

**ARTIGO ORIGINAL**

---

# Perfil do egresso da residência em otorrinolaringologia e cirurgia de cabeça e pescoço da Santa Casa de Franca, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e da Clínica Maniglia

The graduate's profile of the residency program of otolaryngology/ head and neck surgery of Santa Casa de Franca, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto and Clínica Maniglia

José Victor Maniglia <sup>1</sup>

Professor Adjunto do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. <sup>1</sup>

---

**Resumo** A medicina é uma profissão cuja missão é do tipo sacerdotal, requer vocação e dedicação para a sua prática. Seu futuro depende dos avanços de ramos da ciência, principalmente da Biologia, Microbiologia, Biologia Molecular e Genética. Apesar das mudanças curriculares voltadas para a formação de médicos com uma visão identificada com os processos de saúde e das doenças gerais mais prevalentes nas comunidades, o conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho médico continuará necessária, mantendo a concepção das especialidades e sub especialidades. A avaliação de um programa de residência médica é evidentemente complexa e depende do conjunto das estruturas institucionais e do indivíduo com os seus fatores constitucionais e comportamentais. De 1985 a 2002, na Santa Casa de Franca, na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e na Clínica Maniglia, foram treinados 55 residentes, 42 do sexo masculino e 13 do sexo feminino. Deste total 47 responderam ao questionário auto-aplicável com a idade média atual de 36,7 anos e distribuídos em 5 grupos organizados por ano de formação e número de concluintes no período. Dois não responderam ao questionário, um havia retornado de um programa de fellowship nos Estados Unidos e iniciava as suas atividades profissionais e cinco terminaram a residência em 2002. Os dados indicam um grupo de médicos otorrinolaringologistas bem adaptados nas comunidades, satisfeitos com a profissão, 44 (93,6%) obtiveram o título de especialista, 20 (42%) estão inseridos em instituições de ensino superior, 09 (19%) com mestrado e 1 (1%) com doutorado. As remunerações são satisfatórias no contexto nacional, exercem ativamente a especialidade, com qualidade, em consultórios, em instituições públicas, privadas e nos hospitais. Os egressos do sexo masculino, os inseridos em instituições de ensino superior e os que apresentam um maior número de aparelhos para exames complementares têm chances de melhores rendimentos mensais. A presente avaliação de um programa de residência médica em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço é inédita no Brasil, permitindo contribuir com informações importantes para a categoria.

**Palavras-chave** Egressos, Residência em otorrinolaringologia, Cirurgia de cabeça e pescoço

**Abstract** Medicine is indeed a nobleman's profession which requires vocation and undivided dedication. Its future depends upon the advances of scientific knowledge, mainly microbiology, molecular biology and genetics. Despite of curriculum changes in the education of physicians with a broad view and general knowledge of medicine, the need for specialization is very evident due to the depth and breadth of different medical specialties and subspecialties. The assessment of a residency training program is very complex because of individuals involved, faculty and trainees alike. Facilities, instruments, equipment are of the utmost importance. Needless to say the pool of patients involved in the training program are second to none. This Otolaryngology /Head and Neck Surgery graduates evaluation, was performed from 1985 to 2001, at the following institu-

tions: Santa Casa de Franca, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto and Clínica Maniglia. Out of the total 55 residents, 42 males and 13 females, who graduated from the program, 47 responded to a written inquiry. Two of the residents did not complete the evaluation. One was in a international fellowship (USA). Five had just finished the training (2002) and began the specialty practice. The overall assessment showed a group of Otolaryngologists – Head and Neck Surgeons, well adapted in their communities, satisfied with the profession. Twenty (42.5%) were connected to teaching institutions in different capacities. Ten (21%) had post graduation academic achievements (doctorate degree 1 (2%) and master degree 9 (19%). The group in general revealed wages and compensations better than the national average. The majority of graduates was practicing in private offices. Many were working at public institutions. The males graduates connected to teaching institutions and with a large number of equipment have possibilities of better salaries. The assessment of this residency training program in Otolaryngology – Head Neck Surgery is indeed original. Important information, contributions and conclusions were overall very satisfactory.

**Keywords** Graduate; Residency Program in Otolaryngology, Head Neck surgery.

## Introdução

A educação médica é um processo suscetível de ser modificado em função do desenvolvimento científico e das necessidades do país. Assim, os objetivos da formação do médico não dependem somente da escola, mas das necessidades da sociedade e profissão, sem o que se reduzem a atuação vital da Universidade na comunidade e o interesse dos alunos<sup>(1)</sup>. A profissão médica é uma ocupação auto-regulada, com alto grau de autonomia técnica (saber) e econômica (mercado de trabalho)<sup>(2)</sup>.

O conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão extensos e complexos com a evolução da ciência e tecnologia, que a divisão do trabalho médico se impôs, originando a necessidade das especialidades e sub especialidades, classificadas segundo estudos de Diaz-Jouanen<sup>(3)</sup>, modificado por Machado<sup>(4)</sup>, em quatro grandes grupos sociológicos: (1) especialidades cognitivas - lidam diretamente com o paciente e se baseiam no domínio cognitivo adquirido nas escolas médicas (clínica médica, pediatria, etc); (2) especialidades técnico-cirúrgicas e de habilidades: cuja relação médico-paciente é tendencialmente burocratizada, padronizada e programada (cirurgia geral, plástica, cirurgias cardiovasculares); (3) especialidades intermediárias: associam as habilidades técnicas às bases cognitivas da medicina, intermediando estas duas áreas distintas (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia) e (4) as especialidades tecnológicas e/ou burocráticas, que adotam a padronização no processo de trabalho (patologistas, sanitaristas, radiologistas). Segundo Birlolini<sup>(5)</sup>, a formação completa nas especialidades primárias deve ser pré-requisito obrigatório para iniciar o encaminhamento às secundárias.

No Brasil as residências médicas tiveram início em meados da década de 40, quase que simultaneamente no Hospital das Clínicas de São Paulo e no Hospital do Servidor Público do Rio de Janeiro<sup>(6)</sup>. A Residência Médica foi regulamentada pelo Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977<sup>(7)</sup>, com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica e sancionada pela Lei nº 6.932, de 07 de Setembro de 1981<sup>(8)</sup>.

A Residência em Medicina constitui modalidade de ensino em pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de Saúde, Universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. Desde a sua implantação, o modelo educacional da residência médica

obedeceu a uma programação básica, com três características constantes: a) o hospital é a fonte emanadora do aprendizado; b) estágios em serviços clínicos e cirúrgicos especializados; c) aprendizado em serviço em tempo integral e dedicação exclusiva<sup>(9)</sup>.

É necessário estabelecer o tipo de relacionamento entre graduação em Medicina e Residência Médica, com proposição de aclarar seu papel no ensino médico. Para tanto, se faz necessária a definição precisa dos objetivos educacionais que se pretende atingir com a residência<sup>(10,11)</sup>. Segundo Bevilacqua<sup>(12)</sup>, a residência médica não é simples extensão do curso médico, tornando-se necessário que os responsáveis pela educação médica percebam as relações entre ensino curricular e residência.

A Otorrinolaringologia é uma especialidade intermediária, situada entre as 15 primeiras no Brasil e abriga 1,6% dos médicos especialistas brasileiros<sup>(4)</sup>, oferecendo possibilidades de atuação tanto em áreas de habilidades técnicas como nas bases cognitivas, oferecendo aos profissionais que por ela optarem um mercado de trabalho promissor.

No ano de 2002, a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (SBORL) realizou estudo para análise e planejamento estratégico, por meio do Censo<sup>(13)</sup> que retrata a distribuição dos Otorrinolaringologistas por Estado e cidade, tornando-se importante meio de avaliação das possibilidades de sua inserção no mercado de trabalho.

São escassos os estudos que analisam a situação real da profissão médica no Brasil. O levantamento realizado em âmbito nacional teve o seguinte resultado: em 1989, a Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP) efetuou um inquérito entre os seus ex – alunos<sup>(14)</sup>; em 1991, a Faculdade de Medicina da USP desenvolveu estudo similar para traçar o perfil de seus egressos<sup>(15)</sup>; em 1997, a Universidade Estadual de Londrina avaliou os seus egressos<sup>(16)</sup>, em 1997, a FIOCRUZ<sup>(2)</sup> analisou o perfil do médico brasileiro; em 2002 a FAMERP (Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto) apresentou o perfil de seus egressos<sup>(17)</sup>.

Neste contexto, a avaliação da realidade da vida dos egressos de Programas de Residência Médica, além de revelar a qualidade da instituição comprometida com a formação de melhores profissionais, permite também buscar subsídios para antecipar necessidades futuras, corrigir desvios e incorporar metas para aprimorar o ensino dos jovens médicos que optarem por uma especialidade médica. Flexibilidade, coerência, realismo e abrangên-

cia constituem, assim, características de uma proposta de avaliação voltada ao desenvolvimento das atividades de residência médica em qualquer instituição<sup>(18)</sup>.

Deste modo, a avaliação dos egressos de Programas de Residência Médica em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, de caráter inédito no país, pode fornecer subsídios importantes para estabelecer o elo entre formação e prática da Otorrinolaringologia. Ao serem avaliados o projeto de residência de uma instituição formadora e como seus egressos exercem a especialidade, poderão eclodir informes e meios de como torná-los agentes ativos no processo de mudanças, bem como de determinar as necessidades relativas à educação permanente.

## Objetivos

### Geral

Avaliar o perfil dos egressos de Programas de Residência Médica em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, da Santa Casa de Franca, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e Clínica Maniglia, quanto à sua formação e prática profissional no período de 1987 a 2001.

### Específicos

Analisar os dados sócio-demográficos dos egressos dos três referidos Programas de Residência Médica.

Identificar a sua formação a partir da graduação como bacharel e os procedimentos para a obtenção de título de especialista pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia (SBORL), ou ambos, até o seu envolvimento na vida acadêmica, atuando em instituições de ensino superior e candidatando-se e obtendo títulos em programas de pós – graduação *Stricto Sensu* (mestrado ou doutorado).

Qualificar a inserção no mercado de trabalho, considerando carga horária, remuneração mensal e fatores que possibilitam melhores rendimentos econômicos.

Avaliar o nível de satisfação pessoal e filiação a sociedades da especialidade.

Identificar o seu desempenho e desenvolvimento com relação aos procedimentos em nível de consultório e de centro cirúrgico e de preceptor e auxiliar no planejamento estratégico de Programas de Residência Médica em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

## Casuística e Métodos

### Casuística

O estudo incluiu os egressos do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Santa Casa de Franca, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) e da Clínica Maniglia, formados de 1987 a 2001, num total de 50 especialistas. Foram excluídos três egressos, entre eles um permaneceu como *fellow* nos Estados Unidos da América em 2002 e dois não responderam ao questionário, permanecendo como alvo desta avaliação 47 residentes.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Parecer nº 139/2003

### Método

Os egressos foram distribuídos em cinco grupos de acordo com ano do término da residência. O Grupo I constituiu-se de nove residentes que terminaram a residência no período de 1987

a 1991, sendo um em 1987, um em 1988, três em 1989. Um deles permaneceu durante três anos e dois optaram por iniciar suas atividades após dois anos de treinamento, o que era o mínimo exigido pela Comissão Nacional de Residência Médica. Em 1990, um também permaneceu no programa por dois anos e em 1991, três concluíram a residência. No período de 1988 a 1991, o programa foi desenvolvido em conjunto, pela Santa Casa de Franca e FAMERP, por rotação dos residentes. O Grupo II, incluiu nove residentes que terminaram sua formação entre 1992 e 1994, sendo três em 1992, três em 1993 e três em 1994, com programa desenvolvido na FAMERP. O Grupo III constituiu-se de 10 egressos que concluíram o treinamento entre 1995 e 1997, sendo cinco em 1995, três pela FAMERP e dois remanescentes da Santa Casa de Franca; dois em 1996 e três em 1997 pela FAMERP.

Em 1996 foi iniciado o programa de treinamento em Residência de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço na Clínica Maniglia, credenciada pela SBORL em 1998. Integrou-se a FAMERP por meio de convênio, que permite aos seus residentes participarem de todas as atividades teóricas e práticas ali desenvolvidas. Nesse contexto, constituíram-se os Grupos IV e V. O Grupo IV com 10 residentes sendo, daqueles que terminaram em 1998, um da Clínica Maniglia e quatro da FAMERP, o mesmo ocorreu entre aqueles que terminaram em 1999. Um da Clínica Maniglia e quatro da FAMERP. O Grupo V, com nove participantes incluiu cinco residentes que concluíram sua formação em 2000, um da Clínica Maniglia e quatro da FAMERP, e quatro em 2001, sendo um da Clínica Maniglia e três da FAMERP.

Todos os egressos foram submetidos a um questionário auto-aplicável incluindo data de formatura, sexo, idade, faculdade onde se formou, ano de conclusão da residência, realização de Residência em Cirurgia Geral, obtenção do título de especialista, titulação *Stricto Sensu*, desenvolvimento de atividades em consultório particular e em outros setores públicos (municipal, estadual e ou federal) ou privados, jornada de trabalho e renda mensal, além de variáveis sócio-demográficas como localização residencial por Estado e cidade, satisfação com a especialidade e filiação a SBORL.

Foram analisados também os procedimentos diagnósticos em consultório como audiometria tonal e discriminação, audiometria comportamental, imitanciométrica, vectoeletronistagmografia, audiometria de tronco cerebral (BERA), otoemissões acústicas, fibronasofaringolaringoscopia flexível e rígida, estroboscopia e teste alérgico. A atuação dos fonoaudiólogos nos consultórios foi igualmente investigada.

Incluiu-se ainda a avaliação de atividades desenvolvidas em centro cirúrgico, de acordo com localizações anatômicas e respectivos procedimentos cirúrgicos realizados nas suas rotinas.

Sugestões foram também solicitadas na avaliação do Programa de Residência Médica, visando o planejamento estratégico para correção de deficiências detectadas e possíveis melhorias.

Todos os dados compilados foram lançados em planilha eletrônica por meio do programa Excel (Marca registrada Microsoft).

## Resultados

Os resultados são apresentados considerando-se sexo, idade, residência em cirurgia geral, título de especialista, atividades na especialidade e acadêmico-científicas, jornada de trabalho, renda mensal, aspectos sócio-demográficos, filiação à SBORL, satisfação pessoal, procedimentos diagnósticos realizados nos consultórios, procedimentos cirúrgicos e sugestões para o pro-

grama de residência.

### Sexo

Houve prevalência do sexo masculino (N = 35 – 74,4%) com variação entre os grupos de 4 a 8 (9,0 a 17,0%) egressos, enquanto no sexo feminino (N = 12 – 25,6%) a distribuição variou de 1 a 5 (2,0 a 11,0%) egressos.

### Idade

A idade dos egressos variou de 29 a 49 anos, notando-se variação nas médias de 31,2 anos (Grupo V – idade entre 29 e 37 anos) a 41,6 anos (Grupo I – idade entre 39 e 44 anos).

### Residência em cirurgia geral e título de especialista

A residência em cirurgia geral foi realizada por 4 (8,5%) egressos e 43 (91,5%) cursaram sem este pré-requisito.

O título de especialista foi obtido por 18 (38%) egressos pela SBORL, 9 (19%) deles pelo MEC, 15 (32%) pela SBORL e MEC, e 3 (6,4%) não se submeteram a este exame.

### Atividades na especialidade e acadêmico-científicas

A pós - graduação *Stricto Sensu* foi cursada por 10 (21%) egressos, sendo que 9 (19%) obtiveram o título de mestre (7 do sexo masculino e 2 do sexo feminino) e 1 (2%) o título de doutor (sexo feminino), distribuídos principalmente nos Grupos I e III. Entre os egressos, 20 (42,5 %) estavam vinculados como docentes à instituições de ensino superior, sendo 14 (30%) do sexo masculino e 6 (12,5%) do sexo feminino.

Todos os egressos revelaram desempenhar atividades em consultórios particulares e outros setores públicos (municipal, estadual e federal) e privados. Na distribuição dos egressos por sexo, considerando as atividades desenvolvidas na especialidade e outros setores, nota-se que a especialidade de Otorrinolaringologia é atividade única exercida por 15 (32%; 11 do sexo masculino e 4 do sexo feminino) profissionais, seguido de 12 (25,5%; 9 do sexo masculino e 3 do sexo feminino) egressos que atuam na especialidade e no setor público municipal. Os demais desempenhavam atividades na especialidade e no setor público municipal ou estadual e outras áreas. Nesse caso, incluíram-se plantões gerais, auditorias, etc, durante período de 2 a 10 anos após o término da residência.

### Jornada de trabalho

Constatou-se que 30 (64%) egressos tinham jornada de trabalho acima de 10 horas, destacando-se os Grupos IV e V, principalmente entre os homens, enquanto as mulheres referiram jornada principalmente de até 9 horas, com destaque para o Grupo II (N = 4).

### Renda mensal

Constatou-se renda mensal média de 4.177,00 US dólares (1 dólar = 3 reais e 1 salário mínimo = 240,00 reais). Nesse caso, os valores médios para os sexos masculino e feminino foram US\$ 4.242,00 e US\$ 3.750,00, respectivamente. A renda dos vinculados a instituições de ensino superior foi de US\$ 4.500,00. O Grupo IV (US\$ 5.150,00), representado por 10 egressos (oito do sexo masculino e dois do sexo feminino), enquanto o Grupo V (oito do sexo masculino e um do sexo feminino) teve a renda mais baixa (US\$ 3.277,00).

### Aspectos sócio-demográficos, filiação à SBORL e satisfação pessoal

Dos 47 Otorrinolaringologistas egressos do sistema, 100% referiram exercer a profissão no Brasil, sendo que 27 (57%) deles no Estado de São Paulo, 6 (13%) no Estado de Goiás. Os demais mostraram-se distribuídos pelos Estados de Minas Gerais, Pernambuco, Santa Catarina, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Paraná. Considerando-se as cidades do Estado de São Paulo onde desempenham suas atividades, destacam-se São José do Rio Preto, Presidente Prudente e Franca, com as frequências de 21%, 14% e 11% dos egressos, respectivamente.

A maioria dos egressos, em número de 46 (98%), mostrou-se satisfeita com a atividade que exerce e otimista sobre o futuro da especialidade. Todos referiram filiação a SBORL.

Com relação ao estado civil, a maioria revelou-se casada (34 – 72,3%), os demais estavam solteiros (10 – 21,3%) ou divorciados (3 – 6,4%).

### Procedimentos diagnósticos realizados nos consultórios

Todos os Otorrinolaringologistas revelaram trabalhar em consultórios, realizando procedimentos de complementação diagnóstica por aparelhos com tecnologia avançada e de alto custo, com destaque para fibronasofaringolaringoscopia flexível (97,9%), audiometria tonal e discriminação (93,5%) e imitanciometria (93,5%). Considerando-se os grupos em relação aos equipamentos presentes nos consultórios e a renda mensal média, observou-se valor acima de US\$ 3.500,00, principalmente nos grupos com 7 a 10 equipamentos.

### Procedimentos cirúrgicos

Procedimentos cirúrgicos, incluindo retirada de corpos estranhos (de orelhas, nariz, faringe, laringe), exérese de pequenas lesões e biópsias foram registrados por todos os egressos. Nota-se que todos realizaram adenoamigdalectomias, amigdalectomias e adenoidectomias, enquanto o procedimento uvulopalatoplastia com laser foi menos frequente (0 – 34%).

Os tipos de procedimentos cirúrgicos realizados nas orelhas com destaque para tubos de ventilação e miringoplastias, ambos referidos por todos os egressos, sendo que ressecção de tumores glômicos (orelha média) foi o menos frequente (10,0%). A microcirurgia otológica tubos de ventilação e miringoplastia foram registradas por todos. Por outro lado, a realização de correção de fístulas otoliquóricas foi mencionada por 10% (Grupo III) a 55% (Grupos I e V) deles, enquanto ressecção de glomus por um número mais reduzido, com variação de 0% (Grupos III e IV) a 22% (Grupos I e II).

Os procedimentos na laringe com destaque para laringoscopia direta para biópsias e microcirurgias – nódulos – pólipos – cistos realizados por todos. Quando apresentados por grupos as tireoplastias foram mencionadas pela minoria (22%), com variação de 10% (Grupo III) a 40% (Grupo IV) dos egressos.

O número de egressos e os respectivos procedimentos cirúrgicos em trauma maxilo-facial realizados, revelando frequência de 100% para fraturas de nariz, exceto no Grupo I (89%).

Entre as cirurgias estéticas de face, as otoplastias foram referidas por 95% deles, com destaque para os Grupos II, III e IV (100%), sendo as ritidoplastias as menos frequentes (7%) com variação entre os grupos de 0 a 11% dos egressos, quando a distribuição é considerada por grupos.

Glossectomia foi citada por 62% deles, com distribuição semelhante observada entre os grupos (55 a 66%), seguido de esvaziamento cervical seletivo (40%). Neste caso, com frequência

reduzida no Grupo II (22%) em relação aos demais grupos (40 a 50%). A laringectomia parcial foi realizada pela minoria (25%) dos egressos com baixa prevalência principalmente no Grupo III.

A retirada de cistos cervicais foi relatada por mais de 90% dos egressos, enquanto cirurgias de tireóide por 34% deles. Na distribuição dos egressos por grupo de acordo com esses procedimentos, destacando-se exérese de cisto tireoglossos e de cisto branquial realizados principalmente pelos Grupos IV e V.

Procedimentos cirúrgicos nas glândulas salivares realizados pelos egressos, com destaque para exérese de mucocele (93%), rânula (92%), glândula submandibular (81%) e glândula sublingual (77%). A minoria (22%) referiu a realização de parotidectomia total. Destaca-se a exérese de mucocele realizada por todos, exceto no Grupo III (70%), enquanto a minoria referiu parotidectomia total, principalmente o Grupo V (11%).

Quanto aos procedimentos cirúrgicos realizados na mandíbula, cujas freqüências variaram de 24 a 25% considerando mandibulectomia segmentar, hemi-mandibulectomia e mandibulectomia marginal. O Grupo IV revelou-se o mais freqüente em todos os procedimentos (40%), enquanto no Grupo II a prevalência de egressos considerando as respectivas cirurgias foi de 11%.

A realização de cirurgias na maxila também foi relatada com freqüência reduzida, principalmente maxilectomias totais com exenteração de órbita (13%). Destacou-se entre os grupos de egressos a realização de maxilectomias parciais, relatadas por 22% (Grupo I) a 33% (Grupos II e V) deles, enquanto maxilectomias totais foram referidas pela minoria, variando de 0% (Grupo I) a 22% (Grupo V).

Na distribuição em porcentagem dos egressos por grupo, de acordo com procedimentos cirúrgicos realizados na pele e subcutâneo, destaca-se exérese de lesões com sutura simples em todos os grupos e enxertos simples e exéreses de lesões de retalho no grupo V.

### Sugestões para o Programa de Residência

Mudanças e melhorias foram sugeridas por 17 egressos.

As sugestões por ordem de ocorrência foram:

1. melhoria da sub especialidade de otologia;
2. manter e mesmo estimular maior número de cirurgias de cabeça e pescoço, trauma facial e plástica de face;
3. melhorar o ensino de procedimentos de exames complementares;
4. oferecer cursos de mercado de trabalho, economia médica e gestão dos consultórios;
5. aumentar a duração do programa para 4 anos;
6. inserir o residente em programa de mestrado e ou doutorado;
7. obrigatoriedade de publicação e ou apresentação de trabalhos científicos em congressos;
8. avaliações periódicas, intercâmbios, opção de R4 em sub especialidades e cursos de reciclagem;
9. dois egressos sugeriram exigência de 1 ano de pré – requisito em cirurgia geral.

### Discussão

O Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço idealizado está hoje constituído na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), já tendo formado 55 especialistas, num período de 17 anos. Foi proposto analisar o desempenho de 47 dos seus egressos, no cenário profissional brasileiro, com o propósito de avaliar o desenvolvimento da

estrutura de ensino, como também buscar subsídios para mudanças e planejamento de condições melhores.

Segundo Ferreira & Figueira,<sup>(19)</sup> a residência médica é uma forma de ensino de pós-graduação caracterizada por: ser equivalente à especialização da sistemática de pós-graduação do país por situar-se numa posição intermediária entre a especialização e o mestrado; ter duração mínima de dois anos; ser um programa de estudos em tempo integral e dedicação exclusiva; visar transformar o recém-egresso da escola médica, com peculiaridades do médico geral, em um profissional capaz de atender com maior eficiência as necessidades da comunidade; ter o processo ensino-aprendizagem baseado fundamentalmente na prática médica supervisionada; permitir o acesso ao mestrado e ao doutorado e conseqüentemente ao magistério superior.

Nas décadas de 50 e 60 os programas norte-americanos de residência em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço eram realizados em cinco anos, dois como pré-requisito em Cirurgia Geral e três em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Houve uma rápida fase de transição na década de 70, quando o pré – requisito de Cirurgia Geral era de um ano e permanecia o período de três anos para Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Na década de 80, a Comissão de Residência Médica Americana, passou a exigir um ano de pré-requisito em Cirurgia Geral, quando o residente faz rotações por várias especialidades cirúrgicas, permanecendo três a quatro meses na área geral e quatro anos em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

No Brasil os Programas de Residências Médicas em Otorrinolaringologia iniciaram-se na década de 50. A Universidade de São Paulo formou os seus primeiros residentes em 1953. A duração era de dois anos até o ano de 2001, quando a partir de 2002 passou a ser de três anos, não existindo pré-requisito em Cirurgia Geral.

A residência em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço referida no presente estudo foi, desde o início realizada nas três instituições, com duração de três anos, sem pré-requisito em Cirurgia Geral, baseada em programas teórico e prático. O curso teórico é dividido em aulas e discussões de casos, semanais, ministrados pelos docentes e em outras oportunidades pelos próprios residentes, referentes a todos os conteúdos de Anatomia, Fisiologia, Patologia, com seus diagnósticos e tratamentos das estruturas das orelhas, nariz, rinofaringe, cavidade oral, orofaringe, hipofaringe, laringe, traquéia e pescoço.

Para cumprir com os objetivos de ampliação de conhecimento e do domínio das habilidades requeridas para a competência profissional, vários cursos e simpósios, além dos congressos estaduais e nacionais, são por eles freqüentados para atualização científica. As atividades em ambulatório, bem como no centro-cirúrgico são realizadas pelos residentes, com a devida supervisão docente. São oferecidas semanalmente sessões de dissecação da anatomia microscópica do osso temporal e estudos de peças anatômicas com simulações de procedimentos cirúrgicos. A evolução do aprendizado é progressiva e as responsabilidades atribuídas e permitidas, tanto em nível de atendimento ambulatorial como na realização dos atos cirúrgicos, são delegadas de acordo com as habilidades adquiridas por cada um, sempre do mais simples ao mais complexo, durante os anos consecutivos do treinamento. As equipes, constituídas por três residentes, um de cada ano, R1, R2 e R3, são responsáveis pelos atendimentos de urgência e emergência, durante uma semana por mês, sempre com a supervisão docente, em regime de rotação.

A Cirurgia Geral, não é pré-requisito para Residência em Otorrinolaringologia, porém, aqueles que cursaram Cirurgia Geral apresentaram maior amadurecimento inicial e aptidão para cuidados de pacientes com doenças mais graves e complexas.

Os egressos avaliados estão distribuídos por vários Estados em grande parte coincidentes com as suas regiões de origem, contribuindo para a qualidade da Otorrinolaringologia nas suas comunidades.

A participação de acordo com o sexo é de 74,4 % masculino e 25,6 % feminino (Figura 1), o que evidencia uma preferência dos homens, cuja distribuição nacional relatada é de 67,3% para o sexo masculino e 32,7% para o feminino<sup>(1,23)</sup>. Deve-se observar que nos últimos anos ocorreu um importante acréscimo da participação feminina nos cursos de medicina e também nos exames de seleção para residência na área de Otorrinolaringologia.

O título de especialista tem importância decisiva para a qualificação dos formandos quando da sua inserção no mercado de trabalho, sendo exigido por todos os planos éticos de saúde no processo de credenciamento. Somente três dos 47 egressos não o obtiveram, sendo dois do Grupo I e um do Grupo II, por terem sido inseridos no mercado de trabalho na época em que não era exigência a titulação de especialista, sendo suficiente a apresentação dos certificados de conclusão dos estágios.

Atuam nas instituições de ensino superior 20 (42,5%) egressos, dos quais nove (21%) titulados, (19% mestres e 2% doutor), com predominância do sexo masculino. Por outro lado, todos os egressos participam ativamente como membros da SBORL, mantendo-se atualizados.

As dificuldades ainda não são muitas para o ingresso no mercado de trabalho, que é promissor, considerando que todos mostraram-se ativos e 34 (72%) revelaram trabalhar somente com a especialidade nos consultórios e ou setores públicos ou privados. Por outro lado, 13 (28%) atuaram, por 2 a 10 anos, além da especialidade também em outras áreas incluindo plantões gerais, auditorias, etc, procurando desta forma aumentar seus rendimentos econômicos. Neste contexto, a jornada de trabalho diária é desenvolvida por um período de até 9 horas por 17 (36%), de 10 a 12 horas por 20 (42,5 %) e por mais de 12 horas por 10 (21,5 %) egressos. Observa-se que a maioria que trabalha acima de 10 horas, pertencentes aos Grupos III, IV e V, estão no início das atividades profissionais, com predominância do sexo masculino.

Guimarães *et al.*,<sup>(23)</sup> ao analisarem o perfil do Otorrinolaringologista brasileiro, concluíram que sexo masculino, vínculo com serviços universitários, boa habilidade cirúrgica em mais de uma área, número de aparelhos e mais tempo de formados entre os egressos, têm mais chances de rendimento mensal acima de 10 mil reais (3.300,00 dólares). Neste estudo, a renda mensal média de 4.177,00 dólares mostra-se muito superior quando comparada com a renda real do médico brasileiro, que é de 1.280,30 dólares. Nesse caso, o valor é maior, inclusive que a renda do Otorrinolaringologista brasileiro, que corresponde a 3.677,80 dólares<sup>(1)</sup> e semelhante à relatada pelos egressos da FAMERP, em torno de 4000 dólares<sup>(17)</sup>. Verificou-se também aumento relevante da média no Grupo IV, que na realidade ocorreu devido às rendas mensais superiores a 10.000,00 dólares, referidas por dois dos informantes. Observa-se que o Grupo II, com renda mensal média menor, apresenta variáveis relacionadas com menores rendimentos, como por exemplo: jornada de trabalho menor, sexo feminino e menor vínculo com instituições de ensino superior.

A avaliação do egresso mostra que os do sexo masculino apresentam renda mensal superior a do feminino, cujas médias

declaradas são respectivamente de 4.242,00 e 3.750,00 dólares. Os que estão vinculados às instituições de ensino superior, com renda mensal média de 4.500,00 dólares, e os que apresentam maior número de aparelhos, têm chances de melhores rendimentos. A habilidade cirúrgica em mais de uma área não foi considerada e o tempo de formado não apresentou relação direta com o rendimento mensal neste estudo. Todavia pode-se inferir que existe um período necessário para o desenvolvimento de uma clínica com razoável número de pacientes e aqueles profissionais que detêm habilidades cirúrgicas em mais de uma área, têm possibilidades de melhores rendimentos.

Com estas informações e considerando que 60% dos Otorrinolaringologistas brasileiros recebem menos de 10 mil reais mensais (3.300 dólares)<sup>(23)</sup>, podemos afirmar que os egressos do departamento trabalham ativamente e no contexto nacional, a sua remuneração é satisfatória, possibilitando boa qualidade de vida. Isto é demonstrado por suas afirmações de satisfação com as atividades profissionais que exercem e de otimismo em relação ao futuro da especialidade.

O trabalho no consultório permite o controle do horário da sua agenda e a realização de vários procedimentos de complementação diagnóstica, com a participação dos profissionais de Fonoaudiologia. Além da consulta, os procedimentos complementares possibilitam diagnósticos rápidos, precisos e aumento nos rendimentos econômicos. Observa-se que os egressos trabalham em ambientes com condições de prestação de serviços de alta qualidade, muitos atingiram e mantêm níveis tecnológicos elevados em equipamentos de apoio diagnóstico, comparados aos melhores centros, com grandes benefícios aos seus pacientes. Isto demonstra que os nossos egressos, de forma homogênea entre os grupos, são munidos de alta tecnologia diagnóstica, comparado com os melhores centros do primeiro mundo.

Os procedimentos de remoção de corpos estranhos das orelhas, nariz, faringe e laringe, efetuados quase sempre no consultório, foram registrados por todos. Aqueles realizados no centro cirúrgico por todos os egressos são na maioria de menor complexidade e duração. Adenoamigdalectomias, anquiloglossia, exérese de pequenas lesões e biópsias da cavidade oral e de orofaringe, inserção de tubos de ventilação, miringoplastias, septoplastia, cirurgia das conchas nasais, laringoscopia direta com biópsia para diagnóstico, microcirurgia de laringe para remoção de nódulos, pólipos e cistos, correção de fraturas de nariz e suturas simples e complexas de lacerações e lesões da face, apresentam menores dificuldades e incluíram-se como parte da rotina cirúrgica de todos os egressos.

Os procedimentos de média complexidade e duração, como uvulopalatofaringoplastia, timpanomastoidectomias, rinosseptoplastia, cirurgia para remoção de papilomatose de laringe, correção de perfuração septal, cirurgia endoscópica endonasal, frontoetmoidectomia externa, fraturas de zigoma e de arco zigomático, fraturas de mandíbula, excisão de cistos cervicais e tireoglossos, cirurgias da glândula tireóide e remoção de glândula submandibular são referidos por um número menor de especialistas (66% a 93%) devido ao aumento das dificuldades técnicas e treinamentos específicos.

Os procedimentos de maior complexidade e ou duração como timpanoplastias com reconstrução da cadeia ossicular, estapedectomias, correção de fístulas líquóricas, remoção de tumores glômicos da orelha média e base do crânio, reparação de nariz em sela, de ozena, cirurgia de angiofibroma, tireoplastias, arite-noidectomia, fraturas complexas da face, maxilectomias, mandi-

bulectomias, ressecções compostas e *pull through*, parotidectomias, tireoidectomias, laringectomias e esvaziamentos cervicais foram mencionados por um número menor de egressos (11% a 55%) justificados por requererem treinamentos específicos e equipes multidisciplinares e ou multiprofissionais.

As cirurgias plásticas de face como otoplastia, blefaroplastia e ritidoplastia foram registradas por um número ainda menor de egressos, porque requerem treinamento complementar em nível de R4. Observamos que as dificuldades competitivas no mercado de trabalho, devido à falta de tradição do Otorrinolaringologista nestas áreas de fronteiras da cirurgia plástica facial, são desafios a serem vencidos com organização e projetos de treinamento nos serviços credenciados pelo Ministério da Educação e Cultura e ou SBORL.

Avaliando estes dados podemos considerar que o treinamento dos egressos é de boa qualidade e que eles praticam de forma homogênea entre os grupos a especialidade, realizando os diagnósticos e tratamentos da maioria das doenças cervicais benignas, da faringe, do nariz, da laringe e dos traumatismos faciais mais freqüentes. Há necessidade de promover mecanismos de estímulos para maior envolvimento com as cirurgias estéticas faciais e o tratamento das doenças cérvico-faciais, principalmente as de natureza maligna.

Estas informações nos permitem afirmar que o período de duração de três anos do programa de residência médica em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço que desenvolvemos desde o início é adequado. Entretanto, devem ser oferecidos estágios de complementação em nível de R4, àqueles que desejarem aprofundar-se em sub-especialidades como Otoneurologia, Cirurgia Plástica de Face, Cirurgia Cervico-Facial, Cirurgia do Trauma e Reconstruções Maxilo – Faciais. O pré-requisito de um ano em Cirurgia Geral poderá oferecer período de amadurecimento e vivência com as doenças cirúrgicas gerais e atendimentos de urgências e emergências. A opção de R4 para complementação e treinamento em sub especialidades em desenvolvimento é fundamental, para a inserção do egresso no mercado de trabalho competitivo com outras especialidades de fronteira. A inserção destes profissionais, com treinamentos especializados, nos serviços de residências credenciados a SBORL, melhorará a formação dos seus residentes, aumentando a abrangência das áreas de atuação e habilidades.

Os estágios e ou intercâmbios com outros serviços que apresentam maior qualidade e desenvolvimento em áreas específicas como Otoneurologia, Rinologia e Cirurgia Avançada dos Seios Paranasais, Laringologia, Cirurgia Estética da Face e Cirurgia das Doenças Cérvico-Faciais devem ser priorizados e estimulados por todos os serviços credenciados.

Várias sugestões apresentadas pelos egressos já foram colocadas em prática como maior atuação em Cirurgias de Cabeça e Pescoço, avaliações periódicas, que já são realizadas a cada dois meses, baseadas em conteúdos programados e a opção de R4 em Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Trauma e Plástica Facial. Todos os residentes devem apresentar trabalhos científicos, visando participação nos congressos nacionais. Outras importantes sugestões como cursos de exames complementares, gestão administrativa dos consultórios, inserção no mercado de trabalho e envolvimento nos programas de mestrado e doutorado, durante a residência, foram consideradas como condições para auto-avaliação e reestruturação.

Entendemos que os egressos exercem a especialidade com desenvoltura e qualidade, contribuindo de forma significativa nas suas comunidades. A alta carga horária de trabalho na prá-

tica da especialidade é compensada por uma renda mensal considerada satisfatória de acordo com os padrões de remuneração dos trabalhadores brasileiros. Deste modo, acreditamos que esta contribuição tem valor no planejamento e na execução de Programas de Residência em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, dentro da realidade brasileira.

## Conclusões

1. Os egressos estudados estão ativos e satisfeitos com o exercício da especialidade.
2. A maioria dos egressos apresenta título de especialista, alguns com vínculos em instituições de ensino superior.
3. Todos exercem a especialidade em consultórios atendendo pacientes conveniados e privados, com cargas horárias de 09 ou mais horas ao dia e a remuneração é considerada satisfatória.
4. O rendimento mensal associa-se positivamente com os egressos do sexo masculino, vinculados a instituições de ensino superior e aqueles que apresentam maior número de aparelhos para realização de exames complementares nos consultórios.
5. A percepção da importância da tecnologia associada à ciência e à praxis desperta nos egressos a consciência de que consultórios bem equipados permitem atendimento de excelente nível.
6. Existe homogeneidade e envolvimento da maioria dos egressos na realização dos procedimentos cirúrgicos mais freqüentes da especialidade e muitos estão atuando nos procedimentos mais complexos como trauma maxilo - facial, cirurgia plástica facial e cirurgia de cabeça e pescoço.
7. Há necessidade de estimular o envolvimento dos egressos nas áreas de otoneurologia, cirurgias estéticas da face e cirurgias cérvico-faciais, voltadas ao tratamento das doenças de natureza maligna.

As informações dos egressos são importantes no planejamento estratégico das atividades do Programa de Residência em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

## Referências bibliográficas

1. Olivieri DP. Princípios e critérios para a organização de um planejamento de ensino aplicação a um plano de residência médica. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo 1976;31(2):130-9.
2. Machado MH, coordenador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1977.
3. Diaz-Jouanem E. Las especialidades médicas: papel de las instituciones educativas y de las instituciones de salud. Gac Med Mex 1990;126(1):25-6.
4. Machado MH. Perfil do médico no Brasil: análise preliminar. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996.
5. Biroloni D. A residência médica e as especialidades. Rev Paul Med 1982;100(3):38-9.
6. Bevilaqua RG, Sampaio SAP, Azevedo AC. Situação de trabalho de médicos egressos de programas e residência médica no Estado de São Paulo. Rev Assoc Med Bras 1992; 38(3):127-37.
7. Brasil. Decreto nº. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. [Publicado no Diário Oficial da União; 1977; Set 6].
8. Brasil. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. [Publicado no Diário Oficial da União; 1981; Jul 9].
9. Vieira ZEG. Considerações sobre a residência médica e os cursos de especialização na área médica clínica. Rev Assoc Med Bras 1976;22(10):399-400.

10. Marcondes E. Residência médica e pós-graduação. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo 1975;30(4):384-6.
11. Kassab P. Residência médica e pós-graduação. Rev Assoc Med Bras 1978;24(6):185 .
12. Bevilacqua RG. A residência médica e a residência nas escolas médicas. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo 1983;38(5):177-8.
13. Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Censo 2002.
14. Ruiz T, Morita I. Curso de graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP: inquérito entre ex-alunos. Rev Assoc Med Bras 1991;37(4):200-4.
15. Gonçalves LE, Marcondes E. Perfil do ex-aluno da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: Coordenadoria de Comunicação Social da USP; 1991.
16. Sakai MH. Avaliação dos egressos do curso de medicina da Universidade Estadual de Londrina [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 1997.
17. Souza GMB, Cruz EMTN, Cordeiro JA. Perfil do egresso da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Rev Bras Educ Med 2002;26(2):105-14.
18. Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Requisitos mínimos de um programa de residência médica: competência em otorrinolaringologia. São Paulo: FUNDAP; 1991.
19. Ferreira OS, Figueira F. Requisitos ideais para um programa de residência médica em pediatria nos países em desenvolvimento. Rev Assoc Med Bras 1978;24(7):158-60.
20. Comunicação Pessoal – Antonio J. Maniglia
21. Fundação Otorrinolaringologia. Disponível em: URL: www.forl.org.br
22. Comunicação Pessoal – Arthur Otavio Koz
23. Guimarães RES, Weckx LLM, Becker HMG, Abrantes MM. Rendimento do otorrinolaringologista cadastrado pela SBORL e variáveis associadas (Perfil do ORL 2002). Rev Bras Otorrinolaringol 2003;69(3):386-91.

---

### Correspondência

José Victor Maniglia Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço  
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - CEP 15090-000  
Vila São Pedro - São José do Rio Preto-SP

---