













Contexto atual e avaliação dos programas de residência médica: experiência de seis Sociedades Médicas Brasileiras

Current context and evaluation of medical residency programs: experience of six Brazilian Medical Societies

GERSON ALVES PEREIRA JÚNIOR¹ ; RAMIRO COLLEONI NETO² ; JAIR GIAMPANI JÚNIOR³ ; JORGE CARVALHO GUEDES⁴ ; REGINALDO RAIMUNDO FUJITA⁵ ; ADRIANO FERNANDO MENDES JÚNIOR⁶ ; GUSTAVO SALATA ROMÃO⁷ ; LUCAS NEPOMUCENO BARROS⁸ ; LUIZ ALONSO DAVID⁹ ; PAULO FERNANDO CONSTANCIO DE SOUZA¹⁰ ; JOSÉ EDUARDO LUTAIF DOLCI¹¹ ; CESAR EDUARDO FERNANDES¹² .

R E S U M O

Este artigo mostra os dados mais recentes da evolução do número total de médicos residentes e vagas de R1 a R5, bem como do número de programas e instituições credenciadas pela Comissão Nacional (CNRM). Também discute os tipos e modalidades de avaliação da residência médica, com foco na avaliação das competências ao longo do treinamento em serviço, que foram incorporadas na mais recente resolução da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do final de 2023, que alterou atualizou as determinações de 2006. Por fim, mostra a experiência de seis Sociedades Médicas que fazem a avaliação periódica dos médicos residentes que foi apresentada em evento na Associação Médica Brasileira.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Residência Médica. Educação Baseada em Competências. Avaliação de Recursos Humanos em Saúde.

INTRODUÇÃO

Reconhecida internacionalmente como a modalidade mais adequada para formar especialistas, a RM é definida como ensino de pós-graduação, caracterizada por formação teórico-prática intensiva e em serviço, sob supervisão de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 1981).

Embora não seja obrigatória para o exercício da profissão no Brasil, a residência é considerada “padrão ouro” da especialização médica. Os programas de residência concedem o título de especialista. A outra forma de se obter um título de especialista é tendo os critérios para prestar as provas de títulos de especialista de qualquer Sociedade médica ligada à Associação Médica Brasileira (AMB). Estas são as duas modalidades de titulação aceitas pela legislação (BRASIL, 2015)

para um médico obter o Registro de Qualificação de Especialista (RQE), um documento que comprova que um médico está habilitado para atuar em uma especialidade médica.

Cabe à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), vinculada ao Ministério da Educação (MEC), gerenciar o credenciamento e fiscalizar as condições de funcionamento das instituições que ofertam RM, assim como autorizar, avaliar e renovar o reconhecimento dos programas, com a participação das Comissões Estaduais de Residência Médica (CEREMs).

O ingresso dos médicos na RM ocorre mediante chamamento público, por meio de editais e processos seletivos. A duração dos programas nas especialidades médicas varia de dois a cinco anos, enquanto a RM em áreas de atuação da medicina pode acrescentar um ou mais anos de formação.

1 - Universidade de São Paulo, Campus Bauru - SP - Brasil. Presidente da Comissão do Título de Especialista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2 - Universidade Federal de São Paulo - SP - Brasil. Presidente da Comissão de Residência Médica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 3 - Universidade Federal de Mato Grosso - Cuiabá - MT - Brasil. Coordenador da Comissão de Ensino do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 4 - Universidade Federal da Bahia - Salvador - BA - Brasil. Coordenador da Comissão do Título de Especialista da Federação Brasileira de Gastroenterologia. 5 - Universidade Federal de São Paulo - SP - Brasil. Comissão de Ensino e Treinamento da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. 6 - Universidade Federal de Juiz de Fora - MG - Brasil. Comissão de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. 7 - Universidade de Ribeirão Preto - SP - Brasil. Presidente da Comissão de Residência Médica da FEBRASGO. 8 - Secretário da Comissão de Certificação em Anestesiologia CCA/SBA. Diploma Europeu de Anestesiologia e Terapia Intensiva, EDAIC/ESAIC. 9 - Universidade de São Paulo - São Paulo - SP - Brasil. 10 - Comissão Estadual de Residência Médica de São Paulo (CEREM/SP), Câmara Técnica de Ginecologia Obstetrícia do Conselho Regional de Medicina de São Paulo - São Paulo - SP - Brasil. 11 - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - SP - Brasil. Diretor Científico da Associação Médica Brasileira (AMB). 12 - Faculdade de Medicina do ABC - Santo André - SP - Brasil. Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB).

O médico residente recebe bolsa mensal, cujo valor, em 2024, era de R\$ 4.106,09 para regime especial de treinamento em serviço de 60 horas semanais.

O financiamento da RM no Brasil é majoritariamente público. O Ministério da Saúde (MS) é o principal pagador, arcando com cerca de 40% das bolsas de RM, seguido pelo Ministério da Educação e pelos governos estaduais, além da participação, em menor escala, de prefeituras, hospitais filantrópicos e privados (SCHEFFER et al, 2023).

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

A Figura 1 mostra a distribuição geral dos médicos residentes categorizados por período em curso (ano) nos Programas de Residência Médica em 2024.

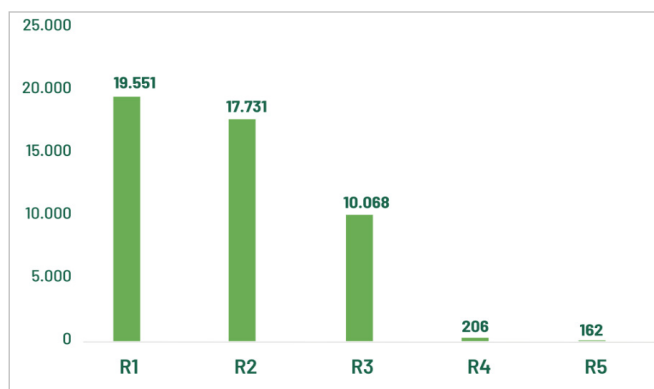


Figura 1: Médicos Residentes no Brasil, segundo o ano de RM em curso (R1 a R5), em 2024. Fonte: CNRM/Sesu/MEC; Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil. Nota: As vagas de R1 incluem as de acesso direto e as que exigem pré-requisito.

Anualmente tem havido uma diminuição da procura por vagas em PRM de 1º ano (R1), como pode ser observado na Figura 2:

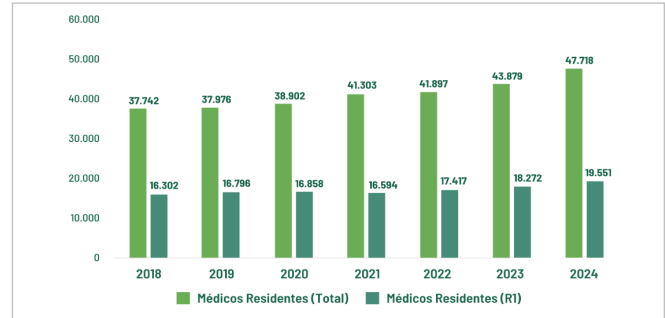


Figura 2: Evolução do número total de médicos cursando residência médica e de médicos no primeiro ano (R1), de 2018 a 2024. Fonte: CNRM/Sesu/MEC; Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil. Nota: As vagas de R1 incluem as de acesso direto e as que exigem pré-requisito.

O número de instituições que ofertam RM aumentou cerca de 20% nos últimos 8 anos, de 846 em 2018 para 1.011 em 2024. Já o número de programas cresceu cerca de 14%, de 4.925 em 2018 para 5.631 em 2024, com oscilações ao longo dos anos (Figura 3).

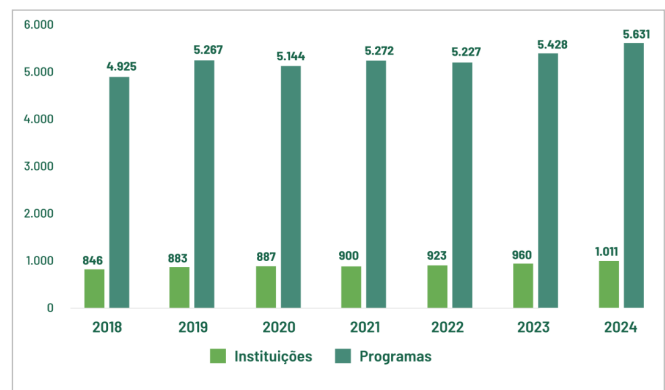


Figura 3: Evolução do número total de instituições e programas de RM, de 2018 a 2024. Fonte: CNRM/Sesu/MEC; Scheffer, M. et al. Demografia Médica no Brasil.

Foram identificados 386 programas e 55 instituições que, embora credenciados pela CNRM, não possuíam, em 2024, nenhuma vaga ocupada ou nenhum médico cursando RM.

Sobre a avaliação dos médicos residentes, cabe ao programa assegurar que o egresso atinja o nível almejado de competência (MEGALE et al, 2009). Por ser um treinamento em serviço, avaliar, nesse contexto, vai além da análise cognitiva, sendo um desafio diário para o docente e o preceptor.

O modelo conceitual proposto há várias décadas, conhecido como pirâmide de Miller (MILLER, 1990), demonstrou aos docentes que, no desenvolvimento profissional, a avaliação não pode ficar restrita aos conhecimentos teóricos, pois é necessário que o estudante

saiba aplicar esses conhecimentos, executá-los, de maneira prática, em ambientes simulados e, finalmente, aplicá-los na vida real (SOUZA, 2012).

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

A pirâmide de Miller alinha os seus estratos com os objetivos educacionais e os métodos avaliativos direcionados aos tipos de habilidade e competência, cujo domínio se quer conhecer, ascendendo do conhecimento teórico contido na base – “saber” e “saber como” – para o “mostrar como” e o “fazer” (Figura 4). O ápice da pirâmide corresponde à avaliação do profissional no seu ambiente de trabalho (PANÚNCIO-PINTO & TRONCON, 2014).

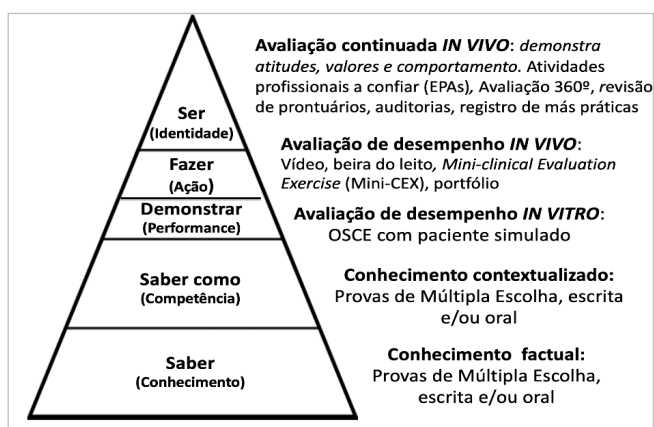


Figura 4: Versão atualizada da Pirâmide de Miller (1990), com exemplos do que e quais as formas de avaliação devem ser utilizadas em cada nível. Adaptado de Cruess et al., 2016.

Para os objetivos de aprendizagem que merecem ser avaliados, adotou-se o conceito de desempenho, ou seja, as ações efetivamente manifestas, nas quais o estudante deveria realizar dado desempenho, definindo o nível considerado aceitável (Gontijo et al., 2013). A melhor forma de avaliar desempenho é definir a tarefa a ser realizada em dado contexto e verificar a capacidade do estudante de, naquela situação particular, mobilizar seus atributos de forma adequada para realizar a tarefa (Aguar & Ribeiro, 2010). Dessa forma, a escolha dos métodos de avaliação exige clareza de objetivos, bem como o conhecimento de suas propriedades psicométricas para identificar quais devem ser usados em cada momento (Wass et al., 2007).

A implementação do modelo baseado em competências (Epstein & Hundert, 2002) implica a realização de medidas por métodos de avaliação (Norcini et al., 2013). Uma abordagem amplamente usada para facilitar tais medidas foi proposta por Miller, que agrupou competências semelhantes em domínios mais amplos. A Figura 4 mostra a versão atualizada da Pirâmide de Miller (Miller, 1990; Boursicot et al., 2011 e Cruess et al., 2016), com exemplos do que e quais as formas de avaliação devem ser utilizadas em cada nível.

Com base nessas dimensões e no grau de aprendizagem do médico residente, as observações realizadas por docentes e preceptores devem ser direcionadas, além do cognitivo, para as avaliações de desempenho, considerando as habilidades clínicas e psicomotoras, a interação com o paciente, o manejo da informação, a capacidade de julgamento, de síntese e de decisão, bem como a preservação de atitudes éticas (MEGALE et al, 2009).

A importância da avaliação de desempenho, nesse nível de formação, deve-se à sua potencialidade para verificar habilidades clínicas (comunicação, exame físico e procedimentos), e a avaliação contínua e formativa permite a correção de falhas e reduz a possibilidade de erros (AUTO et al, 2021).

Dentro da perspectiva psicométrica destaca-se a subjetividade dos avaliadores e a especificidade dos casos clínicos nas provas práticas, que potencialmente interferem no resultado da avaliação do desempenho de alunos, residentes ou candidatos.(2) Essa dificuldade dos docentes e preceptores em avaliar e formular provas

por falta de embasamento teórico, além da ausência de padronização tem sido muito perceptível na prática e tem sido mostrada em diversos estudos (ZIMMERMANN et al, 2019; AUTO et al, 2021).

O aprimoramento do docente e preceptor em avaliação assegura a qualidade do avaliar e do processo ensino-aprendizagem, uma vez que a avaliação permite a revisão do planejamento educacional e ajustes na sua prática docente (ZIMMERMANN et al, 2019). Esse é um fator limitante na grande maioria das avaliações.

A maioria dos métodos avaliativos de habilidades clínicas tem, como princípio básico, a observação direta do desempenho do residente em tarefas clínicas, em ambiente real ou simulado. Nesse sentido, deve permitir a realização do feedback, preferencialmente imediato (formativo), que consiste em descrever e discutir com o residente a sua performance em determinada atividade (ZEFERINO & PASSERI, 2007).

Com a simulação clínica podem ser testadas múltiplas competências de forma simultânea: assistência aos pacientes, conhecimento médico, habilidades psicomotoras para procedimentos, profissionalismo e habilidades interpessoais, entre outras, permitindo, tanto o desenvolvimento e avaliação de competências individuais em situações semelhantes que ocorrem no dia a dia quanto a colaboração efetiva em equipe e construção de uma cultura orientada para a segurança (Pereira Jr, 2021).

Na 2ª fase (prova prática) do processo de avaliação dos candidatos ao Título de Especialista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões desde a edição de 2022, complementando a prova oral com discussão de casos clínicos, houve a inserção de prova prática com uso de estações simuladas, tanto presenciais quanto online (Pereira Jr et al, 2024).

Para que a avaliação das competências médicas se tornasse um processo mais abrangente, válido e confiável, foram elaborados instrumentos com critérios predefinidos, tanto para ambiente simulado, como o Exame Objetivo Clínico Estruturado (OSCE), quanto para ambientes da prática do dia a dia, como o Miniexercício Clínico Avaliativo (Mini-Cex) e a Observação Direta de Procedimentos - Direct Observation of Procedural Skills – DOPS (Norcini et al, 2003; Wilkinson et al 2008; Kogan et al, 2009).

Apesar da valiosa contribuição da educação baseada em simulação, não se deve esquecer de que suas várias modalidades não substituem a experiência clínica e que, como qualquer outra intervenção em Medicina, a sua utilização deve ser sustentada em evidências, pois existem riscos quando os estudantes são habilitados apenas com certos tipos de simuladores em detrimento dos pacientes reais. Apesar das inúmeras vantagens, é essencial comprovar se esses benefícios se traduzem na prática clínica. Quanto à execução de procedimentos, foi demonstrado que o volume de experiência reduz as taxas de complicação nos pacientes, melhorando o desempenho antes mesmo de esses procedimentos serem realizados no cenário real de prática (DOMURACKI et al., 2009).

As pesquisas sobre educação baseada em simulação, muitas vezes, não abordam a questão mais relevante da validade preditiva, isto é, se as capacidades adquiridas em ambiente simulado podem ser generalizadas para situações clínicas reais. Uma vez que há dificuldade em delinear e executar estudos que permitam verificar essa hipótese, já que exigiria um seguimento dos estudantes a longo prazo, a transferência desse aprendizado da simulação para a prática clínica e cirúrgica continua por ser compreendida. Assim, é fundamental reconhecer que essa metodologia pode não ser apropriada em todos os casos, estabelecendo quais situações de uso da simulação trarão vantagens. É também necessário esclarecer se há manutenção das competências aprendidas por um longo período de tempo (Pereira Júnior, 2021).

Como o desempenho em um ambiente controlado ou simulado não prediz de maneira confiável o desempenho na prática clínica, as avaliações em ambientes de prática (work-based assessment ou WBA) se tornaram indispensáveis e foram rapidamente incorporadas aos programas de residência médica em todo o mundo. No Reino Unido, por exemplo, a WBA é utilizada em todos os programas reconhecidos pelo Royal College (Crossley & Jolly, 2012).

Como vantagens, esses instrumentos são de fácil utilização, não interferem na rotina do serviço, possibilitam a identificação e a correção de deficiências de desempenho durante o período de treinamento e se destinam à avaliação dos níveis mais elevados da pirâmide de Miller (Norcini, 2005; Holmboe, 2017).

Existem algumas limitações relacionadas a esse tipo de avaliação. Em relação à validade, esse tipo de abordagem pode ser um tanto “reducionista” para avaliar todas as complexidades do desempenho profissional do médico (Crossley & Jolly, 2012). Em relação à confiabilidade, a análise psicométrica demonstrou resultados altamente variáveis, com grande diferença entre os avaliadores, com uma tendência em classificar a maioria dos estagiários de maneira muito positiva (Kogan et al, 2009). Diante dessas limitações, a WBA tem sido utilizada primordialmente como avaliação formativa, embora em alguns casos também possa ser incluída como um dos componentes da avaliação somativa (Ponnamperuma, 2013). Para assegurar a validade da WBA, recomenda-se ampliar o espectro de observação dos casos atendidos com uma amostragem que represente a verdadeira diversidade da prática do residente. Para garantir a confiabilidade da WBA, deve-se ampliar o número de observadores e, se possível, incluir outros olhares além dos preceptores, tais como os seus pares, os outros membros da equipe e as pacientes por ele atendidas (Ponnamperuma, 2013).

Um sistema avaliativo bem elaborado e periódico, com feedback contínuo, é ferramenta efetiva para aprimorar o desempenho do futuro especialista e garantir a sua qualificação, meta de importância indiscutível no processo de formação. Para tanto, a avaliação do residente necessita de sistematização e de institucionalização quanto ao modo de avaliar, além de formação docente para esse importante aspecto do processo de ensino-aprendizagem (AUTO et al, 2021).

Existem diversas opções para avaliação em ambientes da prática clínica, que podem subdivididos em dois métodos de avaliação: 1) baseados em observação do desempenho na prática, por um único observador ou por múltiplos observadores (a- Atendimento Clínico - Miniexercício Clínico Avaliativo (Mini-Cex), b- Discussão de Casos - Case Based Discussion (CbD), c- Profissionalismo - Professionalism Mini-Evaluation Exercise (P-Mex), d- Procedimentos - Direct Observation of Procedures (DOPS), e Objective Structured Assessment of Technical Skills (OSATS) e Non-Technical Skills for Surgeons (NOTTS) e, 2) baseados em documentos e registros (Diário de bordo - Logbook e Portfólios) (Romão et al, 2020).

Os marcos de competências são descrições narrativas de comportamentos em uma progressão contínua do desenvolvimento do aprendiz, em que ele inicia como um estudante principiante e avança ao longo de toda a formação até se tornar competente, podendo chegar a atingir o nível de um expert (após anos de prática deliberada) (PEREIRA JÚNIOR et al., 2015).

O uso dos marcos de competências supera todas as expectativas do aprendiz, pois o deixa ciente do que necessita desempenhar, desde as etapas iniciais de sua formação até as práticas educacionais supervisionadas finais, quando se espera que obtenha a especialização em determinada competência para atender às necessidades da assistência à saúde (ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION; AMERICAN BOARD OF EMERGENCY MEDICINE, 2013).

O progresso do aprendiz é mensurado, sendo possível determinar se houve progressão, estagnação ou regressão no desenvolvimento como uma indicação da ausência ou de necessidades específicas de correções. O marco de competência é equivalente ao comportamento observável dentro de cinco níveis de proficiência, e por meio deles os estudantes demonstram os conhecimentos, habilidades, atitudes e desempenho que refletem cada um desses níveis de desenvolvimento (PEREIRA JÚNIOR et al., 2015).

Essas descrições narrativas do comportamento dos aprendizes têm sido efetivas para organizar ações mais complexas e em grande quantidade, permitindo a possibilidade de feedback formativo para estímulo a mudanças nos comportamentos observados, além de possibilitar uma maior precisão na aplicação de escalas e estratégias avaliativas (LOMIS et al., 2017).

No entanto, as descrições das competências são contextuais e independentes, portanto, não definem a complexidade de implementação em ambiente clínico, no qual as habilidades serão demonstradas (TEN CATE, 2013). Assim, Olle Ten Cate buscou preencher a lacuna entre a teoria e a prática clínica, apresentando as Entrustable Professional Activities (EPAs), reconhecidas internacionalmente como uma estrutura para avaliação significativa da competência durante a formação do graduando, a residência médica e a recertificação profissional (TEN CATE, 2013).

As EPAs representam uma unidade de prática profissional que pode ser confiada a um estudante ou ao profissional competente e que requer proficiência em múltiplas competências simultaneamente. Essa abordagem fornece um enfoque amplo e prático para a avaliação, uma vez que não avalia as competências de maneira individual ou isolada (TEN CATE, 2013).

As EPAs estão vinculadas a decisões de atribuição, ou seja, avaliam se o aprendiz pode realizar determinadas atividades de prática clínica sob um nível designado de supervisão. Os aprendizes podem ser incumbidos das responsabilidades ou tarefas que devem ser feitas no cuidado ao paciente, as quais podem ser pequenas ou grandes, ou seja, simples ou complexas, mas que normalmente são atividades com início e fim, e são confiadas somente a pessoas competentes (TEN CATE, 2018).

Assim, as EPAs caracterizam-se como uma evolução do conceito educacional com base em competências, em que se aplica o conceito de competências de um aprendiz em contextos específicos no local de prática clínica, constituindo uma descrição do trabalho e sendo independentes das pessoas (TEN CATE et al., 2015).

Avaliação dos Programas de Residência Médica no Brasil

O processo de avaliação dos residentes do programa apresentava um caráter tradicional e somativo, apesar de a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) definir diretrizes para a avaliação do médico residente desde a resolução CNRM no 05, de 12 de novembro de 1979 (BRASIL, 1979), diretrizes reiteradas na resolução CNRM no 02, de 17 de maio de 2006 (BRASIL, 2006).

A CNRM publicou no Diário Oficial da União uma nova resolução (Resolução nº4, de 1º de novembro de 2023) que regulamenta e esclarece os procedimentos de avaliação de médicos residentes em atividade nos programas de residência médica autorizados e ofertados por Instituições credenciadas ao órgão federal, revogando os artigos 13, 14, 15 e 16 da Resolução nº 2, de 17 de maio de 2006.

No Quadro 1 é feito o comparativo entre a resolução anterior e a nova da CNRM.

Sabe-se que as Comissões de Residência Médica (COREMEs) não têm conseguido cumprir, a contento, as metas de avaliação que estavam determinadas. Sem qualquer ajuda, essas alterações nos procedimentos de avaliação dos médicos residentes serão apenas “cartoriais”. E essa é uma ajuda que poderia vir das Sociedades de Especialidades.

Cabe destacar alguns itens de avanços das mudanças acima no tocante à avaliação de desempenho do médico residente deve ser permanente e contínua, levando em consideração conhecimentos, habilidades adquiridas e atitudes profissionais. Seu principal objetivo será comprovar a evolução do aprendizado do profissional ao longo desta modalidade da formação médica. Assim, preconiza-se um conjunto de avaliações que envolvam áreas como conhecimento técnico, tomada de decisão, profissionalismo, ética, relacionamento com a equipe, pacientes e familiares, bem como atuação no sistema de saúde. Deverá ser avaliado também o compromisso e desenvolvimento das atividades curriculares estabelecidas nas Matrizes de Competência dos respectivos programas, sendo destacada a necessidade do feedback ao fim das avaliações apontando, tanto os aspectos positivos quanto os pontos de melhoria.

Quadro 1 - Alterações nas resoluções da CNRM acerca da avaliação dos médicos residentes. Fonte: elaborado pelos autores.

ITEM	COMO ERA (2006)	COMO FICOU (2023)
Frequência da avaliação	Trimestral	Quadrimestral
Responsabilidade pela supervisão da residência	Docentes com certificado de Residência Médica da área ou especialidade, ou com título superior, ou com qualificação equivalente, conforme a COREME	Supervisor e conjunto de preceptores, vedada a avaliação conjunta entre programas de outras instituições na mesma modalidade

ITEM	COMO ERA (2006)	COMO FICOU (2023)
Frequência da avaliação	Trimestral	Quadrimestral
Modalidades de avaliação	Prova escrita, prática ou de desempenho por escala de atitudes	Múltiplos métodos e instrumentos de avaliações somativas e formativas em 3 modalidades: 1) Cognitiva (teórica), 2) Psicomotora (prática) e 3) Afetivo-Profissional. Devolutiva na forma de feedback estruturado
Conceitos da avaliação	Pós-Avaliação: conceito de suficiência definido pela COREME pelo valor médio das avaliações realizadas	Pré-Avaliação: conceito de suficiência definido na elaboração da avaliação, representando o desempenho esperado para os domínios avaliados
Pode ser incluído no Sistema de Avaliação pelas COREMEs	Monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento.	– Registro de procedimentos e atividades: Logbook, portfólio e Pesquisa Científica no decorrer do treinamento; – Teste de Progresso (120 a 200 questões) elaborado pela Sociedade de Especialidade.
Aprovação do Residente para o ano seguinte	– Cumprimento integral da carga horária do programa; – Aprovação pelo valor médio das avaliações realizadas a critério das COREMEs.	– Cumprimento integral da carga horária e das avaliações do programa; – Alcançar, obrigatoriamente, a nota mínima de 7 nas 3 avaliações cognitivas; – Conceito “satisfatório” das avaliações quadrimestrais nos componentes psicomotor e afetivo-atitudeis; – As EPAs poderão servir de base para verificar a progressão nos níveis de supervisão e prática autônoma
Certificação no Programa	– Cumprimento integral da carga horária do programa; – Aprovação pelo valor médio das avaliações realizadas a critério das COREMEs.	– Cumprimento da carga horária integral do programa; – Cumprimento integral dos critérios das avaliações periódicas; – Cumprimento integral dos critérios de promoção em todos os anos da residência; – Apresentação do trabalho final de conclusão do curso

Para isso as avaliações deverão ser tanto somativas (cognitiva – teórica e psicomotora - prática) quanto formativas (Afetivo-Profissional - Avaliação Atitudinal em Ambientes da Prática Profissional). Esta última deve ser composta de avaliação mediante observação direta e indireta da atuação do médico residente feita pelo preceptor, grupo de preceptores e supervisor, considerando os elementos responsabilidade, assiduidade, pontualidade e cumprimento de tarefas, atuação na dinâmica do programa, colaboração com a construção do conhecimento, comunicação e relacionamento interpessoal. Para essa, quando possível, deve contemplar também a avaliação pelos pares, membros da equipe e pacientes.

Uma grande dificuldade tem sido a abordagem dos médicos residentes com desempenho não satisfatório. A nova resolução define que o residente que não obtiver média mínima de 7,0 (sete) em cada uma das 3 (três) avaliações anuais de formação não será considerado apto para avançar ao ano seguinte. E ainda que o residente que não apresentar desempenho satisfatório nas avaliações em ambientes de prática profissional, após a conclusão

do período anual de formação, não poderá avançar ao ano seguinte. Por fim, será desligado o médico residente com desempenho insuficiente ao final do período anual de formação, mesmo após a realização de recuperação, independentemente do ano que estiver cursando.

Também poderá ser adotado como complemento no processo de avaliação e progressão, a critério das COREME, o Teste de Progresso Individual do Residente elaborado pela respectiva Sociedade da especialidade. Este deverá ser realizado anualmente e simultaneamente para os residentes do mesmo programa, e será constituído de 120 a 200 questões de múltipla escolha abordando o conteúdo apresentado durante o programa realizado e de acordo com a Matriz de Competências estabelecida.

Dessa forma, além da avaliação interna quadrimestral dos próprios programas de residência médica (PRMs), também haveria uma avaliação externa periódica pela respectiva Sociedade de Especialidade, reduzindo o risco de endogenia e mostrando um panorama nacional da qualidade da formação na residência médica, que trará importantes informações

dos pontos fortes e daqueles que precisam ser aprimorados.

Diante desse contexto atual, a Associação Médica Brasileira (AMB) em parceria com o Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões organizou um evento piloto, no dia 18 de novembro de 2024, acerca dessa discussão chamado de “Brainstorm dos modelos de avaliação da residência médica”, convidando os responsáveis de seis sociedades de especialidades

com experiência nesta atividade (Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Crânio-Facial – ABORL-CCF, Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO, Federação Brasileira de Gastroenterologia – FBG, Sociedade Brasileira de Anestesia, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), na presença do Secretário Executivo da Comissão Nacional de Residência Médica.



Figura 5: Foto do evento da AMB sobre “Brainstorm dos modelos de avaliação da residência médica” – 18 de novembro de 2024.

Muito interessante a riqueza de histórias e experiências de cada uma das Sociedades Médicas na construção de suas avaliações periódicas das residências médicas, em relação à: 1) ano da criação da Sociedade; 2) ano de início da prova do título de especialista; 3) ano de início da prova de avaliação dos residentes; 4) diferenças de aplicação da avaliação entre R1, R2 e R3; 5) tipos de avaliação (Cognitiva - testes de múltipla escolha, discursiva; Oral - discussão de casos clínicos; 6) estações simuladas presenciais ou online e outros tipos de avaliação); 7) periodicidade de aplicação das provas; 8) forma de elaboração de cada prova; 9) critérios de aprovação; 10) forma de seleção e capacitação dos avaliadores; 11) forma de divulgação dos resultados; 12) forma de feedback aos residentes e serviços; 13) forma de abordagem dos recursos e questionamentos sobre os vários tipos de prova; 14) oferta de curso de capacitação aos médicos residentes; 15) oferta de curso de

capacitação aos preceptores; 16) presença de residência-símile certificada pela própria Sociedade (não MEC); 17) cobrança de trabalho de conclusão dos residentes; 18) pontuação das provas da residência médica para a prova do título de especialista da Sociedade; 19) limitações ainda não resolvidas; 20) tempo de validade e reconhecimento do título; e 21) forma de revalidação/recertificação do título.

A proposta final discutida é que seja planejado um evento no primeiro semestre de 2025 convidando todas as 54 Sociedades de Especialistas e 27 Federadas da Associação Médica Brasileira e ampliar os temas a serem abordados: 1) Avaliação sequencial do processo de educação permanente da formação médica (graduação, residência médica e título de especialista); 2) Avaliação dos serviços; 3) Financiamento de bolsas da residência médica; 4) Estratégias para ocupação das vagas ociosas; 5) Suporte jurídico; 6) Programa teórico-prático dos PRMs;

7) Capacitação técnica e pedagógica dos preceptores, 8) Capacitação dos supervisores e preceptores dos PRMs para os diversos tipos de avaliação somativas (cognitiva – teórica e psicomotora - prática) e formativas (Afetivo-Profissional - Avaliação Atitudinal em Ambientes da Prática Profissional); 9) Capacitação dos responsáveis pelos PRMs para o feedback; 10) Cotas na residência médica; 11) Intercâmbio dos médicos residentes entre programas e 12) Saúde mental dos residentes e preceptores, entre outros.

A Tabela 1 abaixo mostra, de forma comparativa, as principais informações e indicadores acerca da avaliação periódica dos programas de residência médica das seis Sociedades Médicas que participaram do evento.

Tabela 1-

INDICADORES	CBO	SBOT	FBG	SBA	ABORL/CCF	FEBRASGO
Ano da criação da Sociedade	1941	1935	1949	1948	1948	30 de outubro de 1959
Ano de início da prova do título de especialista	1986	1970	1957	1983	1971	1967 “notório saber”
Ano de início da prova de avaliação dos residentes	1986	1972	2024	1983	2012	2018
Quais as diferenças de aplicação da R1, R2 e R3?	Atualmente nenhum.	ne- Antes de 2025, duas avaliações: um simulado – TARO - que era aplicado a todos os anos; e a prova de título - TEOT - apenas para R3. A partir de Janeiro de 2025 – TEPOT – Para R1 e R2	Não há, pois é aplicado um teste de progresso	A obtenção do título compreende a realização de provas trimestrais e de uma prova anual. As provas trimestrais são obrigatórias, abordam temas de cada trimestre, elaboradas pela Comissão de Certificação em Anestesiologia (CCA). As provas trimestrais serão realizadas exclusivamente on-line de forma remota nos CET. O médico em especialização (ME) que não se submeter à prova trimestral, por motivo de força maior, poderá por meio do Responsável pelo CET que está cursando, solicitar a realização de prova substitutiva, na data estabelecida pela SBA, após envio da documentação original pertinente. Em caso de liberação pela CCA/SBA de realização da prova substitutiva, deverá ser aplicada em fevereiro do ano letivo em curso e será realizada no formato	A realização e aplicação da prova são regidas pelo edital sob a coordenação da Comitê de Título de Especialista, sendo destinada a todos os residentes e especializando em Otorrinolaringologia em serviços credenciados e reconhecidos pela ABORL-CCF. Os R1 e R2, se atingirem a pontuação determinada pelo Comitê, teria um bônus de 0,2 pontos. O R3 só participa do exame anual para obtenção do Título de Especialista, após concluir e ser aprovado, nos três anos de residência médica em serviços credenciados pelo MEC ou reconhecidos pela ABORL.	Prova única para R1,R2 e R3, nivelada pelos concluintes (R3)

INDICADORES	CBO	SBOT	FBG	SBA	ABORL/CCF	FEBRASGO
				eletrônico (on-line), conforme deliberação da SBA. A prova anual no início de cada ano, num domingo, das 10h às 12h exclusivamente on-line, por meio de browser seguro, contratado pela SBA junto à eduCAT, instalado no computador pessoal do candidato, com acesso à internet e dotado de webcam e microfone.		
Tipos de avaliação (colocar ano de início e número de questões/casos/estações de cada): - Cognitiva (testes de múltipla escolha, discursiva) - Oral (discussão de casos clínicos) - Estações simuladas - Outros tipos de avaliação	200 questões de múltipla escolha distribuídas em 3 provas (Teórica I, Teórica II e Teórico-Prática) on-line aplicadas para R1 e R2 (teste de progresso) e R3 (PNO-prova de título)	Ano de início/número atual de questões: - prova cognitiva escrita – 1972 / 100 questões - oral – 1972 / 16 situações - prova de exame físico – 1994 / 04 situações - prova de habilidades 2011/ 05 situações - atitudes no exame físico – 2016 / 01 (uma) situação - avaliação de anatomia – 2018 / 20 questões	TP; Prova de múltipla escolha. MCQ 120 itens com 4 assertivas (1correta e 3 distratorres) baseados em situações clínicas. Prova de Título - MCQ com 100 questões. (70% da nota) + análise curricular com Barema (30% da nota)	15 questões para cada ano de ME, totalizando 45 questões, com cinco itens de V ou F cada questão. Prova anual com 120 questões, de múltipla escolha.	Ano de início: 2012. Prova teórica com conteúdo de Otorrinolaringologia, com três horas de duração, constituída de 100 (cem) questões de múltipla escolha com quatro alternativas cada e apenas uma opção correta. Cada questão corresponderá ao valor de 0,1 (zero vírgula um) ponto, totalizando 10 pontos;	TESTE DE PROGRESSO PROVA TEÓRICA, teste de múltipla escolha, com 60 questões de Ginecologia e 60 questões de Obstetrícia baseadas na Matriz de Competência. De acordo com a Legislação, cabe aos programas a realização de outras avaliações do residente como Prova de estágio, Prova Oral, Provas Práticas, incluindo estações simuladas.
Qual a periodicidade de aplicação desta prova?	Anual	Anual, ao final do R3	TP-?2 vezes por ano (tivemos um teste piloto) Prova de título 1 vez por ano	4 provas trimestrais + 1 prova anual	Anual	Anual
Forma de elaboração de cada prova	Comissão de Prova, com base na matriz de competências	A cargo da Comissão de Ensino e Treinamento, composta de 12 membros titulares da SBOT, que se reúnem mensalmente durante o ano para discussão, formatação e aprovação da prova	Encomendas de itens considerando a matriz temática distribuída conforme relevância epidemiológica, classificados em subáreas, considerando cenários de atendimento, tipo de competência	Prova elaborada por comissão designada pela SBA.	Prova teórica com questões de múltipla escolha.	A Elaboração e revisão dos itens é feita pela Comissão de Título de Especialista (CNTEGO)

INDICADORES	CBO	SBOT	FBG	SBA	ABORL/CCF	FEBRASGO
Critérios de Aprovação	<p>Será considerado(a) aprovado(a), apto(a) a ter direito a receber a titulação de Especialista em Oftalmologia, o(a) candidato(a) que obtiver média aritmética nas Provas Teórica I, Teórica II e Teórico-Prática, igual ou superior a 6,5 (seis e meio), desde que obtenha nota mínima 6,0 (seis) em cada uma das Provas, na Teórica I, na Teórica II e na Teórico-Prática e; obtiver nota mínima 7,0 (sete) na Prova Prática.</p>	Nota 6,0	<p>(bases fisiopatológica, diagnóstico, etc), grau de dificuldade. A matriz é a mesma para todas as provas. Elaboração compartilhada. Prova de título usa a mesma matriz temática.</p> <p>Prova de título: Não considerados (avaliação formativa)</p>	<p>Em cada ano do curso de Especialização o ME deverá obter média mínima para aprovação igual ou maior a 6,0 (seis). A nota final de cada ano letivo será assim calculada: a média aritmética das notas das 4 (quatro) avaliações trimestrais realizadas pelo CCA (incluindo as provas teóricas e as avaliações de habilidades e comportamentais), será somada à nota obtida pelo ME na prova anual elaborada pela Comissão de Certificação em Anestesiologia - CCA.</p>	Igual / Maior a 7	<p>TESTE DE PROGRESSO - não há aprovação ou reprovação. A dispensa e a bonificação na Prova Teórica do Título de Especialista do ano seguinte dependem da assiduidade e do desempenho do candidato no Teste de Progresso como R1, R2 e R3.</p> <p>PARA DISPENSA: participação nas 3 aplicações, desempenho maior ou acima do P60 em pelo menos 2 versões incluindo o R3 e acerto de pelo menos 65% das questões de Ginecologia e de Obstetrícia no R3.</p> <p>PARA BONIFICAÇÃO: participação nas 3 aplicações, desempenho maior ou acima do P30 em todas as versões e acerto de pelo menos 50% das questões de Ginecologia e de Obstetrícia no R3.</p>

INDICADORES	CBO	SBOT	FBG	SBA	ABORL/CCF	FEBRASGO
Forma de seleção e capacitação dos Avaliadores	Nomeação pela Comissão de Ensino e Diretoria executiva do CBO	São recrutados como observadores e depois tornam-se examinadores.	Interesse acadêmico, exercício de docência, escolha da gestão com base regional	Membros da comissão examinadora são eleitos e assembleia específica e submetidos a cursos de formação e capacitação.	A Banca Examinadora será composta por membros da Comissão de Título de Especialista da ABORL-CCF.	Não há avaliadores para o Teste de Progresso. A Prova é aplicada online e os candidatos são monitorados.
Forma de divulgação dos resultados	Plataforma CBO	Lista de aprovados divulgada no site.	TP - divulgação confidencial para candidatos e serviços, não ranqueadora. PT- lista de aprovados	A nota final de cada Médico em Especialização será disponibilizada para os mesmos e para os Responsáveis por seu CET, em área específica no portal da SBA	Canais de comunicação ABORL-CCF	Online pela plataforma da FEBRASGO
Forma de feedback aos residentes e serviços	Coordenadores tem acesso às notas dos seus alunos, e cada aluno tem acesso às suas notas individuais	Relatório de performance individualizada, com cópia ao supervisor do programa.	Análise detalhada de desempenho pelos critérios da matriz, comparativa ao pool regional e nacional, com gráficos de desempenho e evolução	Através dos responsáveis e em área específica no portal da SBA.	Carta e canais de comunicação.	O desempenho individual de cada residente no TESTE DE PROGRESSO é sigiloso e acessado pelo próprio residente através de senha. Os resultados consolidados dos residentes de um mesmo programa são fornecidos ao supervisor, desde que pelo menos 3 residentes de cada categoria tenham se aplicado à Prova
Forma de abordagem dos recursos e questionamentos sobre os vários tipos de prova	Prova on-line aplicada através de plataforma específica contratada junto a empresa especializada	Para 2025 haverá recursos conforme as orientações no edital.	PT- Encaminhamento de todos para a banca TP- sem recursos. Discussão local pelos supervisores	Site da SBA ou empresa contratada para aplicação da prova.	Recursos	Os recursos são avaliados e respondidos pela CNTEGO e pela Comissão de Residência da FEBRASGO
Há oferta de curso de capacitação aos médicos residentes	Sim	A SBOT incentiva a educação continuada a todos os residentes e o teste do progresso (TEPOT) é uma iniciativa institucional para tal. A SBOT apóia as regionais	Sim, não obrigatórios. Curso Anual de Gastroenterologia, Programa Jovem Gastro com casos e temas de atualização; Aulas FAPEGE	Sim.	Plataforma EMC – Educação Médica Continuada	A FEBRASGO oferece programação online para atualização de médicos residentes na especialidade (CONECTA-GO)

INDICADORES	CBO	SBOT	FBG	SBA	ABORL/CCF	FEBRASGO
		subsidiárias que realizem cursos preparatórios locais aos residentes.	(Fundação de Apoio à Pesquisa em Gastroenterologia), programa Gastrotalk (podcasts)			
Há oferta de curso de capacitação aos preceptores	Sim	Sim, anualmente Fórum de Preceptores, sessões no Congresso Anual específicas para preceptores e já foram realizados cursos de capacitação e aperfeiçoamento em preceptoria.	TTT (Train the Trainers) em parceria com a World Gastroenterology Organization (WGO) com 2 centros formadores no Brasil (RG e CE)	Sim.	Curso para Capacitação de Preceptores.	Periodicamente a FEBRASGO oferece programa de capacitação para preceptores
A Sociedade possui residência-símile (não MEC, certificados por ela mesma)?	Sim	Sim.	Não são da FGB mas ela credencia cursos desde que com pré requisito cumprido de Clínica Médica, carga horária teórica e prática igual a da RM	Sim.	Especialização 3 anos	Não
A Sociedade cobra trabalho de conclusão dos residentes? Isso tem peso na avaliação?	A exigência de TCC pode ocorrer em cada curso isoladamente, não sendo uma exigência do CBO	Sim, para inscrição na prova de título é necessário o envio de um trabalho científico, de caráter obrigatório. É prevista uma nota deste quesito no edital.	Não se aplica	Sim.	Não.	Não.
A prova dos residentes tem algum valor para a prova do título de especialista da Sociedade?	Sim	A iniciativa de 2025 prevê que, dependendo da performance, haverá uma bonificação para a prova teórica do TEOT.	Não no momento. Em estudo	Sim.	Sim, com pontuação.	Sim, a depender do desempenho e assiduidade no Teste de Progresso, o residente pode obter dispensa ou bonificação na Prova Teórica do

INDICADORES	CBO	SBOT	FBG	SBA	ABORL/CCF	FEBRASGO
Limitações ainda não resolvidas	Discutir revalidação periódica	Creios que há uma adaptação no modelo de Ensino Baseado em Competências, com a implantação da Matriz, que foi atualizada pela SBOT e necessita ser endossada pelo MEC. Ainda, estamos desenvolvendo modelos de categorização da performance dos programas de residência, estruturação de livro de registro de procedimentos (logbook) e desenvolvimento das APC.	Manutenção de membros das Comissões, Adesão dos Programas de RM, judicializações da PT, financiamento do TP	Aprofundamento na avaliação de habilidades técnicas, não-técnicas e em centros de simulação.	Introdução de provas práticas	Título de Especialista em GO (TEGO). Não
Tempo de Validade e Reconhecimento do Título	Sem prazo de validade	Não expira.	Não há renovação	Vitalício.	Não há tempo de validade e reconhecimento para o Título de Especialista.	Não há revalidação e recertificação
Forma de revalidação/recertificação do título	Não há revalidação	Não necessita.	Não há renovação	Programa de Educação continuada da SBA. Certificado de Educação Permanente em Anestesiologia (CEPE-A).	Não há.	Não há revalidação e recertificação

SBA - Sociedade Brasileira de Anestesiologia; SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; CBO - Conselho Brasileiro de Oftalmologia; ABORL-CCF - Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Craniofacial; FBG - Federação Brasileira de Gastroenterologia; FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

A B S T R A C T

This article shows the most recent data on the evolution of the number of resident physicians and vacancies from R1 to R5, as well as the number of programs and institutions accredited by the National Commission for Medical Residency (CNRM). It also discusses the types and modalities of evaluation of medical residency, with a focus on the assessment of competencies throughout in-service training, which were incorporated into the most recent CNRM resolution, at the end of 2023, which amended and updated the 2006 directives. Finally, it shows the experience of six Medical Societies that conduct periodic evaluation of resident physicians, presented at a Brazilian Medical Association event.

Keywords: *Training of Human Resources in Health; Residency; Competency-Based Education; Evaluation of Human Resources in Health.*

REFERÊNCIAS

1. Aguiar AC, Ribeiro ECO. The concept and evaluation of skills and competence in medical education: current expert perspectives. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010;34(3):371-8. doi: 10.1590/S0100-55022010000300006.
2. AUTO, BSD; VASCONCELOS, MVL; PEIXOTO, ALVA. Avaliação de habilidades clínicas e feedback na residência médica em Pediatria. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45 (2): e098, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20190340>.
3. Boursicot K, Etheridge L, Setna Z, Sturrock A, Ker J, Smee S, et al. Performance in assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa conference. *Med Teach.* 2011;33(5):370-83. doi: 10.3109/0142159X.2011.565831.
4. BRASIL. Resolução CNRM no 05 de 12 de novembro de 1979. Estabelece especialidades médicas credenciáveis como Programa de Residência Médica e dá providências adicionais. Brasília: Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Residência Médica; 1979.
5. BRASIL. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 09 de julho de 1981.
6. BRASIL. Resolução CNRM no 02, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Comissão Nacional de Residência Médica; 2006.
7. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 4, de 1º de novembro de 2023: Dispõe sobre os procedimentos de avaliação dos Médicos Residentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.semesp.org.br/legislacao/resolucao-no-4-de-1o-de-novembro-de-2023/> Acesso em 16/11/2024.
8. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2380/2024. Homologa a Portaria CME nº 1/2024, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. [Internet]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2380> Acesso em: 15/11/2024.
9. Crossley J, Jolly B. Making sense of work-based assessment: ask the right questions, in the right way, about the right things, of the right people. *Med Educ.* 2012;46(1):28-37. doi: 10.1111/j.1365-2923.2011.04166.x.
10. Cruess R, et al. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. *Academic Medicine* 2016;91(2):180-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000000913.
11. Domuracki K. et al. Learning on a simulator does transfer to clinical practice. *Resuscitation.* 2009 Mar;80(3):346-9. doi: 10.1016/j.resuscitation.2008.10.036.
12. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JRC. Essential competences for the training and evaluation of performance in undergraduate medical education. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013;37(4):526-39. doi: 10.1590/S0100-55022013000400008.
13. Holmboe ES. Work-based assessment and co-production in postgraduate medical training. *GMS J Med Educ.* 2017;34(5):Doc58. doi: 10.3205/zma001135
14. Kogan JR, Holmboe ES, Hauer KE. Tools for direct observation and assessment of clinical skills of medical trainees: a systematic review. *JAMA.* 2009;302(12):1316-26. doi: 10.1001/jama.2009.1365.
15. Lomis K. D. et al. Competency milestones for medical students: design, implementation, and analysis at one medical school. *Med Teach.* 2017;39(5):494-504. doi: 10.1080/0142159X.2017.1299924.
16. Megale L, et al. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). *Rev Bras Educ Med.* 2009;33(2):166-75.
17. MILLER GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med.* 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045.
18. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med.* 2003;138(6):476-81. doi: 10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012.
19. Norcini JJ. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX). *Clin Teach.* 2005;2(1):25-30. doi:

- 10.1111/j.1743-498X.2005.00060.x.
21. Norcini J, Lippner RJ, Grosso LI. Assessment in the context of licensure and certification.
 22. Teach Learn Med. 2013;25 Suppl 1:62-7. doi: 10.1080/10401334.2013.842909.
 23. Panúncio-Pinto MP, Troncon LEA. Avaliação do estudante: aspectos gerais. Medicina (Ribeirão Preto). 2014;47(3):314-23.
 24. Pereira Júnior GA, et al. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. Cadernos ABEM, v. 11, p. 20-47, 2015.
 25. Pereira Júnior GA. Avaliação na educação em saúde com uso da simulação. Capítulo 12, in Pereira Junior GA, Guedes HTV. Simulação em saúde para ensino e avaliação: conceitos e práticas. Editora Cubo, São Carlos/SP, 2021. doi: 10.4322/978-65- 86819-11-3.
 26. Pereira Júnior GA, Hamamoto-Filho PT, Rasslan, Benevenuto DS, Silva EN, Oliveira AF, Portari Filho PE. Avaliação dos resultados dos últimos 5 anos (2018-2022) da prova do Título de Especialista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rev Col Bras Cir. 2024;51:e20243749. doi: 10.1590/0100-6991e-20243749.
 27. Ponnampertuma G. Workplace based assessment. In: Walsh K, editor. Oxford textbook of medical education. New York: Oxford University Press; 2013. p. 537-48.
 28. Romão GS, et al. Avaliação de Residentes em Ambientes da Prática Clínica (Work-Based Assessment – WBA). FEMINA 2020;48(1): 31-7
 29. Scheffer MM, et al. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP; São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2023. 344 p. ISBN: 978-65-00-60986-8.
 30. Scheffer M, et al. Radar da Demografia Médica no Brasil. Informe Técnico Nº 5. Panorama da Residência Médica: Oferta, Evolução e Distribuição de Vagas (2018-2024).
 31. Souza RGS. Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In: Tibério IFLC, Daud-Gallotti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 1-11.
 32. Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. J Grad Med Educ. 2013;5(1):157-8. doi: 10.4300/JGME-D-12-00380.1.
 33. Ten Cate O, et al. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. Med Teach. 2015;37(11):983-1002. doi: 10.3109/0142159X.2015.1060308.
 34. Ten Cate O. A primer on entrustable professional activities. Korean J Med Educ. 2018;30(1):1-10. doi: 10.3946/kjme.2018.76.
 35. Wass V, Bowden R, Jackson N. The principles of assessment design. In: Jackson N, Jamieson A, Khan A, editors. Assessment in medical education and training. Oxford: Radcliffe-Oxford; 2007. p. 11-26.
 36. Wilkinson JR, Crossley JG, Wragg A, Mills P, Cowan G, Wade W. Implementing workplace-based assessment across the medical specialties in the United Kingdom. Med Educ. 2008;42(4):364-73. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03010.x.
 37. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. Cadernos ABEM. 2007;3:39-43.
 38. Zimmermann MH, Silveira RMCF, Gomes RZ. O professor e a arte de avaliar no ensino médico de uma universidade no Brasil. Rev Bras Educ Med. 2019;43(3), p. 5-15.
 39. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.871/2013, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 out. 2013.
 40. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 6 Jun 2014.
 41. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Documento Básico – Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina. Brasília: INEP/MEC; 2016.
 42. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 9.235/2017, de 15 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação,

- supervisão e avaliação das instituições de superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, 18 dez. 2017.
43. Cambricoli F. Em 4 anos, o número de processos por erro médico cresce 140% no STJ. O Estado de São Paulo, Caderno Saúde. 22 Mar 2015.
 44. COLUCCI, C. 91% dos brasileiros querem “exame de ordem” para médicos, mostra pesquisa. Folha de S. Paulo, São Paulo, 22 out. 2015.
 45. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Conselho investe em projeto de qualificação. Jornal Medicina, Brasília, n. 265, p. 5, 2017.
 46. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO – CREMESP. Avaliação acadêmica. CFM e CRMs realizam debate sobre o exame de egressos. 19 jul. 2016b. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=4129>. Acesso em: 15 nov. 2016.
 47. Scheffer M. Demografia Médica no Brasil 2023. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, CREMESP, CFM; 2023.

Recebido em: 14/11/2024

Aceito para publicação em: 26/11/2024

Conflito de interesses: não.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Gerson Alves Pereira Júnior

E-mail: gersonapj@gmail.com

