

ENAMED: Nota 1 no exame, mas 5 na visita de comissões do MEC: quem estamos avaliando — e a quem estamos protegendo?

*Roberto Lobo, Carlos Rivera e Maria Beatriz Lobo**

12 de fevereiro de 2026

O Brasil atribuiu ao Ministério da Educação (MEC) e aos Conselhos Estaduais de Educação a responsabilidade de autorizar, supervisionar e avaliar instituições e cursos de ensino superior.

Ao longo das últimas décadas, construiu-se um aparato técnico-institucional variado: Inep**, e-MEC, comissões de avaliação e um conjunto de indicadores reunidos sob o rótulo de *Indicadores de Qualidade da Educação Superior* — ENADE, IDD, CPC, IGC***, entre outros.

Esses instrumentos orientam decisões regulatórias, subsidiam políticas públicas e alimentam o discurso de transparência e comparação, inclusive em nível internacional. Ainda assim, a pergunta essencial permanece sem resposta clara: o que exatamente está sendo avaliado — e com qual finalidade?

A criação recente do ENAMED****, exame aplicado a egressos dos cursos de Medicina, reacendeu essa discussão. Seus resultados são normalizados por meio da Teoria de Resposta ao Item (TRI), metodologia estatisticamente sofisticada, já utilizada no ENEM desde 2009.

No ensino médio, a TRI cumpre seu papel principal: classificar indivíduos com maior precisão. No ENADE — e agora no ENAMED —, porém, ela vem sendo usada como proxy de qualidade institucional, apesar de limitações amplamente conhecidas.

É aqui que o problema se instala. Avaliar indivíduos não é o mesmo que avaliar instituições.

Avaliações institucionais consistentes — em qualquer setor — exigem clareza conceitual e se apoiam em três pilares: insumos, processos e resultados. No ensino superior, essa tríade é ainda mais crítica.

Universidades e faculdades operam sob múltiplas missões, forte regulação estatal, autonomia acadêmica e horizontes de longo prazo. Reduzir sua avaliação a um único indicador de resultado é metodologicamente frágil e politicamente perigoso.

Insumos incluem a qualificação e o regime de trabalho do corpo docente, o perfil acadêmico e socio educacional dos ingressantes, a infraestrutura física e laboratorial, os sistemas acadêmicos e administrativos e o capital institucional acumulado.

Esses fatores condicionam o potencial formativo, mas não garantem qualidade. Seletividade no ingresso ou alta titulação docente não são sinônimos de bom ensino. Os processos são o elo decisivo.

Organização curricular, práticas pedagógicas, avaliação da aprendizagem, gestão da progressão acadêmica, enfrentamento da evasão, integração entre ensino, pesquisa e extensão e qualidade das decisões institucionais são alguns dos mecanismos que transformam insumos em formação efetiva, ou seja, em resultados.

Processos sólidos podem compensar fragilidades iniciais; processos frágeis desperdiçam até os melhores recursos.

Resultados, por fim, são indicadores — não equivalentes — de qualidade. Incluem evasão, titulação, desempenho em exames externos, produção científica e inserção profissional, entre outros.

Instituições bem-sucedidas são aquelas que atraem e investem estrategicamente em insumos, utilizam bons processos acadêmicos e de gestão e interpretam resultados com inteligência, evitando respostas meramente reativas ou regulatórias.

Na Medicina, essa confusão conceitual tornou-se especialmente grave. O país vive, simultaneamente, a pressão por ampliar o acesso à formação médica e a demanda social pela garantia de competência profissional de quem cuida de pacientes.

Entre 2004 e 2024, o número de cursos de Medicina mais que triplicou, saltando de cerca de 143 para aproximadamente 448. As vagas anuais passaram de 13,8 mil para mais de 48 mil. Apenas entre 2024 e 2025, foram autorizados 77 novos cursos e mais de 5.400 novas vagas, levando o sistema a quase 500 cursos.

Essa expansão ampliou drasticamente a heterogeneidade institucional e pedagógica — exatamente quando os instrumentos avaliativos deveriam ser mais finos e discriminantes.

A resposta adotada foi o ENAMED. Mas a pergunta incômoda permanece: quem se pretende proteger — o paciente ou o sistema?

O MEC ameaça reduzir vagas e suspender processos seletivos de cursos com baixo desempenho agregado no exame. O resultado institucional do ENAMED, no entanto, nada mais é do que a média das notas dos estudantes.

Um aluno bem preparado formado em uma instituição fraca deve ser impedido de exercer a profissão? E o inverso: um médico malformado, egresso de uma instituição bem avaliada, deve ser automaticamente autorizado?

Confundir avaliação coletiva com certificação individual pode ser administrativamente conveniente, mas não responde à principal demanda social: assegurar a competência profissional de quem exerce a Medicina.

A contradição se aprofunda quando se observam as avaliações *in loco* realizadas por comissões do MEC.

Em avaliações presenciais de curta duração, inerentes ao próprio desenho do instrumento de avaliação, analisam-se documentos, instalações, titulação docente e regimes de trabalho — dimensões relevantes do processo regulatório, porém estruturalmente limitadas para apreender processos pedagógicos complexos e seus efeitos cumulativos sobre a aprendizagem ao longo da formação. Essa discrepância não deve ser interpretada como falha pontual das comissões avaliadoras, nem como

inadequação isolada da avaliação *in loco* enquanto instrumento. Ao contrário, ela revela os limites estruturais de avaliações presenciais, de curta duração, para captar processos pedagógicos complexos e seus efeitos cumulativos sobre a aprendizagem ao longo da formação

O efeito é paradoxal. Cursos com desempenho pífio no ENAMED obtêm nota máxima no credenciamento. O dado é eloquente: entre os 107 cursos de Medicina com conceitos 1 ou 2 no ENAMED 2025, a média do Conceito de Curso (CC) é 4,68 — praticamente o teto da escala. Já o desempenho discente médio desses cursos no ENAMED é de apenas 1,77.

A contradição é direta e empiricamente incontornável: o sistema certifica excelência institucional onde o aprendizado não se materializa.

Os responsáveis pelas políticas de avaliação e fiscalização institucional precisam entender como ocorre tamanha disparidade e enfrentar o desafio de garantir que bons conceitos apenas sejam dados para instituições que também alcancem bons resultados dos seus alunos, deixando claro para a população um conceito integrado que seja compreensível e coerente para as pessoas. O CPC e o IGC tentam ser isso, porém, não possuem a mesma visibilidade e facilidade de compreensão pelos que não militam no ensino superior.

Avalia-se bem aquilo que é fácil de observar — prédios, papéis e organogramas —, mas permanece invisível o que realmente importa: o que os futuros médicos sabem, compreendem e conseguem fazer.

Enquanto isso, instituições privadas exploram agressivamente a nota “5 no MEC” como selo de qualidade, omitindo a natureza da avaliação. Candidatos pagam mensalidades próximas de R\$ 10 mil acreditando ingressar em cursos de excelência, muitas vezes financiados por crédito público que jamais será integralmente recuperado.

No fim dessa cadeia, o paciente continua desprotegido. Não há certificação clara e individual de proficiência do médico que o atende.

Dados do Conselho Federal de Medicina indicam que cerca de 72% dos municípios que pleiteiam novos cursos não cumprem requisitos básicos, como hospital de ensino ou número adequado de leitos no SUS — e, ainda assim, parte deles já abriga escolas médicas.

Avaliar é necessário. Avaliar mal, porém, produz apenas a ilusão de qualidade. Se o país não consegue realizar avaliações institucionais profundas e coerentes, há alternativas conhecidas e eficazes. O exame da OAB é um exemplo.

Na Medicina, um exame nacional de proficiência — com etapa prática — seria um passo decisivo. **No mínimo, o resultado individual do ENAMED deveria acompanhar o diploma e ser publicamente acessível.** Isso já ocorre em outros países de forma obrigatória e, em alguns casos, não só para a obtenção da licença, mas periodicamente para que o médico tenha que se manter atualizado para continuar clinicando.

A razão é que, ao final, a pergunta que realmente importa não é tanto a nota do curso, ou da instituição, mas a competência do profissional formado. E, quando a avaliação falha, quem paga o preço é o paciente.

*Roberto Lobo é PhD em Física e Doutor Honoris Causa pela Purdue University. Foi reitor da USP e é presidente do Instituto Lobo.

*Carlos Rivera é doutor em Engenharia de Materiais pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Atualmente é o reitor do Centro Universitários São Miguel.

*Maria Beatriz Lobo é psicóloga com pós-graduação em gestão universitária (CRUB-OUI- University of Flórida), foi vice-reitora da UMC e é presidente do Instituto Lobo.

** INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira

*** ENADE: Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes

*** IDD: Indicador de Diferença entre os Desempenhos Observados e Esperados

*** CPC: Conceito Preliminar de Curso

*** IGC: Índice Geral de Cursos Avaliados da Instituição

****ENAMED: Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica