Enamed: uma conquista pública que exige aperfeiçoamentos

Fundamentos educacionais, científicos, institucionais e jurídico-normativos para a sanção do PLV nº 14/2026, a proposição de vetos e o aperfeiçoamento da política nacional de avaliação da formação médica

Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) • Brasília, 5 de novembro de 2026

Síntese executiva e posição institucional

A institucionalização do Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica (Enamed) é um avanço de interesse público. O Brasil precisa avaliar, com continuidade e consequências, o que as escolas médicas oferecem e o que seus estudantes aprendem, sob responsabilidade estatal e em articulação com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A ABEM apoia a consolidação do exame, a transparência dos resultados, a certificação de proficiência com salvaguardas e a responsabilização educacional e regulatória das instituições formadoras. O apoio ao Enamed, entretanto, não equivale à adesão irrestrita ao seu desenho legal. [1–6]

O Projeto de Lei de Conversão (PLV) nº 14/2026, resultante da Medida Provisória nº 1.370/2026, foi aprovado pelo Congresso Nacional em 15 de outubro e remetido à sanção em 16 de outubro. Em 5 de novembro de 2026, permanece aguardando sanção, cujo prazo informado pelo Congresso se encerra em 6 de novembro. A intervenção adequada agora é a sanção do núcleo da política, acompanhada de vetos pontuais, juridicamente examinados, seguida de regulamentação e, nos temas que extrapolarem o poder regulamentar, aperfeiçoamento legislativo. [1–3]

A questão central não é escolher entre avaliar ou não avaliar. É estabelecer que resultados suficientemente válidos, fidedignos, justos e interpretáveis orientem decisões proporcionais. Quando uma consequência é de alto impacto — como restringir a inscrição profissional ou supervisionar um curso —, é maior o ônus da prova sobre a qualidade do instrumento e a legitimidade da decisão. Em avaliação programática, decisões somativas devem compor uma imagem formada por muitos “pixels”, ou pontos de evidência, produzidos em diferentes momentos, métodos e contextos; não por uma única fotografia. [7–12]

A ABEM defende sete compromissos inseparáveis: a) avaliação integrada ao Sinaes, sem substituição da avaliação dos cursos por um único exame; b) matriz única referenciada no perfil do egresso das DCN de 2025, com comparabilidade entre etapas e interpretação longitudinal do progresso; c) decisões de alta consequência sustentadas em evidências suficientes, rigor psicométrico e garantias processuais; d) direção da política pelo MEC, execução técnico-científica pelo Inep e colegiado plural de natureza consultiva; e) participação permanente da ABEM, das escolas, dos estudantes, dos serviços e do controle social do SUS; f) responsabilidade das instituições por devolutivas, mentoria/tutoria e recuperação das trajetórias de aprendizagem, inclusive dos egressos não proficientes; e g) desenvolvimento progressivo de estratégias públicas de avaliação de habilidades, atitudes e desempenho clínico, complementando o componente cognitivo. [2–7, 13–14, 21–25, 28]

1. O que deve ser preservado na conversão da medida provisória

A aprovação pelo Congresso deve ser reconhecida como conquista político-institucional, especialmente diante da expansão heterogênea da oferta de cursos, das desigualdades dos cenários de prática e da necessidade de informações públicas comparáveis. O PLV institui o Enamed e seus objetivos (arts. 2º e 3º),

estabelece três etapas ao fim do 4º, 8º e 12º semestres (art. 4º, incisos I a III), prevê aplicação semestral do exame (§ 2º do art. 4º), admite o uso dos resultados nos processos acadêmicos das escolas (§ 12 do art. 4º), cria conceito anual de curso e prevê supervisão diante de conceito insatisfatório (art. 6º), assegura acessibilidade e hipóteses específicas de reaplicação gratuita (art. 7º) e dispõe sobre parâmetros para campos de prática no SUS (art. 8º). Os dispositivos devem ser apreciados segundo suas finalidades distintas e em conexão com a avaliação institucional e dos cursos. [1–3]

A exigência de proficiência para inscrição profissional e sua comprovação por certificado eletrônico, previstas no art. 17-A que o art. 10 do PLV acrescenta à Lei nº 3.268/1957, introduzem consequência nova e relevante. O dispositivo proposto alcança os estudantes que ingressarem no curso a partir da publicação da MP nº 1.370, em 19 de junho de 2026; o § 9º do art. 4º do PLV resguarda, quanto à exigência do § 7º desse artigo, os estudantes já matriculados antes daquela data. Sua legitimidade social depende de definição pública e prévia dos critérios de proficiência, validade das inferências, possibilidade real de reaplicação, planos de recuperação, acesso a recursos e transição previsível para as coortes atingidas. Os resultados devem desencadear deveres correspondentes das escolas, com mentoria, ofertas pedagógicas e oportunidades efetivas de reaprendizagem. A ABEM defende a preservação dessa exigência legal acompanhada de salvaguardas proporcionais à gravidade de seus efeitos. [1–3, 11–12, 28]

O veto à Inscrição de Egresso de Medicina (IEM) não significa abandonar quem conclui o curso sem a proficiência exigida. Significa rejeitar um cadastro profissional inadequado e substituí-lo, por instrumentos normativos próprios, por responsabilidade compartilhada do Estado e da escola formadora na recuperação do egresso, com proteção dos pacientes, garantia de direitos e perspectivas futuras de prática supervisionada quando autorizada em lei. [1–3]

Também devem ser preservados os dispositivos que articulam avaliação e residência e instituem o Sistema Nacional de Avaliação da Residência Médica (Sinares), por meio das alterações à Lei nº 6.932/1981 constantes do art. 11 do PLV, desde que sua implementação respeite as competências das instâncias existentes e a participação dos programas formadores e residentes. O parágrafo único proposto para o art. 2º daquela lei permite, mas não torna obrigatório, o uso da nota individual final dos participantes proficientes do Enamed na seleção de acesso direto à residência médica. Essa utilização exige atenção específica para que um exame com finalidades educacionais e regulatórias não se converta, sem validação própria, em critério único de seleção. O debate de vetos não pode ser apropriado para postergar a supervisão ou descontinuar o Enamed. [1–3, 28]

2. O Sinaes é o sistema de referência, não uma referência lateral

A Constituição da República consagra a garantia do padrão de qualidade do ensino (art. 206, VII), a avaliação pelo Poder Público (art. 209, II), a autonomia universitária (art. 207), a liberdade profissional nos termos da lei (art. 5º, XIII) e a cooperação no desenvolvimento de políticas educacionais. A LDB, em especial seu art. 9º, atribui à União competências de avaliação nacional, regulação e supervisão no âmbito próprio. A Lei nº 10.861/2004 instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), combinando avaliação institucional, avaliação de cursos e desempenho acadêmico dos estudantes, com participação da comunidade acadêmica e respeito às especificidades institucionais. [4, 13–15]

A leitura sistemática dos arts. 1º, 2º e 4º do Sinaes impede que uma nota de prova esgote a análise de qualidade de um curso. É preciso combinar desempenho e progresso dos estudantes com condições de oferta, projeto pedagógico, corpo docente e preceptoria, capacidade de formação dos serviços, infraestrutura, integração ensino-serviço-comunidade, apoio estudantil, responsabilidade social, autoavaliação institucional e verificação externa in loco. Resultado sem análise dos processos gera

conclusões frágeis; avaliação dos processos sem compromisso com resultados pode legitimar a inércia. [4–6, 13]

O art. 13 do PLV acrescenta o § 12 ao art. 5º da Lei nº 10.861/2004, afastando a aplicação daquele artigo aos cursos de Medicina em decorrência do Enamed. A substituição do Enade pelo Enamed, nesse componente, não afasta as demais dimensões do Sinaes, nem as avaliações in loco e os procedimentos de supervisão. É essencial uma regulamentação que explicite o Enamed como parte da arquitetura do Sinaes, e não como índice universal da qualidade da educação médica. [1, 4, 13]

A exigência de cooperação federativa é igualmente relevante: há cursos sujeitos a sistemas estaduais de educação superior. O art. 6º, § 2º, do PLV reconhece a competência dos órgãos reguladores estaduais e do Distrito Federal para supervisionar instituições de seus sistemas. Deve haver parâmetros nacionais de evidência e direitos, mas a execução da supervisão deve respeitar o sistema de ensino competente, com troca segura de dados, articulação com a regulação federal e inexistência de automatismos sancionatórios. [1, 13]

3. Coerência com as DCN de 2025: perfil do egresso, integração e diversidade curricular

A Resolução CNE/CES nº 3, de 30 de setembro de 2025, organiza a formação médica por competências que integram conhecimentos, habilidades e atitudes, orientadas ao cuidado integral, à APS, ao SUS, à ciência, à gestão e à educação em saúde. Seu art. 8º define competências do egresso; os arts. 18 a 24 reforçam integração curricular, formação nos serviços, interdisciplinaridade e simulação; e os arts. 36 e 37 exigem avaliação institucionalizada, contínua, abrangente e programática, com feedback e atenção aos domínios cognitivo, psicomotor e atitudinal. [5–6, 14]

A referência comum da prova deve ser o perfil do médico egresso, e não uma sequência obrigatória de disciplinas ou um catálogo de conteúdos distribuídos por semestre. Se três comissões fixarem “conteúdos” distintos para as três etapas, cursos serão induzidos a sincronizar seus currículos às datas das provas, repondo a cisão básico-clínica, reduzindo a liberdade de integração e promovendo uma pedagogia preparatória de curto prazo. Trata-se de risco institucional plausível, e não de efeito já demonstrado causalmente para o PLV. [2–6, 8–10]

O art. 4º, inciso II, do PLV situa a segunda etapa ao fim do oitavo semestre, anteriormente ao ingresso do estudante no internato. As DCN, contudo, exigem ao menos dois anos de internato, sem determinar que todos os cursos o iniciem exatamente na mesma data, e impõem avaliação somativa abrangente imediatamente anterior a seu início (art. 36, parágrafo único, das DCN). A avaliação interna pré-internato e a etapa nacional do Enamed têm finalidades complementares, não intercambiáveis. A cláusula temporal do PLV demanda alteração legislativa ou solução de transição compatível com a lei; ato infralegal não deve dispensar comando legal expresso. [1, 5–6, 14]

4. Três oportunidades de observar, uma só trajetória de progresso

4.1. O Teste de Progresso e a contribuição brasileira da ABEM

O Teste de Progresso (TP) surgiu de experiências internacionais desde os anos 1970, entre elas Maastricht e Missouri–Kansas City. Sua lógica é aplicar, a estudantes de diferentes anos, testes abrangentes referenciados no conhecimento esperado ao final do curso e repetir aplicações ao longo da formação, com provas equivalentes, devolutivas periódicas e interpretação do crescimento. Estudos e guias internacionais

identificam potencial para avaliar retenção de conhecimento, desestimular o estudo episódico e monitorar trajetórias, mas também registram desafios de qualidade dos itens, variância de medida, custos, equidade e interpretações inadequadas. O TP não mede sozinho todo o conjunto de competências profissionais. [8–10]

No Brasil, a ABEM desenvolveu com escolas e núcleos regionais uma experiência colaborativa de construção de matrizes, elaboração e revisão de itens, aplicação, devolutivas e análise institucional. A iniciativa reúne aplicações nacionais e regionais documentadas, incluindo edições nacionais de 2021, 2024, 2025 e 2026, chegando a 130 mil estudantes avaliados em apenas uma edição do TP. Esse percurso, associado à literatura internacional e às experiências de outras instituições brasileiras, oferece referências particularmente relevantes para o aperfeiçoamento científico do Enamed, a compreensão de seus limites e o uso pedagógico de seus resultados. A participação da ABEM nesse debate permite aproximar a execução nacional do conhecimento produzido nas escolas, preservadas as competências públicas do MEC e do Inep. [3, 5–6, 16]

4.2. Critérios para uma avaliação nacional de progresso

1. Uma matriz única de referência, derivada das competências do egresso das DCN de 2025 e de um mapa de conhecimentos de uso aplicado, com representação de APS, urgência, clínica, cirurgia, saúde da mulher, criança, saúde mental, saúde coletiva, ética, segurança do paciente, comunicação e determinação social da saúde.
2. Em cada edição semestral do Enamed, a aplicação prevista aos estudantes que estejam na etapa correspondente ao 4º, 8º ou 12º semestre deve utilizar uma referência comum de conhecimentos aplicados ao perfil final do egresso. Para permitir comparação do desempenho nos diferentes momentos de formação, a forma mais transparente é o mesmo caderno de itens para as três coortes avaliadas numa mesma edição. Formas paralelas ou adaptações justificadas são possíveis mediante demonstração de equivalência e equacionamento psicométrico, garantindo comparabilidade e acessibilidade.
3. Nas edições seguintes, itens novos e formas equivalentes referenciadas à mesma matriz e ligados a uma escala comum por itens-âncora, Teoria da Resposta ao Item (TRI), outros modelos psicométricos adequados ou procedimentos validados. Não se trata de repetir indefinidamente as mesmas questões, mas de preservar o mesmo construto e a comparabilidade.
4. Devolutiva individual e institucional após cada edição, com desempenhos por domínio, incerteza da medida, referências de desenvolvimento e recomendações de aprendizagem. No 4º e no 8º semestres, a avaliação deve desencadear análise curricular pela escola, mentoria/tutoria acadêmica, mobilização de ofertas pedagógicas e construção de planos singulares de recuperação da trajetória do estudante quando necessário; as aplicações posteriores permitirão examinar o progresso e a efetividade das intervenções, sem converter as notas intermediárias em barreiras nacionais automáticas. [2–8, 10, 28]
5. Definição técnico-científica prévia dos padrões de proficiência e dos procedimentos de reaplicação, por estudos de estabelecimento de padrão mínimo, revisão de especialistas, análise de precisão, equidade, comparabilidade e impacto. A pontuação ou escala final não pode ser definida unicamente por escolha política de pesos entre etapas.

A média acumulada com maior peso para a terceira etapa, determinada pelo § 4º do art. 4º do PLV, e a previsão de seu registro no histórico escolar, constante do § 6º, não asseguram, por si, mensuração do progresso. O problema não está na ponderação como recurso estatístico, mas na fixação legal de uma fórmula de composição cujos pesos específicos seriam definidos posteriormente por ato da Comissão Nacional, sem demonstração antecipada de validade para os diversos usos pretendidos. Mesmo um escore

psicometricamente equacionado exige estudo explícito da inferência pretendida: evolução longitudinal, conhecimento cognitivo final e aptidão profissional mínima são decisões distintas. A ABEM recomenda suprimir esses dois parágrafos e assegurar definição pública dos fundamentos técnicos antes de produzir consequências para estudantes e instituições, sem prejuízo da correção legislativa da remissão que o § 8º faz ao § 4º. [1–3, 8–12]

A literatura de Teste de Progresso e experiências brasileiras permitem investigar curvas nacionais de desenvolvimento, inclusive por modelos baseados em TRI. Parâmetros relativos, como desempenho situado cerca de 1,5 desvio-padrão abaixo da referência esperada para determinada etapa, podem auxiliar a identificação de estudantes em risco e a oferta de suporte pedagógico específico. Não constituem, entretanto, padrão automático de insuficiência profissional: a certificação final exige referência criterial mínima, previamente estabelecida e validada. A precisão das trajetórias individuais também depende da quantidade e da qualidade das observações; por isso, a eventual ampliação da periodicidade das aplicações, inclusive para duas por ano, merece estudo técnico sobre benefícios, custos, viabilidade e compatibilidade normativa, sendo, a princípio, fortemente recomendada. [8–12, 27]

4.3. Das provas de passagem aos instrumentos de transformação dos cursos

A aplicação do mesmo instrumento nacional — ou de formas estritamente equivalentes — às coortes de 2º, 4º e 6º anos torna cada edição uma observação transversal de estágios distintos de uma mesma trajetória de aprendizagem, ancorada no perfil final do egresso. A matriz não é um currículo por anos: avalia, com níveis crescentes de domínio esperados, um horizonte de competências comum e não impõe que cada escola ensine determinado tema em semestre fixo. A comparação entre coortes pode sugerir uma curva nacional de crescimento; conhecer a trajetória de cada estudante, porém, exige observações repetidas e estudos da precisão das estimativas. Sem essa premissa, três provas dissociadas serviriam sobretudo para classificar momentos isolados, perdendo o valor de informação longitudinal. [2–3, 8–10, 27]

As provas do quarto e do oitavo semestres precisam gerar insumos acionáveis para o Núcleo Docente Estruturante, a Comissão Própria de Avaliação, os colegiados de curso e os comitês institucionais de avaliação. Relatórios devem identificar padrões recorrentes por competência, coorte e território; confrontá-los com ensino, avaliações internas e cenários de prática; e produzir planos institucionais documentados de melhoria curricular, preceptoria, integração básico-clínica e formação docente. É indispensável que o uso acadêmico previsto no art. 4º, § 12, seja prioritariamente diagnóstico e formativo, sem reprovação, retenção ou impedimento de progressão baseados automaticamente em uma nota externa isolada. Tais medidas serão acompanhadas em ciclos anuais e vinculadas, quando pertinente, ao Sinaes. [5–7, 13–14, 28]

Para cada estudante com dificuldades persistentes, propõe-se um Plano Singular de Recuperação da Trajetória (PSRT), construído com o estudante e seu mentor acadêmico, com diagnóstico de lacunas, oportunidades educativas concretas, metas, avaliação em múltiplos métodos, prazos realistas, novo feedback e registro protegido. A necessidade de apoio deve começar quando surgem sinais de vulnerabilidade, e não somente após reprovação final; as atividades essenciais de recuperação devem ser oferecidas pela instituição formadora sem cobrança adicional. Atenção especial deve ser dada às condições de permanência, acessibilidade, saúde e desigualdades educacionais. A regulamentação do Enamed deve explicitar essas responsabilidades, com base jurídica adequada e respeito à autonomia pedagógica das instituições. [5–7, 11, 26, 28]

5. Avaliação programática: muitos “pixels” para decisões de alto impacto

Uma avaliação programática não é simplesmente uma série de provas. É um sistema no qual cada observação tem valor para aprendizagem, feedback e remediação; decisões intermediárias ou finais são produzidas por sínteses fundamentadas de evidências múltiplas, por avaliadores qualificados, com transparência de critérios, proteção contra vieses e possibilidade de revisão. Van der Vleuten e colaboradores explicam que decisões de alto impacto (“*high-stakes*”) dependem da agregação de numerosos pontos de dados, preservando a função formativa de cada observação. [7, 11]

A metáfora dos “pixels” é particularmente útil: cada prova escrita, exame clínico objetivo estruturado (OSCE), avaliação de atendimento real, mini-CEX, discussão baseada em casos, avaliação de procedimentos, observação de profissionalismo, portfólio e juízo colegiado acrescenta uma parte da imagem. Os instrumentos captam dimensões diferentes; somá-los mecanicamente em uma média não assegura validade. É necessário selecionar evidências complementares, amostras suficientes, avaliadores formados, decisões documentadas e regras de ponderação justificadas. [5–7, 11–12, 17–18]

É metodologicamente impróprio declarar que uma prova cognitiva basta para certificar, de modo integral, as competências para prática profissional segura. O Enamed pode oferecer evidência nacional valiosa sobre conhecimentos aplicados e raciocínio, mas não substitui o “mostrar como” e o “fazer” em situações simuladas e reais. Para a certificação de alta consequência prevista no PLV, é indispensável demonstrar a validade do uso efetivamente atribuído aos resultados, e planejar expansão gradual das fontes de evidência, sobretudo práticas, por instrumentos juridicamente legitimados. [1, 7, 11–12, 17–18]

Há aqui uma distinção necessária: as escolas devem decidir sobre a progressão de seus estudantes mediante avaliação programática institucional, tal como impõem as DCN; o Estado, ao tomar decisões regulatórias e de proficiência nacional, precisa de evidências padronizadas e verificáveis, sem simplesmente importar notas internas heterogêneas. A solução é um ecossistema articulado de métodos, não a mistura indiscriminada de notas nem a confusão entre autonomia pedagógica e certificação nacional. [5–7, 13–14]

5.1. A lacuna nacional da avaliação externa de habilidades e atitudes

Uma insuficiência relevante do desenho legal é não prever perspectiva de avaliação externa do desempenho prático dos concluintes que alcance habilidades clínicas, comunicação, ética, profissionalismo, segurança do paciente e atuação em equipes e serviços. Embora o art. 3º, I, mencione habilidades e competências, o mecanismo nacional descrito privilegia provas escritas e um escore de proficiência; não oferece arquitetura explícita de avaliação independente do “demonstrar como” e do “fazer”. Trata-se de lacuna importante quando uma consequência é o acesso ao exercício profissional. A avaliação prática institucional exigida pelas DCN é necessária, mas sua heterogeneidade e os potenciais conflitos de interesse impedem tratá-la automaticamente como certificação externa equivalente. [1, 5–7, 17–18]

O Brasil não parte do zero. O próprio Inep realiza, no Revalida, avaliação externa de habilidades clínicas em dez estações, demonstrando capacidade nacional acumulada, ainda que a expansão para todos os concluintes exija revisão de infraestrutura, escala, custos, avaliadores, padronização e equidade. No Reino Unido, a Medical Licensing Assessment associa uma prova de conhecimentos aplicados a avaliação clínica e profissional (CPSA) baseada em mapa comum e exigências do regulador; para estudantes formados no país, sua aplicação ocorre pelas escolas sob critérios e supervisão de qualidade, e não por um exame prático inteiramente externo e centralizado. Esse contraste indica possibilidades de coordenação externa com execução descentralizada e auditoria independente. [23–24]

A ABEM defende que o aprimoramento futuro do Enamed contemple uma agenda nacional gradual, sob direção do MEC e coordenação técnico-científica do Inep, para estudar modalidades complementares de avaliação de habilidades e atitudes. Entre as possibilidades estão experiências multicêntricas com estações clínicas contextualizadas na APS, urgência, hospital, saúde mental e cuidado interprofissional, bem como observações estruturadas do trabalho clínico. A incorporação dessas modalidades dependerá de estudos de viabilidade, validade, precisão, equidade e consequências, inclusive quanto a custos e condições de oferta, antes de qualquer uso eliminatório nacional. Uma prova prática isolada tampouco captura, sozinha, todo o desempenho e as atitudes: deve integrar um sistema de evidências coerente com as DCN. [5–7, 11–12, 17–18, 23–25]

A experiência das escolas médicas, dos centros de simulação, dos docentes e dos preceptores deverá ser mobilizada nesse debate, com participação técnico-científica permanente da ABEM na formulação, no acompanhamento e na avaliação das alternativas. A eventual incorporação de avaliação prática como requisito nacional adicional para inscrição profissional requer base legal adequada, proporcionalidade, transição gradual e garantia de acesso equitativo. [3, 5–7, 23]

6. Governança: decisão estatal, cooperação técnico-científica e participação social

A Comissão Nacional prevista no art. 5º do PLV tem oito membros: dois indicados pelo MEC, dois pelo Ministério da Saúde (MS) e quatro pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). O § 1º prevê designação anual dos membros, presidência alternada entre representantes indicados pelo governo e pelo CFM e voto de qualidade; o § 2º confere atribuições sobre diretrizes, matriz, critérios e certificação; e os §§ 5º a 10 distribuem decisões entre a Comissão e três subcomissões técnicas deliberativas. Na subcomissão da etapa final, prevista no § 7º, inciso III, são quatro representantes do CFM, um do MEC e um do MS. O Inep, as instituições formadoras, a ABEM e as representações estudantis não integram os assentos fixos. [1–3]

O CFM é entidade autárquica de direito público, expressamente reconhecida como tal pela Lei nº 3.268/1957, e exerce relevantes funções de fiscalização profissional e proteção ética. Seu saber e sua participação são legítimos. A objeção da ABEM não é à presença do CFM, mas à transferência da direção metodológica de política educacional nacional para colegiado cuja composição e presidência produzem risco de captura funcional, deslocam a responsabilidade precípua ministerial e excluem a comunidade da educação médica. A mesma crítica vale, por coerência, para órgãos governamentais se pretenderem definir isoladamente conteúdo pedagógico sem participação técnica e social. [1–4, 15, 19]

A análise desse desenho institucional deve considerar os parâmetros constitucionais e legais relativos à qualidade da educação superior, à autonomia universitária e às competências dos órgãos responsáveis pela formulação, execução e avaliação das políticas educacionais, especialmente os arts. 206, VII, 207 e 209, II, da Constituição Federal, a LDB e a Lei do Sinaes. Nesse contexto, recomenda-se aperfeiçoar a distribuição de atribuições e os mecanismos de governança, de modo a assegurar clareza de responsabilidades, coerência metodológica, participação técnico-científica e adequada articulação institucional. Tais fundamentos, associados ao interesse público e à qualidade da avaliação, oferecem elementos consistentes para a proposição dos vetos e dos aperfeiçoamentos normativos necessários. [1–4, 13–15, 19]

A ABEM propõe colegiado de acompanhamento, participação e assessoramento, com condução permanente do MEC, execução independente pelo Inep e interlocução efetiva com o MS, CFM, escolas públicas e privadas, estudantes (inclusive DENEM e UNE), residentes, preceptores, gestores e controle social do SUS, com participação do Conselho Nacional de Saúde. A ABEM deve integrar a instância de modo

estável e institucionalizado, pela representatividade acadêmica, por seu histórico de cooperação com as escolas e pelo conhecimento acumulado em avaliação da formação médica. Sua participação não pode depender apenas de convites ocasionais: precisa alcançar a discussão da matriz, dos critérios de proficiência, das devolutivas, da interpretação dos resultados e do aperfeiçoamento da política. [2–6, 16, 28]

Como o art. 5º, caput, conserva a expressão "com função deliberativa" e composição legal 2–2–4, vetar apenas os parágrafos que atribuem poderes decisórios não converte formalmente a Comissão em consultiva nem cria novos assentos. Regulamento pode organizar seu acompanhamento e prever participação regular de representantes da educação médica e do controle social nos limites do § 4º; a redefinição expressa da natureza consultiva e a inclusão de assentos permanentes exigem ajuste legislativo posterior. Esse limite jurídico não diminui a necessidade de assegurar desde já interlocução formal, transparente e efetiva. [1, 4, 28]

O veto às subcomissões deliberativas por semestre tem, assim, alcance que ultrapassa a organização administrativa: preserva a unidade da matriz e da inferência de proficiência, evita sistemas paralelos de decisão e permite que os resultados iniciais sejam utilizados para orientação pedagógica e recuperação de trajetórias. Somente com direção metodológica integrada será possível construir uma agenda coerente de avaliação cognitiva, prática e longitudinal, sem converter diferenças de etapas em "currículos mínimos" legais. [1–3, 5–10]

7. Proficiência, supervisão e direitos das pessoas e das escolas

7.1. Estudantes e egressos

Certificação de proficiência, quando prevista em lei e sustentada por qualidade técnica, é compatível com o interesse da população em receber assistência segura. Contudo, as consequências não podem recair apenas sobre a pessoa examinada. Devem existir mecanismos reais de preparação institucional, diagnóstico de lacunas, oferta gratuita de recuperação educacional, tutoria, reaplicações previsíveis, atendimento especializado, recursos, auditoria de itens e proteção de dados pessoais. O PLV assegura confidencialidade individual (art. 4º, § 5º) e reaplicação gratuita nas hipóteses de caso fortuito, força maior ou falha operacional imputável à Administração (art. 7º); em situação distinta, autoriza quem não alcançar o nível proficiente a refazer a terceira etapa em edições subsequentes (art. 4º, § 8º). A regulamentação precisará completar os direitos processuais e acadêmicos e considerar medidas de proteção material aos estudantes e egressos em situação de vulnerabilidade. [1, 3, 5–7, 11, 28]

A "Inscrição de Egresso de Medicina" (IEM), prevista no art. 18-A que o art. 10 do PLV acrescentaria à Lei nº 3.268/1957, não oferece solução formativa à não proficiência. Cria um cadastro *sui generis* perante o CRM, distinto do registro de médico, com numeração, fiscalização, renovação e possibilidade de anuidade, mas sem conferência de habilitação assistencial. A ABEM recomenda suprimir integralmente a inclusão desse art. 18-A, preservando, no mesmo art. 10 do PLV, o dispositivo que introduz o art. 17-A sobre proficiência como requisito de inscrição profissional. A política pública deverá assegurar acompanhamento educacional com responsabilidade da escola formadora, e não uma inscrição profissional desprovida de habilitação para o exercício da medicina. [1–3, 15]

7.2. Por que a Inscrição de Egresso de Medicina deve ser vetada

A IEM apresenta ao menos seis contradições normativas e institucionais. Primeira: seu § 1º "autoriza" pesquisa, monitoria, elaboração de material científico, apoio administrativo, consultorias sem caráter assistencial e participação em eventos — atividades que, em regra, não são privativas de médico e cujo

acesso depende de outras normas, competências e vínculos, não da emissão de licença pelo CRM. Segunda: o § 6º declara que a IEM não restringe atividades não privativas; se tais atividades permanecem livres independentemente da inscrição, sua função habilitante torna-se circular ou supérflua. Terceira: o caput promete finalidade técnico-científica restrita, enquanto o § 3º delega ao CFM requisitos de inscrição, anuidade, renovação, ética, fiscalização e cancelamento de pessoas que precisamente não estão habilitadas ao exercício profissional médico. Isso exige discussão específica sobre proporcionalidade de encargos, fundamento legal, finalidade institucional e devido processo. [1, 15]

Quarta contradição: o inciso II do caput do art. 18-A proposto proíbe, em termos absolutos, a assistência a pacientes “inclusive sob supervisão”, ainda que se possa futuramente conceber, mediante lei específica, percurso transitório de aprendizagem em ambiente protegido. A vedação indiferenciada confunde exercício autônomo com atividade educacional progressivamente supervisionada e fecha antecipadamente caminho para um desenho de formação de transição inspirado em experiências internacionais; isso não legitima, no regime atual, qualquer atuação clínica do não habilitado. Quinta: ao vedar, no inciso IV do caput, até funções administrativas ou consultivas destinadas a médico, mas admitir, no § 1º, inciso IV, a atividade de consultoria em inovação, políticas públicas e tecnologia em saúde, o dispositivo introduz fronteiras de difícil aplicação entre consultoria médica vedada e consultoria não assistencial permitida. Sexta: o cadastro desloca o problema da qualidade da graduação para um mecanismo individual perante o conselho e omite obrigação correlata de apoio pelas IES que diplomaram esses egressos. [1–3, 21–22]

Há ainda risco de institucionalizar uma condição intermediária socialmente estigmatizante — pessoa diplomada em Medicina, mas vinculada a inscrição profissional cujo próprio conteúdo nega o exercício da medicina — sem assegurar bolsa, ofertas pedagógicas, tutoria, acesso aos cenários de prática, plano de formação, oportunidade de reaprendizagem ou prazo para reavaliação. A nomenclatura profissional pode gerar falsa percepção pública de autorização; a inscrição tampouco pode ser pressuposto para pesquisar, lecionar ou trabalhar em atividades lícitas que não sejam privativas de médico. O modelo não responde à pergunta educacional decisiva: quem acompanha, financia e responde pela recuperação de conhecimentos e competências que a escola deveria ter assegurado? [1–3, 5–7]

A crítica à IEM não é dirigida ao CFM: a autarquia tem missão legítima de fiscalização do exercício profissional e proteção da sociedade. A questão é de adequação do instrumento à finalidade. O controle da inscrição de quem demonstra proficiência deve permanecer com os Conselhos Regionais, enquanto o acompanhamento pedagógico e a resposta institucional aos resultados da graduação devem ocorrer no âmbito da educação superior e do Sinaes, sob responsabilidade das IES, do MEC e dos sistemas de ensino. Por isso, a ABEM defende a supressão do dispositivo do art. 10 do PLV que introduz o art. 18-A na Lei nº 3.268/1957, em conjunto com a preservação do art. 17-A proposto no mesmo artigo do PLV e a elaboração de medidas educativas posteriores. [1–5, 13, 15]

7.3. Responsabilização das escolas e vínculo acadêmico após a diplomação

A diplomação não deve significar o encerramento das responsabilidades educacionais das instituições formadoras diante de egressos que, estando sujeitos à exigência nacional de proficiência, não alcancem o desempenho requerido. Nesse sentido, constitui uma agenda necessária para o aperfeiçoamento do Enamed o desenvolvimento de mecanismos de acompanhamento e recuperação da aprendizagem após a graduação, com corresponsabilização das instituições de origem e articulação com o MEC, o Inep e as instâncias competentes. Inspiradas nas experiências de remediação e acompanhamento longitudinal descritas na literatura internacional, essas iniciativas poderão contemplar planos individualizados de aprendizagem, mentoria/tutoria, acesso a atividades formativas, devolutivas periódicas e oportunidades de reavaliação, com atenção às condições materiais de participação dos egressos. Sua definição deverá

resultar de construção técnico-científica e institucional, com responsabilidades, financiamento e garantias adequadamente estabelecidos, preservando a validade do diploma e os requisitos legais para o exercício profissional. [1–7, 13–14]

A cada resultado insuficiente, a escola deverá ofertar entrevista diagnóstica, mentoria, PSRT pactuado, acesso a atividades teóricas e simuladas, bibliotecas, laboratórios, cursos e avaliações de recuperação; assegurar devolutivas documentadas e acesso às novas aplicações do Enamed; e monitorar desfechos por coorte. O vínculo deve ser gratuito quanto às atividades reparadoras essenciais, transparente, acessível, proporcional, com prazo inicial definido e renovações justificadas enquanto houver necessidade e direito à reaplicação. Sua eventual obrigatoriedade, duração, financiamento, deveres da IES e consequências do descumprimento exigem disciplina legal ou regulamentar conforme a base jurídica disponível; não devem ser presumidos a partir do texto atual. [2–7, 11, 13, 28]

Para não perpetuar desigualdades, a política precisa admitir planos interinstitucionais ou regionais quando a escola encerrar atividades, perder autorização ou não possuir meios adequados, com garantia de participação da instituição de origem no custeio e na prestação de informações. Deve haver instância de recurso, respeito à LGPD, apoio à pessoa com deficiência, compatibilidade com trabalho e cuidado familiar e vedação de contrapartidas abusivas. A responsabilização da IES é institucional, acadêmica e regulatória; não é imputação automática de culpa individual a docentes nem garantia absoluta de aprovação em cada tentativa. [4–7, 13, 28]

Indicadores de persistência da não proficiência, acesso aos programas de recuperação, qualidade das devolutivas, evolução dos desempenhos e inserção dos egressos em percursos seguros deverão integrar a autoavaliação e os planos de melhoria das escolas, informar visitas in loco e subsidiar, junto a outros elementos, a supervisão. Essa responsabilidade não pode ser enfraquecida pela regra do art. 14 do PLV, que limita os resultados considerados para instauração de processos de supervisão e aplicação de medidas cautelares às avaliações do Enamed realizadas a partir da nova lei. A supressão dessa restrição deve preservar o uso juridicamente admissível de resultados anteriores, sem dispensar contraditório, análise das normas vigentes e proporcionalidade. [1–5, 13]

7.4. A possibilidade futura de formação profissional supervisionada e de transição à autonomia

A ABEM propõe abrir debate de médio prazo, com MEC, MS, CNRM, conselhos profissionais, escolas, serviços e residentes, sobre uma etapa supervisionada pós-diplomação e pré-habilitação plena — de natureza educativa, tempo delimitado, atribuições restritas, supervisão presencial ou direta conforme o risco, avaliação documentada e autorização legal expressa — que possa, em hipóteses cuidadosamente definidas, acolher e recuperar egressos ainda não proficientes. Tal mecanismo não existe no PLV e não deve ser implementado por resolução de conselho, simples convênio ou interpretação permissiva do silêncio legal. Pressuporia lei que distinguisse aprendiz, médico sob licença provisória e profissional com inscrição plena, bem como que previsse responsabilidade civil, ética, trabalhista, securitária e sanitária, remuneração, limites de atos e direitos dos usuários. [1, 15, 21–22]

A experiência internacional demonstra que autonomia plena e diplomação não precisam ocorrer no mesmo marco. No Reino Unido, o egresso que integra o primeiro ano do *Foundation Programme* (F1) exerce atividade clínica em programa aprovado mediante registro provisório e supervisão, alcançando o registro pleno após conclusão satisfatória; nos Estados Unidos, todas as jurisdições exigem ao menos um ano de formação médica pós-graduada para licença irrestrita, e a prática dos residentes se dá no âmbito de permissões e regras de treinamento, com variações estaduais. Não são modelos idênticos à residência

médica brasileira, nem autorizam transplantar automaticamente suas regras. Demonstram, porém, que a proteção da população pode coexistir com aprendizagem assistencial controlada e avaliação progressiva em serviço. [21–22]

Há duas questões políticas a distinguir. Uma é oferecer recuperação supervisionada aos egressos ainda não proficientes, dentro de regime novo e restrito; outra, de maior alcance, é discutir se o Brasil deve avançar gradualmente para exigência universal de período estruturado de prática supervisionada, possivelmente articulado à residência médica, como etapa prévia à autonomia profissional plena. Esta última hipótese demanda expansão sustentável das vagas, financiamento, melhoria da preceptoria e pactuação federativa, evitando precarização do trabalho ou criação de postos assistenciais de baixo custo. O horizonte não é facilitar o exercício sem proficiência; é construir um continuum de formação, avaliação e responsabilização que não abandone o estudante após a diplomação. [5–7, 21–22]

No curto prazo, portanto, exige-se o veto à IEM, mantém-se a proibição de exercício não autorizado, reforçam-se os planos de recuperação nas IES e assegura-se a reaplicação da avaliação. No médio e longo prazos, recomenda-se estudo técnico e proposta legislativa específica para experiências-piloto supervisionadas, com controle de qualidade externo, critérios de elegibilidade, proteção do paciente e análise independente de resultados. A aprovação em componente cognitivo nacional, por si só, não dispensaria a verificação prática de competências nem converteria automaticamente o egresso em profissional de exercício irrestrito. [1–7, 17–18, 21–25]

7.5. Cursos, regulação e transparência

O caput do art. 6º do PLV atribui conceito anual ao curso com base na proporção de estudantes que atingiram o nível proficiente nas edições da terceira etapa do Enamed realizadas no respectivo ano; o § 1º determina a instauração de processo de supervisão em caso de conceito insatisfatório. Essa base de cálculo não se confunde, necessariamente, com a média acumulada que o § 4º do art. 4º propõe utilizar para o resultado individual. A regra pode funcionar como sinal de alerta, mas não como julgamento integral e automático da instituição: o conceito capta um recorte de desempenho em condições que podem variar por coorte, tamanho amostral, perfil estudantil e contexto territorial. Supervisão e eventuais sanções devem considerar evidências múltiplas, inspeção, contraditório, ampla defesa, proporcionalidade e plano de melhoria monitorado. Nos cursos submetidos a restrições ou encerramento, a proteção do direito à formação exige providências concretas para conclusão ou transferência assistida dos estudantes, com continuidade dos cenários de prática. [1, 4, 13, 28]

A transparência prevista no art. 4º do PLV distribui responsabilidades distintas: pelo § 10, o MEC deve divulgar anualmente resultados consolidados por instituição, mantidos em portal público por pelo menos dez anos e preservadas as identidades individuais; pelo § 11, as instituições devem disponibilizar em seus sítios e materiais destinados a candidatos os resultados das três últimas edições. Os relatórios precisam apresentar denominadores, número de participantes, variações entre edições, incertezas, contexto e medidas de melhoria. Rankings simplificados ou resultados de etapas intermediárias sem contexto favorecem marketing, cursinhos e estigmatização, podendo prejudicar escolas em territórios mais vulneráveis. A informação pública deve ser rigorosa, inteligível e orientada à melhoria, não à competição comercial. A política deve monitorar efeitos distributivos por região, tipo de instituição e condições socioeducacionais, com salvaguardas de confidencialidade e prevenção de conflitos de interesse na preparação comercial para o exame. [1, 4–6, 13, 28]

O art. 14 do PLV determina que apenas os resultados das avaliações de cursos de Medicina realizadas no âmbito do Enamed a partir da nova lei sejam considerados para instauração de processos de supervisão e aplicação de medidas cautelares. Esse recorte temporal ameaça impedir o aproveitamento de evidências

anteriores para essas finalidades, mesmo quando produzidas e utilizáveis segundo as normas então vigentes. Não é correto, contudo, interpretar o dispositivo como anistia automática de sanções, extinção necessária de procedimentos já instaurados ou eliminação de toda forma de supervisão. A recomendação de veto visa evitar a restrição geral ao aproveitamento de avaliações anteriores juridicamente admissíveis, preservados a segurança jurídica, o contraditório, a ampla defesa e a proporcionalidade. [1–4, 13]

A utilização da nota do Enamed em processos seletivos para residência médica é autorizada pelo parágrafo único que o art. 11 do PLV acrescenta ao art. 2º da Lei nº 6.932/1981, apenas quanto à nota individual final de participantes que obtiverem nível proficiente e para acesso direto a programas de residência. A previsão é facultativa e acrescenta outra finalidade a um exame voltado também ao acompanhamento da graduação, à avaliação dos cursos e à certificação de proficiência. A CNRM deverá examinar os limites desse uso, preservando a diversidade dos processos seletivos e evitando que uma única medida substitua, sem estudos apropriados, outras evidências relevantes à seleção. [1–3, 28]

8. Proposta objetiva de vetos presidenciais

A Constituição permite veto por inconstitucionalidade ou contrariedade ao interesse público (art. 66, § 1º), mas o veto parcial deve abranger integralmente artigo, parágrafo, inciso ou alínea (§ 2º). A matriz a seguir identifica com precisão os dispositivos autônomos do PLV e, quando este altera outra lei, distingue o artigo do PLV do artigo, parágrafo ou inciso que ele propõe introduzir na lei modificada. Em especial, os arts. 17-A e 18-A referidos na proposta não são artigos autônomos do PLV: são artigos que o art. 10 acrescentaria à Lei nº 3.268/1957. A admissibilidade e a técnica de eventuais vetos dentro de dispositivos modificativos deverão ser verificadas pela Casa Civil e pela consultoria jurídica competente à luz do autógrafo encaminhado à sanção. [1–4]

PRIORIDADE / DISPOSITIVO	MOTIVO DA SUPRESSÃO	RESULTADO E CUIDADO JURÍDICO
ESSENCIAL — Art. 5º, § 1º, do PLV	Suprimir alternância anual da presidência entre representantes do governo e do CFM e voto de qualidade.	Presidência e funcionamento deverão ter disciplina juridicamente compatível com o caput remanescente do art. 5º.
ESSENCIAL — Art. 5º, § 2º, incisos I, II e IV, do PLV	Excluir atribuições deliberativas para estabelecer matriz, critérios e parâmetros técnicos do exame e certificação da proficiência.	Permanecem os incisos III, V e VI; competências legais de MEC e Inep devem orientar a execução.
ESSENCIAL — Art. 5º, §§ 3º, 5º e 6º, do PLV	Suprimir a previsão de ato conjunto MEC/MS/CFM para organização da Comissão e regras decisórias gerais vinculadas às subcomissões.	O caput ainda prevê comissão deliberativa com composição 2–2–4; sua alteração expressa requer lei.
ESSENCIAL — Art. 5º, §§ 7º a 10, do PLV	Suprimir subcomissões deliberativas por etapa, suas competências sobre conteúdo e instrumentos e a autonomia decisória segmentada.	Protege matriz e comparabilidade comuns; as referências a subcomissões nos §§ 11 a 13 devem ser examinadas após os vetos.

PRIORIDADE / DISPOSITIVO	MOTIVO DA SUPRESSÃO	RESULTADO E CUIDADO JURÍDICO
ESSENCIAL — Art. 4º, §§ 4º e 6º, do PLV	Excluir média de desempenho acumulado, peso maior obrigatório na terceira etapa e registro dessa média no histórico escolar.	A remissão do § 8º ao § 4º ficaria sem objeto e exigiria correção legislativa, preservado o direito de refazer a terceira etapa.
ESSENCIAL — Art. 10 do PLV: art. 18-A proposto para a Lei nº 3.268/1957	Suprimir a inclusão da Inscrição de Egresso de Medicina (IEM), sem habilitação profissional, com regras de anuidade e vedação de assistência mesmo supervisionada.	Preservar a proposta de art. 17-A no mesmo art. 10, referente à proficiência para inscrição; examinar técnica de veto ao texto modificativo.
ESSENCIAL — Art. 14 do PLV	Afastar exclusão geral de resultados de avaliações anteriores para instaurar supervisão e aplicar medidas cautelares.	Preservar somente o uso juridicamente admissível de evidências anteriores, com contraditório, proporcionalidade e devido processo.
COMPLEMENTAR — Art. 11 do PLV: art. 5º-B proposto para a Lei nº 6.932/1981	Reexaminar a instituição de comissão paralela de caráter deliberativo para o Sinares, sem participação formal de programas e residentes.	Preservar o Sinares, proposto no art. 5º-A da Lei nº 6.932/1981 pelo mesmo art. 11 do PLV; confirmar técnica de veto.
COMPLEMENTAR — Art. 12 do PLV: art. 2º, § 5º, inciso II, da Lei nº 13.959/2019	Evitar vinculação das diretrizes e dos modelos de financiamento do valor cobrado pelo exame teórico do Revalida à Comissão Nacional do Enamed.	Garantir disciplina pela autoridade pública competente e conferir a técnica de veto a dispositivo modificativo.

Não se propõe veto à instituição do Enamed (arts. 2º e 3º do PLV), às três etapas (art. 4º, incisos I a III), ao sigilo individual e à acessibilidade, à possibilidade de refazer a terceira etapa (art. 4º, § 8º), ao uso dos resultados na avaliação acadêmica (art. 4º, § 12), à abertura de supervisão por conceito insatisfatório (art. 6º), nem às previsões do art. 10 que acrescentam o art. 17-A à Lei nº 3.268/1957 e do art. 11 que acrescentam o art. 5º-A à Lei nº 6.932/1981 (Sinares). Exigem regulamentação ou ajuste legislativo, entre outros pontos, a referência a "conteúdos" no art. 3º, inciso I, a vinculação temporal entre oitavo semestre e internato no art. 4º, inciso II, a composição e natureza deliberativa previstas no caput do art. 5º, a base de cálculo do conceito no art. 6º e a interpretação dos dados divulgados nos termos do art. 4º, §§ 10 e 11. [1–3]

8.1. Fundamentação sintética das razões de veto

Governança e subcomissões — art. 5º do PLV

Contrariedade ao interesse público e risco de incompatibilidade com a repartição de competências educacionais: a direção da avaliação nacional deve permanecer no MEC, com execução técnica do Inep, atuação sanitária do MS e cooperação consultiva dos conselhos e da comunidade acadêmica. A presidência alternada, os poderes decisórios sobre matriz e critérios e, especialmente, as subcomissões por etapa fragmentam o exame, incentivam provas e currículos distintos e dificultam o uso longitudinal dos resultados para aprendizagem e recuperação. A matriz única, a mesma prova em cada edição para as três coortes e a avaliação programática requerem unidade metodológica e governança responsável. [1, 3–10, 13–15]

Média de desempenho acumulado — art. 4º, §§ 4º e 6º, do PLV

Contrariedade ao interesse público: a média acumulada entre etapas, com peso maior para a terceira, tal como prevista no § 4º do art. 4º não constitui metodologia suficiente para mensurar o desenvolvimento longitudinal; a fixação de pesos em lei antecipa uma decisão técnica que exige justificativa e validação para os usos pretendidos. O veto afasta essa fórmula, preservando a definição pública, científica e controlável dos critérios de proficiência, mas não produz automaticamente método substitutivo e exige correção da remissão remanescente. [1, 8–12, 27]

Inscrição de Egresso de Medicina — art. 10 do PLV (art. 18-A proposto para a Lei nº 3.268/1957)

Contrariedade ao interesse público: o art. 18-A proposto para inclusão na Lei nº 3.268/1957 por meio do art. 10 do PLV reúne, em inscrição profissional sui generis, atividades em regra não privativas de médico — que seu próprio § 6º afirma não restringir —, sujeita o egresso sem habilitação a cadastro, fiscalização, renovação e possibilidade de anuidade e, simultaneamente, proíbe até atividades assistenciais supervisionadas. Cria aparência de condição profissional intermediária sem oferecer aprendizagem reparadora, financiamento, mentoria/tutoria ou dever correlato da IES responsável pela formação. A supressão integral desse dispositivo, observada a técnica de veto constitucionalmente admissível, preservaria a proposta de art. 17-A contida no mesmo art. 10 do PLV e abriria caminho para política acadêmica de acompanhamento pós-diplomação e, mediante lei futura, trajetórias supervisionadas com delimitação de direitos, responsabilidades e riscos. [1–3, 15, 21–22, 28]

Supervisão — art. 14

Contrariedade ao interesse público: não se justifica excluir genericamente resultados de avaliações anteriores juridicamente admissíveis da instauração de processos de supervisão e da aplicação de medidas cautelares. Uma política que exige proficiência individual e planos de recuperação não pode simultaneamente perdoar, sem avaliação de mérito, deficiências institucionais já identificadas. O veto preserva a apuração legítima e o dever de melhoria dos cursos, sem validar retroativamente medidas ilegais, sem sanção automática e com segurança jurídica, proporcionalidade e devido processo. [1–4, 13]

Residência e Revalida — dispositivos complementares dos arts. 11 e 12 do PLV

Contrariedade ao interesse público: quanto ao Sinares, o art. 11 do PLV propõe acrescentar o art. 5º-B à Lei nº 6.932/1981, instituindo uma Comissão Permanente de Avaliação de natureza deliberativa com representantes do MEC, MS, AMB e CFM, mas sem representação de programas e residentes. Quanto ao Revalida, o art. 12 do PLV propõe nova redação ao art. 2º, § 5º, inciso II, da Lei nº 13.959/2019, determinando que o valor cobrado pelo exame teórico observe diretrizes e modelos de financiamento fixados pela Comissão Nacional de Avaliação da Formação Médica, de governança controvertida. A ABEM defende

apreciação jurídica específica dessas duas previsões, preservando a instituição do Sinares pelo art. 5º-A da Lei nº 6.932/1981, igualmente proposto no art. 11 do PLV. [1–3]

9. O que os vetos não resolvem: agenda de correção jurídica e normativa

É indispensável afastar a ideia de que o veto, por ser supressivo, produz automaticamente a norma desejada. Há lacunas que exigirão ação normativa ou legislativa delimitada e célere.

1. Caput do art. 5º do PLV: mesmo depois dos vetos, continua o rótulo "com função deliberativa" e a composição fechada 2–2–4. A presidência poderá ser disciplinada pela autoridade competente dentro dos limites da lei; a conversão jurídica inequívoca em colegiado consultivo e a inclusão formal de assentos do Inep, ABEM, escolas, estudantes e controle social do SUS dependem de alteração legislativa. Enquanto isso, devem ser assegurados mecanismos estáveis de consulta e participação nas decisões técnicas preparatórias.

2. Art. 4º, § 8º, do PLV: o dispositivo autoriza quem não alcançou o nível proficiente a refazer a terceira etapa, mas determina o recálculo do resultado conforme ato previsto no § 4º. Se este último for vetado, a remissão ficará sem objeto. Deve-se preservar o direito de reaplicação e providenciar correção legislativa específica, com regra transitória tecnicamente adequada; um decreto não pode simplesmente reescrever a remissão legal.

3. Art. 4º, inciso II, do PLV: a exigência literal de segunda etapa anteriormente ao internato pode conflitar com arranjos permitidos pelas DCN. A regulamentação deve reduzir problemas operacionais sem afastar a lei; a correção de formulação e eventual regime de equivalência temporal dependem de iniciativa legislativa.

4. Art. 3º, inciso I, do PLV: a referência a "conteúdos" permanece como objetivo legal do Enamed e deve ser interpretada à luz das DCN e de uma matriz nacional única, sem funcionar como autorização para reconstituir currículo mínimo fragmentado. O art. 5º, § 8º, inciso I, também utiliza a expressão ao atribuir competências às subcomissões, mas integra justamente o conjunto de dispositivos cujo veto é proposto. A alteração da terminologia que subsistir na lei, se necessária, exigirá iniciativa legislativa.

5. Art. 6º do PLV: a atribuição de conceito anual à proporção de estudantes proficientes nas edições da terceira etapa permanece mesmo com os vetos propostos. O conceito não deve converter-se em única evidência para a supervisão. A regulamentação poderá exigir investigação multidimensional após a obtenção desse indicador, sem alterar por ato infralegal a base de cálculo expressa no caput; eventual mudança dessa base exige lei.

6. Art. 11 do PLV (art. 5º-B proposto para a Lei nº 6.932/1981): caso se mantenha a comissão deliberativa do Sinares, a restrição de suas atribuições por simples decreto exigirá especial cautela jurídica. Uma reforma da composição ou da natureza jurídica expressa em lei dependerá de nova norma legal.

7. Art. 10 do PLV (art. 18-A proposto para a Lei nº 3.268/1957): a supressão da IEM afasta o cadastro inadequado, mas não institui automaticamente mecanismos de acompanhamento educacional dos egressos. A obrigação de apoio das IES, a duração do vínculo acadêmico, seu financiamento, os direitos de acesso e as consequências regulatórias exigem desenho normativo expresso e, para deveres gerais novos, base legal suficiente. O diploma não pode ser retido, nem pode uma rematrícula fictícia conferir licença para atos médicos.

8. Percursos supervisionados: a vedação hoje existente ao exercício profissional sem habilitação não pode ser contornada por ato administrativo. Formação assistencial pós-diplomação para não proficientes —

e eventual futura exigência geral de residência ou estágio supervisionado antes da autonomia plena — requer legislação, autorização específica, serviços credenciados, supervisão adequada e salvaguardas éticas, sanitárias e trabalhistas.

9. Avaliação prática externa: a criação de requisito nacional de certificação que alcance habilidades e atitudes precisa de debate regulatório, estudos de validade, infraestrutura, investimento e, quando implicar nova condição para inscrição profissional, fundamento legal expresso. A execução deve comportar centros descentralizados, supervisão técnica externa e participação das escolas sem captura das decisões pelo interesse das avaliadas.

10. Proteção educacional e acesso à residência: a regulamentação deve explicitar o uso formativo das notas intermediárias, a responsabilidade institucional pela recuperação gratuita e as medidas de permanência de estudantes e egressos vulneráveis. Planos de supervisão, restrição ou encerramento de cursos precisam prever conclusão ou transferência assistida. A CNRM deverá discutir o emprego da nota do Enamed na seleção para residência, sem presumir a adequação de seu uso como critério único. [28]

Os aperfeiçoamentos devem ser conduzidos por parecer jurídico institucional, consulta pública e debate técnico com as escolas, sem atrasar o cronograma legal de organização da avaliação e sem impor consequências de alto impacto (“high-stakes”) antes de demonstrada suficiência das evidências aplicáveis a cada coorte. [1–6, 13–15]

10. Diretrizes objetivas para a regulamentação e implementação

1. Governança: estabelecer ato de organização com MEC como coordenador da política, Inep como responsável pela operação e pela qualidade psicométrica, MS na articulação sanitária, e participação regular e institucionalizada da ABEM, escolas, estudantes, residentes, preceptores e controle social, inclusive o Conselho Nacional de Saúde, declarando e gerindo conflitos de interesse. A criação de novos assentos formais e a redefinição da natureza da comissão dependerão, quando necessário, de lei.

2. Projeto avaliativo: publicar projeto técnico de matriz única, com conteúdos aplicados derivados das DCN, construtos, especificação da prova, critérios de elaboração e segurança dos itens; a cada edição, mesma prova para estudantes dos 4º, 8º e 12º semestres, salvo adaptações ou versões equivalentes justificadas e equacionadas; em edições posteriores, formas novas na mesma escala, com padrões de interpretação por etapa, análise de precisão, equidade e relatórios anuais. O aprimoramento longitudinal poderá incluir estudos sobre periodicidade, novas observações e modelos de crescimento. As subcomissões decisórias do PLV devem ser vetadas para evitar segmentação da matriz.

3. Proficiência: estabelecer padrões mínimos por metodologia conhecida antes da aplicação, examinando erro de classificação, casos limítrofes, possibilidade de revisão e recurso, reaplicação, adaptações, equidade e defesa das consequências previstas. Diferenciar formalmente avaliação cognitiva, avaliação de desempenho prático e certificação para exercício; parâmetros relativos de desempenho não devem substituir referências mínimas de domínio.

4. Resultados e recuperação de trajetórias: oferecer devolutivas por domínio e referências de progresso, com dados estritamente necessários e protegidos para cada IES; demandar diagnóstico institucional e planos de melhoria com prazos e responsáveis. Para estudantes com dificuldades nas etapas intermediárias (4º e 8º semestres), pactuar Planos Singulares de Recuperação da Trajetória (PSRT) com mentoria/tutoria, apoio gratuito, intervenções e reavaliação; após a graduação, assegurar via jurídica de acompanhamento educacional dos egressos. Resguardar o uso formativo das notas intermediárias e

divulgar resultados agregados com denominador, incerteza e contexto, evitando rankings simplificadores.

5. Sinaes e supervisão: integrar o indicador do art. 6º do PLV à avaliação de cursos e institucional, às visitas in loco, aos cenários de prática, à docência, à responsabilidade social e aos planos de melhoria; providenciar cooperação federativa e rito com contraditório e proporcionalidade. Sustentar o veto ao art. 14 do PLV, para que os resultados de avaliações anteriores juridicamente aproveitáveis não sejam excluídos, em bloco, da instauração de processos de supervisão e da aplicação de medidas cautelares.
6. Avaliação prática e programática: desenvolver estudos e experiências públicas, sob responsabilidade do MEC/Inep, sobre formas complementares de avaliar habilidades clínicas, comunicação, atitudes e segurança do paciente, incluindo simulação e observação de desempenho. A eventual instituição de novo requisito nacional de habilitação dependerá de fundamentação científica, avaliação de custos, equidade e base legal adequada. A ABEM e as instituições formadoras devem participar da discussão técnica, sem prejuízo da competência estatal de decidir.
7. Política de equidade e permanência: garantir acessibilidade, recuperação gratuita, apoio material e psicossocial quando necessário, proteção do internato e das atividades comunitárias, análise de eventuais vieses por condições sociais e contextos regionais e gestão de conflitos de interesse ligados a cursinhos preparatórios. Prever continuidade ou transferência protegida de estudantes em cursos supervisionados, restringidos ou encerrados.
8. Participação científica: assegurar a incorporação permanente da ABEM e da comunidade da educação médica às comissões consultivas, aos estudos de validade, ao acompanhamento da implementação e às revisões da política. O conhecimento acumulado com o Teste de Progresso pode iluminar a comparação entre etapas, a produção de devolutivas e o emprego responsável de resultados de alta consequência.
9. Responsabilidade pós-diplomação: regulamentar, com fundamento normativo adequado, tutoria, planos de recuperação, acesso gratuito às atividades reparadoras essenciais, reavaliação, financiamento e proteção de dados, definindo os deveres da instituição de origem e as soluções de rede em caso de encerramento de cursos. Novas obrigações vinculantes devem respeitar reserva legal e direitos dos diplomados.
10. Formação supervisionada e residência: instituir grupo técnico interinstitucional para avaliar, sem permitir exercício não autorizado no presente, projetos futuros de formação pós-diplomação com supervisão, avaliação continuada, limites assistenciais e licença legal específica; estudar, em horizonte estratégico, a possibilidade de etapa supervisionada progressiva como condição para autonomia profissional, articulada à residência médica e ao SUS.
11. Residência médica e efeitos distributivos: discutir, no âmbito da CNRM, critérios de aproveitamento da nota individual final de participantes proficientes do Enamed, na seleção de acesso direto que respeitem finalidades distintas da avaliação e preservem espaço para outros instrumentos válidos; monitorar acesso a oportunidades de preparação, aprendizagem e residência, com dados desagregados e medidas de proteção da equidade.

11. Ao Congresso Nacional: por que manter os vetos

A manutenção de vetos tecnicamente circunscritos não representa oposição ao PLV aprovado pelo Parlamento. Ao contrário, permite conservar suas conquistas centrais — avaliação nacional, proficiência, continuidade e supervisão — e remover escolhas que fragilizariam a realização prática dos objetivos

legislativos. O Congresso, no exercício de seu controle constitucional sobre vetos, pode reafirmar simultaneamente duas premissas: a qualidade do médico formado é matéria de interesse público, e a avaliação capaz de sustentá-la deve respeitar a educação superior, a ciência da avaliação e as competências de cada órgão. [1–4]

O Congresso deve considerar os vetos nos termos do art. 66, § 4º, da Constituição: a rejeição de veto exige maioria absoluta de deputados e de senadores, em sessão conjunta. A defesa de sua manutenção não precisa alimentar conflito entre entidades profissionais e educacionais: trata-se de preservar uma governança legítima e plural, um exame válido e uma política transparente, ao mesmo tempo em que se prepara lei corretiva para lacunas remanescentes. [4, 20]

Há um caminho cooperativo. O MEC e o Inep devem ser responsáveis pelas decisões nacionais e por sua execução técnico-científica. O MS e as instâncias do SUS devem contribuir com as prioridades sanitárias e os cenários de prática. Os conselhos profissionais devem colaborar com a segurança da prática e a ética. As escolas e estudantes devem participar da elaboração, da interpretação crítica e da melhoria dos instrumentos. A ABEM, por sua experiência na educação médica e no Teste de Progresso, deve integrar permanentemente as instâncias consultivas que acompanharão a regulamentação e o aperfeiçoamento do Enamed. [3–6, 16, 28]

Ao apreciar os vetos relativos à IEM, o Congresso poderá afirmar um princípio de maior alcance: exigir proficiência sem responsabilizar também a escola responsável pela formação pode transferir ao indivíduo o custo de uma falha potencialmente institucional. O veto ao art. 14 do PLV, por sua vez, evitaria a exclusão geral de resultados anteriores juridicamente admissíveis na instauração da supervisão e na aplicação de medidas cautelares; os vetos às subcomissões permitiriam matrizes comuns e devolutivas úteis à melhoria dos cursos. A manutenção desses vetos não encerra o debate: abre espaço para legislação posterior sobre vínculo acadêmico com egressos, formação supervisionada e avaliação prática nacional, em lugar de consolidar uma solução nominal e contraditória. [1–7, 13, 21–25]

Conclusão: avaliar para melhorar, regular com justiça e proteger a população

O Enamed deve tornar-se uma política de Estado, e não apenas uma prova de grande visibilidade. A ABEM reafirma o valor de avaliar a formação médica brasileira com referências nacionais, transparência, consequências proporcionais e capacidade de induzir melhorias reais. Ao mesmo tempo, reafirma que a aprendizagem e a segurança do cuidado não podem ser medidas por uma única nota nem governadas por definições segmentadas de currículo ou por colegiados sem participação ampla da comunidade da educação médica.

Sanção com vetos adequados, sua manutenção pelo Congresso, regulamentação técnico-científica e ajustes legislativos posteriores constituem estratégia coerente para preservar o avanço político e aperfeiçoar seus fundamentos. A experiência do Teste de Progresso da ABEM, a avaliação programática das DCN de 2025 e o Sinaes indicam o caminho: mesma prova/matriz para as três coortes em cada edição, observações longitudinais do progresso, recuperação singular de trajetórias, responsabilidade da escola por seu egresso, desenvolvimento gradual de fontes externas de avaliação prática e, no horizonte, percursos supervisionados de transição à autonomia. A continuidade desse aperfeiçoamento exige participação permanente da ABEM, das instituições formadoras, dos estudantes e do controle social, sem dispensar base legal, segurança do paciente ou rigor científico.

Avaliar não é apenas selecionar, classificar ou punir. É produzir conhecimento responsável sobre a formação, intervir sobre suas desigualdades e assegurar, com ciência, democracia e compromisso com o SUS, que as escolas formem médicas e médicos competentes para as necessidades da população.

Referências documentais, normativas e científicas

[1] BRASIL. Congresso Nacional. Projeto de Lei de Conversão nº 14/2026 (Medida Provisória nº 1.370/2026). Texto final da Comissão Mista, de 15 out. 2026 (documento conferido nesta versão), e autógrafo remetido à sanção em 16 out. 2026. Histórico legislativo e documentos oficiais: https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/174819

[2] ABEM. Subsídios da ABEM ao MEC para vetos ao PLV nº 14/2026 (Enamed). Brasília, 21 out. 2026.

[3] ABEM. Ofício nº 157/2026 ao Ministro de Estado da Educação: contribuições à sanção e regulamentação do PLV nº 14/2026. Brasília, 21 out. 2026.

[4] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, arts. 5º, 37, 66, 84, 87, 206, 207 e 209; Lei nº 9.394/1996; Lei nº 10.861/2004 (Sinaes). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/

[5] ABEM. Caderno de Orientações para Implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina 2025. Brasília: ABEM, 2026, especialmente cap. 16.

[6] ABEM. Enamed: um avanço que exige importantes aperfeiçoamentos (minuta, 20 out. 2026); Nota sobre Enamed (11 ago. 2026); Editorial para a RBEM sobre o Enamed (28 fev. 2026).

[7] VAN DER VLEUTEN, C. P. M. et al. A model for programmatic assessment fit for purpose. Medical Teacher, v. 34, n. 3, p. 205–214, 2012. DOI: 10.3109/0142159X.2012.652239.

[8] SCHUWIRTH, L. W. T.; VAN DER VLEUTEN, C. P. M. The use of progress testing. Perspectives on Medical Education, v. 1, p. 24–30, 2012. DOI: 10.1007/s40037-012-0007-2.

[9] WRIGLEY, W. et al. A systemic framework for the progress test: strengths, constraints and issues. AMEE Guide No. 71. Medical Teacher, v. 34, n. 9, p. 683–697, 2012. DOI: 10.3109/0142159X.2012.704437.

[10] DION, V. et al. Written-Based Progress Testing: A Scoping Review. Academic Medicine, v. 97, n. 5, p. 747–757, 2022. DOI: 10.1097/ACM.0000000000004507.

[11] NORCINI, J. et al. Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. Medical Teacher, 2011. DOI: 10.3109/0142159X.2011.551559.

[12] DIJKSTRA, J. et al. Expert validation of fit-for-purpose guidelines for designing programmes of assessment. BMC Medical Education, 2012;12:20. DOI: 10.1186/1472-6920-12-20.

[13] BRASIL. Lei nº 10.861, de 14 abr. 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), especialmente arts. 1º a 4º. https://presidencia.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm

[14] BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 30 set. 2025. Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina, especialmente arts. 8º, 32, 36 e 37. https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/2025/outubro-2025/rces003_25.pdf

[15] BRASIL. Lei nº 3.268, de 30 set. 1957, arts. 1º e 2º (natureza jurídica e finalidades dos Conselhos de Medicina). https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3268-30-setembro-1957-354846-normaatualizada-pl.html

[16] ABEM. Teste de Progresso: projetos, edições e editais nacionais e regionais. https://website.abem-educmed.org.br/projetos-e-acoes/teste-de-progresso/; https://website.abem-educmed.org.br/tp-certificado/

[17] MILLER, G. E. The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine, v. 65, n. 9 supl., p. S63–S67, 1990. DOI: 10.1097/00001888-199009000-00045.

[18] EPSTEIN, R. M. Assessment in medical education. New England Journal of Medicine, v. 356, p. 387–396, 2007. DOI: 10.1056/NEJMra054784.

[19] BRASIL. Supremo Tribunal Federal. ADI 1.717/DF (fiscalização profissional e natureza pública dos conselhos); utilizar como referência contextual, não como precedente específico sobre governança do Enamed. https://portal.stf.jus.br/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADI&numProcesso=1717

[20] CONGRESSO NACIONAL. Entenda a tramitação do veto presidencial. https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/entenda-a-tramitacao-do-veto

[21] GENERAL MEDICAL COUNCIL (GMC). Provisional registration; Full registration: first year of the Foundation Programme (F1). Reino Unido. https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/our-registers/a-guide-to-our-registers/full-registration ; https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-our-registers/registration-applications/application-guides/uk-provisional-registration

[22] FEDERATION OF STATE MEDICAL BOARDS (FSMB). About Physician Licensure; State Specific Requirements for Initial Medical Licensure. Estados Unidos. https://www.fsmb.org/guide-to-medical-regulation-in-the-united-states/about-physician-licensure ; https://www.fsmb.org/state-licensure

[23] BRASIL. INEP. Revalida: provas e gabaritos; estrutura da segunda etapa de habilidades clínicas e aplicação em dez estações. Atualizado em 2026. https://www.gov.br/inep/pt-br/areas-de-atuacao/avaliacao-e-exames-educacionais/revalida/provas-e-gabaritos

[24] GENERAL MEDICAL COUNCIL (GMC). The Medical Licensing Assessment explained; MLA content map (Applied Knowledge Test e Clinical and Professional Skills Assessment). Reino Unido. https://www.gmc-uk.org/education/medical-licensing-assessment

[25] AUSTRALIAN MEDICAL COUNCIL (AMC). Clinical examination: overview and assessment stations. Austrália. https://www.amc.org.au/pathways/standard-pathway/amc-assessments/clinical-examination/

[26] VAN DER VLEUTEN, C. P. M. et al. Twelve tips for programmatic assessment. Medical Teacher, 2015, v. 37, n. 7, p. 641–646. DOI: 10.3109/0142159X.2014.973388.

[27] SOUZA, R. G. S. de; BICUDO, A. M. Onze anos de Teste de Progresso na Unicamp: um estudo sobre a validade do teste. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 46, supl. 1, e156, 2022. DOI: 10.1590/1981-5271v46.supl.1-20220302.

[28] ABEM. Diretoria Regional Rio de Janeiro/Espírito Santo. Contribuições sobre o PLV nº 14/2026: proposições complementares ao posicionamento da ABEM sobre o Enamed. 3 nov. 2026.