

Capítulo 10

Residência Médica: 1982 - 1992

Rui Celso Martins Mamede

Desde os primórdios da Humanidade já se procuravam conhecer o corpo humano, entender o seu funcionamento e então, os conceitos aprendidos eram transmitidos de pessoa para pessoa. Hipócrates, que viveu cerca de 370 a.C., é considerado o pai da medicina por ter sido o primeiro a estudar e descrever profundamente o corpo humano. Naquela época, há cerca de 2.500 anos, já buscava explicar os motivos das doenças¹. Com o avanço do conhecimento em saúde humana, surgem as escolas de medicina sendo descrito que a primeira delas, no ocidente, foi a Escola Médica Salernitana, no século IX, que tinha como missão orientar os futuros médicos na cidade de Salerno na Itália.

No Brasil, o ensino da medicina somente se iniciou em 1.808, com a chegada da Família Real, quando D. João VI autorizou a abertura de duas escolas de Medicina uma em Salvador e outra no Rio de Janeiro. Nesta oportunidade o mesmo decreto que permitia a abertura das escolas médicas também regulamentava a profissão. Oficializava-se então a profissão de médico no Brasil que, para ser exercida, haveria a necessidade de ser pessoa qualificada com um diploma de curso superior².

As Escolas hoje, mais comumente chamadas de Faculdades de Medicina procuram, no seu processo de formação, fornecer aos aprendizes conceitos para a restauração e a manutenção da saúde das pessoas. No Brasil, atualmente (2021) existem 350 escolas médicas que formam anualmente 35.558 médicos³. Infelizmente nem todas as faculdades em nosso país disponibilizam aos seus alunos hospitais-escolas ou mesmo cursos de aperfeiçoamentos, o que seguramente compromete a qualificação de seus graduandos como também o aprimoramento de seus médicos recém-formados. Essa já era uma preocupação antiga de William Osler, professor de medicina nos Estados Unidos, quando em 1889 expressou: “Aquele que estuda medicina sem livros está navegando em um mar desconhecido, mas aquele que estuda medicina sem pacientes sequer está chegando ao mar”.

Essa preocupação estava assentada no ressentimento por parte dos médicos recém-formados que não se consideravam suficientemente treinados para o exercício profissional, pois tinham receio de cometer falhas nos atendimentos, reconhecendo que o conhecimento e a prática obtidos na escola durante a sua formação médica se mostrava insuficiente. Com o intuito de melhorar o ensino nas Faculdades Médicas, em 1889, nos Estados Unidos, William Halsted e William Osler⁴ propuseram a possibilidade de o recém-formado permanecer em atividade nos hospitais por mais tempo além do curso regulamentar de medicina, a fim de aprofundar o conhecimento e a prática numa área específica. As atividades planejadas para os recém-formados seriam restritas a uma determinada área e assim o jovem médico permaneceria ao longo das 24hs ao lado dos pacientes; o que originou o nome Residência Médica. O Residente teria como função fazer o acompanhamento da doença dos pacientes, de examiná-los, checando os sinais vitais e os resultados dos exames laboratoriais nas intercorrências, medicando-os e realizando procedimentos específicos da sua área de aplicação, quando necessário. O recém-formado atuaria sob a forma de plantão, rodiziando com outros colegas. Assim, recém-formado iria aplicar re-

petidamente, em diferentes pacientes, procedimentos médicos e com complexidade crescente, sempre sob a supervisão de um professor, profissional mais experiente. Junto ao paciente cirúrgico o recém-formado, além de participar da equipe cirúrgica com atividades de complexidade crescente, também seria responsável pela prescrição médica, realização de curativos, preenchimento de fichas operatórias e de evolução do estado clínico do paciente.

Assim, a presença do residente passou a ser muito bem-vinda para o paciente (por ter atendimento imediato diante de intercorrências, além do apoio psicológico recebido), para a instituição (por substituir o plantonista) e principalmente para o próprio graduando de medicina pela oportunidade de continuar aprendendo em serviço. Dessa forma, ao possibilitar ao residente a aquisição de conhecimentos durante sua prática, e ao entender os dramas, as dificuldades e suscetibilidades dos pacientes o residente passa a adquirir confiança no seu exercício profissional, como também ao final de seu estágio passa a ser considerado como “Especialista” naquela área de atuação.

Com a intenção de possibilitar um maior número de médicos recém-graduados a participar do estágio em cirurgia William Osler⁴ idealizou e construiu no Hospital John Hopkins um Observatório Cirúrgico aplicado no teto da sala cirúrgica. Assim, enquanto alguns residentes participavam ativamente da cirurgia, outros a assistiam pelo observatório e estes se revezavam com aqueles nas próximas cirurgias.

Esta estrutura de observatório e técnica de ensino foi usada e implementada pelo Professor Dr. Rui Ferreira-Santos no HCFMRP-USP no treinamento de procedimentos cirúrgicos sendo utilizada nesta instituição por muitos anos. Essa estrutura de observatório no teto de sala cirúrgica foi abolida em 1972, devido a frequentes recusas pelos residentes para permanecer no observatório. Atualmente os programas de residência do HCFMRP-USP adotam outras dinâmicas de revezamento entre os residentes das áreas cirúrgicas como uso de escalas entre o centro cirúrgico, enfermarias, pequenas cirurgias em ambulatorios, consultórios, horas de estudo e plantões noturnos, num esquema de intensa carga horária de 60 h semanais, ao longo do período de treinamento da residência, período esse dependente da especialidade escolhida.

O modelo de formação e qualificação profissional por meio da residência médica seguida da graduação possibilita ao recém-formado obter competências diferenciadas uma vez que ao longo de seis anos de graduação em medicina receberá conhecimento básico tanto das áreas básicas como das especialidades médicas e após, durante a residência médica, dispenderá de mais dois a quatro anos para aprofundamento em uma área específica. Tal modelo de aprendizagem para o recém-formado reforça a compreensão de que a educação médica durante a graduação é apenas o começo, e que a continuidade do aprendizado deve ser constante ao longo da vida do médico, e a razão principal é que os conhecimentos adquiridos durante a graduação estarão superados alguns anos após a formatura⁵.

Residência Médica no Brasil

No Brasil, o primeiro programa de residência médica foi criado em 1945, em São Paulo antes mesmo da criação da FMRP-USP, no Serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Rapidamente esse programa; Internato; foi sendo incorporado por outras

disciplinas daquela instituição como também por outros hospitais/serviços do país, porém com um número reduzido de médicos recém-graduados. Há relatos de que em Ribeirão Preto a FMRP USP, inaugurada em 1952, após seis anos de criação já iniciava o treinamento de recém-graduados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Dentre os primeiros graduados da FMRP, de que se tem notícia, que participou de um programa de treinamento após a graduação está Maria Ivonette Dias de Abreu, da primeira turma de formandos da FMRP, sendo orientada pelo professor Dr. Luiz de Goes Mascarenhas. Esse treinamento foi realizado na área de Endoscopia per-oral (Bronco-esofagologia) sendo que, meses depois por julgar-se preparada para o exercício profissional interrompeu o estágio e anos depois passou a chefiar o serviço de Endoscopia per-oral do HC de São Paulo. Outros recém-formados da primeira turma da FMRP-USP também fizeram treinamento neste hospital em Ribeirão Preto, mas não foram encontrados registros que identificassem seus nomes e áreas de especialidade, uma vez que o treinamento após a graduação naquela oportunidade era considerado como atividade extracurricular e não oficial.

A cada turma de formandos nos anos subsequentes foi crescendo o número de egressos interessados em se engajar em alguma área de conhecimento e fazer o estágio (internato) semelhante à residência médica. A forma encontrada pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para formalização destas atividades de estágio nas especialidades foi exigir do interessado a sua inscrição na secretaria dos Departamentos e aceitação do chefe da disciplina. Cabe mencionar que naquela ocasião não havia regulamentação institucional e nacional sobre a duração de cada estágio/treinamento.

Foi somente em 1961 que o tempo de treinamento é regulamentado no país como sendo o tempo mínimo de dois anos para o treinamento de médicos recém-formados em qualquer especialidade. Alguns anos depois os estagiários /residentes no estado de São Paulo passaram a receber uma bolsa provinda do Governo do Estado de São Paulo, cujo valor aumentava quando passava do primeiro (R1) para o segundo ano de estágio (R2). A partir de 11 de setembro de 1979 a bolsa de estudos da residência médica passa a ser distribuída pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Foi também estabelecido o dia 1 de fevereiro para o início dos estágios em todas as instituições do estado de São Paulo. Além disso, reiterava-se a exigência de que nos hospitais de ensino houvesse acomodações para o descanso dos estagiários/residentes e que lhes fossem fornecida alimentação e 30 dias de férias e, ao final, o residente tinha o direito a um certificado de conclusão da residência.

Cabe destacar que a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto na década de 70, aceitava nos seus programas de residência médica a entrada de médicos estrangeiros, formados em outros países. Tem-se conhecimento de que na área de Cirurgia de Cabeça e Pescoço fizeram estágios: médicos oriundos da Bolívia e Panamá. Os médicos Hugo Cruz Antezana (residente de 1971 a 1972) e Raul Patinho Saavedra (residente de 1976 a 1978), vindos da Bolívia após terminarem a residência retornaram para seus países de origem para o exercício profissional. Tem-se notícia que o Hugo Cruz Antezana atualmente está estabelecido em Cochabamba. O médico Augustin Cabalero, vindo do Panamá fez residência no período de 1976 a 1977, não retornou ao seu país após o término da residência, permanecendo no Brasil onde realiza suas atividades profissionais em Sertãozinho/SP, como também o médico Lino Blanco Ar-

ruiu, vindo da Bolívia, fez residência de 1977 a 1978, não retornou ao seu país permanecendo na cidade de Franca/SP até os dias atuais. Essa possibilidade de entrada de médicos estrangeiros na residência médica no HC de Ribeirão Preto foi abolida alguns anos depois, visto que estes médicos estrangeiros não conseguiam atender ao requisito de registro no Conselho Regional de Medicina para fazer prescrição médica nos Hospitais do Brasil.

A partir de 1975; ocorre a institucionalização da Residência Médica em todo o país sob a coordenação do Ministério de Educação e Cultura/MEC. O número de vagas passa a ser fixado para cada especialidade nas instituições formadoras e nessa oportunidade regulamenta-se o credenciamento dos programas de residência médica onde é estabelecido que o aumento de vagas de residentes e introdução de novas áreas de especialização/residência deveria passar pelo processo de credenciamento junto ao MEC. Permitiu-se também que determinadas especialidades estendessem o seu treinamento para três anos quando as justificativas demonstrassem necessidade de um maior aprimoramento profissional, como exemplo a residência em Neurocirurgia, entre outras.

Nesta época, o impulso aos processos de desenvolvimento tecnológico e científico na área médica e a multiplicação das vagas nas escolas médicas nas Universidades foram fatores que contribuíram para a ampliação do número de vagas de Residência Médica no Brasil⁶. Em 1982 havia 1.500 vagas de residência médica no Brasil passando para 4.097 no ano de 1984, sendo que apenas 51% dos recém-formados estavam tendo a oportunidade de matricular-se em programas de residência médica no país⁶.

Em 5 de setembro de 1977 o governo Federal publica no Diário Oficial o Decreto nº 80.281 assinado por Ernesto Geisel com a finalidade de regulamentar a Residência Médica em todo território brasileiro. Criava também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com o objetivo de fiscalizar e regulamentar a Residência Médica no país e as COREME ou Comissões de Residência Médica nas instituições que desenvolviam tais programas, tornando-as responsáveis por seguir e executar as instruções da CNRM nos hospitais.

A partir de então, a residência médica passa a ser considerada como pós-graduação, modalidade *latu sensu*, destinada a capacitar médicos formados pelas escolas médicas do Brasil em determinadas especialidades. Todos os programas deveriam ser credenciados pela CNRM e ao término do programa, o médico teria o direito ao título de especialista na área. Atualmente o título de especialista pode ser obtido também por meio das sociedades de especialistas.

Dentre outras exigências está aquela em que os programas de Residência Médica somente poderiam ser realizados em hospitais de médio e grande porte, preferencialmente ligados a uma faculdade de medicina, dado a necessidade de comprovação da: presença de supervisores ou docentes médicos para o ensino e orientações clínicas aos residentes, disponibilidade de alojamento médico, fornecimento de alimentação e remuneração digna. O quantitativo de residentes passa a se basear no número de leitos do hospital, número de salas cirúrgicas, capacidade dos laboratórios, fluxo de pacientes, bem como a demanda de profissionais, entre outras. Além disso, foi estabelecida a obrigatoriedade de credenciamento dos hospitais e serviços que oferecem o treinamento para a residência médica junto à Comissão Nacional de Residência Médica. Assim, poucos são os hospitais que conseguem preencher os requisitos para esse tipo de programa de formação.

Por outro lado, diante das exigências relacionadas ao credenciamento de hospitais e programas de residência médica deparou-se com a carência de vagas para todos os recém-formados anuais no país. Em meados da década de 90 existiam 289 instituições que desenvolviam 2.035 programas de Residência Médica o que revelava que em 1992, apenas 70% dos formandos em medicina no país tinham a oportunidade de cursarem a Residência Médica⁶.

Com a formalização e padronização em todo o território nacional do concurso para a residência médica houve um grande aumento de procura pelas vagas nos programas credenciados junto ao MEC. Cabe ainda destacar que por haver diferentes níveis de excelência na qualificação de residentes entre os programas no país, emergiu uma nova necessidade - o Exame de Ingresso à Residência Médica. Este fato vem revelando uma grande competição entre os recém-graduados de todo o país em busca de uma melhor qualificação para o exercício profissional.

Residência Médica no HCFMRP-USP: 1982 a 1992

A década de 80 foi um período de grandes transformações do setor saúde no Brasil onde as escolas de formação das profissões da área da saúde, instituições de saúde e especialmente hospitais universitários fizeram inúmeros esforços para atender as propostas de uma reforma sanitária no país, iniciada na década de 70, que trazia como marcos para definição do novo Sistema de Saúde - o SUS: A saúde como dever do Estado e direito do cidadão; A reformulação do Sistema Nacional de Saúde; O financiamento setorial⁷. Entre as questões que se colocavam como desafios para que a reforma sanitária acontecesse de fato no país configurava-se a participação dos hospitais universitários na formação de profissionais de saúde tornando-os aptos a enfrentarem os problemas de saúde prioritários da população brasileira, assim como no desenvolvimento de pesquisa, de novas técnicas, procedimentos e terapias, e, de incorporação de novas tecnologias. Assim, o HCFMRP-USP como uma instituição comprometida com a saúde da população passa a participar ativamente do debate de transformação do setor saúde no país especialmente naquilo que promovesse a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para concretizar a integralidade da assistência. Arelado aos movimentos da reforma sanitária os programas de residência médica do país e do HCFMRP-USP em especial caminham nessa direção, para atender aos princípios de reformulação do sistema de saúde.

Paralelo aos movimentos da reforma sanitária no país vivenciavam-se movimentos que tratavam das questões relacionadas à necessidade de formalização, regulação e busca de equidade nos processos de ingresso na residência médica em todo território nacional. Assim, com a regulamentação da residência médica no país, em 1975, a Comissão de Residência Médica do HCFMRP-USP, recém-criada naquela instituição, estabeleceu a necessidade de realizar o exame de ingresso à residência, devido principalmente ao aumento no número de interessados pelo internato médico como também com o aumento de procura pelo acesso por candidatos formados em outras instituições de ensino. A metodologia proposta para o processo seletivo na ocasião foi realizar entrevista individual com todos os inscritos e, somente para os candidatos graduados em outras escolas que não a FMRP, acrescia uma prova escrita tipo teste. Essa distinção no processo seletivo de candidatos era ratificada com base na compreensão sobre a responsabi-

lidade do próprio órgão formador para com seus egressos. Portanto, naquela oportunidade predominava a crença de que a residência objetivava a suprir as falhas das escolas médicas na formação de seus alunos, então os docentes da FMRP-USP defendiam a tese de que a própria escola tinha como obrigação fornecer a seus egressos a possibilidade de completar sua formação e sua prática por meio da residência.

O programa de residência médica do HCFMRP-USP, naquela ocasião, contava com 150 vagas credenciadas pelo MEC para o primeiro ano de residência cujo número excedia ao número anual de formandos da FMRP-USP, ou seja, teria uma ocupação de 80 vagas pela instituição e assim as 70 vagas excedentes seriam oferecidas aos egressos de outras instituições.

O primeiro exame de seleção neste hospital foi realizado em 1975 e coordenado pelo presidente da Comissão de Residência Médica do HCFMRP USP e preceptor da área de Clínica Médica Prof. Dr. José Ernesto dos Santos. Naquela oportunidade o processo seletivo foi realizado no anfiteatro do Bloco B do HC onde atualmente se encontra a Unidade de Emergência do HCFMRP-USP. A prova escrita para candidatos extra FMRP-USP foi elaborada na forma de testes, com questões proporcionais ao número de vagas das disciplinas. Essa metodologia se repetiu nos anos seguintes, 1976 e 1977.

No ano de 1978, sob a coordenação do Prof Dr Agnaldo Luiz Simões, docente do Departamento de Genética da FMRP-USP, o processo seletivo da residência se deu em outros espaços, extramuros ao HC e FM, especialmente para a realização da prova escrita, devido à carência de espaços para comportar o grande número de egressos inscritos de outras instituições. Foi então em 1978, a primeira vez que a prova escrita acontece fora do espaço institucional, sendo que nos anos subsequentes até 1992 as provas escritas ocorreram nas salas do Colégio Barão de Mauá ou na UNAERP, cujas instituições generosamente ofereceram seus espaços.

Cabe destacar que em 1978, o Prof. Dr. Rui Celso Martins Mamede; representante da Disciplina de Cirurgia Maxilo-Buco-Cérvico-Facial e Endoscopia Peroral; cuja área médica foi posteriormente credenciada pelo MEC como Cirurgia de Cabeça e Pescoço; foi convidado para fazer parte da Comissão de Residência Médica do HCRP quando assume a função de secretário por um período de três anos. E, em seguida, ele assume a função de Coordenador do Exame de Seleção da Residência Médica do HCFMRP. Assim, em 1979, a coordenação do processo seletivo da residência médica passou a ser do Prof. Dr. Rui Mamede que permaneceu nessa função por 35 anos consecutivos, de 1979 a 2014, com uma descontinuidade em 1988, quando o docente se afastou para desenvolver um programa de pós-doutoramento em Chicago, USA.

Antes da Comissão de Residência Médica do HCFMRP-USP se transformar em COREME por decisão da CNRM, o seu Presidente era eleito entre os membros que representavam cada um dos programas indicados pelos Departamentos da FMRP. No entanto, em 1980, o conselho Deliberativo do HCFMRP-USP através de Ato Designatório indica para presidência da COREME o Diretor Clínico do HC que na época era o Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira Martins. A partir de então, o presidente da COREME, por designação, passa a ser o Diretor Clínico do HCFMRP-USP (conforme descrição da primeira ATA da COREME de 29 de abril de 1980, arquivada no HCFMRP USP).

Após este preâmbulo histórico sobre o processo seletivo de residentes do HCFMRP-USP no período que antecedeu a formalização da residência médica no país não há como deixar de trazer

à lembrança fatos muitas vezes pitorescos de um processo ainda que muito doméstico para os dias atuais, mas que muito ajudaram aos membros da Comissão de Residência Médica (CRM) ao longo dos anos a desenvolver um espírito de união e busca constante por aprimoramento e solidificação na construção deste processo.

Assim, recordações ficaram registradas sobre o sufoco vivido no curto período de inscrições para a seleção dos candidatos aos programas, quando a sala da secretaria “pegava fogo”. Isto porque os candidatos tinham que comparecer pessoalmente no Hospital das Clínicas para a entrega de documentos pessoais, currículo vitae e pagamento da inscrição. O espaço destinado para isso era uma pequena sala no andar térreo do HC FMRP, formavam-se enormes filas e a chefe do setor, a Sra. Nilza Faccio, “se descabelava” para acelerar o processo e ao mesmo tempo estar atenta e aberta para todo o tipo de reclamação dos candidatos. Ao final de cada dia de inscrição o valor arrecadado das inscrições tinha que ser depositado numa agência bancária como também os curriculum vitae dos candidatos deveriam ser separados por programa conforme selecionado pelo candidato. Estes deveriam ser mantidos em um local de guarda até a época das entrevistas, quando então seriam enviados aos departamentos. Felizmente a tecnologia foi chegando e facilitando esse processo.

Ainda nesta época em que a inscrição dos candidatos era feita na secretaria da CRM a impressão das provas e sua correção eram feitas manualmente. No HCRP havia uma gráfica com impressão Offset que na época dos exames ficava totalmente à disposição da CRM para a impressão das provas. Uma vez impressas, suas folhas eram separadas, grampeadas e embaladas pelos membros designados para a Comissão de Prova. Cabe destacar o rigor e seriedade com que esse processo era levado pela CRM ao ponto de proceder à digitação e impressão das provas sempre na sexta-feira, véspera da prova, que era aplicada em colégios da cidade cuidadosamente selecionados previamente. Motivado por grande preocupação para que todo o processo ocorresse de forma ílesa e ética as provas impressas, acondicionadas em caixas, eram sigilosamente armazenadas e guardadas em uma perua modelo Caravan, onde permanecia a noite em local sigiloso para, então, na manhã seguinte serem levadas ao local do exame.

Outro fato que merece ser destacado diz respeito à forma e recursos que se tinha na época para a correção e pontuação da prova escrita. Assim, naquela ocasião o candidato ao realizar a prova escrita, tipo teste, passava suas respostas para uma folha de papel que continha a sua identificação, a sequência do número das questões e as alternativas possíveis de respostas. Ali o candidato colocava uma marca com X na resposta de cada questão. Após o término da prova e recolha de todas as folhas de respostas a correção e pontuação dos candidatos era feita manualmente pelos membros da Comissão de Provas que por sua vez usava uma matriz com orifícios indicando as alternativas corretas o que facilitava a contagem do número de acertos.

Por força da proximidade de expiração do tempo que os programas de residência médica de todo o país tinham para adequação às exigências advindas do Decreto nº 80.281 de 1977, estes tiveram que proceder a adequações no processo seletivo. Dentre as exigências demandadas pela CNRM destaca-se aquela em que toda instituição que desenvolve um programa de residência médica deve fazer seleção dos médicos interessados com base em um concurso único e com iguais oportunidades a todos, inde-

pendentemente da escola médica de onde os candidatos se originaram. Estabelecia também que este concurso deveria conter, além da entrevista e análise do currículo, uma prova escrita com o mesmo número de questões nas áreas consideradas básicas, ou seja: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia e Medicina Social. Como os alunos formados pela FMRPUSP vinham de 1956 a 1982, tendo prioridade para o ingresso na Residência Médica do HCFMRP USP, na ocasião em que se fazia necessidade de cumprir o Decreto 80.281 estes fizeram uma grande mobilização demonstrando sua insatisfação por meio de greve e invasão dos corredores da administração do hospital e lá permaneceram por vários dias. A situação só foi contornada após muitas discussões entre os alunos e superintendência do hospital no sentido de mostrar o significado de um decreto.

Então, para atender às adequações do decreto os Programas de Residência Médica do HC da FMRP-USP tiveram que se adaptar às novas condições cujos acertos se relacionaram ao exame escrito que contava com 100 questões distribuídas em 20 para cada área básica, às pontuações para cada componente do processo seletivo entre outros. Até então eram dados peso 4 para a prova escrita, 3 para o currículo e 3 para a entrevista sendo então corrigido seguindo a distribuição de pesos: prova escrita (seis), currículo (dois) e entrevista (dois). Estes pesos foram novamente alterados nos últimos anos da década, passando a 9 para escrita e 1 para entrevista e currículo.

Vale aqui lembrar que mesmo os alunos da FMRP-USP tendo que se conformar à nova forma de seleção para a residência, por anos consecutivos estes, para marcar posição, compareciam no local dos exames munidos de instrumentos de fanfarra expressando “gritos de guerra”. Esta atitude não era bem aceita pelos candidatos de outras instituições o que levou a reclamações e repreensões pela CNRM. Diante de tais efeitos houve necessidade de intervenção do promotor de justiça do HC o Dr. José Henrique dos Santos Jorge junto à CNRM. Essa situação somente foi modificada quando os alunos foram convencidos de que tais atitudes poderiam colocar em risco o credenciamento dos programas de residência do HC.

A montagem da prova era feita com base nas questões de cada área básica, perfazendo um total de 100 questões que deveriam contemplar todas as subáreas. Cabe lembrar que desde o início, a elaboração das questões sempre ficou a cargo dos departamentos, sendo que para manter o maior sigilo possível era solicitado que todos os departamentos; representados pelas áreas básicas para a residência, ou seja, cirurgia, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e medicina social e preventiva; enviassem à comissão de provas 40 questões, sendo que destas a comissão selecionava 20 para cada área:

A escolha das 20 questões de cada área que iriam compor o caderno de prova era feita pela Comissão de Prova nas vésperas da sua impressão, dando preferência por aquelas questões que conduzia a “discussão de casos”. Vale a pena trazer à memória um fato, hoje considerado pitoresco, mas que na ocasião foi motivo de grande aflição, foi que no ano de 1982 o Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira Martins então Diretor Clínico do HCFMRP e presidente da COREME, trancou na gaveta de sua escrivaninha da sala da Diretoria Clínica o caderno de prova que deveria ser impresso. No dia seguinte, ele nervosamente aciona todos os membros da Comissão de Prova para informar que estava faltando uma página do caderno de provas. A comissão ao refletir sobre a possibilidade de alguém ter tido contato com o seu conteúdo, resolveu refazer a prova trocando todas as questões. Foi um trabalho árduo e penoso, por dia

e noite adentro, dado a precariedade de tempo para os passos seguintes como a digitação e impressão dos exemplares. O lado pitoresco da situação é que após a realização e aplicação da prova o Prof. Dr. Martins encontra aquela página perdida preza no fundo da gaveta superior da sua escrivaninha. Foi motivo de muitas gargalhadas.

A Lei 6.932 de 07 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades dos médicos residentes entre outras providências apresenta novas exigências dentre as quais estabelece que o edital da prova de todos os programas de residência médica deveria ser previamente aprovado pela CNRM antes de torná-lo público. Estabelece ainda que para os programas de residência médica que exigem algum pré-requisito (R3), o conteúdo da prova deveria estar relacionado unicamente ao pré-requisito. Estabelece também que as especialidades que necessitam de pré-requisito seriam as seguintes áreas: Cirurgia de Cabeça e Pescoço (CCP), Neurologia e Neurocirurgia. Para a CCP exigiu-se como pré-requisito 2 anos de Cirurgia Geral; para a Neurologia a exigência de 1 ano de Clínica Médica ou 1 ano de Pediatria e para a Neurocirurgia a obrigatoriedade de 1 ano de Neurologia.

Diante das novas exigências e da procura cada vez maior de candidatos foram surgindo novas demandas e maior complexidade no processo seletivo da residência médica. A busca por soluções foi sendo aprimorada e a adequação aos avanços da tecnologia em comunicação e informática se tornaram imprescindíveis para que o processo seletivo acompanhasse o merecido prestígio que os programas de residência do HCFMRP-USP vinham conquistando no país. Assim as inscrições deixaram de ser presenciais passando para via eletrônica (e-mail) e a entrega de currículos vitae por correio. A digitação e impressão das provas passaram para gráficas terceirizadas, sendo realizadas na quinta feira que antecediam a data do exame, onde a sexta feira era reservada para os acertos finais e uso em caso emergencial.

Cabe destacar que no dia da impressão da prova escrita os membros designados para a Comissão de Prova faziam rodízio entre si para permanecerem de plantão nos vários setores da gráfica por onde o material passava até que os cadernos de prova fossem grampeados, embalados em caixas com o número exato ao de candidatos por sala. Esse plantão durava em média 12 horas. Após a finalização deste processo, com todas as caixas lacradas, estas eram levadas ao HC e armazenadas. No dia da prova, o funcionário do hospital, Sr. Osvaldo Celso de Oliveira Campos, recolhia as caixas e as transportava em uma perua do hospital até o local definido para a prova, ou seja, no colégio selecionado previamente.

Outra modificação efetuada foi quanto à data da realização do exame. No sentido de evitar coincidências dos dias com outros exames como os vestibulares da FUVEST, UNESP e UNICAMP que ocupavam grande parte das instituições escolares da cidade, com as datas das provas seletivas de outros programas de Residência Médica no estado de São Paulo, como também garantir o direito dos candidatos de participar de outros processos seletivos no estado, acordou-se que a aplicação da prova em Ribeirão Preto passaria para a última segunda feira do mês de novembro. Com a modificação da data da prova, de sábado para segunda feira, e, portanto, da digitação e impressão dos cadernos de prova, deparou-se com o problema da guarda desse material durante os quatro dias que antecediam a data do exame. Na administração da superintendência do HCFMRP-USP, 1983, pela Profa. Dra.

Marisa Mazzoncini de Azevedo Marques foi permitida que as caixas que acondicionavam as provas impressas fossem guardadas no banheiro existente na sala da Superintendência. Para o ano seguinte, as provas impressas passaram a ser guardadas num grande cofre antigo do HC, cuja chave ficava com o funcionário Sr. Adelino Marabine. Após autorização pela superintendência as caixas passaram a ser armazenadas naquele cofre até o dia da prova. Com o passar dos anos esse cofre foi perdendo função para o hospital, se tornando um verdadeiro trambolho, passando a ser deslocado para espaços cada vez menos acessíveis. Nesse período, por várias vezes havia desejo por parte dos setores da superintendência que o cofre fosse levado para o ferro velho, porém os funcionários ligados ao processo seletivo da residência resistiam alegando que este era “o cofre da Residência Médica”. A última vez em que ele foi usado para esse desiderato, este se encontrava em uma garagem de automóveis do hospital. Como a cada ano que passava maior era o número de inscritos e a quantidade de provas impressas também aumentava, então quando este quantitativo se tornou maior que a capacidade de acondicionamento do cofre o mesmo finalmente foi vendido como ferro velho e as salas do setor de Recursos Humanos do HC passaram a abrigar e guardar as provas.

Para a correção das provas no início da década era usado o sistema de Leitora de cartões perfurados da IBM do Departamento de Genética desta Faculdade. Cada cartão continha 100 questões com cinco alternativas devendo conter apenas um lacre destacado em cada questão pelo candidato. O processo de correção era moroso visto que se acontecesse de ter sido perfurado o lacre em duas alternativas de uma mesma pergunta a Leitora deixava de funcionar até que houvesse a correção daquele cartão. Diante das dificuldades nesse processo novas tecnologias foram experimentadas. Foi então passado a utilizar as Leitoras Ópticas de cartões LC3000, que podiam ser acopladas em qualquer computador e faziam a leitura de cartões marcados com tinta de caneta. Essa era a tecnologia utilizada nas apostas em casas lotéricas. O HC adquiriu uma dessas máquinas e a correção das provas passou a ser realizada na CIA - Centro de Informática e Análise do HC sob os cuidados do Dr. José Henrique Jorge, procurador da justiça e grande colaborador da COREME como representante da Superintendência, e do técnico de informática do hospital o Sr. Reginaldo Rodrigues Alecrim.

Outro fato que merece ser lembrado diz respeito ao destino dos cadernos de prova após a sua aplicação. Nos primeiros anos do processo seletivo os cadernos das provas eram recolhidos pelos fiscais não permitindo que os candidatos levassem consigo para não dar pistas de como seria a prova do ano seguinte. Essa conduta foi modificada logo após o I Fórum Paulista de Residência Médica, realizado em 1980 em Campinas/SP, quando se passou a permitir que os candidatos levassem consigo os cadernos de prova. As temáticas discutidas nesse fórum foram de grande importância para o estabelecimento de políticas nos processos seletivos para a residência médica no estado de São Paulo. Nesse sentido, formas de racionalização do processo foram propostas e estabelecidas. O estabelecimento de um múltiplo do número de vagas, sendo menor quanto maior fossem as vagas, colaborou na redução do tempo para a entrega dos resultados e na carga de trabalho da comissão, uma vez que limitava o número de candidatos convocados para as fases seguintes do processo seletivo: entrevista e análise do currículo.

O quadro abaixo apresenta de forma sumarizada todo o *modus operandi* do Processo Seletivo da Residência Médica destacando a formação e atribuições das Comissões de Residência Médica do HCFMRP-USP

Os Exames de Residência Médica do HCFMRP-USP são realizados anualmente em conformidade com a Comissão Nacional de Residência Médica/MEC A organização e execução do processo seletivo à Residência Médica do HCFMRPUSP são de responsabilidade da COREME. O processo seletivo à Residência Médica do HCFMRP USP ocorria com formatos distintos para R1 e R3, podendo ocorrer no mesmo período. O processo seletivo para R1 e R3 se fará em duas fases. A primeira fase constará de prova teórica, escrita, contendo 100 questões de múltipla escolha. A segunda fase constará de entrevista e análise de currículo vitae.
I - Atribuições da COREME - indicar anualmente o coordenador do processo seletivo da residência médica. - constituir a Comissão de Preceptores que auxiliarão no processo seletivo dando-se preferência pelos representantes dos departamentos das áreas envolvidas, ou seja, Clínica Médica, Cirurgia, Medicina Social, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. - definir a data dos exames de seleção para Residência Médica com um mínimo de 6 meses de antecedência. - determinar o “modus operandi” dos trabalhos com ênfase na coleta, aperfeiçoamento e escolha das questões que farão parte da prova escrita. - colaborar com a Comissão Organizadora do processo seletivo para Residência Médica na aquisição e seleção das questões que farão parte das provas teóricas.
II - Constituição da Comissão Organizadora do Processo Seletivo A Comissão Organizadora do processo Seletivo é composta por três membros assim constituída: pelo Diretor Clínico do HCFMRP-USP/Presidente da COREME e um professor da FMRP-USP indicado pela COREME para coordenação do processo seletivo.
A - Atribuições da Comissão Organizadora do Processo Seletivo É responsabilidade da Comissão Organizadora do Processo Seletivo fazer o planejamento e execução de todo o processo seletivo, incluindo a aplicação da prova escrita, mantendo e resguardando o sigilo absoluto sobre o conteúdo e forma do material da avaliação que será submetido aos candidatos à residência médica. Auxiliar na orientação do corpo docente envolvidos na fase final de entrevistas de forma a assegurar a organização, comodidade, conforto e tranquilidade ao candidato. É de sua responsabilidade ainda aplicar e fazer cumprir as diretrizes estabelecidas pela COREME. Dentre o conjunto de atribuições cabe à Comissão Organizadora: - Colaborar com a Coreme no estabelecimento de datas de abertura de inscrições ao processo seletivo e realização da prova teórica. - Colaborar com a elaboração do Edital de Abertura do Processo Seletivo conjuntamente com a Procuradoria Jurídica e a Coreme. - Solicitar aos Departamentos das áreas clínicas a constituição da Comissão de Prova Departamental (CPD) para realizarem entrevistas e análise do currículo. - Planejar juntamente com a CIA (setor de informática do HC) a forma de aplicação e utilização dos recursos de informática na inscrição dos candidatos, aplicação e correção das provas escritas e na análise estatística dos resultados da avaliação dos candidatos. - Solicitar à Superintendência a liberação de espaços físicos do HC para atividades de orientação aos fiscais antes da aplicação das provas teóricas; para armazenamento dos cadernos de provas antes de sua aplicação. - Selecionar tecnologias apropriadas e modernas que facilitem a inscrição e o deslocamento dos candidatos bem como a aplicação das provas. - Reunir com os membros da CPD para discussão e escolha das questões que farão parte da Prova Escrita dos R1. - Colaborar com os membros da CPD na discussão e escolha das questões que farão parte da Prova Escrita dos R3, - Elaborar a montagem final da prova escrita dos R3.

Continua

B - Atribuições do Coordenador da Comissão Organizadora do Processo Seletivo

Além das atividades acima enumeradas cabe ao coordenador:

- Selecionar e indicar locais com espaços físicos adequados dentre colégios, universidades ou outros no município para a aplicação das provas escritas.
- Providenciar formas de confecção de lanches para os fiscais e candidatos inscritos no dia das provas teóricas.
- Providenciar mecanismos para assegurar espaço e mobiliário para Guarda volume a ser utilizado pelos candidatos durante as provas teóricas
 - Fixar prazos para o recebimento de questões a serem elaboradas pelos departamentos e analisadas pela CPD,
 - Estabelecer o cronograma para cumprimento das atividades considerando:
 - a) entrega das questões da prova escrita com 3 meses de antecedência à aplicação da prova,
 - b) análise e aperfeiçoamento dessas questões.
 - Convocar os membros da CPD para reuniões em consonância com o cronograma previamente determinado.
 - Providenciar a elaboração do caderno de provas para R1, a sequência das questões bem como seu gabarito mantendo sigilo sobre o conteúdo dos mesmos.
- Selecionar e definir a contratação dos serviços gráficos responsáveis pela editoração dos cadernos de provas assegurando melhor custo, qualidade e sigilo nas informações contidas no objeto de prova.
- Fiscalizar presencialmente, no serviço gráfico contratado, todo o processo de editoração dos cadernos de provas conferindo a digitação do conteúdo e assegurando o cumprimento dos seguintes passos:
 - a) correção pelos preceptores das questões digitadas em Word,
 - b) checagem das questões durante a migração do Word para o programa Page Maker no serviço gráfico contratado,
 - c) correção pelos preceptores das questões em Page Maker.
- Assegurar a impressão, empacotamento, lacre dos cadernos de questões da prova escrita e guarda do material até o dia da aplicação da prova.
- indicar um docente para a função de médico durante a realização da prova teórica.
- Selecionar e indicar funcionários do HC que poderão colaborar nas funções de fiscal durante a realização da prova Escrita.
 - indicar os funcionários especializados para atuar no Guarda Volume.
 - Orientar o fluxo dos candidatos durante a prova escrita, resolvendo os problemas que ocorrerem.
 - Confeccionar planilha de custo e listas para o pagamento dos Docentes e Funcionários.

Evolução dos Programas de Residência Médica do HCFMRP-USP: 1980 a 1992

A **tabela 1** apresenta a distribuição do número de vagas preenchidas pelos programas de residência médica do HCFMRP-USP de acordo com as diferentes especialidades ao longo do período de 1980 até 1992. É possível observar que o número de vagas preenchidas nos programas sofre pequenas oscilações ano a ano, de 138 (92%) nos anos 1980 e 1986 a 148 (98,7%) no ano de 1991, portanto em nenhum ano se completou as 150 vagas credenciadas. Isto porque as vagas oferecidas ficavam especialmente na dependência da quantidade de bolsas de estudo distribuída pela FUNDAÇÃO do Estado de São Paulo, o que nem sempre contemplava a totalidade credenciada pela CNRM. Vale destacar que a oscilação do número de vagas preenchidas pode também estar relacionada a um conjunto de outros fatores como a solicitação de diminuição temporária pelo programa do número de vagas diante de justificativas como diminuição do corpo docente, limitação das atividades médicas em determinado setor, entre outras. Por outro lado, nem sempre as vagas eram preenchidas devido à carência de candidatos inscritos na especialidade levando a menor demanda em relação à oferta ou mesmo podendo ocorrer a desistência de algum candidato aprovado o que impossibilitava a entrada de outro candidato quando a época da desistência tinha ultrapassado a data limite para isso (evento frequente).

Outro motivo que poderia justificar o não preenchimento das vagas seria nos casos de programas recém-credenciados, pouco conhecidos ou programas ainda sem tradição na formação de residência médica.

Este motivo pode-se dizer que não cabe aos programas do HCFMRP USP visto que todos os programas sempre foram considerados de excelência, portanto muito disputados mesmo antes da existência da CNRM.

A alta percentagem de preenchimento de vagas pelos programas do HCFMRP USP sinaliza a sua posição de destaque a nível nacional quando FEUERWERKER, 1997⁶, assinalava que a ociosidade de vagas é função das especialidades e, também, das instituições. Complementa a autora que a taxa de ocupação das vagas de residência médica no estado de São Paulo nos meados da década de 90 era de 71,1% oscilando entre 77 e 85%, sendo que enquanto estas estavam alocadas nas universidades estaduais ou Hospitais de maior prestígio esse percentual de preenchimento variavam de 85 a 95%, e, nos hospitais de menor prestígio essas taxas variavam de 53 a 60% de ocupação. Destaca ainda a autora que tais achados revelam que os residentes não ocupam as vagas a qualquer preço.

A **Tabela 1** revela ainda que ao longo dos 13 anos, de 1980 a 1992, o HCFMRP USP qualificou 1.855 médicos residentes os quais se tornaram especialistas nas áreas por eles escolhidas. Do total das vagas preenchidas no HCFMRP USP nesse período o maior contingente foi representado pela Clínica Médica: 309 (16,65%), seguido da Pediatria 304 (16,38%), Ginecologia e Obstetrícia 165 (8,89%), Anestesia 147 (7,92%) e da Psiquiatria 128 (6,9%).

A **Tabela 2** evidencia o crescimento do número de concorrentes de 1982 a 1992 e também da porcentagem de inscritos por programa do HCFMRP USP, destacando-se os 20,6% de inscritos na área de Clínica Médica. Especificamente para os programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP USP) houve, na década de 80, um aumento de três vezes no número de candidatos. Na década de 80 a instituição tinha 16 programas de Residência Médica que contavam com 150 vagas de residentes conforme evidenciado na **tabela 1**. No processo seletivo de 1980 recebeu 419 candidatos e, dez anos depois, em 1990, os programas tiveram 1.271 candidatos, diminuindo para 943 (1991) e depois 881 em 1992.

Tabela 1 - Distribuição do número de vagas preenchidas nos Programas de Residência Médica HC FMRP USP, 1980-1992.

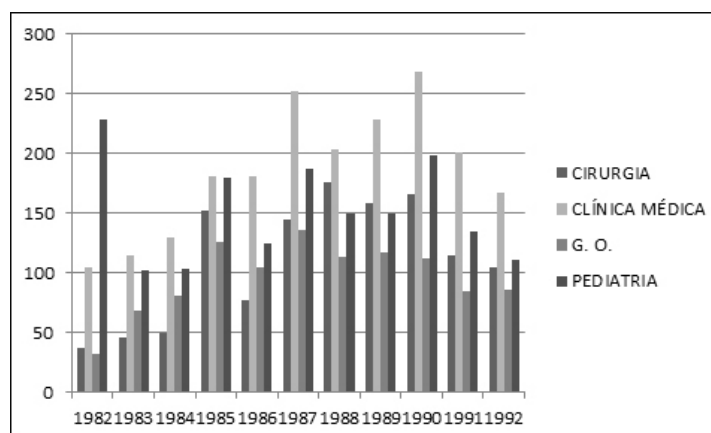
Área	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total
Cirurgia	8	8	8	10	10	10	8	9	10	10	10	10	10	121
Anestesia	9	8	10	10	10	10	10	10	10	15	15	15	15	147
Neurocirurg	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26
CCP	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39
Ortopedia	8	8	6	8	8	8	4	6	8	8	8	8	8	96
Clinic. Médi	26	26	26	22	22	24	24	25	18	24	24	24	24	309
Radiologia	7	7	7	7	7	7	7	5	5	5	6	7	7	84
Gin/Obst	12	13	12	14	14	14	14	14	14	10	10	12	12	165
Pediatria	24	24	24	24	20	20	24	24	24	24	24	24	24	304
Oftalmol	4	6	6	8	6	8	6	6	6	6	6	6	6	80
ORL	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	56
Neurolog	10	8	8	10	10	10	10	8	8	8	8	8	8	114
Psiquiatria	10	10	10	10	10	10	10	10	8	10	10	10	10	128
Patologia	3	5	5	-	8	8	4	4	2	3	3	3	3	51
Preventiva	4	6	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	98
Genética	4	4	6	5	-	-	-	4	3	3	3	3	2	37
Total	138	142	145	145	142	146	138	142	134	144	145	148	146	1855

Tabela 2 - Distribuição do número e porcentagem de inscritos nos Programas de Residência Médica HC FMRP USP, 1982-1992.

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	Total	%
Clinic. Médi	105	115	129	181	181	252	203	228	269	201	167	2031	20,6
Pediatria	228	102	103	180	125	187	150	149	199	134	111	1668	16,9
Cirurgia	37	46	50	152	77	145	176	158	166	115	105	1227	12,4
Gin/Obst	32	68	81	126	105	136	113	117	112	84	86	1060	10,7
Anestesia	58	19	21	48	36	55	57	66	127	90	85	662	6,7
Ofthalmol	55	28	38	63	43	58	65	64	95	56	71	636	6,4
Ortopedia	43	22	24	41	21	44	40	50	54	42	44	425	4,3
Psiquiatria	36	20	37	44	41	38	45	29	42	42	30	404	4
Radiologia	45	20	19	26	29	27	38	29	54	48	59	394	3,9
Neurolog	28	19	42	52	43	29	31	21	31	33	25	354	3,5
ORL	28	10	18	19	21	29	31	34	64	44	39	337	3,4
Preventiva	31	20	22	24	19	20	21	8	7	12	14	198	2
Neurocirurgia	15	4	10	13	16	25	23	12	23	19	23	183	1,8
CCP	13	9	7	15	11	7	17	9	17	12	12	129	1,3
Patologia	21	5	12	13	13	7	11	9	9	7	8	115	1,1
Genética	10	4	-	-	-	1	8	3	2	4	2	34	0,3
Total	785	511	613	997	781	1060	1029	986	1271	943	881	9857	

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos programas de residência em Cirurgia, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia de acordo com o número de candidatos no período de 1982 a 1992 (**Gráfico 1**). Foram tais programas que obtiveram os maiores números de candidatos ao longo desse período. Observa-se que a Clínica Médica apresentou maior atratividade de candidatos ao longo dessa série, tendo o maior pico em 1990 com 269 candidatos. Essa posição só foi modificada no ano de 1982 quando a pediatria teve o maior número de candidatos (228).

Gráfico 1 - Distribuição dos programas de residência em Cirurgia, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia segundo o número de candidatos. HCFMRP-USP. 1982 a 1992.

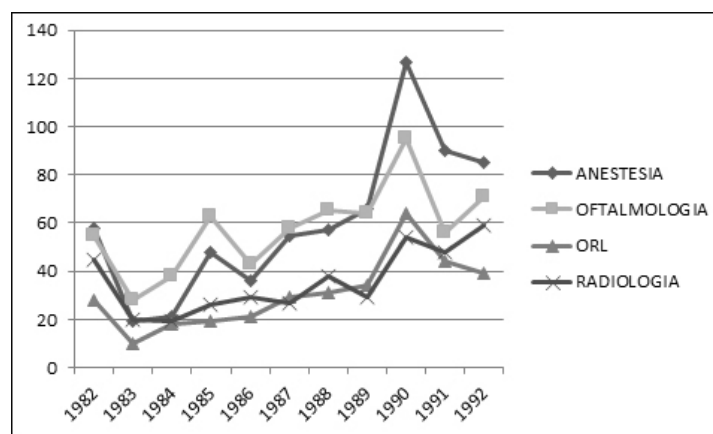


A Clínica Médica é possuidora de uma atração especial por ser a especialidade detentora de um conhecimento mais amplo sobre o processo saúde - doença do corpo humano o que poderia explicar o fato de representar cerca 20% dos candidatos inscritos. Cabe destacar que essa especialidade tem se

mostrado também de grande relevância para aqueles que buscam aperfeiçoamento em outras especialidades clínicas, como gastroenterologia, cardiologia, nefrologia, entre outras. Deve-se frisar que as duas áreas eram aquelas que tinham o maior número de vagas para a residência, sendo 24 para a Pediatria e 26 para Clínica Médica, enquanto a Cirurgia dispunha de 10 e a Ginecologia e Obstetrícia de 14 vagas. Ao se comparar a área de Cirurgia Geral e a de Ginecologia/Obstetrícia nota-se que a GO teve maior número de candidatos somente nos anos de 1983, 1984 e 1986.

Ao se comparar o número de inscritos para a residência em Anestesia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Radiologia conforme mostra o **Gráfico 2**, houve um aumento constante para esses quatro programas em toda a década. A Anestesia teve seu maior pico de inscritos em 1990, com 127 candidatos correspondendo a cerca de 10% dos candidatos. Embora a Oftalmologia e a Otorrinolaringologia apresentassem curva crescente de candidatos ao longo da década, ao comparar ambas as especialidades, a Oftalmologia manteve o maior número de candidatos. Depois de um período de queda e platô no número de candidatos (1982 a 1984) a Radiologia mantém, apesar de forma lenta, um crescimento até 1992.

Gráfico 2 - Evolução do número de candidatos a residência médica de acordo com as especialidades Anestesia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Radiologia. HCFMRP-USP, 1982-1992.

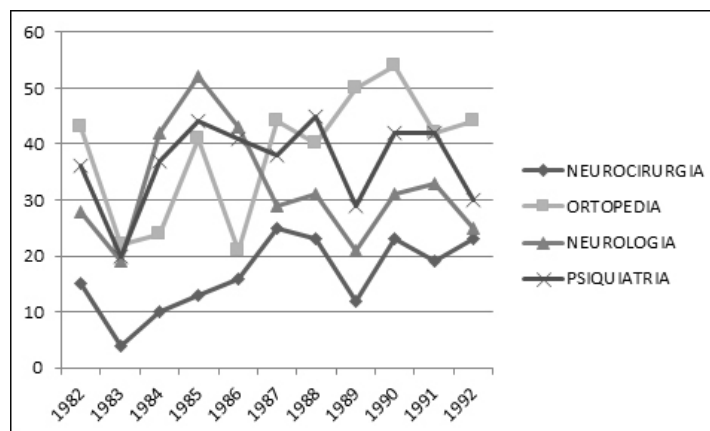


No **Gráfico 3** (página a seguir) é possível verificar os programas de residência médica que apresentaram maiores oscilações no número de candidatos ao longo dos anos. Verifica-se que mesmo sendo programas com reduzida oferta de vagas como mostrado na **Tabela 1**, a Ortopedia e Neurocirurgia revelava uma curva com tendência ao crescimento no final da década. O maior pico de inscrito para a Ortopedia foi em 1990 com 54 inscritos e para a Neurocirurgia foi em 1987 com 25 candidatos. A Psiquiatria teve um pico alto em 1988, mas tanto Neurologia quanto Psiquiatria chegam ao final da década com tendência de queda.

Os programas de residência em CCP, Patologia, Medicina Preventiva e Genética que normalmente dispõe de baixo número de vagas consequentemente são os programas com menor procura por candidatos cujo número de vagas conforme apresentado no **gráfico 4** foram os menos concorridos na década. Observa-se que a Genética Médica com apenas 2 candidatos em 1992 se mostra com tendência

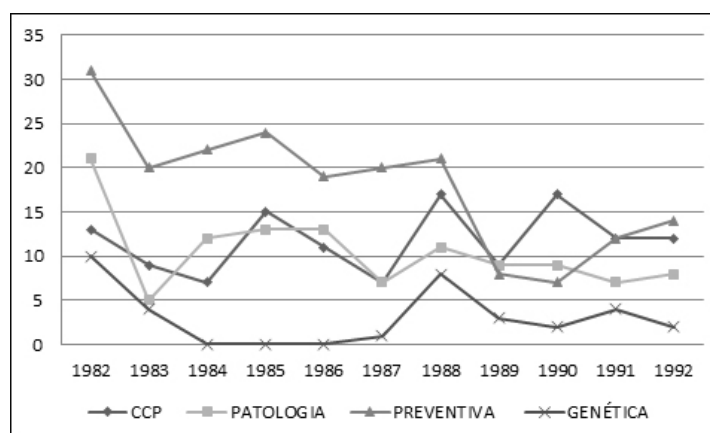
de queda quando comparado aos 10 candidatos em 1982. No entanto, cabe destacar que esse programa vivenciou um período de não oferecimento de vagas (1984 a 1986).

Gráfico 3 - Evolução do número de candidatos a residência médica de acordo com as especialidades Neurocirurgia, Ortopedia, Neurologia e Psiquiatria. HCFMRP-USP.1982-1992.



O **Gráfico 4** mostra ainda que a Medicina Preventiva se colocava numa situação de recuperação por procura de candidatos pelo programa visto que em 1982 haviam alcançado 31 candidatos, nos anos subsequentes passou por constante queda chegando a 7 candidatos em 1990 vindo a recuperar em 1992 com 14 candidatos. As demais especialidades, CCP e Patologia, revelavam uma tendência à estabilidade (**Gráfico 4**) cujos picos superiores e inferiores se mantiveram nas faixas ente 5 a 20 candidatos. A CCP teve os maiores picos (17 candidatos) nos anos 1988 e 1990 e para a Patologia seu maior pico foi em 1982 (21 candidatos) revelando rápidas quedas nos anos subsequentes chegando a 8 candidatos em 1992.

Gráfico 4 - Evolução do número de candidatos a residência médica de acordo com as especialidades CCP, Patologia, Medicina Preventiva e Genética. HCFMRP-USP. 1982-1992.



No sentido de buscar identificar quais os programas de residência que tinham maior número de concorrentes, dificultando o ingresso dos candidatos ao longo do período de 1982 a 1992, a **Tabela 3** mostra o número de inscritos por vagas nos 16 programas do HC da FMRP USP.

Tabela 3 - Distribuição dos candidatos inscritos por número de vagas de 1982-92.

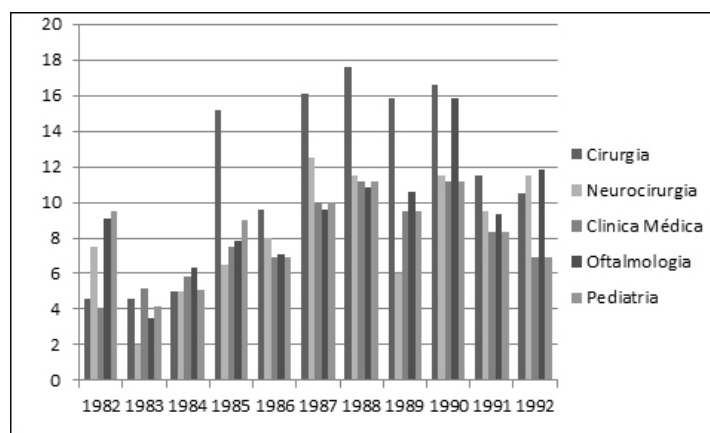
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Cirurgia	4,6	4,6	5	15,2	9,6	16,1	17,6	15,8	16,6	11,5	10,5
Anestesia	5,8	1,9	2,1	4,8	3,6	5,5	5,7	4,4	8,4	6	5,6
Neurocirurgia	7,5	2	5	6,5	8	12,5	11,5	6	11,5	9,5	11,5
CCP	4,3	3	2,3	5	3,6	2,3	5,6	3	5,6	4	4
Ortopedia	7,1	2,7	3	5,1	5,2	7,3	5	6,2	6,7	5,2	5,5
Clinic. Médi	4	5,2	5,8	7,5	6,9	10	11,2	9,5	11,2	8,3	6,9
Radiologia	6,4	2,8	2,7	3,7	4,1	5,4	7,6	5,8	9	6,8	8,4
Gin/Obst	2,6	4,8	5,7	9	7,5	9,7	8	11,7	11,2	7	7,1
Pediatria	9,5	4,2	5,1	9	5,2	7,8	6,2	6,2	8,3	5,5	4,6
Oftalmol	9,1	3,5	6,3	7,8	7,1	9,6	10,8	10,6	15,8	9,3	11,8
ORL	7	2,5	4,5	4,7	5,2	7,2	6,2	6,8	12,8	8,8	9,7
Neurolog	3,5	1,9	4,2	5,2	4,3	3,6	3,8	2,6	3,8	4,1	3,1
Psiquiatria	3,6	2	3,7	4,4	4,1	3,8	5,6	2,9	4,2	4,2	3
Patologia	4,2	0,6	0,4	1,6	3,2	1,7	5,5	3	3	2,3	2,6
Preventiva	3,8	2,5	2,7	3	2,3	2,5	2,6	1	0,8	1,5	1,7
Genética	1,6	0,8	-	-	-	0,2	2,6	1	0,6	1,3	1

Quanto à proporção de candidatos por vaga ao longo do período de 1982 a 1992 é importante salientar que se apresentaram nessa disputa 9.857 candidatos, o que representou nesse período uma média de 5,6 candidatos por vaga, sendo que em 1982 a média foi de 5,2 candidatos por vaga enquanto em 1992 essa relação cresceu para 5,8 candidatos por vaga.

Ao se comparar os programas de maior concorrência neste hospital, o **Gráfico 5** (página a seguir) ajuda a tal visualização. Assim, estão representados os 5 programas de Residência com maior número de candidatos inscritos por número de vagas (c/v) ou seja aqueles com maior grau de dificuldade para a entrada de candidatos naquele período. Os programas de Residência em Cirurgia, Neurocirurgia, Clínica Médica, Oftalmologia e Pediatria foram os que se mostravam como mais concorridos.

É possível identificar que no ano de 1982 a Pediatria foi o programa mais concorrido, com 9,5 c/v, seguido pela Oftalmologia (9,1 c/v). A Pediatria continua em posição de destaque ao longo do período, com médias que a faz ocupar a segunda, terceira ou quarta posição de concorrência entre os candidatos. Vale destacar que o programa de Oftalmologia se coloca de maneira constante entre os mais concorridos em todo o período de análise, sendo que em 1984 e 1992 configura-se como o primeiro colocado entre os demais programas.

Gráfico 5 - Distribuição do número de candidatos por vaga/cv de acordo com os programas de residência médica de maior concorrência (Cirurgia, Neurocirurgia, Clínica Médica, Oftalmologia e Pediatria). HCFMRP-USP.1982-1992.



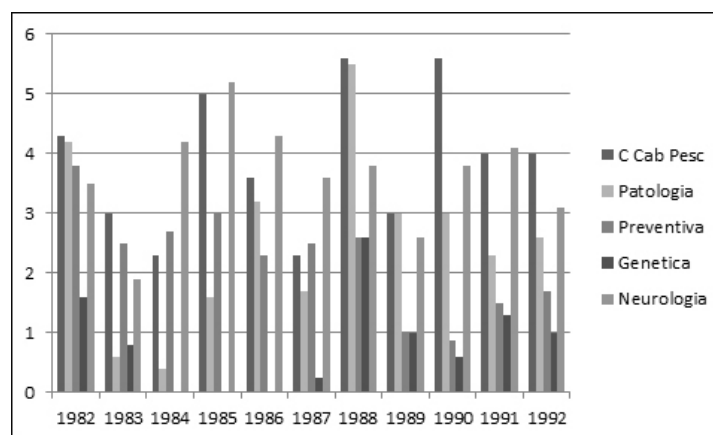
A Clínica Médica no ano de 1983 foi o programa que se mostrou como o mais difícil para a entrada, tendo 5,2 c/v, no entanto, nos anos seguintes (1985 – 1991) foi o programa de residência em Cirurgia Geral que apresentou maior competitividade para os candidatos, configurando o primeiro lugar no quesito candidatos por número de vagas. A disputa pela Cirurgia Geral foi mais acentuada no ano de 1985 quando a proporção c/v chegou a 15,2, valor muito distante do segundo lugar ocupado pela Pediatria (9 c/v) no mesmo ano. No ano de 1988 a Cirurgia Geral alcançou o valor de 17,6 na proporção c/v revelando, o maior valor para todas as áreas nesta década. Vale destacar que o programa de residência em Neurocirurgia, cujo número de vagas disponíveis sempre foi em torno de 2, se comportou de forma constante como um programa bastante concorrido entre os candidatos. Chama a atenção que em 1990 apresentou uma proporção de 15,8 c/v.

No **Gráfico 6** (página a seguir) é possível analisar o comportamento dos programas de residência médica em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Patologia, Medicina Preventiva, Genética e Neurologia em função de candidatos por número de vagas por programas (c/v) ao longo do período em análise: 1982 -1992. Estes programas de uma maneira geral são aqueles com menor procura devido especialmente ao fato de oferecerem um número muito reduzido e limitado de vagas.

Cabe aqui lembrar que o programa de residência em Genética não abriu vagas por três anos consecutivos (1984 - 1986) e se situa entre os demais como o menos concorrido por todo o período em análise. Convém também destacar que nesta década a CCP obteve autorização para que o Departamento de Cirurgia assumisse o seu pré-requisito, oferecendo, portanto, dois anos de Cirurgia Geral. Desta forma o programa de CCP continuou oferecendo acesso direto, por mais algum tempo e o candidato aprovado tinha que fazer 2 anos de Cirurgia Geral e mais 2 anos de CCP. Porém, observou-se que depois de dois anos passados nos estágios de Cirurgia Geral o residente adquiria o título de Cirurgião Geral e quase sempre acabava por abandonar a continuidade do programa na CCP. Diante de tais entraves, anos depois foi alterado o pré-requisito para a entrada na CCP, com autorização da CNRM e da Sociedade de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, exigindo então como pré-requisito 1 ano de Cirurgia Geral e 1 ano

de Otorrinolaringologia. Observando o **gráfico 6**, consta-se que a CCP é um dos programas que lidera a relação c/v entre os programas desse grupo, tendo em 1988 e 1990 seu maior pico de candidatos por vaga, 5,6 c/v respectivamente.

Gráfico 6 - Distribuição do número de candidatos por vaga/cv de acordo com os programas de residência médica de candidatos/vagas para Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Patologia, Medicina Preventiva, Genética e Neurologia



O programa de residência em Neurologia apresenta também uma relação constante de candidatos por vaga ao longo da década analisada, configurando-se em posições de destaque. Em 1985 foi o ano em que esteve em primeiro lugar (5,2 c/v) quando comparado com os demais programas aqui expostos (**Gráfico 6**).

O programa de residência em Patologia atingiu os seus maiores picos de procura em 1982 e 1988 com 4,2 c/v e 5,5 c/v respectivamente. Por sua vez o programa de residência em Medicina Preventiva oscilou entre 3,8 c/v e 0,87 c/v (1982 e 1990 respectivamente). Observando o **gráfico 6**, a menor competitividade para esse programa começa acentuar-se a partir de 1989.

Considerações Finais e Desafios da Residência Médica do HCFMRP-USP nas Próximas Décadas

No período aqui descrito sobre a Residência Médica do HCFMRP-USP pode-se dizer que foi um período de intensa transformação e organização do setor saúde no Brasil, o que de forma muito direta veio exigir novas práticas em saúde e, conseqüentemente, interferir no esperado perfil médico e dos demais profissionais da área da saúde. Foi um período em que começou a ser gestada a implantação do SUS, depois de um processo de descentralização de recursos e ações iniciadas com as Ações Integradas de Saúde. Assim, a proposta da reforma sanitária com a introdução de um novo modelo de sistema de saúde provocou uma importante expansão do setor público e gerou a necessidade da ampliação de postos de trabalho para médicos e demais profissionais de saúde. Diante do contexto da saúde no país e do HCFMRP-USP como importante instituição aderente aos preceitos e princípios do SUS, os programas de residência médica continuam participando do investimento para aperfeiçoamento da formação médica, permanecendo como um passo essencial para interferir de fato na

definição do perfil dos profissionais médicos⁶. Deste modo, vislumbra-se desafio constante para os responsáveis pela educação médica e os formuladores de políticas de saúde permanecerem atentos para a configuração da residência médica como um dos momentos estratégicos de grande colaboração na transformação das práticas em saúde que tanto o SUS exige. No que diz respeito aos programas de residência médica do HCFMRP-USP nos anos subsequentes aos aqui analisados, estes continuaram sua evolução em resposta às necessidades conforme as políticas governamentais externadas via CNRM, mantendo sua qualidade. Assim, a manutenção da conquista da excelência na formação em residência médica, no número de vagas e de programas constituem desafios a serem permanentemente enfrentados pela instituição, pelo corpo docente da FMRP-USP e pelos membros da COREME e das Comissões responsáveis pelo processo seletivo de residentes, pois fazem parte de sua Missão para com o Ensino e formação de profissionais de saúde qualificados.

REFERÊNCIAS

- 1 - Bezerra AJC, Vianna LG, Bacelar SS. O Pai da Medicina Rev Med Saude, 2012; 1(2):113-18.
- 2 - Machado CDB, Heinzle M. Educação Médica no Brasil uma análise Histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. Rev bras educ med. 2018; 42 (4). <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>
- 3 - Nassif ACN. Escolas Médicas do Brasil. Medicina in Blog 2021. [citado em 2021 set 20]. Disponível em: <https://escolasmedicas.com.br/escolas-medicinas-todas.php>
- 4 - Cameron JL. Willians Stewart Halsted nossa herança cirúrgica. Ann Surg. 1997; 225(5): 445-458.
- 5 - LimaGonçalves E. Médicos e ensino da medicina no Brasil. São Paulo: EDUSP; 2002.
- 6 - Feuerwerker LCM: Mudança na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. 1997. Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- 7 - Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV: Hospitais de ensino e o sistema Único de saúde. RAS, 2010; 12(46): 7-14.