disseminação de notícias falsas (fake news), a segurança do sistema foi devidamente reforçada por meio de consultoria especializada. O presidente anunciou a transição para um modelo composto por três avaliações anuais — incluindo o Enamed — e a reorganização da matriz de avaliação, que passará a integrar as Ciências Básicas de forma aplicada às áreas clínicas. Informou que o objetivo estratégico é atingir 100% dos estudantes e evoluir para o teste adaptativo, em conformidade com os padrões internacionais de excelência.

Por fim, abordou a dimensão política e gerencial do projeto, citando o monitoramento da financeirização do ensino e a análise dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPCs). O palestrante anunciou a migração do painel “Educação Médica em Números” para o sistema próprio da ABEM, integrando dados do Censo da Educação Superior e do INEP. Ao encerrar seu pronunciamento, convocou as escolas médicas a participarem ativamente da coleta de dados realizada pela instituição parceira (Causadora), reforçando que o conhecimento preciso da realidade de docentes e discentes é o elemento que permitirá à ABEM e ao Estado governar a expansão médica com qualidade, embasamento científico e compromisso social.

## **4. RELATÓRIOS DOS GRUPOS DE TRABALHO (DIA 1)**

### **4.1 GT Educação Médica em Números: Nildo Alves Batista (UNIFESP) – acessível em [4-Nildo-Batista-Educacao-Medica-em-Numeros-nildo.pdf](#)**

O Professor Nildo Alves Batista, representante do Grupo de Trabalho (GT) “Educação Médica em Números” da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), detalhou o estágio de desenvolvimento das ações do grupo, destacando nominalmente os integrantes responsáveis por conduzir esta frente de investigação. O palestrante explicou que o objetivo central do GT consiste em fornecer um diagnóstico robusto e cientificamente fundamentado sobre o panorama do ensino médico no Brasil, estruturado a partir da triangulação de fontes metodológicas: a análise de dados secundários oficiais — obtidos junto ao Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e atualizados até o ano de 2024 — e o levantamento de dados primários,

coletados por meio da aplicação de questionários e da realização de visitas técnicas in loco. Segundo o expositor, essa abordagem integrada visa subsidiar a formulação de políticas públicas e alinhar os achados diagnósticos às metas dos demais grupos de trabalho do projeto.

A análise dos dados secundários, que abrange a totalidade dos 443 cursos de Medicina em funcionamento no país, evidenciou um processo de expansão drástica e acelerada a partir do ano de 2014. O cenário contemporâneo caracteriza-se pela hegemonia do setor privado de ensino, que concentra atualmente 60% das vagas oferecidas, e por um movimento de interiorização crescente, embora marcado por profundas assimetrias regionais. No plano demográfico discente, o professor apontou a predominância de um corpo estudantil jovem e um nítido processo de feminização da categoria, embora ainda persista a hegemonia de estudantes autodeclarados brancos. Registrou-se, ademais, uma mudança na escala de organização das instituições de ensino, consolidando-se a prevalência de grandes centros educacionais em detrimento de cursos de pequeno porte.

No tocante aos dados primários, obtidos a partir de uma amostra representativa de 85 escolas distribuídas pelas cinco macrorregiões do país, o palestrante traçou o perfil sociodemográfico dos coordenadores de curso. O diagnóstico revelou uma homogeneidade marcante na gestão dessas instituições, sendo os cargos ocupados majoritariamente por indivíduos do sexo masculino (64%) e brancos (75%), com idade média de 51 anos. Um ponto de atenção destacado pelo professor refere-se à qualificação acadêmica do corpo gestor, constatando-se que apenas 55% dos coordenadores possuem titulação de doutorado, o que evidencia uma expressiva presença de mestres

e especialistas na condução pedagógica dos cursos. As especialidades de Pediatria, Medicina de Família e Comunidade e Clínica Médica foram identificadas como as principais áreas de formação desses gestores.

Importante destacar a existência de uma certa “cultura da recusa”, caracterizada pela resistência de aproximadamente 33% das instituições de ensino sorteadas em permitir a coleta presencial de dados. O professor argumentou que essa opacidade institucional compromete a fidedignidade das análises nacionais, defendendo que a educação médica deve ser tratada sob a égide do compromisso ético-social e não sob lógicas isoladas ou corporativas. O pronunciamento encerrou-se com o anúncio da migração definitiva desse painel de dados para o sistema permanente da ABEM, medida que visa combater o “negacionismo informacional” e garantir que a regulação do ensino médico seja pautada em evidências científicas e nas reais necessidades do SUS.

Durante a apresentação do GT, o Diretor-Presidente da ABEM, Sandro Schreiber de Oliveira, anunciou a chegada das autoridades Jerzey Timóteo e Felipe Proença à oficina. Convidado a saudar a plenária, Proença destacou a relevância estratégica do atual momento histórico para a formação médica no país e reforçou a necessidade de estreitar a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, confirmando sua participação ativa nas oficinas temáticas programadas para o período da tarde.

#### **4.2 GT Projetos Pedagógicos: Liliana Santos (UFBA) e Gustavo Matta (FIOCRUZ) – acessível em [9-GT-PROJETOS-PEDAGOGICOS-Apresentacao-Oficina-05\\_05\\_26.pdf](#)**

A Professora Liliana Santos, coordenadora do GT de Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) da Universidade

Federal da Bahia (UFBA), iniciou sua intervenção utilizando a metáfora contida no nome do projeto “Rever” para introduzir a dimensão analítica dos projetos pedagógicos. Ao apresentar os integrantes de sua equipe de trabalho, a palestrante definiu os PPCs não como meros produtos burocráticos ou cartoriais, mas como verdadeiras “cartas de intenções” que traduzem a identidade institucional e o compromisso ético-político de cada escola médica. O estudo conduzido pelo grupo abrangeu a análise de 223 documentos de domínio público — o que representa cerca de metade das instituições de ensino médico do país —, revelando a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como cenário prioritário de aprendizagem e a generalização da inserção precoce dos discentes nas práticas de serviço.

Aprofundando a dimensão qualitativa da investigação, o Professor Gustavo Matta analisou uma subamostra composta por 74 PPCs, sustentando que esses instrumentos devem refletir a dinâmica de um “currículo vivo”, superando a rigidez do currículo meramente formal. A análise empreendida pelo palestrante apontou para uma aproximação sólida das escolas com as diretrizes curriculares de 2014, constatando-se a presença marcante dos princípios doutrinários do SUS, dos determinantes sociais da saúde e das diretrizes de segurança do paciente. Observou-se, ainda, o estímulo ao protagonismo social dos estudantes em movimentos sanitários e a adoção de abordagens interprofissionais, embora estas últimas ainda se apresentem muito próximas ao conceito de multiprofissionalidade.

Entretanto, ambos os expositores ressaltaram lacunas e ausências críticas que desafiam a formação médica contemporânea. Embora o enfrentamento de

opressões estruturais, como o racismo institucional e o capacitismo, conste nos enunciados teóricos dos documentos analisados, constatou-se uma escassez de descrição de ações práticas e de estratégias de permanência estudantil voltadas a viabilizar tais políticas.

O palestrante identificado, ademais, a frequente ausência de indicadores epidemiológicos e demográficos locais nos projetos pedagógicos, o que acarreta o risco de transformar a faculdade em um “balcão acadêmico” desconectado das necessidades reais do território. Emergiram como principais lacunas identificadas a formação pedagógica de preceptores, a qualidade estrutural do internato e a integração sistemática da saúde digital e da telessaúde nos currículos.

A análise do GT concluiu que o descompasso existente entre o currículo formal e o currículo oculto, somado à baixa ênfase em projetos pedagógicos baseados na equidade, define a magnitude do desafio para a adequação das escolas às novas DCNs de 2025. O esforço deste grupo de trabalho direciona-se, portanto, à consolidação de um painel de dados que permita às instituições reconhecerem suas fragilidades e fortalecerem a integração real entre ensino, serviço e comunidade em todo o território nacional.

#### **4.3 GT Avaliação da Educação Médica: Leandro Tuzin**

O Professor Leandro Tuzin iniciou seu pronunciamento definindo a avaliação como o “calcanhar de Aquiles” das faculdades de Medicina brasileiras, posicionando o Teste de Progresso (TP) como um debate histórico que atualmente se integra a políticas nacionais de avaliação, como o Enamed. Sob a liderança da ABEM, o palestrante convocou gestores e coordenadores de

curso para um aprofundamento técnico centrado em duas frentes prioritárias: a qualificação do corpo docente para a elaboração de itens de avaliação de alta qualidade técnica e o uso estratégico de plataformas digitais para analisar se o “currículo desejável” está sendo efetivamente alcançado na prática cotidiana.

Como atualização para o ciclo avaliativo de 2026, o expositor destacou a consolidação de duas avaliações anuais — estando a prova nacional agendada para o dia 2 de setembro — e uma mudança técnica relevante na granularidade dos dados gerados. Os resultados, que anteriormente eram reportados de forma anual, passarão a ser organizados de maneira semestral. Segundo o palestrante, essa inovação visa oferecer aos gestores acadêmicos uma visão detalhada e oportuna da trajetória de aprendizagem dos estudantes, permitindo intervenções pedagógicas precisas e tempestivas ao longo do curso.

Ao final de sua exposição, o palestrante prestou agradecimentos aos núcleos de Teste de Progresso da ABEM e convidou os gestores interessados a participarem de uma reunião técnica programada para o encerramento do dia, voltada ao detalhamento do funcionamento da plataforma e ao compartilhamento das melhores práticas avaliativas em curso no país.

#### **4.4 GT Financeirização da Educação Médica: Fernando Antônio de Menezes (UFPE) – acessível em <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/8-Metodologia-Integrada-A-Triade-da-Financeirizacao-na-Educacao-Medica.pdf>**

O Professor Fernando Antônio de Menezes, coordenador do GT de Financeirização da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), abordou a temática dos

custos no setor educacional e nos sistemas de saúde sob uma perspectiva comparada internacional. O palestrante apresentou a estratégia metodológica do estudo sobre a financeirização na formação médica e, na sequência, expôs uma investigação complementar acerca da financeirização do setor educacional, analisando suas configurações e limitações estruturais no cenário brasileiro entre os anos de 2010 e 2026. O expositor finalizou sua fala inicial defendendo que a educação não pode ser tratada como uma mercadoria sujeita exclusivamente às leis de mercado.

O professor apresentou uma síntese sobre a financeirização da educação médica, caracterizando o tema como uma "caixa de Pandora" que se expandiu da análise simples de custos para uma complexa teia de interdependências entre os setores de educação e de saúde. Propôs um modelo analítico estruturado em três pilares fundamentais: o custo real da formação médica, o impacto da privatização no perfil das escolas e as consequências diretas dessa lógica de mercado para o SUS. Segundo o palestrante, esses elementos não podem ser analisados de forma isolada, uma vez que a dinâmica mercantil aplicada a um deles altera a função social dos demais.

Um dos pontos de maior sensibilidade em sua exposição referiu-se à análise do endividamento estudantil e seus reflexos diretos na carreira médica. Citando estudos internacionais, o professor alerta que o alto custo das mensalidades nas instituições privadas e o consequente débito financeiro dos egressos geram três impactos imediatos na rede de saúde: a escolha por especialidades médicas mais lucrativas em detrimento de áreas carentes (como a Medicina de Família e Comunidade),

a concentração geográfica de profissionais em regiões de maior renda e a frustração da vocação médica. O palestrante argumentou que o endividamento excessivo compromete a vocação profissional, transformando o médico recém-formado em refém do retorno financeiro imediato para a quitação de suas dívidas, o que distorce a distribuição de profissionais necessária para a garantia da soberania sanitária do país.

O expositor abordou, ainda, a crise de financiamento enfrentada pelas universidades públicas, observando que a redução nos orçamentos federais tem forçado os gestores a buscarem recursos externos e novas modalidades de governança. Embora reconheça o potencial de uma maior interação com a sociedade, o professor alertou para os riscos à autonomia universitária e à liberdade de pesquisa, uma vez que o subfinanciamento pode empurrar as instituições públicas para lógicas de mercado. Ele caracterizou a atual expansão de vagas — frequentemente ocorrida por vias judiciais e no cenário da denominada "moratória fake" — como um ambiente de baixa barreira de entrada e alta lucratividade, onde a educação é tratada como um ativo financeiro puro.

Ao concluir, o palestrante reforçou que a financeirização constitui uma tendência global que exige uma regulação estatal forte e baseada em evidências científicas. Defendeu a necessidade de estabelecer indicadores robustos que auxiliem as instituições na autoavaliação e subsidiem o Estado em de intervenções contra distorções de preço e de qualidade. Para o professor, o objetivo final do GT é fornecer subsídios para que a formação médica recupere seu compromisso com a responsabilidade social, permitindo que a vocação floresça sem ser asfixiada pelo capital, garantindo que o médico formado no Brasil atenda

aos interesses da população e não apenas aos fluxos de caixa de grandes grupos educacionais.



*Equipe de Coordenação dos GTs do Projeto REVER*

## 4.5 Participações da Plenária e Respostas da Mesa

### Perguntas e Demandas da Plenária

Após as apresentações dos grupos de trabalho, os participantes da plenária formularam questionamentos e demandas direcionados à mesa:

Indagou-se sobre a existência de experiências globais exitosas em conter o endividamento estudantil por meio de regulação pública, visando reverter o cenário no qual o recém-formado torna-se refém de suas dívidas financeiras.

Apresentou-se uma de demanda por estudos comparativos reais entre o custo de formação de um estudante na rede pública de ensino versus na rede privada, buscando compreender onde o investimento se mostra mais eficiente e quais critérios balizam o cálculo das mensalidades.

Questionou-se o modelo de expansão brasileiro, tencionando se seria mais vantajoso para o país a existência de trezentas escolas médicas menores com gestão local ou a concentração de quase todas as vagas nas mãos de cinco ou seis gigantes do setor educacional, destacando-se a ausência histórica desse debate estratégico nos últimos 15 anos.

#### 4.6 Respostas da Mesa

O Professor Fernando Antoni de Menezes respondeu aos questionamentos enfatizando que seu estudo possui caráter descritivo de padrões, e não meramente prescritivo de fórmulas. No tocante ao endividamento, pontuou que modelos de saúde mais estatizados tendem a apresentar menores taxas de débito estudantil, uma vez que o investimento direto do Estado reduz a dependência de gastos diretos do próprio bolso (out-of-pocket). O palestrante trouxe um alerta metodológico, esclarecendo que as métricas das universidades públicas federais (IFES) incorporam complexidades estruturais, como laboratórios de pesquisa e atividades de extensão, o que pode gerar distorções se comparadas diretamente com os custos do setor privado. Advertiu que, se o financiamento universitário for pautado exclusivamente pelo critério do "curso mais caro", áreas fundamentais como as Ciências Humanas podem ser desassistidas, comprometendo a integralidade da formação universitária.

Representando a SGTES/MS, Felipe Proenço tomou a palavra e classificou o período de 2017 a 2022 como uma "moratória fake". Argumentou que, enquanto o programa Mais Médicos previa uma expansão planejada e pactuada, a judicialização desordenada elevou o número de vagas de 36 mil para mais de 50 mil sem qualquer planejamento sanitário, gerando as dificuldades regulatórias atuais.

O secretário defendeu a viabilidade técnica de um exame de proficiência, desde que este seja integrado ao sistema de avaliação do Ministério da Educação (MEC) e não configurado como uma prova isolada gerida por entidades corporativas. Nesse sentido, reforçou que o Enamed já cumpre papel fundamental no diagnóstico da qualidade do ensino.

O gestor destacou que o orçamento destinado às residências médicas dobrou entre os anos de 2022 e 2026, saltando de R\$ 1,5 bilhão para R\$ 3 bilhões. O objetivo estratégico dessa medida é romper a barreira histórica de escassez de vagas de especialização e garantir que o Ministério da Saúde continue financiando aproximadamente 90% das bolsas de residência no país, com foco prioritário na interiorização e na qualificação da preceptoria.

A mesa de debates concluiu que o percurso para a regulação do ensino médico não é linear, exigindo a identificação constante de padrões de mercado para a correção de suas distorções. O compromisso firmado pelos integrantes foi o de transformar os dados produzidos em ferramentas políticas para que o Estado recupere sua capacidade constitucional de ordenar a formação médica, priorizando a responsabilidade social em detrimento da lógica de ativos financeiros.

## **5. PAINEL TEMÁTICO — DIRETRIZES PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA (DIA 1)**

### **5.1 Abertura do Painel**

A Coordenadora Lorene Louise Silva Pinto, representante do G10 Rever da Universidade Federal da Bahia (UFBA), iniciou as atividades realizando a mediação e a introdução do painel temático intitulado “Projeto Rever: GT’s Diretrizes para a Educação Médica”, apresentando os palestrantes convidados e contextualizando a relevância das discussões para a consolidação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

### **5.2 Planejamento da Força de Trabalho Médico e as Necessidades do SUS: Felipe Proenço de Oliveira (Secretário da SGTES/MS) – acessível em <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/2-FELIPE-Poenco-Planejamento-da-forca.pdf>**

O Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), Felipe Proenço de Oliveira, apresentou um panorama dos investimentos federais e das estratégias voltadas à consolidação da formação médica no Brasil. Em sua exposição, articulou as ações de infraestrutura do Novo PAC — que prevê a construção de 33 novas maternidades e 1.600 Unidades Básicas de Saúde (UBS) — como a base física indispensável para a sustentação de um sistema de saúde focado na valorização, fixação e provimento de profissionais qualificados nos territórios.

Segundo o palestrante, o planejamento do Estado inicia-se na regulação da graduação, mas efetiva-se na garantia de condições dignas para o exercício

profissional da medicina. Esse entendimento motivou a regulamentação do auxílio-moradia para médicos residentes, um compromisso pendente desde o ano de 1981 e que atualmente demanda um investimento anual de R\$ 250 milhões para beneficiar mais de 18 mil profissionais.

Além do suporte direto aos residentes, o secretário destacou o aporte de R\$ 100 milhões destinados ao custeio de bolsas de preceptoría e de coordenação de residências, reforçando a premissa de que a sustentabilidade pedagógica no serviço é fundamental para a fixação de especialistas. Nesse contexto, informou que o Ministério da Saúde tem investido na formação complementar de residentes em áreas estratégicas, como Patologia e Radiologia, preparando-os para assumir a preceptoría no futuro e garantindo a continuidade da rede de integração ensino-serviço. Para o gestor, o fortalecimento das Comissões de Coordenação Estadual de Residência (CEREM) constitui um passo vital para que o maior orçamento da história da SGTES destinado às residências seja aplicado com rigor técnico e impacto sanitário real.

Um ponto de destaque em seu pronunciamento foi o enfrentamento às notícias falsas (fake news) que cercaram o programa "Mais Médicos Especialistas". O secretário rebateu as críticas relativas a uma suposta redução do tempo de formação, reafirmando que o programa exige a obtenção do Registro de Qualificação de Especialista (RQE) e foca no aprimoramento em serviço.

Ao concluir, o secretário reafirmou a visão do Ministério da Saúde baseada na tríade: Graduação Regulada, Avaliação Rigorosa e Residência Fortalecida. Enfatizou que o desafio da formação médica no país é

indissociável da defesa de um SUS soberano e da garantia do direito à saúde para a população. Sua mensagem final foi de convocação à mobilização coletiva entre entidades como a ABEM e a DENEM, defendendo que a transparência dos dados e a qualidade técnica da formação são as únicas garantias contra o negacionismo e a precarização do ensino, assegurando que o investimento estatal se traduza em uma entrega social relevante e transformadora.

### **5.3 Medidas de Supervisão do ENAMED: Pedro Carvalho Leitão (SERES/MEC) – [acessível em 5-Pedro-Supervisao-Estrategica-Medicina-2026-SERES.pdf](#)**

O Diretor Pedro Carvalho Leitão, representante da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior do Ministério da Educação (SERES/MEC), contextualizou o Exame Nacional de Avaliação dos Estudantes de Medicina (ENAMED) não apenas como uma prova acadêmica, mas como um insumo regulatório dinâmico que altera a lógica da supervisão estatal sobre as faculdades de Medicina. O ponto de inflexão destacado pelo palestrante foi a mudança na natureza do engajamento estudantil: historicamente, a Diretoria de Supervisão lidava com o argumento das instituições de que os discentes realizavam o ENADE de forma descompromissada, o que enviesava os indicadores de qualidade. Com a vinculação dos resultados do ENAMED aos processos de seleção para a Residência Médica (ENARE), houve uma inversão de incentivos. O desempenho no exame passou a ser de interesse direto do formando, tornando os resultados dados fidedignos e reais para aferir a competência técnica entregue pelas escolas.

Do ponto de vista da gestão pública, o diretor ressaltou que o ENAMED permite uma avaliação comparável no

tempo, superando as limitações dos ciclos avaliativos anteriores, que eram trienais. Essa anualidade confere à Secretaria de Educação Superior (SESu) uma agilidade sem precedentes para a aplicação de medidas cautelares e a abertura de processos de supervisão específicos. Caso um curso apresente desempenho insatisfatório, o Estado dispõe de ferramentas metodológicas para intervir imediatamente, exigindo correções ou restringindo a expansão de vagas, baseando-se em uma métrica que reflete o desempenho contínuo da instituição.

O palestrante estabeleceu um resgate histórico, lembrando que movimentos de supervisão punitiva e cautelar já ocorriam no período entre 2012 e 2016. No entanto, argumentou que o modelo atual apresenta-se mais robusto por permitir o acompanhamento anual da curva de melhora ou declínio de cada curso. Essa continuidade foi apresentada como a garantia de que a regulação não seja uma fotografia estática, mas um processo de monitoramento ativo da qualidade da formação médica, essencial para que o Ministério da Educação cumpra seu papel de assegurar que apenas instituições qualificadas operem no sistema. Destacou, assim, a transição de uma supervisão puramente reativa (baseada em denúncias) para uma supervisão estratégica fundamentada em dados de desempenho. O diretor justificou a atuação do MEC não apenas como uma escolha política, mas como um “poder-dever” normatizado pelos Decretos nº 12.769 e nº 9.500/2017, no qual a identificação de um déficit de qualidade obriga a administração pública a intervir para proteger os estudantes e a sociedade.

O palestrante esclareceu que as medidas cautelares aplicadas não devem ser vistas como punições antecipadas, mas como mecanismos de contenção de

riscos. Uma vez constatado o perigo gerado pelo baixo desempenho acadêmico, o Estado utiliza seu “Poder Geral de Cautela” para mitigar o impacto desse déficit enquanto o processo de supervisão definitivo ocorre.

O ENAMED 2025 foi apresentado como um insumo superior aos modelos anteriores por permitir comparação temporal anual e por contar com o engajamento real dos estudantes. Dos cursos avaliados no sistema federal (públicos federais e privados), 93 cursos de 87 instituições foram classificados com desempenho insatisfatório (Conceitos 1 e 2). A grande inovação apresentada foi a subdivisão dos conceitos para a aplicação de medidas proporcionais ao nível de proficiência demonstrado pelos formandos: proibição de aumento de vagas e suspensão de participação em programas de fomento ou aportes de recursos públicos federais. Atualmente, 7 instituições estão com o ingresso totalmente suspenso e 11 operam com metade das vagas autorizadas, evidenciando o rigor da nova política de supervisão.

#### **5.4 Viabilização e Implementação das DCNs: Elizabeth Regina Guedes (Conselheira Relatora das DCN / CNE)**

A Conselheira Relatora das DCNs, Elizabeth Regina Guedes, articulou seu pronunciamento em torno da responsabilidade política e técnica de elaborar as diretrizes curriculares, destacando que não existe ato regulatório com maior impacto na vida da população do que a definição do perfil do médico que se pretende formar. A palestrante definiu a DCN como um ato de Estado que atua como uma limitação necessária à autonomia universitária sempre que o interesse da política pública e da saúde coletiva estiver em jogo. O foco das novas diretrizes, segundo a relatora, foi projetar o futuro,

priorizando a formação de competências, atitudes e habilidades que garantam um impacto positivo imediato na atenção primária e no diagnóstico.

Um dos pontos mais importantes de sua fala foi a defesa do ENAMED (focado na avaliação de desempenho e de processo) em detrimento do PROFMED (exame de proficiência e licenciamento). A conselheira argumentou que a tradicional analogia com o exame da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) não se aplica à medicina, pois, enquanto o advogado aprovado ingressa em carreiras de Estado ou no judiciário, o médico ingressa em um sistema de saúde público e complexo (SUS). O PROFMED, em sua visão, não resolve a questão da qualidade porque não atua diretamente na escola; já o ENAMED, ao ser aplicado inclusive no 4º ano, funciona como uma primeira barreira de entrada, identificando falhas antes da conclusão do curso de graduação.

A palestrante defendeu que, com a implantação das novas DCNs e o rigor do ENAMED, as instituições de ensino terão que entregar resultados reais de aprendizagem, tornando ineficazes os modelos baseados em “teatros regulatórios”. Elogiou os Cadernos de Orientação produzidos pela ABEM, afirmando que eles retiram as DCNs do âmbito puramente burocrático do MEC e as entregam aos coordenadores e professores como um instrumento prático de gestão.

A conselheira encerrou com um reconhecimento histórico à ABEM, afirmando que, em décadas de atuação na representação educacional brasileira, nunca testemunhou um movimento de mobilização e organização tão potente quanto o da educação médica no país. Reafirmou seu compromisso em acompanhar a implantação das diretrizes, garantindo que o desenho

técnico se transforme em saúde e felicidade para a população.

**5.5 Problematização dos Resultados e Territorialização:  
Estevão Toffoli Rodrigues (Diretor Vice-Presidente da ABEM)  
– acessível em [3-Estevao-Toffoli-Problematizando-as-Diretrizes-para-VI-Oficina-Nacional-do-Rever-05.05.26.pdf](#)**

O Diretor Vice-Presidente da ABEM, Estevão Toffoli Rodrigues, realizou uma contextualização histórica, apontando que a formação médica no Brasil e na América Latina esteve frequentemente descolada das necessidades populares, atuando historicamente mais como um polo de manutenção de elites do que de produção de direitos. O palestrante argumentou que o desconforto gerado por esse modelo hegemônico foi o motor da Reforma Sanitária e da construção da Saúde Coletiva, que hoje exige que a formação seja a principal política pública de inclusão e redução de iniquidades do país.

O diretor problematizou a interpretação equivocada da autonomia universitária. Enquanto o Artigo 200 da Constituição Federal define o SUS como o ordenador da formação de recursos humanos em saúde, muitas instituições utilizam a autonomia como um esconderijo para ignorar as demandas da saúde pública. O palestrante defendeu que a autonomia deve ser preservada para multiplicar formas de ensinar, mas deve ser intencionada para responder aos problemas centrais da população.

Para o vice-presidente, os produtos do Projeto Rever — como o painel “Educação Médica em Números” e a análise dos PPCs — não são fins em si mesmos, mas diagnósticos fundamentais para uma política pública responsável. O foco da atuação não deve ser apenas

cercear ou punir, mas apoiar e apontar o caminho correto. Identificou uma fragilidade acumulada na gestão das escolas médicas desde a década de 1990, razão pela qual a ABEM assume o papel de qualificar esses novos gestores para que saibam conduzir as mudanças curriculares de forma técnica e política.

O ponto mais urgente de seu pronunciamento foi o apelo pela territorialização das DCNs. O diretor enfatizou que, embora o protagonismo federal seja importante, a mudança real acontece no nível local. Apontou a necessidade de olhar para os desafios específicos de cada região, seja o COAPES, a avaliação programática ou a inclusão, dando visibilidade às experiências exitosas que já ocorrem nos territórios. O objetivo é que as soluções encontradas em contextos locais específicos possam inspirar e ser migradas para outras regiões, respeitando as características locais de cada desafio.

O palestrante reforçou que, se o apoio técnico da ABEM e as ofertas de qualificação não forem suficientes para mover as instituições no caminho do interesse comum, cabe ao Estado intervir com rigor (em sintonia com as medidas de supervisão detalhadas por Pedro Carvalho Leitão). Concluiu afirmando que o Caderno de Orientações é o instrumento para garantir que as diretrizes não sejam letra morta, mas sim uma prática viva que transforme a saúde e a felicidade no Brasil.

## **5.6 Participação da Plenária e Intervenções da Plateia**

Após as apresentações da mesa, a Coordenadora Lorene Louise Silva Pinto mediou o debate com os participantes da plenária.

Eixos de Debate da Plenária:

Ofício do Ministério Público Federal (MPF): Manifestou-se profunda preocupação com o ofício enviado pelo MPF aos gestores das escolas. O questionário exaustivo, composto por 139 perguntas, foi visto como uma pressão adicional que reflete uma ótica de direito do consumidor ou de ordem econômica, colidindo com a autonomia pedagógica e com as prioridades regulatórias do MEC.

ENAMED no 4º Ano: Um dos pontos de maior tensão foi a implementação do ENAMED no quarto ano do curso. Questionou-se o objetivo real de uma prova no meio do curso, tencionando se seria um diagnóstico de processo ou apenas uma barreira precoce. Registrou-se grande ansiedade discente sobre a possibilidade de a nota do 4º ano compor o índice de seleção para a residência médica (ENARE), antecipando o estresse competitivo. Coordenadores apontaram que, em cursos anuais ou semestrais com cronogramas distintos, a aplicação em setembro pode encontrar alunos que ainda não concluíram a carga teórica básica, gerando uma avaliação injusta.

Dissonância Avaliativa: A plenária trouxe uma provocação crítica sobre a dissonância cognitiva nas instituições, apontando que muitas escolas propõem currículos modernos baseados em competências, mas o Estado e as próprias instituições continuam avaliando de forma conteudista e puramente cognitiva.

Proficiência do Egresso: Houve consenso entre os oradores de que a proficiência do egresso tem apresentado declínio, o que reforça a necessidade de o ENAMED assumir outras atribuições, inclusive como subsídio para o registro profissional junto aos Conselhos Regionais de Medicina (CRM).

## Intervenções da Plateia:

Os participantes expressaram preocupação com o estresse discente e com a conseqüente desestruturação do currículo. Relataram que o foco excessivo em provas cognitivas (ENARE e ENAMED) faz com que os alunos abandonem as salas de aula para frequentar cursos preparatórios privados. A participante Sheila destacou um dado no qual 50% de uma turma de sua instituição judicializou a formatura antecipada após a obtenção de resultados em exames externos, saindo do curso sem realizar meses vitais de estágios obrigatórios em áreas como Pediatria e Saúde Coletiva.

O participante André propôs que a ABEM lidere uma discussão para que o ENAMED evolua para um modelo semelhante ao Revalida, incluindo avaliações práticas de atitudes e habilidades (OSCE), evitando o paradigma puramente classificatório.

Questionou-se a isonomia do ENAMED, apontando a dificuldade de comparar o desempenho de escolas localizadas no Amazonas — onde Manaus centraliza toda a rede e sofre com carências estruturais crônicas — com escolas de regiões superdotadas de equipamentos. Alertou-se para o risco de as ações de supervisão penalizarem as escolas por falhas estruturais que pertencem, na verdade, à rede de saúde local.

## 5.7 Respostas e Encaminhamentos da Mesa Diretora

### ***Pedro Carvalho Leitão (SERES/MEC)***

O diretor interveio para esclarecer os pontos levantados e oferecer diretrizes de segurança jurídica às instituições. Esclareceu que a utilização do ENAMED

de 4º ano como ferramenta de supervisão imediata não está no radar de curto prazo da secretaria. Informou que a discussão sobre se a prova deste ano já refletirá as novas diretrizes ou se aguardará a plena vigência das DCNs de 2025 permanece em pauta. O desafio posto é como potencializar os avanços das DCNs (como a avaliação programática) integrando-os a exames nacionais, para que a avaliação externa não desestruture a inovação curricular interna.

Em resposta às queixas sobre o Ministério Público Federal (MPF), explicou que o MEC também é alvo constante de provocações do órgão. Pontuou que as requisições massivas de dados pelo MPF (como as 139 perguntas citadas) frequentemente refletem uma ótica de direito do consumidor ou de ordem econômica, nem sempre priorizando a urgência pedagógica das escolas.

Esclareceu que as medidas cautelares (como a redução de vagas) são aplicadas com base em critérios objetivos e abstratos para conter riscos imediatos. Em resposta ao contexto do Amazonas, afirmou que a “justiça material” — que considera falhas estruturais da rede local versus falhas pedagógicas — é um elemento de análise reservado para a fase final do processo de supervisão (penalidade ou arquivamento), e não para o momento inicial da aplicação da medida cautelar.

### ***Elizabeth Regina Guedes (CNE)***

A conselheira enfatizou a necessidade de as escolas realizarem uma transição efetiva de modelo pedagógico. Classificou as DCNs de 2025 como um documento de conciliação que aponta para o futuro. Para a palestrante, a avaliação determina o currículo: se a escola continua avaliando apenas o aspecto cognitivo, ela reforça o

modelo disciplinar e fragmentado que as DCNs de tentam superar. Reafirmou que o controle da implantação das diretrizes está agora nas mãos das próprias escolas por meio dos Cadernos de Orientação produzidos pela ABEM, e não mais restrito ao gabinete do MEC.

### ***Estevão Toffoli Rodrigues (ABEM)***

O vice-presidente reforçou que o projeto atua como um catalisador de um movimento de construção coletiva. Reconheceu a fragilidade histórica na gestão das escolas e colocou a ABEM como parceira para formar esses "donos da implantação" das diretorias acadêmicas. Defendeu que deve haver sintonia entre a avaliação externa estatal (MEC/INEP) e a avaliação programática interna das escolas. Concluiu que a característica local de cada desafio (seja no Amazonas ou em São Paulo) deve ser respeitada, e que o próximo passo é transformar as experiências exitosas de cada território em inspiração para o resto do país, garantindo que as DCNs não sejam letra morta.

### ***Lorene Louise Silva Pinto***

A coordenadora finalizou os trabalhos da mesa ressaltando que as DCNs trazem uma responsabilidade compartilhada para todas as instituições formadoras, exigindo que cada escola traduza sua realidade local e busque uma sintonia fina entre suas estratégias pedagógicas e regulatórias.

## **6. PAINEL TEMÁTICO — AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO (DIA 1)**

## 6.1 Abertura e Contextualização do Painel

A mesa-redonda intitulada "Projeto Rever: GT Avaliação do Ensino Médico" foi conduzida e moderada por Aristides Palhares, membro do G10 Rever e do Conselho Diretor da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Na parte introdutória do evento, o moderador realizou a abertura solene dos trabalhos, acolhendo os participantes e contextualizando o debate em torno dos novos modelos de avaliação e regulação do ensino médico no Brasil.

Em seguida, o coordenador apresentou o primeiro tema da mesa, intitulado "O papel da avaliação in loco na avaliação do ensino médico", convidando o Diretor de Avaliação da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (DAES/INEP) para iniciar sua exposição.

## 6.2 O Papel da Avaliação in loco na Avaliação do Ensino Médico: Ulysses Tavares Teixeira (Diretor da DAES/INEP) – acessível em [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/6-Ulysses-Inep\\_ABEM\\_Medicina\\_05.05.2026.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/6-Ulysses-Inep_ABEM_Medicina_05.05.2026.pdf)

O Diretor Ulysses Tavares Teixeira iniciou seu pronunciamento expressando agradecimento pelo convite formulado e contextualizando o modelo avaliativo sob sua gestão. O palestrante abordou as características estruturais do Exame Nacional de Avaliação dos Estudantes de Medicina (ENAMED) e as parcerias institucionais que auxiliam no desenho dessa estratégia, concebida para avaliar os estudantes concluintes dos cursos de Medicina em todo o território nacional. Destacou que a ampliação

da oferta do exame visa viabilizar e democratizar o acesso aos programas de residência médica.

O diretor orientou os coordenadores de curso presentes a realizarem tempestivamente a inscrição de seus estudantes no edital ativo, esclarecendo que o processo seletivo contempla tanto os discentes do quarto ano (inscritos para fins estritamente pedagógicos, antes da conclusão do curso) quanto os concluintes (cujos resultados subsidiam o conceito oficial do curso). Informou, ainda, que os alunos ingressantes devem responder obrigatoriamente a um questionário socioeconômico, voltado à identificação do perfil discente e à proposição de políticas de assistência estudantil.

Na sequência, o palestrante detalhou a definição dos níveis de desempenho do ENAMED, exemplificando a metodologia com dados de processos avaliativos anteriores e apresentando os índices, parâmetros e resultados de participação distribuídos por faixas de conceitos. O diretor lembrou que o ENAMED integra o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), ressaltando a importância de transitar de um exame genérico para um modelo que considere as especificidades dos estudantes e os cenários reais de prática.

Apresentou a proposta de uma avaliação multidimensional da educação superior, baseada em um conjunto de indicadores específicos para os cenários de prática, informando que essa metodologia encontra-se em fase de avaliação. O palestrante caracterizou o ENAMED não apenas como uma evolução do antigo ENADE, mas como uma quebra de paradigma na avaliação estatal da qualidade da formação médica, fruto de parcerias sólidas com universidades e com a Empresa Brasileira de Serviços

Hospitales (Ebserh) para a criação de matrizes alinhadas às competências previstas nas DCNs.

O diretor ressaltou que, historicamente, o Brasil possuía três avaliações distintas com a mesma referência teórica — voltadas à graduação, à residência e à revalidação de diplomas —, e que o ENAMED unifica esses processos em uma matriz única, permitindo análises longitudinais consistentes ao longo do tempo. Destacou que essa integração permite ao estudante utilizar o resultado do ENAMED como nota de ingresso no Exame Nacional de Residência (ENARE), otimizando o esforço de preparação do graduando.

O palestrante detalhou o esforço logístico para garantir a capilaridade do exame, informando que, no ano de 2025, a prova foi aplicada em 225 municípios, cobrindo todas as cidades brasileiras que possuem cursos de Medicina. Anunciou que o edital de 2026 já se encontra publicado, com inscrições institucionais iniciadas em 27 de abril, e que, a partir de 8 de julho, os estudantes poderão preencher o questionário, solicitar atendimento especializado, alterar o local de prova para suas cidades de origem e optar pelo uso da nota no ENARE.

O diretor destacou como principal novidade a inserção obrigatória dos estudantes do quarto ano (8º semestre) no processo avaliativo, devendo estes ser inscritos pelas instituições no mesmo prazo e formato dos alunos concluintes. O objetivo dessa medida é gerar evidências educacionais mais robustas e alinhadas aos padrões internacionais, substituindo a lógica de ciclos trienais por um monitoramento anual e contínuo da qualidade do ensino. Concluiu afirmando que o ENAMED gera subsídios fundamentais tanto para a tomada de

decisões de políticas públicas pelo Estado quanto para a escolha da trajetória profissional pelo indivíduo, com a meta de consolidar o sistema de avaliação brasileiro como um dos mais robustos do mundo.

### **6.3 O Papel do ENARE na Avaliação do Ensino Médico: José Santana (HUBrasil) – acessível em [7-Jose-Santana-HU-Brasil-Apresentacao-6aEDICAO-ENARE-v.abril\\_2026-HU-Brasil.pdf](#)**

Dando continuidade aos trabalhos, o moderador Aristides Palhares convidou o representante da HUBrasil, José Santana, para proferir sua palestra sobre o papel do ENARE na avaliação do ensino médico.

O palestrante detalhou o amadurecimento e a trajetória histórica do Exame Nacional de Residência (ENARE), posicionando-o como uma ferramenta central de democratização do acesso e de eficiência administrativa. O expositor resgatou o histórico de construção do exame, atualmente sob a responsabilidade da HUBrasil, destacando como a iniciativa ressignificou o acesso à pós-graduação ao permitir que os candidatos concorram a vagas em diversas instituições de forma simultânea.

O palestrante informou que a integração do ENARE ao ecossistema do ENAMED, formalizada por portaria no ano de 2025, estabeleceu uma relação de mútua qualificação: o ENAMED fornece candidatos mais bem preparados, enquanto o ENARE canaliza o interesse dos concluintes para uma avaliação de desempenho robusta, consolidando-se como a principal porta de entrada para a residência médica no país.

Criado em 2021, o exame alcança sua 7ª edição no ano de 2026 com um crescimento histórico consistente, saltando de seu panorama inicial para um total de 255 instituições aderentes (sendo 196 públicas e 59 privadas) e superando a marca de 140 mil inscritos. O palestrante elencou como impactos positivos do exame a uniformização nacional do processo seletivo, a otimização dos recursos das instituições parceiras, a melhoria na qualidade do atendimento e a qualificação na indicação das especialidades médicas no país.

O expositor explicou que o processo avaliativo, estruturado em prova objetiva e análise curricular com bonificação, foi refinado ao longo dos anos, destacando os ajustes regulatórios implementados para reduzir os índices de judicialização que caracterizavam as edições anteriores. Atualmente, o exame é aplicado em 220 municípios, reduzindo os custos de deslocamento dos estudantes e mitigando a insegurança jurídica dos processos seletivos individuais.

O palestrante ressaltou que o ENARE contempla políticas de ações afirmativas rigorosas, com reserva de vagas para pessoas com deficiência, pretos, pardos, indígenas e quilombolas. Ao apresentar o panorama regional, exibiu o quadro percentual de programas e vagas oferecidas, convidando as instituições de ensino a participarem ativamente da regulação de vagas para orientar as políticas públicas com base nas necessidades reais de cada território.

Por fim, o palestrante apresentou o cronograma e as perspectivas para o ciclo de 2026/2027:

- Adesão das instituições: Até 15 de maio de 2026;
- Publicação do edital para candidatos: Junho de 2026;

- Aplicação das provas: Prevista para 13 de setembro de 2026;
- Início dos programas de residência: Março de 2027.

O palestrante concluiu seu pronunciamento enfatizando que o ENARE não constitui apenas um exame técnico de seleção, mas um pilar de sustentabilidade para a formação médica especializada no Brasil.

#### **6.4 Problematização e Contextualização dos Resultados: Sandro Schreiber de Oliveira (Presidente da ABEM)**

O Diretor-Presidente da ABEM, Sandro Schreiber de Oliveira, propôs uma reflexão crítica e histórica sobre o papel da formação médica, utilizando os dados gerados pelo Projeto Rever e experiências internacionais de países como Holanda, Inglaterra e Canadá como balizas para pensar a regulação do ensino. O palestrante pontuou que, historicamente, a formação médica no Brasil esteve descolada das necessidades populares, operando frequentemente como um polo de elitismo. Sustentou que o desafio contemporâneo reside em alinhar a graduação às diretrizes da Reforma Sanitária e à produção de direitos sociais, superando os desafios históricos paralelos entre o SUS e a educação médica.

Um ponto central colocado pelo presidente foi o papel regulatório inédito assumido pelo ENAMED. Embora o foco no desempenho individual do discente seja inovador no cenário brasileiro, o palestrante observou que essa metodologia não constitui o padrão internacional absoluto. Manifestou preocupação com a completude dos instrumentos de avaliação in loco frente às novas DCNs e, como solução para incrementar a credibilidade e a robustez do processo, sugeriu a criação de uma Comissão

Especialista Interinstitucional. Esse comitê envolveria avaliadores das próprias instituições de ensino, da ABEM e da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (AgSUS), promovendo a corresponsabilização e culminando na elaboração de um Guia de Aplicação dos Instrumentos de Avaliação.

O palestrante ampliou o debate ao abordar a tensão existente entre o Artigo 200 da Constituição Federal — que define o SUS como ordenador da formação de recursos humanos em saúde — e o princípio da Autonomia Universitária. Para o presidente, a autonomia não pode ser utilizada como escudo para ignorar as demandas de saúde da população. Defendeu que o ENAMED atue como um instrumento de regulação em última instância, mas advertiu que a avaliação do estudante deve ser complementar a outros mecanismos para não assumir caráter puramente punitivo ou induzir a captura do ensino pelos cursos preparatórios privados. Manifestou preocupação de que a ênfase excessiva em provas cognitivas faça com que os estudantes abandonem os currículos baseados em competências e habilidades práticas em prol da memorização de conteúdos para as provas de residência.

### **6.5 Intervenções da Plenária e Representações Estudantis**

O debate subsequente, mediado por Aristides Palhares, concentrou-se nas repercussões do ENAMED, do ENARE e nos modelos de avaliação institucional, registrando as seguintes intervenções da plateia e das representações discentes:

Questionou-se a existência de estudos voltados a converter o ENAMED em um exame de proficiência obrigatório para o exercício profissional. Em resposta,

Sandro Schreiber pontuou a intenção de alinhar a matriz do Teste de Progresso (TP) à estrutura do ENAMED, evoluindo para análises voltadas ao ingresso na residência, mas sem focar exclusivamente na nota.

Apresentou-se uma demanda para que o questionário do exame contemple indicadores de saúde mental dos discentes, visando subsidiar intervenções institucionais. Sobre o índice de 10% de questões anuladas, a mesa esclareceu que o modelo estatístico já prevê a desconsideração de itens que não performam conforme o esperado, reforçando que, embora a matriz desta edição já esteja estruturada, ela deve ser permanentemente aperfeiçoada.

Levantou-se preocupação sobre possíveis vieses de parcialidade quando avaliadores de instituições privadas analisam instituições públicas (e vice-versa), reforçando a necessidade de critérios objetivos e isentos. Criticou-se a falta de clareza na comunicação sobre a amostra de 20% das escolas selecionadas para as visitas de avaliação in loco, além de se debater a insuficiência da bonificação de 10% como fator de valorização da medicina de comunidade.

Os estudantes questionaram a relevância de contextualizar o exame com os processos regulatórios anteriores apresentados pelo ministério. Relatou-se que a aplicação de medidas cautelares e a atribuição de conceitos baixos (como "nota 2") prejudicam severamente a imagem das escolas em municípios de pequeno porte, afetando negativamente a relação médico-paciente, uma vez que a população local passa a resistir ao atendimento realizado por estudantes dessas instituições.

A Direção Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) apontou o caráter punitivista do ENAMED, argumentando que o exame gera pressão excessiva sobre os discentes e esvazia o viés diagnóstico da prova. A representação manifestou receio de que o exame fortaleça o mercado dos cursos preparatórios privados e reduza o tempo dedicado às práticas reais em prol da memorização para testes. Sugeriu, como alternativa pedagógica mais equilibrada, que o Teste de Progresso se torne obrigatório e seja financiado pelo governo federal.

Apontou-se a baixa adesão ao ENARE em certas localidades, contrastando com as políticas de residência que priorizam a concessão de bolsas para a região Norte. Questionou-se a perspectiva da HUBrasil em adotar mecanismos de incentivo e fomento às bolsas na região Norte, alinhando-se às estratégias federais de provimento e fixação de profissionais em áreas vulneráveis.

## **6.6 Respostas e Esclarecimentos da Mesa Diretora Pedro Carvalho Leitão (SERES/MEC)**

O diretor retomou a palavra para abordar a estrutura do ENAMED e as medidas cautelares adotadas. Em relação à sugestão de criação de um comitê de avaliação ampliado, o palestrante considerou ser uma proposta a se amadurecer, embora a inclusão de entidades como a AgSUS ainda não estivesse formalmente prevista no desenho original do instrumento de avaliação.

### ***José Santana (HUBrasil)***

O palestrante reforçou que o processo avaliativo constitui uma construção contínua e defensável, essencial

para enfrentar a medicalização da saúde e a lógica predatória do mercado educacional. O debate encerrou-se com a premissa de que a ABEM deve atuar menos como órgão fiscalizador e mais como apoio técnico, qualificando os gestores para que as escolas superem a “dissonância cognitiva” entre o currículo escrito e a prática entregue, garantindo o cumprimento efetivo das novas diretrizes.

Em resposta aos questionamentos da plenária, o palestrante considerou positiva a reflexão sobre a bonificação para a medicina de comunidade, mas informou que não há previsão de iniciativa para o presente ciclo referente à pontuação de evasão e adesão das bolsas da região Norte ao ENARE.

### ***Ulysses Tavares Teixeira (Diretor da DAES/INEP)***

O diretor esclareceu que o ENAMED já funciona como um exame que demonstra a proficiência do estudante, mas pontuou que o Congresso Nacional possui legitimidade para discutir novas proposições legislativas sobre o tema. Informou que a proposta de questionário para os estudantes ingressantes está em fase de aplicação amostral, em parceria com a Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), contemplando questões socioeconômicas e de saúde mental.

Em relação à amostragem de 20% para a avaliação dos estudantes do quarto ano, o palestrante esclareceu que a medida visa identificar as fragilidades acadêmicas dos discentes para a correção tempestiva de rumos pedagógicos pelas escolas. Sobre o perfil dos avaliadores, relatou a existência de reclamações pontuais, mas informou que não há estudos científicos que comprovem a parcialidade ou viés desses profissionais.

O diretor destacou que houve avanços significativos na matriz de avaliação de competências, ressaltando que, embora ela possa ser permanentemente discutida e aperfeiçoada, o exame deste ano utilizará a mesma matriz estruturada anteriormente. Concluiu reafirmando a abertura do INEP ao diálogo para a convergência dos instrumentos de avaliação, elogiando a formação política das representações estudantis e anunciando a publicação do edital do ENAMED para as próximas semanas.

## **SEGUNDO DIA DA OFICINA NACIONAL (06 DE MAIO DE 2026)**

No início das atividades do segundo dia da VI Oficina Nacional do Projeto Rever, realizada em Brasília, a Coordenadora Denise Herdy conduziu a abertura solene dos trabalhos. Em sua manifestação introdutória, realizou um resgate histórico dos pronunciamentos proferidos na mesa de abertura do dia anterior, destacando a relevância dos consensos políticos e técnicos estabelecidos.

Na sequência, explicou que a programação do dia proporia um salto qualitativo e estrutural nas discussões, transitando da graduação para a pós-graduação médica. Com essa contextualização, anunciou a composição da mesa-redonda dedicada a debater o papel das escolas médicas na formação de especialistas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

### **7. Mesa-Redonda — Papel das Escolas Médicas na Formação de Especialistas para o SUS**

A mesa-redonda foi coordenada por Denise Herdy Afonso, representante do G10 Rever e do Conselho Diretor

da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), que organizou a dinâmica das apresentações e dos debates subsequentes.

**Rodrigo Oliveira (Programa “Agora tem Especialista”) – acessível em [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/5-Rodrigo-Oliveira-2026\\_05\\_06-Projeto-REVER-Copia.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/5-Rodrigo-Oliveira-2026_05_06-Projeto-REVER-Copia.pdf)**

O palestrante apresentou um diagnóstico estrutural sobre o funcionamento e o impacto do programa na formação médica nacional. Explicitou que o objetivo central da iniciativa consiste em promover a formação, a fixação e a atuação qualificada de médicos especialistas em regiões caracterizadas por maior vulnerabilidade social.

O expositor realizou um resgate histórico do programa, detalhando as portarias e leis que fundamentaram sua construção por meio de processos de diálogo intersetorial. Argumentou que a iniciativa visa enfrentar a profunda fragmentação histórica que caracteriza a atenção especializada ambulatorial no país, tradicionalmente baseada na produção de procedimentos isolados e desprovida de um foco real nos resultados assistenciais para o cidadão.

O palestrante explicou que o programa busca alterar esse panorama por meio de estratégias voltadas a reestruturar a lógica de organização do sistema, considerando as diferenças, as diversidades e as desigualdades regionais brasileiras. Informou que foi estruturado um conjunto de componentes no âmbito do grupo condutor para organizar as ofertas formativas e assistenciais.

Ao analisar a composição da atenção especializada no Brasil, o expositor apontou uma distribuição regional severamente desigual, destacando que apenas 10% dos médicos especialistas atuam na rede pública de saúde, frequentemente sob o regime de dupla militância, o que resulta em tempos de dedicação reduzidos e qualitativamente inferiores no setor público devido aos arranjos produtivos de remuneração vigentes. Concluiu informando que médicos formados no Brasil ou com diplomas devidamente revalidados no país podem participar do programa, sendo priorizadas seis áreas de especialização.

***Jerzey Timóteo (Secretário Adjunto da SGTES/MS) – acessível em [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/2-Jerzey-Apresentac%CC%A7a%CC%83o-Projeto-Rever\\_05\\_05\\_26-Copia.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/2-Jerzey-Apresentac%CC%A7a%CC%83o-Projeto-Rever_05_05_26-Copia.pdf)***

O secretário adjunto situou seu pronunciamento na necessidade de estabelecer uma ponte sólida entre o SUS e a academia, caracterizando essa diretriz como o princípio norteador da atuação da SGTES/MS. O palestrante discutiu como essa agenda se articula diretamente com o processo de expansão da formação médica no país.

Argumentou que, historicamente, os programas de residência médica eram autorizados com base em pleitos isolados das instituições de ensino, e não a partir das demandas reais do sistema público de saúde. O gestor ressaltou que, atualmente, o Ministério da Saúde realiza um exercício sistemático de planejamento da força de trabalho em saúde, contando com a parceria da academia para alinhar a formação às necessidades epidemiológicas do SUS, uma vez que o futuro do sistema depende desse planejamento estratégico de longo prazo.

O palestrante apontou que o desafio contemporâneo consiste em assegurar a formação de profissionais qualificados e em corrigir as distorções decorrentes do fenômeno da “falsa moratória”, que propiciou a abertura desordenada e não planejada de escolas médicas no país. Informou que o Ministério da Saúde planeja expandir esse mapeamento demográfico e de distribuição profissional para todas as demais profissões da saúde.

Sustentou que a verdadeira formação médica exige a integração indissociável entre a sala de aula e o cuidado em cada território vivo do SUS, demandando a desconcentração geográfica dos especialistas e o enfrentamento de desafios estruturais persistentes. O secretário formulou um chamado coletivo às escolas médicas para que planejem suas vagas de residência considerando os processos de sucessão do corpo docente.

Advertiu sobre a necessidade de compreender os rumos e as tendências do SUS para evitar a formação de especialistas que não terão inserção real no mercado de trabalho, destacando que o programa “Mais Médicos Especialistas” atua diretamente para qualificar e ampliar o número de profissionais especializados no sistema público.

***Carolina Paz (MEC) – acessível em [1-Carolina-Apresentação-MEC-Congresso-ABEM-Copia.pdf](#)***

A palestrante abordou o tema sob a perspectiva da expansão e da avaliação dos programas de residência médica no país. Afirmou que, embora se registre um movimento de expansão das residências, persiste uma acentuada assimetria nas taxas de ocupação das vagas oferecidas por uma variedade de instituições.

A expositora destacou que houve um aumento de 27% na oferta de programas de residência na região da Amazônia Legal, registrando-se os maiores incrementos nas especialidades de Cirurgia Geral e de Atenção Oncológica. Sustentou a necessidade de avançar em direção a uma expansão qualificada das residências por meio da criação de um sistema integrado de apoio à execução de novos programas, da articulação entre o ENAMED e o ENARE, e do rigor na regulação da abertura de novas escolas médicas.

A palestrante criticou o modelo tradicional de avaliação das residências, caracterizando-o como um sistema cartorial baseado estritamente em atos normativos e em visitas sob demanda, desprovido de um caráter indutor de qualidade. Informou que o Ministério da Educação projeta um novo modelo avaliativo voltado a regular o programa e o residente com base no desenvolvimento de competências, destacando que os diálogos institucionais fundamentados nas Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs) já foram iniciados.

Anunciou que está sendo estruturado um banco nacional de avaliadores para definir perfis e planejar treinamentos específicos a partir das EPAs, visando à qualificação dos instrumentos de avaliação dos residentes.

### **7.1 Debate com a Plenária e Respostas da Mesa**

Após as apresentações, os palestrantes retornaram para a formação da mesa de debates.

Intervenções Iniciais e Questionamentos da Plenária:

Sandro Schreiber de Oliveira (Presidente da ABEM): Propôs reflexões sobre a lógica de provimento de especialistas, sugerindo a diversificação do modelo de

residência médica por meio da ampliação dos espaços de prática em outros serviços de saúde. Defendeu, ainda, que o modelo de avaliação das residências seja estruturado de forma semelhante à metodologia avaliativa adotada na graduação.

Jerzey Timóteo: Discutiu o movimento de interiorização da graduação e seus reflexos nos programas de residência, caracterizando essa transição como uma saída essencialmente política. Argumentou que, diante dos debates atuais sobre o PROFMED e o ENAMED, cabe às escolas médicas assumirem a responsabilidade pela formação de especialistas como via para a consolidação da formação profissional.

## 7.2 Perguntas da Plateia:

Questionou-se como as instituições de ensino que não possuem hospital próprio podem estruturar programas de residência em especialidades como Cirurgia Geral, citando-se o exemplo do Rio de Janeiro, onde residentes de Otorrinolaringologia realizam rodízios em múltiplos hospitais da rede.

Apontou-se a dificuldade de adesão ao ENARE no estado do Pará devido à aplicação de bonificações nacionais que não garantem a fixação dos profissionais no nível regional, demandando a manutenção de reservas de vagas para especialistas em âmbito regional.

Defendeu-se que a residência médica seja integrada às demais áreas de formação profissional em saúde, sugerindo a edição de uma portaria conjunta que unifique as residências multiprofissionais e médicas para o fomento do trabalho interprofissional.

Manifestou-se preocupação com o hiato formativo decorrente do número insuficiente de preceptores, questionando-se quais estratégias de política pública podem contemplar municípios do interior da Amazônia (como Altamira) que sofrem com a escassez crônica de docentes e preceptores qualificados para o internato.

A representante do CONASEMS destacou os avanços obtidos na área e propôs a continuidade das discussões sobre a relação das escolas médicas com a gestão municipal. Sugeriu à ABEM a realização de seminários específicos sobre o tema para mitigar as constantes queixas de ambas as instâncias. Defendeu que a avaliação das residências supere o caráter meramente estrutural e alcance o conteúdo pedagógico por meio de um ecossistema avaliativo integrado.

Apontou-se a necessidade de envolver os gestores do SUS na formulação de políticas afirmativas de qualidade na região amazônica, alertando que os baixos valores das bolsas de residência e a falta de vagas em áreas estratégicas (como Anatomia Patológica) forçam os residentes a buscarem outros vínculos de trabalho, prejudicando sua dedicação exclusiva à formação.

### **7.3 Respostas e Encaminhamentos da Mesa:**

A mesa manifestou receptividade em relação às demandas da área de Otorrinolaringologia, colocando-se à disposição para enfrentar os desafios apontados.

Sustentou-se que a residência médica deve ser elevada a um patamar de discussão política e pedagógica tão relevante quanto a graduação, demandando o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade para que a rede de serviços compreenda os benefícios dessa parceria.

Jerzey Timóteo compartilhou sua experiência pessoal no período de residência, caracterizando o modelo como uma rede forte que deve inspirar outras localidades. Esclareceu que as propostas de mudança no ENARE devem ser discutidas e pactuadas no âmbito do grupo de trabalho específico.

A mesa informou que a especialidade de Patologia consta entre as prioridades do Ministério da Saúde, sendo necessário avançar no diálogo com a Sociedade Brasileira de Patologia.

Reconheceu-se a dificuldade de contar com o apoio pleno dos preceptores devido a barreiras culturais da categoria médica. Defendeu-se a valorização do trabalho docente e a fixação do professor por meio de cargas assistenciais integradas que confirmam sentido prático ao ensino.

A ABEM manifestou concordância com a unificação das residências médicas e multiprofissionais, destacando que a educação em saúde não constitui um atributo exclusivo da categoria médica. Enfatizou-se a necessidade de intensificar o diálogo entre as gestões estaduais e municipais para a identificação e superação dos desafios territoriais.

## **8. Trabalho dos Grupos: "Avaliação e Reconstrução do Projeto Rever: Para Onde Devemos Ir?"**

Após um intervalo de 15 minutos para o café (Coffee Break), os participantes foram distribuídos em nove salas de trabalho, com o objetivo de sintetizar e sistematizar as contribuições para a plenária geral com base em duas questões norteadoras sobre o impacto da Fase 1 e as propostas para a Fase 2 (Rever 2).

## 8.1 Síntese das discussões:

Contribuições para as DCNs 2025: O projeto foi amplamente reconhecido como a maior mobilização nacional de gestores, docentes e discentes para a qualificação do debate sobre as novas diretrizes. Destacou-se o caráter democrático, capilarizado e federalizado das oficinas regionais e nacionais, que propiciaram uma escuta ativa das bases. O debate introduziu conceitos inovadores e superou discussões incipientes sobre a formação médica. A incidência política da ABEM junto ao MEC e ao CNE foi crucial para adiar o lançamento das diretrizes em 2024, garantindo a incorporação das contribuições das regionais no texto final de 2025. O Caderno de Implementação foi validado como um guia norteador indispensável para coordenadores e NDEs.

Lacunas e Limitações: Registrou-se frustração pelo fato de a proposta original da ABEM não ter sido integralmente acatada pelo CNE, a despeito do expressivo esforço coletivo e do investimento de recursos públicos. Apontou-se a persistência de tensões corporativas e políticas entre as DCNs e as visões de outras entidades (como o CFM e defensores do exame de ordem), gerando uma disputa de forças no modelo de formação. Destacou-se a ausência de um calendário fixo ou de um sistema contínuo de monitoramento para avaliar a transposição prática das mudanças nas escolas.

Envolvimento de Atores: O projeto obteve êxito em reunir diferentes atores, mas enfrentou desafios de representatividade e continuidade. Defendeu-se a obrigatoriedade da presença de ao menos um gestor do SUS e um discente nas oficinas regionais. Apontou-se a baixa participação de gestores municipais e estaduais na ponta, além da dificuldade de manter a presença de

estudantes e residentes devido à sobrecarga de horários nos serviços, o que restringiu a representação discente a cargos diretivos nacionais. O preceptor de serviço (não docente) ainda é tratado como um acor periférico no processo de mudança curricular.

**Responsabilidade Social:** O conceito deixou de ser uma abstração teórica para se consolidar como o eixo ético e técnico das escolas. O debate avançou para além do assistencialismo, focando no compromisso social e no controle social (CNS). Embora os coordenadores disponham de mais ferramentas para alinhar o perfil do egresso às demandas territoriais, persiste a necessidade de definir indicadores reais de responsabilidade social (distinguindo o volume de atendimentos do impacto transformador na rede). No setor privado, a ausência dos mantenedores nas discussões limita a sustentabilidade das mudanças estruturais propostas pelos coordenadores.

**Propostas para o Rever 2:** Realização de oficinas virtuais para gestores municipais; fomento à institucionalização do COAPES com incentivos financeiros federais; inclusão das sociedades de especialidades e da CNRM nos debates sobre residência; unificação das discussões entre residências médicas e multiprofissionais; criação de braços formativos específicos para preceptores e gestores; disseminação da importância das DCNs para a população leiga por meio de mídias de massa; e realização de estudos sobre o custo-aluno e o impacto real da formação nos territórios.

**Processo Democrático:** As discussões enfatizaram que o projeto se consolidou como um processo democrático e coletivo, distanciando-se de modelos impositivos de caráter unilateral (top-down).

**Principais Avanços:** O texto final das DCNs 2025 foi consagrado como fruto de parcerias sólidas com o CNS, CNE, Ministério da Saúde, regionais, docentes e discentes, gerando um sentimento de acolhimento e pertencimento nas escolas médicas. Elogiou-se a qualidade técnica dos Cadernos de Orientação e a metodologia ativa das oficinas. A ABEM consolidou sua posição como o principal elo de articulação da educação médica nacional.

**Principais Limitações:** Identificou-se fragilidade na atualização cadastral e na comunicação direta com as bases das escolas (e-mails defasados). Apontou-se a escassez de discussões qualitativas sobre o acolhimento e a adaptação curricular para estudantes com necessidades específicas (como TEA, TDAH e deficiências físicas) e seu impacto na segurança do paciente. Registrou-se baixa representatividade de estudantes e residentes devido à falta de liberação institucional, além de preocupações com a sustentabilidade financeira do projeto enquanto política de Estado permanente. Destacou-se a baixa discussão sobre a valorização, o incentivo e o cuidado com o próprio docente.

**Propostas para o Rever 2:** Criação de comissões locais de suporte às escolas para o compartilhamento de experiências exitosas; oferta de cursos de desenvolvimento pedagógico para docentes e preceptores; treinamento de facilitadores locais; produção de cadernos de gestão prática e inclusiva; atuação da ABEM como ponte entre o setor público e privado (envolvendo mantenedores); ampliação do diálogo com os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário para mitigar a judicialização; e garantia de mecanismos permanentes de financiamento e monitoramento dos dados gerados na Fase 1.

## 9. Plenária de Compartilhamento e Apresentação das Sínteses

Após o almoço, iniciou-se a Plenária de Compartilhamento, na qual a Professora Liliana Santos realizou a sistematização e a apresentação das sínteses consolidadas nas nove salas de trabalho.

Em sua exposição, a palestrante realizou um balanço reflexivo entre as conquistas da primeira fase e as diretrizes necessárias para a segunda etapa (Rever 2). Destacou que as discussões consolidaram um diagnóstico profundo sobre os avanços e os gargalos da formação médica no Brasil. O processo, amplamente reconhecido por seu caráter democrático, transparente e coletivo, permitiu que as escolas médicas, docentes e discentes deixassem de ser meros receptores de normas para se tornarem autores ativos das DCNs de 2025. Esse pertencimento constitui um dos maiores legados do projeto, materializado na qualidade técnica dos cadernos e na potência das oficinas regionais como espaços de fortalecimento institucional.

Contudo, a palestrante apontou desafios significativos para a consolidação dessas mudanças no cotidiano acadêmico, destacando a necessidade de melhorar a capilarização das discussões para o interior das instituições, superando barreiras de comunicação e defasagens cadastrais. Ressaltou que a participação estudantil ainda enfrenta obstáculos de mobilização política e de falta de liberação institucional para que residentes e alunos ocupem esses espaços de construção.

A expositora manifestou preocupação central com a sustentabilidade do projeto, registrando o consenso de que o Rever deve evoluir de uma iniciativa governamental para uma política de Estado perene, protegida por

financiamento contínuo e articulação política que envolva os ministérios, o controle social e o sistema judiciário, de modo a mitigar os efeitos da judicialização do ensino por desconhecimento técnico.

Para a fase do Rever 2, a palestrante apresentou as propostas focadas na implementação prática e na gestão da mudança, destacando os seguintes eixos prioritários: o aprofundamento das discussões sobre inclusão e diversidade (buscando estratégias concretas para o acolhimento de alunos neurodivergentes e com deficiências, sem comprometer a segurança do paciente); a valorização da docência e da preceptoria (com o desenvolvimento de competências pedagógicas e a criação de incentivos para atrair profissionais médicos para o ensino); e a integração com a residência médica e o diálogo com gestores e mantenedores de escolas privadas, garantindo que a responsabilidade social e a medicina centrada na pessoa constituam a base de uma transformação social efetiva através da educação.

## **10. Mesa-Redonda — Inclusão de Pessoas com Deficiência no Ensino Médico: Necessidade, Desafios e Limites**

*“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”*

Guimarães Rosa

Com a inspiração de Guimarães Rosa, a coordenadora da mesa, Lia Silveira, fez uma contextualização acerca da temática (acessível em [4-REVER-Acessibilidade-Lia.pdf](#)), estabelecendo um

tom reflexivo ao solicitar que a plateia realizasse a leitura de trechos do caderno da oficina. Em seguida, compartilhou uma passagem da obra de Guimarães Rosa para destacar que o tema da inclusão demanda coragem. Apresentou a urgência no debate e proposição de estratégias para enfrentamento de uma questão tão desafiadora, observando que, embora seja frequentemente demandada, muitas vezes é abordada de maneira limitada, convocando os participantes a um enfrentamento ético do debate.

***Alexandre Mapurunga (Diretor de Educação Especial da Perspectiva Inclusiva – DIPEP/SECADI/MEC) – acessível em <https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/6-IV-Oficina-Nacional-do-Projeto-REVER.pdf>***

O diretor apresentou o arcabouço legal que sustenta o direito à educação inclusiva no ensino superior e, especificamente, nos cursos de Medicina. Destacou o aumento expressivo das matrículas na educação básica, impulsionado pelo crescimento dos diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e de Altas Habilidades/Superdotação. Ressaltou que, embora o cenário na universidade apresente especificidades distintas da educação básica, a demanda por adaptações curriculares é crescente no ensino superior. O palestrante compartilhou dados sobre a presença de professores com deficiência nas universidades e relatou exemplos de sua própria trajetória e vivência profissional na área.

***Silvio Pessanha Neto – acessível em [https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/InclusanoEnsinoMedicoABEM2026\\_v2.pdf](https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2026/06/InclusanoEnsinoMedicoABEM2026_v2.pdf)***

O palestrante abordou o tema sob a perspectiva do gestor da escola médica, focando nas políticas de democratização do acesso e de permanência estudantil. Argumentou que a instituição de ensino tem a responsabilidade de instrumentalizar o docente para que este possa desenvolver as competências de todos os discentes, garantindo que o ingressante se torne um egresso qualificado, o que caracteriza o compromisso social da escola com a sociedade. Sustentou que as adaptações institucionais devem superar a dimensão da infraestrutura física e alcançar a dimensão metodológica. Enfatizou a necessidade de debater os limites das tecnologias assistivas, o grau de autonomia do estudante e a prevenção de erros, buscando um equilíbrio ético entre o direito individual à inclusão e a garantia inegociável da segurança na prática médica.

### ***Raísa Soares Estevão da Graça (Coordenadora Discente da Abem)***

A estudante compartilhou sua experiência pessoal ao longo da graduação em Medicina como uma pessoa com laudo de TEA. Denunciou que o espaço acadêmico das escolas médicas ainda não é planejado para acolher o estudante com deficiência, gerando desafios constantes de adaptação e sofrimento ético. A palestrante ressaltou a diferença conceitual entre diversidade (caracterizada pela mera presença de diferentes perfis no mesmo espaço) e inclusão real, destacando que a verdadeira inclusão nasce da equidade, ou seja, da oferta dos suportes específicos necessários para que cada estudante atinja seu pleno potencial formativo.

***Estevão Toffoli Rodrigues (Diretor Vice Presidente da ABEM) –  
acessível em [3-Abem-no-contexto-da-inclusao-06.05.26.pdf](#)***

O professor manifestou-se em nome da Associação Brasileira de Educação Médica, afirmando a existência de um consenso de que a presença de pessoas com diferentes trajetórias e perfis enriquece e multiplica a capacidade de aprendizado de toda a comunidade acadêmica. O palestrante problematizou a complexidade do tema, apontando o conflito existente entre os ideais de desempenho e a educação baseada em competências versus as práticas de capacitismo. Indagou sobre os limites dos direitos individuais e sobre os critérios que definem um médico competente, apontando que as fragilidades das instituições e a escassez de experiências acumuladas na área tornam o debate ainda mais complexo e urgente.

**Debates:**

A Professora Lia Silveira abriu o debate citando o questionamento de uma criança autista: "Se todas as pessoas são especiais, por que toda a educação não é especial?".

**Intervenções da Plenária:**

Um participante parabenizou a sensibilidade da mesa e questionou se já foram registrados casos de interrupção da trajetória acadêmica por "limite de adaptação" ou por processos de judicialização.

Outro participante citou um professor com deficiência visual como sua maior inspiração acadêmica, refletindo se a pauta da inclusão só ganhou força na atualidade devido às políticas de ações afirmativas que trouxeram a neurodivergência (como o autismo no Sul Global) para o centro do debate político.

### **Respostas:**

Silvio Pessanha reforçou a necessidade de focar na criação de recursos e suportes institucionais suficientes para garantir a inclusão, em vez de centrar o debate na definição de limites para os direitos.

O debate suscitou reflexões quanto ao tema da discriminação baseada na deficiência foi levantado, gerando discussões sobre os conceitos de “capacidade” e as barreiras institucionais vigentes nas escolas médicas.

### **Encerramento da Mesa:**

A Professora Lia Silveira concluiu a mesa afirmando que o sentimento norteador dessas ações deve ser o de pertencimento, ressaltando que o Projeto Rever 2 desempenhará um papel de destaque nessa construção coletiva.

Ao final, o Diretor Médico Residente da Abem, Vinicius Santos, compartilhou informações sobre o Grupo de Trabalho de Residência Médica e convidou todos os presentes para participarem do próximo Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM 64 – Porto Alegre – 17 a 20 de setembro).

## **11. Avaliação Final e Encerramento da Oficina Nacional**

A avaliação final do evento foi conduzida pela Professora Lia Silveira por meio da ferramenta interativa Mentimeter®.

Ao serem questionados sobre a principal reflexão gerada pela oficina, os membros da plenária manifestaram um sentimento coletivo de esperança na mudança,



No encerramento oficial, o Professor Estevão Toffoli Rodrigues agradeceu a presença de todas as instituições e delegações regionais, assinalando a conclusão bem-sucedida do ciclo do Rever 1 e a transição operacional para o Rever 2.

O palestrante finalizou sua manifestação reforçando a importância da participação das escolas nos próximos Testes de Progresso (TP) Regionais e Nacional da Abem, reiterando o convite para o COBEM em Porto Alegre e conclamando os presentes a fortalecerem continuamente a associação como guardião da qualidade da educação médica brasileira.

## 12. SANKOFA — REFLETINDO SOBRE O PASSADO E CUIDANDO DO FUTURO

O encerramento da VI Oficina Nacional do Projeto Rever evoca, de forma inevitável, a potente filosofia africana de Sankofa.

Representado pelo pássaro mítico que voa para a frente enquanto mantém a cabeça voltada para trás para resgatar um ovo precioso em suas costas, este símbolo resume com perfeição a essência do trabalho realizado pela ABEM e seus parceiros ao longo deste ciclo escutas e construções coletivas.



Na Educação Médica, o “olhar para trás” de Sankofa não representa um apego nostálgico ou passivo ao passado, mas sim um resgate metodológico e político indispensável da nossa memória histórica. Compreender a trajetória da Reforma Sanitária Brasileira, os debates constitucionais que consagraram o SUS como ordenador da formação de recursos humanos (Art. 200 da CF) e o acúmulo de saberes das DCNs de 2001 e 2014 é a única base sólida que nos permite “voar para a frente” com segurança.

O “ovo” que o pássaro carrega com delicadeza em seu bico simboliza o conhecimento acumulado, a responsabilidade social e a ética do cuidado que as escolas médicas têm o dever de transmitir às futuras gerações de profissionais. Ao transitar para a Fase 2 (Rever 2), a comunidade acadêmica assume o compromisso de transformar essas diretrizes em práticas vivas nos territórios, assegurando que o aprendizado histórico se traduza em saúde, equidade e dignidade para toda a população brasileira.

A análise integrada das discussões realizadas no âmbito da VI Oficina Nacional do Projeto Rever, permite concluir que a educação médica brasileira atravessa uma transição paradigmática de alta complexidade. De um lado a forte expansão das escolas privadas e o desafio da qualidade na formação e de outro, um conjunto de iniciativas orquestradas de forma sinérgica com vistas a garantir, regulação pública com vistas a dimensionar as necessidades de abertura de escolas, garantir a qualidade dos cursos e em especial avançar na melhoria dos perfis profissionais da medicina brasileira. A formação deixou de ser um processo puramente técnico para consolidar-se como um **instrumento de responsabilidade social**

**e política de Estado.** O maior avanço identificado é o sentimento de autoria coletiva das DCN de 2025, o que fortalece a legitimidade das mudanças curriculares.

Entretanto, subsistem tensões críticas: o descompasso entre o “currículo formal” e a prática assistencial; a pressão exercida pela **financeirização do setor educacional**; e a fragilidade institucional na gestão de mudanças, especialmente no que tange à inclusão e à proteção da saúde mental dos atores envolvidos.

O balanço do Projeto Rever demonstra um avanço sem precedentes na mobilização das escolas médicas brasileiras. O projeto logrou êxito em criar uma linguagem comum e um senso de urgência em torno das novas DCNs. Contudo, a transição do plano documental para a prática cotidiana nos cenários de prática ainda enfrenta resistências estruturais e culturais.

A VI Oficina Nacional encerra-se com a convicção de que a formação médica brasileira está em movimento. O Projeto Rever 2 não será apenas uma continuidade, mas um aprofundamento ético e técnico da nossa missão de formar médicos para o Brasil, com o Brasil e, sobretudo, para o SUS.

Finalizamos com nosso agradecimento especial à dedicação e trabalho da Equipe de Secretaria da Abem, que cuida de nossa Associação e faz possível todas as suas realizações.







**OPAS**

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

