

ENTREVISTA: MARIA DO PATROCÍNIO TENÓRIO NUNES⁽¹⁾



R.M.: Qual a sua opinião sobre o suposto protecionismo exercido pelas faculdades de medicina em relação a seus alunos?

Eu sempre costumo dizer, quando estou na FMUSP ou fora, falando sobre o acesso à residência médica, que isto é muito falado, mas nunca é provado. Acho que nós precisamos provar. Na verdade, como é o acesso para a residência médica? É regulamentado por Brasília, pelo MEC, por meio da comissão nacional, e é um processo seletivo público. Não se chama concurso porque não é para provimento de vagas, já que ser residente não é um cargo, é temporário. O processo seletivo público para a residência médica segue as leis dos processos de concursos públicos do Brasil. Além desse processo ser seletivo público, a USP também é uma instituição pública, portanto sujeita a todas as legislações brasileiras de justiça, de abertura, tem que estar tudo muito às claras. Se não, a promotoria da cidadania pode anular o concurso e ter que começar tudo outra vez. Os alunos da FMUSP dizem que “em todos os lugares tem protecionismo, menos aqui. Então, se eu não entrar aqui, não vou entrar em nenhum outro lugar.” Em todos os outros lugares que eu vou, eles dizem exatamente o contrário, que aqui há protecionismo e que na escola deles não há. Eu acho que alguém precisava tomar a sério essa questão para saber se existe ou não existe. A minha opinião é que não deve existir protecionismo. Ou a gente muda as regras do jogo, ou a gente as segue. Se eu gostaria que todos alunos egressos da FMUSP fizessem residência médica aqui? Talvez a grande

maioria. Todos, não, porque tem que haver antes uma auto-avaliação. O estudante sabe o quanto ele cumpriu com as obrigações durante a faculdade e o quanto não cumpriu. Então, se houvesse uma avaliação durante a faculdade bastante rígida, homogênea, criteriosa, esse deveria ser o principal critério. E quem não atingiu o limite para passar, não deveria ser promovido para o ano seguinte. Seria mais justo, talvez. No entanto, hoje as regras dizem que você precisa ter uma prova de conhecimento nas áreas do que foi ensinado durante os seis anos, com ênfase no internato e nós temos que seguir as regras.

R.M.: Então não há como impedir que as outras faculdades divulguem o que cairá na prova? A senhora faz alguma coisa nesse sentido?

Se isso for documentado, você pode anular o concurso da outra escola, tem que chamar a promotoria da cidadania. Eu sempre falo para os estudantes: cadê a prova? Se houver uma prova, vamos levá-la para a promotoria. Se existe uma prova, ninguém quer mostrar. Sentem-se com telhado de vidro, não sei.

R.M.: Alguns professores da FMUSP dão aula em cursinhos para prova de residência. É verdade ou não?

Os estudantes daqui da faculdade me passaram um site de alguns desses cursos preparatórios. Eu imagino que os sites desses cursos sejam provas de fato, não é? Eu não posso imaginar que o aluno forjou aquele site. Ele não teria nenhum interesse. Eles me transmitiram e eu retransmiti para a diretoria da faculdade. E, nesse site,

⁽¹⁾ Coordenadora da Comissão da Residência Médica da FMUSP e representante das escolas médicas na Comissão Nacional de Residência Médica.

consta o nome, sim, do docente. Docente para mim é toda pessoa que dá aula, não que seja contratado pela USP necessariamente. E tem alguns nomes que realmente são de professores da casa. De qualquer maneira, embora seja uma atividade lícita, já que não é proibido dar aula, promover esses cursinhos é eticamente e moralmente muito questionável, principalmente para um indivíduo que é professor de medicina e sabe de todo o mal que cursos preparatórios como esses promovem. Na verdade, o que essas pessoas estão fazendo, é se aproveitando da dor do outro. Então, têm escolas em excesso, número insuficiente de vagas para residência médica, hoje em dia já são 10000 formandos para 7000 e poucas vagas de R1, no Brasil, então eles estão se aproveitando desse mercado, desse desequilíbrio. Nós devíamos estar juntando forças para batalhar pela melhoria tanto da graduação, como principalmente da residência médica, em relação não só ao número de vagas, como também à qualidade de ensino. Por que todo mundo quer fazer residência médica na USP? Como eu já escrevi até para o governo do Estado, as pessoas não procuram a USP só porque ela é famosa, ela é famosa porque conquistou esse posto. Existiu alguma coisa que fez com que as pessoas reconhecessem o mérito de estar aqui. Não é que a residência médica aqui seja perfeita, pelo contrário, temos muita coisa ainda por fazer, por corrigir e por transformar. De qualquer maneira, comparativamente, a gente sabe que o programa está muito, muito ruim é que precisa, na verdade, ser extinto. Alguns precisam de correções, outros, de outras instituições, talvez, extinção. Não tem a menor condição de progredir.

R.M.: E a senhora acha que, de alguma forma, esses professores podem passar para os alunos de cursinho o que pode cair na prova?

Com certeza que sim. Porque isso é inerente ao ser-humano. Eu coordeno as provas de residência médica, e a gente tem que fazer um treinamento de anular na cabeça tudo o que você acabou de discutir. Essa é uma técnica que todo mundo que é banca de prova, banca da FUVEST, banca da residência médica, precisa fazer. É preciso ter um comprometimento ético muito grande, comprometimento moral maior ainda. Veja que eu dou aula do primeiro até o quinto ano e não tenho nenhuma inserção no sexto ano, justamente para evitar passar, inconscientemente, algum tipo de informação privilegiada.

R.M.: Como é uma atividade lícita, não tem o que ser feito?

O que a gente tem feito são abordagens para tentar refletir com as pessoas que isso não é correto. Pelo

menos, ou eles façam a opção de estar em contato com os estudantes ou estar ganhando muito dinheiro nos cursinhos. Se você pensar, o indivíduo que é de uma escola pública tem uma formação com o dinheiro do povo e ele está cobrando para passar aquela informação de novo. Isso não é moralmente e acho que até legalmente correto, é bem questionável.

R.M.: Levando-se em consideração que a graduação da FMUSP privilegia a parte prática, qual é o enfoque da prova de residência?

Então, a FMUSP é bastante consciente, eu não queria usar a palavra pioneira porque talvez nós não tenhamos sido os primeiros a pensar nisso, mas com certeza que foi vanguarda nisso com esse tipo de reflexão. Eu digo que as regras nacionais estabelecem que o acesso à residência médica será por meio de um processo seletivo público, que tem regras. E essas regras dizem que 90% da nota que o candidato vai atingir tem que se fazer por meio de conhecimento médico demonstrado, e só 10% que ficam para arguição e análise de currículo. A própria faculdade, os próprios estudantes daqui, questionam a falta de critérios homogêneos nas diferentes áreas da casa em relação a essa segunda etapa, que é a arguição e análise de currículo. Os 90%, grande parte das instituições ou transferiram a responsabilidade, ou aprenderam e fazem por meio de provas de conhecimento médico que são testes de múltipla escolha, na sua imensa maioria. Isso começou em 1980 e o que foi observando ao longo do tempo é que é muito difícil selecionar o residente entre aqueles que fizeram medicina, porque já tem uma seleção anterior. Com todas as críticas ao vestibular, todo mundo conhece os 2000 elementos da FUVEST que se colocam muito bem. Quando você vai comparar com as outras profissões, só 180 cabem aqui e mais 100 na Santa Casa, portanto, todo mundo sabe, que tem 2000 candidatos que vão muito bem. Aí depois esses mesmos 2000, associados a outros que vêm de outras universidades federais vêm concorrer para uma vaga na residência médica. Eu acho que para o nosso despreparo, essa é uma reflexão importante, nós somos médicos e somos professores, técnica pedagógica para dar aula a gente não tem, e técnicas pedagógicas para fazer avaliação menos ainda. Apesar de que, quando nós vamos à USP discutir avaliações, nós percebemos que, apesar de tudo isso, a Faculdade de Medicina está até que bem dentro do cenário, outra vez comparativo, da USP. Quando você vai fazer uma prova de seleção, colocam-se coisas que nada tem a ver com a prática do dia a dia do internato. Vou te dar um exemplo de uma questão que eu já vi numa prova de residência médica, não tenho certeza se foi na USP

ou não: o câncer de laringe acomete 20%, 18%, 15% ou 25% da população? A questão é o que esse tipo de informação favorece no futuro profissional? É questionável. Esse tipo de questão favorece o surgimento desses cursos preparatórios. Porque o que esses indivíduos dos cursos preparatórios fazem? Eles estudam exatamente essas provas e fazem treinamentos em cima delas. Além disso, há técnicas para se responder testes de múltipla escolha, identificando o que o indivíduo quer na raiz do problema e anulando o problema mesmo sem conhecer o assunto ao qual se está sendo solicitado a pensar. Os professores de medicina não têm tanto preparo técnico para isso. Custa caro, demanda tempo. Vai implicar um cuidado com o sigilo da prova, contratar profissionais para fazer isso. Eu tenho uma impressão de que para fazer uma prova teste para medicina muito bem feita você tem que começar um, dois anos antes. Essas provas foram desvirtuando, direcionando os estudantes de medicina, principalmente durante os últimos anos para que eles se preparassem para respondê-las. O exame de residência, nos moldes em que ele tem sido aplicado tem afastado muito os alunos das suas atividades diárias no ambulatório, na enfermaria, no centro cirúrgico, na terapia intensiva. Então, a gente começou a pensar nisso e em março de 2004, eu, o professor Milton de Arruda Martins, e outros tantos professores, que também estão na Associação Brasileira de Educação Médica, chegamos à conclusão de que era necessário mudar o exame de seleção para residência médica. Única e exclusivamente para sinalizar aos estudantes o que ele precisa fazer no curso de medicina. Mas desde 1998 que a FMUSP vem mudando a sua prova de acesso no sentido de que as questões sejam casos clínicos, obrigatoriamente, aplicação de conhecimento. Não interessa a informação epidemiológica sobre câncer de laringe. O mais importante é perguntar para os estudantes se eles sabem, se eles conseguem pensar nos fatores de risco, na prevenção desse tipo de câncer.

R.M.: Mas aí a parte prática entra nesses 90% ou nos 10%?

Ano a ano, de 1998 até hoje, a prova foi ficando a tal ponto que chegou a 100% de caso clínico. E, finalmente em 2004, por uma observação nova e pela oportunidade de estar na Associação Brasileira de Educação Médica, ao mesmo tempo que também estamos na Comissão Nacional de Residência Médica, houve uma feliz coincidência que todo mundo pensou que precisávamos fazer uma prova prática. E aí então nós desmembramos aqueles 90% dividindo e incorporar um bom percentual da prova em prova prática. Dá um enorme trabalho, custa tanto para

avaliadores como para examinandos, mas eu julgo fundamental para que fique realmente sinalizado, é um sinal forte para os estudantes que, assim, eles não têm que aprender em casa. Porque se ouvia muito nos corredores da faculdade que, enquanto os alunos de outras faculdades param em agosto, ficando 6 meses só estudando nos livros, os daqui têm que ficar empurrando maca, levando paciente para exame, evoluindo, de plantão. A medicina, acho que várias profissões, mas a nossa, inquestionavelmente, se pauta no treinamento prático. Tanto que a residência médica é consagrada como uma modalidade importante em acentuar esse treinamento prático, porque residência médica não é pra corrigir graduação mal feita, nem aluno despreparado. É para aprofundar, fundamentar aquilo que já foi adquirido durante a graduação. Não, não dá para sair da faculdade clínico geral. Você sai com informações gerais, mas você tem que treinar. A cada ano nós somos melhores como médicos.

R.M.: Qual a sua opinião a respeito de uma especialização um tanto precoce dos alunos?

Acho que ela é muito prejudicial para os estudantes. Eu dou aula para o primeiro ano, e sei que alguns já falam: vou ser neurocirurgião, vou ser pediatra. Mas eu acho que o importante, na graduação, é a gente ter a cabeça bem aberta e se dedicar muito para todas as áreas e possibilidades, porque, antes de ser um especialista, eu preciso ser um médico muito bem informado e com solidez de conceito. Então hoje, que eu sou uma clínica geral, muitas vezes tenho que usar os recursos que a pediatria me ensinou durante a graduação. A gente tem, na faculdade, a possibilidade de ser muito exposto a situações diversas, em ambientes diversos. Mas, de qualquer maneira, eu acho que nós temos, eu digo nós porque eu fui formada na FMUSP, condições de sair com conceitos bem sólidos em relação às áreas gerais. Agora, é preciso empenho. Quando eu já sei que eu vou ser especialista, eu posso não me dedicar tanto às áreas gerais. O erro não está em querer ser especialista. Está em, por causa disso, achar que todo o resto é bobagem. Eu acho, também, que o estudante de medicina, não só daqui, mas do Brasil inteiro, precisa se situar na realidade, pensando na possibilidade de inserção profissional e se a especialidade está saturada ou não. É importante que a gente discuta para o futuro, vaga em quê e até quando na residência médica. Porque a residência médica é muito ambígua, desde a sua origem. Ela é um curso de especialização, de pós-graduação *sensu lato*, mas ela tem diretrizes legais que garantem direitos trabalhistas para os médicos residentes. A residência médica está no meio do

caminho entre a graduação e o serviço. Então, ela precisa ser bastante crítica e consciente da realidade. Qual é a necessidade de saúde do Brasil? Nós precisamos resolver isso e colocar os parâmetros. Serão tantas vagas nisso, tantas naquilo e isso tem que ser revisto de tempos e tempos. Os países mais desenvolvidos do mundo regulam o número de especialistas a serem formados. Nós deixamos ao bel prazer.

R.M.: Mas a especialização precoce não favorece alguns alunos na seleção para residência em áreas como a cirurgia?

Então, isso é bastante falado desde a fundação da residência médica e do acesso, em 1945, ou na FMUSP ou no Hospital do Servidor Público, no Rio de Janeiro. Naquela época, os professores escolhiam quem seria residente. Com um critério subjetivo e objetivo, avaliavam se o indivíduo tinha ou não perfil para aquela modalidade, que era clínica médica, cirurgia, pediatria ou ginecologia obstetrícia. Com o tempo, isso se transformou no processo seletivo público, sujeito a todas as regras legais e pedagógicas. Isso faz com que alguns professores resistam a essas mudanças. Por outro lado, eles também trazem um argumento bastante adequado, de que é necessário ter perfil para algumas especialidades. Mas eu acho que cabe a nós fazermos com que nessa prova prática, por exemplo, que nós mostramos, por dois anos consecutivos, que é viável de ser feita, a gente coloque esses outros aspectos que deveriam estar incorporados. Por ora, digo que talvez a especialização precoce leve ao critério de injustiça. Por que eu não posso decidir lá no sexto ano se eu vou ser isso ou aquilo? É outra coisa que precisa ser melhor provada, porque para bons alunos não existe o limite de ter sido super especialista ou não. Agora, eu acho que o centro acadêmico tem levado à discussão a necessidade de haver uma certa homogeneidade limite nos critérios para arguição e análise de currículo. Porque isso está sujeito a 10% da nota. Quem foi muito bem e quem foi muito mal, dificilmente muda de posição, após a arguição e análise de currículo, mas o que está no meio pode ser sujeito a avaliação dessa etapa. Todos os critérios são previamente explicitados em edital. Então cabe a todos os candidatos questionarem, criticarem, e, se for o caso, reverem alguns critérios. Eu, pessoalmente sou contra se exigir como um dos critérios, com peso grande, que o indivíduo que vai para essa ou para aquela especialidade tenha feito estágios extracurriculares naquela área. Isso para mim é inadequado porque prejudica a graduação. Eu acho que a prova de seleção, em todas as fases, tem que, o tempo inteiro, privilegiar a graduação. Então, quando

eu pontuo, acentuadamente, um estágio extracurricular, eu posso estar desvirtuando o estudante da aula que eu mesma vou dar. É muito comum às 4 horas da tarde todo mundo se levantar de uma discussão, de uma reflexão sobre morte, sobre erro médico porque tem liga. Por outro lado, é muito importante estimular a iniciação científica, porque isso dá uma capacidade crítica para o médico. Não é para formar cientista, nem é para publicar trabalho. Isso é outro desvio da faculdade. É para dar uma análise, uma formação crítica, de como o conhecimento é gerado na nossa área. Se eu conseguir formar cientista, ótimo, melhor ainda para o país. Quanto mais cientista, maior a independência intelectual, maior cidadania. E é óbvio que as ligas também são importantes. Porque só para falar de uma coisa, elas favorecem a cidadania, quer dizer, eu devolvo o meu serviço para aquilo que eu estou recebendo de informação. E, por fim, eu acho que devia valorizar muito os estágios voluntários, de ação cidadã. Aqui na faculdade há um exemplo brilhante que é o EMA (Extensão Médico-Acadêmica) e é super interessante, porque o aluno se desloca para a realidade, não é o paciente que vem até aqui. Eu acho isso muito importante. E, na verdade, o EMA, ele está substituindo alguma coisa que nós precisamos experimentar mais na faculdade, que é a atenção primária.

R.M.: Alguns alunos tem curiosidade a respeito de como é avaliado o critério inglês na seleção do currículo. Qual a certificação necessária?

A certificação necessária varia muito de área para área, e na verdade acredita-se naquilo que o aluno atesta. Quanto à heterogeneidade dos critérios, eles podem pegar o manual do candidato para ter uma noção do que eu estou falando. Eu sugiro, fortemente, que os alunos analisem aqueles critérios. Por exemplo, na Clínica Médica, o candidato atesta se ele sabe ler, escrever, e nós acreditamos na informação que ele está prestando. Para o doutorado você tem que tirar mais de 70% numa dessas certificações elevadas de inglês. Assim, de cabeça, eu posso me equivocar, mas eu não me lembro de nenhuma área que pede nota tanto no TOEFL, ou qualquer outro exame de certificação em inglês. Inglês é importante? Sim, uma vez que, por enquanto, é a maneira como são publicadas as referências da nossa área. Outro dia um professor fez uma pergunta que era mais uma provocação: então se o indivíduo fala, lê e escreve inglês, alemão, francês e italiano, que nota ele tira? Na clínica médica nós temos uma pontuação limite para língua estrangeira, que é 1 (1 de 5). Porque as oportunidades não são as mesmas para todo o mundo, nem todos os alunos têm condições financeiras de

manter um curso, e não estabelecer um limite seria injusto. Há quem diga que na USP há a possibilidade, por exemplo, de fazer alemão na FFLCH. Não é verdade, o curso de medicina não dá tanta oportunidade para você ir lá na FFLCH e se matricular em tantas línguas. Além disso, na FFLCH você consegue se matricular nas vagas excedentes: grego, línguas mortas.

R.M.: Sabemos que alguns candidatos à residência de ortopedia e traumatologia estão preocupados com a situação das vagas. Qual será a situação do processo seletivo esse ano?

Nós ainda não definimos como vai ficar essa questão. O que aconteceu na ortopedia para ficar bastante claro? Especialmente a partir de 2000/2001, os aprovados começaram a usar um recurso que prejudica quem vem depois. Aliás, alertou-se o tempo inteiro que era um recurso bastante perigoso. O recurso consiste em, primeiramente, o aprovado servir às Forças Armadas, o que é interessante para o país e para o indivíduo, que tem a chance de conhecer uma outra realidade e de submeter-se a um outro tipo de treinamento. Eles, de um modo geral, preocupam-se com orientações em saúde, atendem as populações em um sentido tanto médico como de educação, trabalham em equipes profissionais, além de vivenciarem uma disciplina bastante rígida. Enfim, é uma experiência bastante enriquecedora. E não existe diferença no país entre convocados e voluntários às Forças armadas. E a FMUSP, considerando tudo isso, sempre respeitou que quem vai para as Forças Armadas deve ter sua vaga garantida, ou seja, um ano depois o aprovado volta e ocupa essa vaga. Isso chegou no limite na ortopedia, em que 14 foram para o Exército para fazer com que a lista de excedentes andasse. Não há provas, mas fala-se que os primeiro da lista nem sempre vão ocupar esse lugar nas Forças Armadas de forma voluntária; eles seriam algumas vezes obrigados a fazer isso. Voltando ao impasse que tivemos esse ano. Em quase todos os programas de residência o número de vagas credenciadas é maior que o número de bolsas. Na FMUSP são só 12 bolsas destinadas à ortopedia e 6 que têm de vir de outras fontes. E 14 estavam nas Forças Armadas. Aconteceu que não dava para chamar ninguém da lista de espera, embora houvesse quatro vagas que, com financiamento alternativo, poderiam ser preenchidas. Qual não foi a nossa surpresa quando 4 elementos que conseguem bolsa alternativa vão para o Exército também, criando um fato novo no Brasil e no mundo. Criou-se aí a jurisprudência e agora nós estamos tomando todos os cuidados. Certamente haverá conseqüências para todas as áreas. Até esse ano existia uma primeira prova eliminatória. A partir desse

ponto, estão habilitados todos os indivíduos, até prova prática, argüição e análise de currículo. E daí ficam na lista de espera. Na ortopedia são 18 vagas, então 36 são os habilitados. Pode, teoricamente rodar 3 vezes, já que são 12 vagas. Então, para limitar esse tipo de rodízio de vagas haverá uma nota de corte. A prova prática, com a entrevista, a argüição e a análise de currículo, deve passar também a ser eliminatória. Ou seja, não serão todos que passarem para a segunda e terceira etapa que serão habilitados. Em relação à ortopedia, nós estamos discutindo com os professores da área, a FMUSP precisa deliberar sobre isso. Além disso, o que fazer?

R.M. Essas medidas de limite de que você está falando já vão começar a partir desse ano?

Sim, começarão a partir desse ano. Temos de fazer um estudo matemático e, mesmo assim, provavelmente haverá prejuízos para as áreas onde há uma maior rotatividade da lista. Temos uma entrevista marcada com as Forças Armadas, para negociar a liberação da lista de convocados antes do início das provas, ou, pelo menos, antes do início da liberação da lista de aprovados, para sabermos quem são os convocados. Também não é possível que coincidentemente a maioria dos que vão servir às Forças Armadas sejam de uma mesma especialidade. Na cirurgia tem tantos homens quanto na ortopedia, e no entanto você não encontra esse tipo de situação. O pior é a USP ter exportado essa maneira inapropriada de fazer rodízio de vagas para outras escolas, na mesma área.

R.M. É de nosso conhecimento que esse ano 8 alunos vão voltar do Exército pra Ortopedia e esses alunos eram para voltar com bolsa de fonte alternativa.

Não é que eram. É assim que vai ser.

R.M. Só que não tem apenas 4 vagas para bolsas alternativas por ano?

A sua pergunta é se há ou não há limites para fonte alternativa. Há limites em questão de funcionamento, mas não em questão de número. O que há são regras, e nós estamos estudando para, vamos dizer assim, acentuar o controle dessas fontes alternativas. Porque duas pessoas já vieram me procurar dizendo que estão com suposta fonte alternativa, mas que não conseguem custear a sua própria formação em residência médica, o que significa dizer o contrato foi burlado. Então existe uma empresa de fachada, já que o residente está, na verdade, devolvendo o dinheiro àquele que se comprometeu, por meio de contrato, a pagar. Como apesar de todos os limites, essa fonte

alternativa estava sendo burlada, nós estabelecemos uma subcomissão assessora que está fazendo financiamento, e que deve impor regras mais limitantes para as fontes alternativas. Eu acho correto e cidadão que empresas, as mesmas que contribuem para o restauro da faculdade, financiem a formação de pessoas, como acontece em qualquer país do mundo. Mas então eles depositam para a FMUSP e a FMUSP distribui, de acordo com o critério por ela estabelecido em conjunto com os interessados.

R.M. Então, eu não entendi, professora, mas qual...o número de vagas?

Tem 8 nas Forças Armadas, eles vão voltar e vão ocupar 8 das 18 vagas credenciadas, então faltam 10.

R.M. Então vão ser 10 vagas abertas para o concurso?

É.

R.M. E essa norma em relação a bolsas externas segue o mesmo regulamento para todas as áreas?

Tem de seguir, as regras têm de ser únicas para a FMUSP toda. Mas por hora nosso maior problema é com a Ortopedia, que tem maior número de fontes alternativas.

R.M. Não há nenhum regulamento que impeça de reservar essas vagas de bolsas externas para as Forças Armadas?

Não. Na verdade, como eu disse, essa foi a primeira vez em que isso aconteceu no Brasil. Os advogados acionados para avaliar essa situação ficaram 10 dias para dar um parecer. É preciso tomar o maior cuidado quando você delibera alguma coisa porque isso aí é jurisprudência, a partir daí todos os outros cidadãos brasileiros começam a se basear naquela sentença para dizer 'já houve um precedente aqui'. Aí a empresa que estava financiando precisou ir de novo à FUNDAP, estabelecer uma outra minuta de contrato dizendo que aquele dinheiro já comprometido passava a vigorar em 2007. O que as empresas, infelizmente, não estão se dando conta é de que não são 12 meses de bolsa, são 36. E não se pode abandonar um residente no meio do caminho e querer que o serviço público assumira isso. Julgo que isso seja um ato criminoso. Porque é um estelionato: eu faço uma prova, consigo uma fonte alternativa e agora utilizo uma verba pública para manter esse residente. Isso é deliberado, então isso é equivocado. Ainda que todos os cidadãos brasileiros tenham de ser tratados da mesma maneira, no edital estava claro que era de acordo com as bolsas propostas. Nós, brasileiros, não lemos os editais, e

por isso não questionamos os editais. E isso é uma coisa longa, que ainda vai demandar muito juridicamente. Também não me conformo como em um meio universitário e pedagógico os juízes determinam mais do que os professores.

R.M. Mas há alguma providência a ser tomada para que sempre haja vagas na Ortopedia?

Todos esses cuidados que nós vamos tomar a partir de agora são nesse sentido, para não prejudicar a turma seguinte em função de uma atitude equivocada. Eu fui até Brasília, conversei com o responsável nas Forças Armadas pela convocação dos estudantes de Medicina do Brasil inteiro, mostramos os gráficos para eles de crescimento de retenção de vagas na área de Ortopedia aqui e, enfim, eles se comprometeram que a partir desse ano haveria uma nova sistemática de convocação. O problema é que é uma coordenação só para fazer e coordenar o processo seletivo, discutir questões de ordem de financiamento e avaliação dos programas. Nós estamos, nesse momento, fazendo a avaliação de todos os programas ao mesmo tempo, então é bastante coisa, mas temos também um apoio muito grande de muitos professores, e da direção da FMUSP. A experiência que nós temos com a Graduação faz com que a gente sempre reflita no sentido de lembrar que a Residência Médica tem, como eu já falei e reforço, uma importância muito grande para a Graduação e mais ainda para o serviço.

R.M. E qual a situação de vagas para outras áreas?

Este ano, outra vez salvo algum engano da minha memória, há 7 residentes de Clínica Médica nas Forças Armadas, então das 49 vagas só serão colocadas em disputa 42. Obstetrícia e Ginecologia acho que tem 4, mas não lembro de tudo porque são 47 áreas diferentes. Um dia chegaremos a 53, quando houver financiamento.

R.M. Obrigada.

Total de Inscritos	2925	100%
Total de abstenções	232	7%
Formados pela USP	284	9,7%
abstenção USP	6	0,2%
Formados pela USP	2005	162
Gênero Feminino	1419	48,5%
Gênero Masculino	1506	51,5%

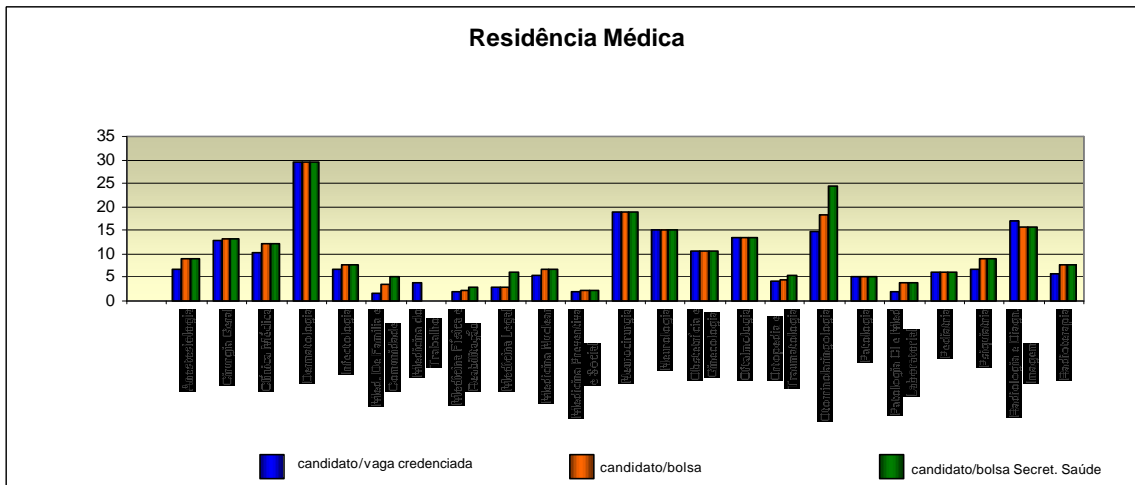
Fonte: COREME FMUSP - EDUDATA

Dos egressos da FMUSP 53,5% se converteram residentes. Considerando apenas os

formados em 2005 (n = 162) 76% foram matriculados no programa para o qual se inscreveu. É importante destacar que 15,3% dos formados em 2005 não se

interessaram pelo processo seletivo.

Dos egressos que iniciaram o curso em 2000 e o findaram em 2005 87,6% se converteram residentes.



Programa de RM	Nível	Vagas credenciadas	DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS		
			Secretaria da Saúde	Ministério da Saúde	Fonte extra
Anestesiologia	R-1	20	15		
Cirurgia Geral	R-1	36	35		
Clínica Médica	R-1	60	50		
Dermatologia	R-1	8	8		
Infectologia	R-1	8	7		
Med. De Família e Comunidade	R-1	12	4	2	
Medicina do Trabalho	R-1	2	0		
Medicina Física e Reabilitação	R-1	6	4		1
Medicina Legal	R-1	2	1		1
Medicina Nuclear	R-1	5	4		
Medicina Preventiva e Social	R-1	8	7		
Neurocirurgia	R-1	4	4		
Neurologia	R-1	6	6		
Obstetrícia e Ginecologia	R-1	16	16		
Oftalmologia	R-1	14	14		
Ortopedia e Traumatologia	R-1	18	14		3
Otorrinolaringologia	R-1	10	6		2
Patologia	R-1	6	6		
Patologia Cl e Med Laboratorial	R-1	6	3		
Pediatria	R-1	40	40		
Psiquiatria	R-1	20	15		
Radiologia e Diagn. Imagem	R-1	12	13		
Radioterapia	R-1	4	3		