**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

ALESSANDRO GIRALDES IGLÉSIAS

**PERFIL DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE
MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)**

**Ribeirão Preto
2016**

ALESSANDRO GIRALDES IGLESIAS

**PERFIL DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE
MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas

Área de concentração: Clínica Médica
Orientador: Prof. Dr. Antonio Pazin Filho

**Ribeirão Preto
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Iglesias, Alessandro Giraldes

PERFIL DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Ribeirão Preto, 2016. 154p; il ; 30cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Clínica Médica.

Orientador: Pazin-Filho, Antonio.

1. Epidemiologia; 2. Educação Médica; 3. Escolas Médicas;
4. Egressos.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALESSANDRO GIRALDES IGLESIAS

PERFIL DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE
DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas

Área de Concentração: Clínica Médica

Data da aprovação:

Banca examinadora:

Prof. Dr. **Antônio Pazin Filho**

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)

Prof. Dr. **Luiz Ernesto de Almeida Troncon**

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)

Prof. Dr. **Valdes Roberto Bollela**

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)

Profa. Dra. **Eliana Martorano Amaral**

Faculdade: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof. Dr. **Milton de Arruda Martins**

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados **Jucilene, Julia e Artur**, pela paciência e pela doação do pouco tempo deles comigo para essa tese.

Aos Professores Doutores **Benedito Carlos Maciel** e **José Antonio Marin-Neto** da FMRP-USP, pelo exemplo.

Aos Professores Doutores **Luis Ernesto de Almeida Troncon, Eduardo Antonio Donadi, Milton Cesar Foss** e **Paulo Louzada Júnior** da FMRP-USP, pela compreensão e auxílio nas minhas inúmeras dificuldades.

Ao colega Professor Doutor **Marcos Carvalho Borges** da FMRP-USP, pelo auxílio, exemplo e apoio inestimável.

Ao Professor Doutor **Valdes Roberto Bollela**, pela parceria e ensinamentos nas disciplinas.

Ao Professor Doutor **Marcelo Jose Araujo** da UNIP, pela fantástica revisão histórica da nossa FMRP-USP.

Ao Sr. **Emerson Quirino de Oliveira**, Secretário de Pós-Graduação em Clínica Médica, pelo apoio, auxílio e enorme boa vontade.

Ao Dr. **Eduardo Jatene**, pela participação fundamental no projeto, principalmente na busca final dos egressos.

Ao Conselho Federal de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, pelo enorme levantamento de dados da demografia médica brasileira e paulista.

À Associação dos Ex Alunos da FMRP-USP, pelas informações prestadas por seus associados e pelas doações a esse projeto.

À Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP, pelo apoio fundamental.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo fomento e apoio financeiro.

ESSE TRABALHO FOI REALIZADO COM O APOIO DA FAPESP
PROJETO NO 2008/00020-3

DEDICATÓRIA

Ao Professor Doutor **Antonio Pazin Filho**.

Perdoem-me todos aqueles que considerarem essas linhas insuficientes.

Professor! Chamo-te assim desde nosso primeiro encontro no ano de 1996, quando eu cursava o quinto ano da faculdade de medicina e era monitor da cardiologia na nossa FMRP-USP. Mesmo sabendo que na época te recusavas a ser chamado de tal forma, dizendo que não merecias. Isso nunca saiu da minha mente. Pois na época eu não entendia bem o que vivenciava, mas sentia. Somente mais tarde, na maturidade, pude encontrar a palavra que descreve o fenômeno que eu tive a felicidade de presenciar. Era vocação. Esse foi o teu primeiro ensinamento a mim, inconsciente, mas tão presente que me marcou a alma tal qual ferro em brasa.

Vocação, do latim *vocatio*, o chamado. O chamado ao qual tu respondestes desde sempre, sabendo ou não, com uma paixão ardente, evidente, soberana e inapelável, irresistível, era o de ser Professor. Não qualquer um. Quão fraco é o mestre que somente é capaz de polir o diamante lapidado. Ou muitas vezes capaz de diminuir ou inibir seus estudantes. Não tu. Nunca! Tu és O Professor, de forma natural, característica do dom que somente Deus pode dar aos homens. Pois Professor é o que transforma pedra em estátuas de Aleijadinho, ou o bruto cobre no que somente se viu em Rodes, pois tem o chamado a te perturbar o espírito. Esse és tu. Esse é o meu exemplo.

Obrigado, Professor, por me dar direção e senso de missão. Obrigado por acreditar na minha pequena capacidade, dando-me as ferramentas para que eu também, com maior ou menor competência, poder levar essa paixão docente onde eu estiver. Obrigado por me ser exemplo de ser humano, através de suas capacidades e fraquezas, que nunca as escondeu. Obrigado pela paciência infinita, com a qual tu me levantavas nas minhas quedas, com o carinho do humor e ironia britânica. Permita-nos, a mim a aos seus milhares de egressos, perpetuar os seus valores, onde estivermos, apesar de nossas evidentes limitações.

Acima de tudo, obrigado por ensinar a diferença entre estender uma mão e acorrentar uma alma.

Obrigado! Obrigado! Obrigado!

RESUMO

Introdução: A formação médica tem sido muito discutida recentemente em virtude do crescimento do número de instituições e da crescente percepção de necessidade de um controle social para a qualidade do egresso. A exemplo da avaliação desencadeada por crise similar de crescimento desordenado das faculdades de medicina na década de 70, é oportuna a avaliação abrangente do perfil dos egressos dessas instituições. A medicina vem sofrendo diversas transformações impostas pelas modificações sociais da globalização, o que sem dúvida apresentou impacto sobre o perfil dos alunos egressos.

Objetivos: 1. Avaliar o perfil do profissional médico egresso da FMRP-USP de acordo com a década de formação; 2. Avaliar a distribuição geo-espacial dos egressos da FMRP-USP; 3. Avaliar o envolvimento com o currículo informal e o currículo oculto ao longo das décadas de formação; 4. Avaliar o envolvimento com educação continuada dos egressos da FMRP-USP; 5. Avaliar a aderência à profissão e o envolvimento com outros tipos de atuação profissional ao longo das décadas de formação; 6. Avaliar aspectos relacionados à remuneração dos egressos; 7. Constituir um banco de dados atualizado dos egressos da FMRP-USP que favoreça contatos futuros e projetos para o resgate da história da instituição.

Metodologia: Foram realizadas entrevistas sistematizadas através de instrumento dedicado desenvolvido para o presente trabalho e testado em estudo piloto. A identificação dos egressos envolveu diversas estratégias, incluindo a rede mundial de computadores, comissões de formatura para encontro de turmas, bancos de endereços disponíveis, anúncio em páginas da rede mundial de computadores da FMRP-USP e de seu hospital universitário e dados do CREMESP e CFM. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP.

Resultados: Foram incluídos 1064 egressos (24.9% do total) distribuídos, estratificados em 5 grupos de acordo com a década de formação. Esse trabalho documentou o perfil dos egressos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) de modo pioneiro, sendo extremamente representativo ao se considerar o número de egressos incluídos de acordo com parâmetros com que tais estudos de levantamento ("survey") são analisados. Demonstrou a distribuição geográfica dos alunos, que embora mais concentrados no Estado de São Paulo, possuem distribuição nacional, tanto no que se refere aos profissionais médicos, quanto aos profissionais com pós-graduação *stricto sensu* que se inserem nas mais conceituadas universidades do país, estes últimos com 50% do inserção fora do Estado de São Paulo. Ao longo do tempo, o perfil dos egressos demonstrou modificações significativas do ponto de vista demográfico (maior representação do gênero feminino – de 6,5% nas turmas mais antigas para 36% nas mais novas), do envolvimento com atividades extracurriculares em atividades mais relacionadas à prática clínica em detrimento de atividades mais sociais (pouco mais de 40% nas turmas mais antigas versus mais de 70% nas mais novas) e da busca por especialidades médicas que representem maior poder aquisitivo e qualidade de vida, por exemplo oftalmologia/otorrinolaringologia (15,2% nas turmas mais jovens versus 6,6% nas mais antigas). A busca por educação continuada teve alta porcentagem entre os egressos, com até 42,2% de pós-graduação *stricto sensu* e 98,5% de especialistas entre os egressos com 20 a 29 anos de formado. A inserção profissional foi caracterizada por atividade médica continuada, tanto em ambiente privado como público (SUS), com uma porcentagem relativamente significativa ainda realizando plantões para

complementação de renda, principalmente nos mais jovens (54,5% versus 14,0 nos mais antigos). Finalmente, detecta-se o desejo de se reaproximar da instituição formadora, mantendo contato de diversas formas, como o desejo de receber malas diretas da FMRP-USP mais de 80 % do total dos egressos, chegando a 96,6% nos mais jovens, mas que ainda requer uma liderança mais efetiva.

Conclusões: A amostra de 1064 egressos constituída demonstrou que há grande valorização pela busca contínua de atualização profissional, representada tanto pela busca de programas de residência, pós-graduação e títulos de especialista. Apesar de ser um fator influente, o tempo de formado não prejudicou esse interesse. A influência do perfil docente pode ser refletida na proporção razoável de profissionais que buscam a docência como forma de inserção inicial ou quando se desvinculam da atividade médica.

Unitermos: epidemiologia, educação médica, escolas médicas.

ABSTRACT

Introduction: Medical education has been much discussed recently due to the growing number of institutions and the growing realization of the need for a social control to the quality of graduates. Like the assessment triggered by similar crisis of uncontrolled growth of medical schools in the 70s, is timely comprehensive the evaluation of the profile of the graduates of these institutions. The medicine has undergone several transformations imposed by the social changes of globalization, which undoubtedly had an impact on the profile of students graduating.

Objectives: 1. Assess the profile of the professional of medicine graduate in the FMRP-USP according to the decade of formed; 2. Assess the geo-spatial distribution of graduates of the FMRP-USP; 3. Assess engagement with the informal curriculum and with the hidden curriculum throughout the decades of formed; 4. Assess involvement of graduates of the FMRP-USP in continuing education; 5. Assess adherence to the medical profession and involvement in other types of professional performance throughout the decades of formed; 6. Assess aspects related to the remuneration of graduates; 7. Establish a updated database of the FMRP-USP graduates that encourages future contacts and projects to rescue the history of the institution.

Methodology: Interviews were systematically conducted through a dedicated questionnaire tool developed for this study and tested in a pilot study. The identification of the graduates involved several strategies, including the World Wide Web, graduation commissions for meeting groups, databases of addresses, ad pages of the World Wide Web of the FMRP-USP and its university hospital and CREMESP data and CFM. The project was approved by the Research Ethics Committee of the HC-FMRP-USP.

Results: Were included 1064 graduates (24.9% of total) distributed in 5 groups according to the decade of formed. This work documented the profile of graduates of Ribeirão Preto Medical School of the University of São Paulo (FMRP-USP) in a pioneering way, being extremely representative when considering the number of graduates included according to parameters such survey studies ("survey") are analyzed. It demonstrated the geographic distribution of students, who although more concentrated in São Paulo, have national distribution, both with regard to medical professionals, as professionals with *stricto sensu* pos-graduate working into the most prestigious universities in the country. Over time, the profile of graduates showed significant changes from the demographic point of view (greater representation of females), involvement with extra-curricular activities with more activities related to clinical practice at the expense of more social activities and the search for medical specialties representing higher income and quality of life. Some values of the FMRP-USP have proved perennial over time, as the fact of being imbued in the formation of their students the continued search for specialization in various levels. The professional insertion was characterized by continuing medical activity, both in private and public (SUS), with a relatively significant percentage still performing shifts for supplementary revenue. Finally, it detects the desire to reconnect to the educational institution, maintaining contact in many ways, but still requires more effective leadership.

Conclusions: The sample composed of 1064 graduates showed that there is great appreciation for the continuous pursuit of professional development, represented both by seeking residency programs, postgraduate and specialist titles. Despite being an influential factor, the time since graduation did not harm that interest. The influence of the teacher profile can be reflected in reasonable proportion of professionals seeking teaching as initial insertion or at the end of your medical activity.

Key words: epidemiology, medical education, medical schools.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	14
LISTA DE TABELAS.....	15
LISTA DE ABREVIATURAS:	16
1. INTRODUÇÃO.....	19
1.1. AS ESCOLAS MÉDICAS E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE	21
1.2. O ESTUDO DOS EGRESSOS E SUAS DIVERSAS APLICAÇÕES.....	25
1.2.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
1.2.2 FEEDBACK E CRIVO SOCIAL.....	29
1.2.3 INTERAÇÃO SOCIAL	32
1.3. A FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP) E O ESTUDO DOS EGRESSOS	37
1.3.1 ORIGENS HISTÓRICAS.....	38
1.3.2 PROPOSTA CURRICULAR	51
2. OBJETIVOS.....	62
2.1. PRIMÁRIOS	63
2.2. SECUNDÁRIOS	63
3. METODOLOGIA.....	64
3.1. POPULAÇÃO ESTUDADA.....	65
3.2. INSTRUMENTO DE COLETA	65
3.3. LOCALIZAÇÃO DOS EGRESSOS.....	66
3.4. FATORES CONSIDERADOS NA ANÁLISE	68
3.4.1 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	68
3.4.2 VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS.....	69
3.4.3 INSERÇÃO UNIVERSITÁRIA	69
3.4.4 ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA	69
3.4.5 PRÁTICA MÉDICA.....	70
3.4.6 ANÁLISE DA FORMAÇÃO OBTIDA PELO CURSO MÉDICO	70
3.5. GERENCIAMENTO DOS DADOS COLETADOS.....	71
3.6. CONSIDERAÇÕES ESTATÍSTICAS	72

3.6.1	TAMANHO AMOSTRAL E PODER ESTATÍSTICO.....	72
3.6.2	PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS	72
3.6.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	74
4.	RESULTADOS	75
5.	DISCUSSÃO	101
5.1.	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	103
5.2.	ASPECTOS FORMATIVOS NA GRADUAÇÃO	106
5.3.	RESIDÊNCIA MÉDICA E BUSCA POR APERFEIÇOAMENTO	109
5.4.	ATUAÇÃO PROFISSIONAL	113
5.5.	FONTES DE RENDA	115
5.6.	INTERAÇÃO SOCIAL COM A IES	118
5.7.	LIMITAÇÕES	119
6.	CONCLUSÕES	122
6.1.	PRIMÁRIAS	123
6.2.	SECUNDÁRIAS.....	123
7.	BIBLIOGRAFIA	125
8.	ANEXOS	140
9.1.	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 1	141
9.2.	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 2	142
9.3.	CARTA RESPOSTA DO CREMESP COM ENDEREÇOS DOS EGRESSOS	143
9.4.	CARTA DO PROF. DR. BENEDITO CARLOS MACIEL	144
9.5.	Email de aceite de apresentação de poster na 17th Ottawa Conference and the ANZAHPE (Australian & New Zealand Association for Health Professional Educators 2016 Conference) em Perth Western-Australia	145
9.	APÊNDICES	146
10.1.	CARTAZ DISTRIBUÍDO EM HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES DE ENSINO MÉDICO	147
10.2.	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	148
10.3.	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	153

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Página inicial do banco de dados.	72
Figura 2 - Distribuição das taxas de inclusão e não inclusão dos questionários enviados aos egressos.	76
Figura 3. Número de questionários devolvidos em função do tempo e da intervenção realizada.	77
Figura 4. Distribuição da taxa de retorno dos questionários em relação à turma de formatura dos egressos.	78
Figura 5. Distribuição percentual de retorno dos questionários de acordo com a década de formado	78
Figura 6. Distribuição da taxa de retorno dos questionários entre os municípios do estado de São Paulo.	79
Figura 7. Distribuição da taxa de retorno dos questionários entre as unidades do país.	80
Figura 8 – Razão de Chances (“OddsRatio”) para a resposta do questionário enviado	83
Figura 9 – Evolução do envolvimento com atividades extra-curriculares de acordo com o grupo de estudo.	86
Figura 10 – Evolução do interesse por áreas gerais de atuação (A) e por áreas específicas (B) de acordo com o grupo de estudo.	89
Figura 11 – inserção geográfica egressos com mais de 40 anos de formado	96
Figura 12 - inserção geográfica egressos com mais de 30 anos de formado	97
Figura 13 - inserção geográfica egressos com mais de 20 anos de formado	97
Figura 14 – inserção geográfica egressos com mais de 10 anos de formado	98
Figura 15 - inserção geográfica total dos egressos	98

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição absoluta e proporcional entre Egressos Não-incluídos e Incluídos no estudo no referente à possíveis variáveis de confusão.	82
Tabela 2 - Dados demográficos de acordo com tempo de formado para os egressos incluídos no estudo.	84
Tabela 3 - Características relacionadas à natureza das atividades extra-curriculares de acordo com o tempo de formado	85
Tabela 4 - Características relacionadas à Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> (Residência Médica) de acordo com o tempo de formado	87
Tabela 5 - Características relacionadas à Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i>	90
Tabela 6 - Distribuição dos Egressos da FMRP-USP que atuam como docentes em instituições de ensino.....	91
Tabela 7 - Características relacionadas à atividade profissional	92
Tabela 8 - Características relacionadas à renda	94
Tabela 9 - Características relacionadas à atualização profissional.....	95

LISTA DE ABREVIATURAS:

AEM: Associações de Especialidades Médicas

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CFM: Conselho Federal de Medicina

CO: Conselho Universitário

EMC: Educação médica continuada

EPA: Escola Prática Agricultura “Getúlio Vargas”.

EPM: Escola Paulista de Medicina

EUA: Estados Unidos da América

FAEPA: Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência

FAG: Faculdade Assis Gurgacz - Cascavel/PR

FAMEMA: Faculdade de Medicina de Marília

FAMERP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto -SP

FAMEME: Faculdade de Medicina Nova Esperança- J. Pessoa/ PB

FCM: Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB

FCMPB: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/J. Pessoa/PB

FCMSCSP: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo/SP

FMABC: Faculdade de Medicina do ABC -Santo André/SP

FMJ: Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte- CE

FMUSP: Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo - Campus São Paulo

PUC-CAMPINAS: Pontifícia Universidade Católica de Campinas

PUCPR: Pontifícia Universidade Católica do Paraná - Curitiba

UAM: Universidade Anhembi Morumbi - São Paulo/SP

UEA: Universidade do Estado do Amazonas

UEFS: Universidade Estadual de Feira de Santana- BA

UEL: Universidade Estadual de Londrina

UEM: Universidade Estadual de Maringá

UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UESPI: Universidade Estadual do Piauí

UFBM: Centro Universitário Barão de Mauá- Ribeirão Preto - SP

UFG: Universidade Federal de Goiás

UFGD: Universidade Federal da Grande Dourados

UFMT: Universidade Federal de Mato Grosso

UFS: Universidade Federal de Sergipe

UFSCAR: Universidade Federal de São Carlos - SP

UFT: Universidade Federal do Tocantins - Palmas/TO

UFTM: Universidade Federal do Triângulo Mineiro - Uberaba

UFU: Universidade Federal de Uberlândia - MG

UMC: Universidade de Mogi das Cruzes

UNAERP: Universidade de Ribeirão Preto

UNESC/RCT: Universidade do Extremo Sul Catarinense/RCT - Criciúma

UNIARA: Centro Universitário de Araraquara-SP

UNICAMP: Universidade Estadual de Campinas

UNICID: Universidade Cidade de São Paulo

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

UNIPLAC: Universidade do Planalto Catarinense - Lages

UNITAU: Universidade de Taubaté

UnB: Universidade de Brasília - DF

FMRP-USP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

HCFMRP-USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IES: Instituições de Ensino Superior

OSCE: *Objective Structured Clinical Examination*

SUS: Sistema Único de Saúde

UE: Unidade de Emergências do HCFMRP-USP

UNIP: Universidade Paulista

USP: Universidade de São Paulo

1. INTRODUÇÃO

“o estudante não é um cofre que se deva encher e sim uma tocha que se deve acender” (Professor Zeferino Vaz, primeiro diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) (1))

A Medicina exerce papel fundamental na estrutura de qualquer Sociedade moderna, sendo motivo de crítica em diversas instâncias. A análise crítica da sua função deve ser considerada inerente e tanto a profissão como um dos seus alicerces, suas instituições formadoras, devem estar preparadas para acolhe-las, avaliá-las e realizar as adaptações necessárias para que atinja a função social desejada.

No entanto, é importante que essa análise crítica esteja embasada em indicadores consistentes para que as transformações necessárias possam ser avaliadas e acompanhadas.

Deve ser ressaltado que, embora as Instituições de Ensino Superior (IES) estejam sendo criticadas quanto a estes problemas atualmente, diversas modificações estão sendo realizadas sem que indicadores apropriados sejam considerados. Isso já tem sido apontado por algumas instituições, como o Conselho Federal de Medicina (CFM).

A busca por indicadores para a análise crítica da profissão médica e de suas instituições formadoras se faz, portanto, de capital importância. Essa tese busca contribuir para essa discussão estudando a inserção dos egressos de uma das instituições formadoras mais conceituadas do país. Será detalhado como o estudo de

egressos tem um enorme potencial agregado para auxiliar na transformação social que a Medicina moderna tem que enfrentar para cumprir seus objetivos.

Primeiramente será abordado o papel social das instituições formadoras, destacando-se tanto o papel social que exercem como a cobrança da sociedade para que forneçam um produto de elevada qualidade. Posteriormente, serão discutidas as diversas características da importância do estudo dos egressos dessas instituições para as diversas finalidades sociais. Seguir-se-á uma discussão sobre as características da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), que se constitui na base de dados para esse estudo, elegida por se tratar de uma renomada instituição de ensino superior, com mais de sessenta anos de existência e que pode auxiliar na obtenção de respostas para diversas das questões que serão levantadas. Finalmente, serão sumarizados esses fundamentos para que os objetivos desse trabalho sejam esclarecidos.

1.1.AS ESCOLAS MÉDICAS E A TRANSFORMAÇÃO DA SOCIEDADE

Muito embora a primeira faculdade de Medicina date da vinda de D. João VI ao Brasil, nas últimas décadas houve um crescimento exacerbado e exponencial do número de cursos médicos. Em 1912, havia 7 escolas médicas no país, enquanto na década de 50 o Brasil contava com apenas 13 cursos de Medicina, dos quais somente 4 de origem privada (2).

Porém, esta situação se modificou drasticamente. Ao final de 2005 havia já 123 escolas médicas no país, 64% das quais de gerência privada e em mais da metade

localizadas na Região Sudeste. Do início dos anos 2000 até 2014, a quantidade de faculdades de Medicina no país dobrou(3) e o Brasil possuía no segundo semestre de 2015 um total de 247 instituições, públicas e privadas, que oferecem anualmente perto de 22 mil vagas de graduação em medicina, número superior ao de países com populações muito maiores que a nossa, como China e Estados Unidos (4).

Importante ressaltar que uma parte inicial deste crescimento ocorreu na década de 70, inserido no planejamento educacional do governo da ditadura militar (2), quando o país passou de 27 para 62 escolas médicas, o que motivou uma discussão ampla do perfil do profissional a ser formado que limitou por mais de 20 anos a abertura de novos cursos médicos. No entanto, o crescimento registrado na década de 70 foi suplantado pelo período compreendido de 2000 a 2014, com a maioria dos novos cursos sendo de gerenciamento privado (4). O que *per si* já seria alarmante é agravado pelo fato de que, ainda no mês de abril de 2015, um total de 181 pedidos de novos cursos aguardavam autorização de funcionamento na fila do Ministério da Educação e, dentre eles, já no mês de julho foram autorizadas a funcionar mais 36 instituições de ensino médico, num total de mais 2.290 novas vagas de graduação em medicina (5). Agravante adicional é o fato de que apesar de eventualmente terem lugar em municípios sem cursos médicos, os novos cursos médicos propostos mantêm a distribuição geográfica já tradicional, concentrada nos grandes centros urbanos dos estados do eixo Sul-Sudeste, onde já estão a maioria dos outros cursos de medicina.

Este último crescimento tem motivado uma nova discussão sobre a formação médica no país e diversos órgãos se mobilizam contrariamente a essa expansão, compreendida como desproporcional à necessidade nacional, sendo que muitas dessas novas instituições não têm adequada capacidade para formação profissional

(6). Infelizmente, ao contrário do que se observou na década de 70 (7–9), isto não foi o suficiente para coibir a abertura de novos cursos, ocasionando forte pressão para o desenvolvimento de avaliações externas do perfil do aluno formado, no intuito de garantir qualificação mínima para a segurança da população atendida.

Preocupantemente, o aumento exagerado do número de profissionais formados não foi acompanhado da abertura proporcional de vagas de residência médica em número adequado, gerando um ponto de estrangulamento importante e o surgimento dos “cursinhos” preparatórios (10), potencializado pela pobre capacidade de muitos dos novos cursos de oferecerem ensino de nível elevado, gerando uma multidão de egressos que, apesar de considerados “médicos generalistas”, paradoxalmente possuem reduzida capacidade de resolução. Ilustra bem o sofrível desempenho geral dos novos formados em avaliações como a realizada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), que, apesar da limitação inerente a uma avaliação ainda somente focada no desempenho cognitivo(11)e não uma avaliação formalmente construída para avaliação global de competências, demonstra o amplo despreparo geral da maioria dos médicos avaliados, com taxas de aprovação variando em torno de pouco mais que 50% (12). Além disso, o pobre desempenho geral nessas avaliações cognitivas evidencia ainda mais a premente necessidade de se ampliar as avaliações, utilizando-se instrumentos avaliativos mais abrangentes das outras esferas da competência, como por exemplo avaliações utilizando situações simuladas como o OSCE (*Objective Structured Clinical Examination* (13)).

É nesse contexto de acesso à residência médica que se implementam atualmente a maioria das medidas de análise do perfil do profissional médico formado, cujos resultados podem ser de difícil extrapolação para medidas corretoras nas

instituições de origem, muito embora possam eventualmente cumprir a finalidade seletiva imediata. Limitação comum a todas as tentativas de avaliação é que se fixam no profissional recentemente egresso, sem avaliar o impacto destas transformações na profissão médica como um todo. Uma avaliação holística da formação médica exigiria também a caracterização do profissional formado há mais tempo e em atuação. Estes profissionais provavelmente também estão sofrendo o impacto das modificações da profissão, à medida que a concorrência no mercado aumenta contribuindo para a queda do nível de qualidade esperado pela população, haja vista que os programas de atualização médica do profissional da área são muito mais escassos ainda que a residência médica (14–18).

Muito embora esta discussão do número de cursos seja oportuna e de extremo valor, ela faz parte de um contexto mais amplo do acesso da população ao ensino superior, que sofreu inúmeras transformações nas últimas décadas com o crescimento da inserção internacional do Brasil. A transformação social brasileira fomentou a ampliação das profissões necessárias para atender a demanda gerada, que se reflete gradativamente nas áreas formadoras e tem ampliado a participação da iniciativa privada. A Medicina, particularmente, passa por transformações como o crescimento de outras profissões de saúde, como a Fisioterapia, a Terapia Ocupacional, a Psicologia e a Informática Biomédica, entre outras, o que força a sua readaptação, bem como a atuação multiprofissional. No entanto, o acesso ao ensino universitário ainda é restrito por diversos fatores, incluindo o alto índice de segundo grau incompleto e o baixo poder aquisitivo de uma parcela representativa da sociedade, o que gera discussões sobre cotas de acesso para as universidades públicas.

Em suma, o Brasil vem enfrentando crescimento desenfreado de escolas médicas como medida para ampliar a disponibilidade de médicos para fixá-los em locais de baixa atratividade, mas nem de longe cumprindo tal objetivo, ao contrário, paradoxalmente somente amplia a desigualdade já existente. Essa estratégia não tem levado em consideração à qualidade desses profissionais, o que tem preocupado diversos órgãos formadores e levado a soluções como o estabelecimento de avaliação de egressos de caráter no curto prazo de um a dois anos após a sua graduação. Porém, tais avaliações buscam apenas proteger a Sociedade da exposição a profissionais de questionável competência técnica, mas não tem exercido o papel desejável de se rediscutir toda a estratégia de abertura de escolas médicas e, muito menos de se discutir o teor do que é ensinado e o que deve ser modificado.

1.2.O ESTUDO DOS EGRESSOS E SUAS DIVERSAS APLICAÇÕES

Isto posto, é importante notar que a avaliação da formação médica brasileira é realizada predominantemente por crivo externo e motivada por períodos de crise social. É verdadeiro que diversas instituições públicas, principalmente na crise da década de 70, implementaram esboços para auto avaliação do perfil do profissional formado(19–26). Também se documenta a tentativa de auto avaliação quando o currículo do curso médico foi atualizado em diversas instituições (19,21,24,25). Os dados obtidos dessas avaliações são relativos em sua grande maioria a períodos curtos de avaliação (19,21,24,25), restritos a poucas variáveis em virtude do grande contingente avaliado ou apresentaram representatividade limitada pela baixa taxa de resposta aos questionários enviados (9).

Além disso, grande parte desta avaliação ocorreu há quase duas décadas (20,22–25), e desde então o perfil do profissional formado pode ter se alterado. A inserção do recém egresso de uma faculdade de Medicina na sociedade é provavelmente mais tardia em função do processo formativo envolver preferencialmente a residência médica (14–16). O crescente número de profissionais recém-formados dificulta em muito o estabelecimento definitivo de muitos profissionais e pode estar inclusive dificultando a inserção de profissionais mais antigos, pelo aumento da concorrência. Finalmente, se desconhece o tipo de atuação profissional desses médicos egressos e como eles estão se adaptando a toda esta transformação social. Urge então o estudo adequado desses egressos.

O estudo dos egressos assume importância para diversas esferas. Em primeiro lugar, tem importância para avaliar toda a macro-política de inserção de profissionais, condições de atuação, concentração, etc... Do ponto de vista de ensino-aprendizagem, provê importantes elementos para a reestruturação dos currículos das instituições de ensino superior (IES). Finalmente, mantém o vínculo das IES com seus egressos, possibilitando a aproximação com a Sociedade e as inúmeras possibilidades de inovação que isso pode acarretar.

1.2.1 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Um tipo de abordagem, profundamente imbricada no atual desafio da universalidade da assistência médica predita na Constituição Federal e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), é a análise sócio-demográfica e do local de atuação e fixação dos egressos (27), do estudo da distribuição geográfica dos cursos de medicina e os determinantes da fixação dos médicos egressos, dentro do contexto

histórico e político das últimas décadas. O adequado provimento de serviços de saúde a regiões remotas, pobres e periféricas é um problema em quase todos os países do mundo. Situações de carência e má distribuição geográfica de provedores de serviços, especialmente médicos, têm sido apontadas como um problema grave, persistente e resistente às mais variadas estratégias adotadas para o seu enfrentamento pelos governos da maioria dos países e regiões. Países com distintos sistemas econômicos, políticos, níveis de riqueza e desenvolvimento vivenciam esse drama comum. A má distribuição de médicos é uma condição crônica, de difícil reversão, mas de possível manejo desde que haja planejamento fundamentado em dados estatísticos demográficos sólidos e imparciais. Neste contexto, pesquisas sobre os egressos dos cursos médicos fornecem dados isentos para a análise de tal conjuntura e seu uso sistemático apoiaria, entre outras coisas, o planejamento da interiorização da força de trabalho em saúde (28).

A criação e posterior implantação do SUS, como um sistema de direitos universais e de arranjos institucionais descentralizados, de natureza pública e com gestão participativa (controle social), foi um grande fator que impulsionou os avanços observados na interiorização e melhoria da distribuição dos médicos (28). Dentro da filosofia do SUS, a atribuição por princípio aos municípios da atenção básica obrigou os prefeitos a manterem serviços de saúde locais com médicos e, claro, de toda uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, obrigando a contratações e a consequente interiorização. Tal fenômeno foi potencializado pelo enorme crescimento do número de municípios das últimas décadas, a partir do desmembramento de comunidades muitas vezes isoladas de municípios sede.

Apesar de tudo e a despeito da muito equivocada política federal para a interiorização da assistência médica, com foco principal no mero aumento do número

de profissionais, com todos os seus vieses políticos e econômicos, a persistência e a intensidade das desigualdades de distribuição demonstram que o aumento do quantitativo por si só não garantirá a disponibilidade de médicos nos locais, nas especialidades e nas circunstâncias em que hoje há carência de profissionais. Precisam, por isso, ser aprofundados estudos que considerem a movimentação dos médicos no território nacional e entre os setores público e privado, a diversidade das formas de exercício profissional, a escolha das especialidades, os vínculos e as jornadas de trabalho. Sem dados essenciais isentos, que propiciem uma base empírica comum e confiável para o debate, a discussão sobre demografia médica pode se afastar das reais necessidades do país e vir a ser conduzida segundo interesses transitórios, políticos, financeiros ou corporativistas. Políticas públicas equivocadas, baseadas no falso dilema de que o cerne da discussão seria somente sobre a escassez ou excesso de médicos no Brasil – país com taxa de médicos por habitantes próxima ou até mesmo superior a de nações desenvolvidas - tentam se impor argumentando o raciocínio simplório de que o simples aumento do número de novas escolas médicas, com o consequente aumento do número de profissionais, seria o principal gargalo para prover uma melhor distribuição de médicos no Brasil, solucionando então o enorme problema da desassistência nas áreas remotas, isoladas e longe dos grandes centros urbanos e dos estados mais ricos e desenvolvidos do eixo Sul-Sudeste. Além de estudos robustos refutarem fortemente esta tese, tal conduta suscita outros e sombrios questionamentos, como o uso político e financeiro que a abertura de um novo curso médico poderia propiciar às instituições de ensino superior e às instâncias políticas envolvidas, como instrumento simples de poder. Resumindo, a análise da inserção dos egressos no mercado de trabalho, fornece dados para a concepção de políticas de saúde e de formação médica e auxilia no

planejamento do sistema de saúde brasileiro para garantir acesso da população à assistência médica (2–5,28–35).

1.2.2 FEEDBACK E CRIVO SOCIAL

Entre outros motivos, o estudo dos egressos é importante para avaliar a percepção das competências adquiridas na graduação e os determinantes de sua mobilização na prática profissional (36). A nova dinâmica caracterizada pelas rápidas mudanças na prática profissional impõe que a gestão das pessoas sofra mudanças para adequar-se às exigências do mercado de trabalho. A análise das competências adquiridas e mobilizadas pelos egressos fornece retroalimentação fundamental à constante adequação dos conteúdos curriculares. Muitos dos saberes desenvolvidos nos cursos de formação profissional não são incorporados à prática profissional dos egressos, com baixo retorno em relação aos investimentos educacionais. A percepção dos egressos dos programas de formação profissional de como e quais competências adquiridas na sua formação são realmente mobilizadas na sua vida profissional contribuem no planejamento, desenvolvimento e melhoria do processo de ensino-aprendizagem (37–42).

As propostas pedagógicas contemporâneas indicam que educar significa preparar o indivíduo para responder às necessidades pessoais e aos anseios de uma sociedade em constante transformação. Neste contexto, a avaliação do profissional e sua inserção no mercado de trabalho são de extrema relevância, tanto para o egresso, quanto para a instituição, que através dos resultados obtidos poderá delinear as ações futuras quanto à estrutura curricular e a proposta pedagógica desta formação(43).

O planejamento e desenvolvimento de sistemas de acompanhamento de egressos, como mecanismos que permitam às instituições de ensino superior a contínua melhoria de todo planejamento, operação, financiamento e avaliação das suas organizações, notadamente do processo de ensino-aprendizagem é mandatório. Deve incluir entre os indicadores da qualidade dos egressos a sua real qualidade e competência de trabalho, através da retroalimentação fornecida pelos mesmos sobre formato, implementação e conteúdo curricular, assim como da sua trajetória profissional. Isto facilita compreender, refletir, analisar, planejar e avaliar o ensino superior e as características inerentes ao mercado de trabalho, os contextos da atuação e inserção profissional e a situação ocupacional do egresso, reutilizando as lições aprendidas de forma cíclica em todos os processos educacionais e curriculares.

A avaliação, a partir da percepção dos egressos, da mobilização na prática das competências desenvolvidas em seus programas de treinamento, tal qual o grau de mobilização das diferentes competências aprendidas, fornece valiosíssima retroalimentação à construção curricular e também para a percepção da relação entre o custo da formação e o benefício aferido. Respondem à questão se realmente os recursos humanos, temporais e financeiros despendidos atingem de maneira eficiente os objetivos curriculares propostos. Fornece ainda subsídios para analisar se os objetivos propostos são realmente aqueles desejáveis e necessários à competente atuação profissional efetivamente necessária no contexto social, econômico, político e profissional onde o egresso se inseriu. Coloca a contínua construção curricular dentro da realidade extramuros da academia (37,41,44–47).

Não são os diplomas que indicam a competência do indivíduo, mas sim sua capacidade de manifestar competências e produzir efeitos práticos no trabalho. Informações sobre, por exemplo, a análise profissional e inserção social dos egressos,

entre outros, é fundamental para a avaliação institucional, dando satisfações a uma sociedade que cada vez cobra das universidades a qualidade de seus egressos. São conhecidas as insatisfações da população com a atuação médica. Os dados obtidos permitem analisar se as grades curriculares dos cursos efetivamente refletem as necessidades práticas da profissão no mercado de trabalho, ou seja, se as competências oferecidas como aprendizado aos estudantes são aquelas realmente necessárias para exercício da profissão com competência na prática, dentro de sua própria percepção e principalmente dentro da percepção do meio onde os egressos se inserem. O estudo dos egressos infere a expressão real da competência, ou seja, o que realmente o egresso produz no seu trabalho corriqueiro decorrente da aplicação judiciosa e conjunta dos conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos técnicos, éticos, humanos, interpessoais e inter profissionais— ou seja, a expressão final da competência pessoal global. A análise dos egressos serve então como uma ferramenta áurea da universidade, dos conselhos profissionais e dos diversos órgãos governamentais, para aferir junto à sociedade a qualidade do seu produto humano, dentro da consciência da interconexão entre a academia, sociedade, política e mercado de trabalho. Espera-se das instituições de ensino superior que providenciem egressos com mínimos conhecimentos, habilidades e atitudes para a atuação profissional competente e para isso elas precisam conhecer o seu produto humano e como ele é reconhecido na sua atuação na sociedade, assim como sua inserção no mercado de trabalho, dentro do entendimento do contexto onde se exerce a prática e avaliando as demandas da sociedade sobre os egressos. Em resumo, uma ampla análise dos egressos dimensiona a relação entre a proposta curricular oficial, currículo efetivamente ensinado, currículo oculto, necessidades da população, competências

de fato exercidas e expectativas dos egressos, integrando os limites e as possibilidades das propostas curriculares (37,42,48,49).

Outro aspecto que deve ser destacado é que a formação do egresso não é estanque. Como anteriormente destacado, o egresso muitas vezes se envolve com programas de aprimoramento profissional, como a residência médica. Muitas vezes, esses programas não são realizados na mesma IES de origem, na dependência de diversos fatores de ordem pessoal (casamento, família, etc...), de ordem profissional (especialidade escolhida, oportunidade de oferecimento de vagas, etc...) ou de outras naturezas. Além da especialização, a prática profissional rotineira ao se inserir no mercado de trabalho também aprimora a experiência do indivíduo e a comparação com o currículo a que foi submetido na sua graduação é direta, imediata e inevitável. À luz dessa experiência, o egresso se torna um crítico especializado, que tem uma visão única do processo formador da sua IES e do seu grau de eficiência na sua formação e na área de atuação que escolheu. Essa experiência fornece uma visão pragmática complementar importante para as bases pedagógicas e didáticas que estão sendo inseridas cada vez mais na formação médica (50–56). Talvez essa visão complementar seja até mais valiosa, por se tratar de uma experiência testada do que é ensinado no mundo real, quando comparado às bases pedagógicas e didáticas, que podem ser muito gerais para as realidades brasileiras ou que ainda carecem de confirmação definitiva de sua eficiência.

1.2.3 INTERAÇÃO SOCIAL

Um aspecto muito valorizado em países desenvolvidos é a manutenção do vínculo entre o egresso e sua IES. Os aspectos destacados de importância social (macro-política) e de *feedback* para a IES podem não ser suficientes, como demonstra a experiência brasileira de modo geral, para que o vínculo se mantenha. É necessário que haja a percepção de um processo de “ganha-ganha”, na qual o egresso reconhece o valor de se manter conectado com a IES.

Tal processo pode ser, idealmente, realizado por redes de interconexões pessoais e institucionais conhecidas como associações *Alumni*. O termo *alumni* é o plural da palavra latina *alumnus*, cujo significado dentro dos meios acadêmicos evoluiu do sentido original (criança de colo alimentada pela família, pupilo, discípulo(57)) para designar egressos de uma determinada IES, ou seja, foi estendido para aqueles que recebem uma alimentação intelectual na escola, sendo então os *alumni*, alunos alimentados intelectualmente pela escola fora da esfera familiar (58,59).

Dentro de um mundo em constante mudança, as redes *Alumni* desempenham papel fundamental para os sistemas organizacionais, não somente no desenvolvimento econômico, científico, social e ambiental, mas também para a própria perpetuação da IES dentro de um nível de excelência, que ao final pode, de certa forma, ser aferido pela qualidade, sucesso, inserção profissional, científica, social e política dos seus egressos. Assim, para a IES é vital o restabelecimento de uma relação estreita com os seus *Alumni*, entende-los como parte de sua história, e também como seus representantes para a sociedade.

Nessa linha de pensamento, tanto os egressos quanto as IES tem um novo papel, auto complementar, a assumir como partes mutualmente interessadas. Assim, os egressos podem melhorar sua própria imagem e também da sua IES, aumentando

as oportunidades de ambos, evoluindo ambos em notoriedade, qualidade de ensino, recursos financeiros, numa miríade de benefícios tangíveis e intangíveis. (60,61)

Esse papel fundamental das redes *Alumni* pode se expressar de várias formas como, por exemplo, e talvez seu papel mais importante, atuando ativamente como parte integrante do planejamento pedagógico, seja através do *feedback* da vida real, seja influenciando diretamente o comportamento organizacional e de relacionamentos externos das IESs, criando pontos de apoio para parcerias, estágios, convênios e inserção das IES nos diversos negócios nos quais os egressos possam estar envolvidos, estimulando o direcionamento e inserção curricular para as necessidades da sociedade e dos mercados onde elas estão inseridas. Essa retroalimentação a partir dos egressos fornece subsídios essenciais para a construção contínua do projeto político pedagógico das IES, além da possibilidade de doação de recursos humanos para o seu crescimento (61).

Outro papel fundamental das redes *Alumni* é sua participação no planejamento e desenvolvimento de programas de educação médica continuada (EMC). No Brasil, a EMC é exercida prioritariamente por Associações de Especialidades Médicas (AEM), sendo que a participação das IES se restringe em muitos aspectos ao convite de seus professores para conferências. Em que se pese a importância dessas associações, elas têm imbuído um viés importante que é a busca da defesa de classe. A manutenção do vínculo das redes *Alumni* com a IES em países desenvolvidos permite uma EMC com redução desse viés ao garantir a credibilidade do egresso na sua IES de origem, funcionando como um mecanismo isento de controle da sociedade sobre a qualidade do produto final das IES.

As redes *Alumni* também fortalecem as suas IES através de integração internacional, através de grupos de egressos, governamentais ou não, de cursos de graduação e pós graduação de determinados países (62,63), ampliando o alcance da IES de meramente regional para mundial, não somente pelas relações de seus egressos entre si, mas também pelas relações deles com egressos de inúmeras instituições do mundo através da associação e interconexão das várias redes *Alumni* dos diversos continentes. Também alavanca o alcance de atuação dos egressos, ao criar pontos de apoio no mundo todo, tanto no meio acadêmico, quanto no ambiente profissional, político, cultural e esportivo, funcionando como uma firme ponte ao longo da vida para a aprendizagem e engajamento (61,64,65), num imenso *networking* de aprendizado mútuo através das inúmeras conexões possíveis entre os indivíduos e suas instituições de trabalho e ou pesquisa atuais entre si, criando uma cadeia de aprendizado sem limites visíveis, no maior grau de integração educacional talvez sonhada por educadores como Fogarty (66). Fortalece a IES, levando-a para fora de seus muros, colocando-a e a seus egressos na vitrine do mundo.

Outro campo no qual as redes *Alumni* podem fortalecer a formação dos graduandos através de programas de *menthoring* entre egressos de sucesso e acadêmicos dos últimos anos da graduação, ajudando na preparação dos estudantes para a carreira, tornando o curso de graduação mais desejado e recomendado pelos estudantes, construindo relacionamentos permanentes e mutuamente benéficos e contribuindo para a Excelência da IES, pela orientação e tutoria dos alunos da IES por profissionais renomados, estabelecendo entre tutores e estudantes um vínculo de orientação para suas futuras carreiras num nível dificilmente alcançado intramuros. Nos países desenvolvidos, é comum os ex-alunos doarem tempo, dinheiro ou recursos por meio das empresas que representam às universidades. Como

contrapartida, eles também têm a oportunidade de divulgar as ações de suas corporações e de recrutar os melhores profissionais. As *Alumni* proporcionam então o contato dos graduandos com o dia a dia real da profissão, através da conexão com os egressos, os quais os apoiam fornecendo *insights* que não teriam dentro dos muros da academia, além de promover o crescimento através de bolsas de estudo e de iniciação científica, serviços de empregabilidade e cursos voltados a áreas normalmente pouco abordadas na graduação, como gerenciamento, liderança, administração, marketing e capacitação para os negócios, complementando a formação do (67–72).

Dentro do fomento à produção científica, as redes *Alumni* podem orientar aos egressos como publicar seus trabalhos científicos e experiências pessoais (73), reconhecendo que os egressos possuem vontade de crescimento contínuo através do auto aprendizado, com desenvolvimento crescente por toda vida (74). Além disso, contribuem com a educação continuada de seus membros disponibilizando acesso a bancos de periódicos científicos e livros *online*, encontros científicos, aconselhando e troca de ideias, debates de casos clínicos e de produção científica básica, acesso a cursos pós graduação *latu sensu* como cursos de atualização, e até mesmo *stricto sensu* per si ou através de instituições conveniadas no mundo todo (75).

Socialmente, as associações *Alumni* podem fornecer uma rede de apoio aos egressos ou graduandos da IES durante viagens e deslocamentos, ajudando os viajantes de sua região em uma gama de situações de aconselhamento, hospitalidade e assistência, tais como fornecimento de informações locais, acolhimento, mostrando a região, destacando contatos úteis e auxiliando nos locais de hospedagem, promovendo a integração regional e as interações pessoais (60).

No entanto, na realidade brasileira, ainda são escassas e incipientes as experiências das associações dos ex-alunos, apesar de termos em nosso meio associações tão antigas quanto a Associação dos Antigos Alunos da FMUSP, fundada em 26 de março de 1930, ou a Associação dos Engenheiros Politécnicos da USP, entidade há mais tempo atuando ininterruptamente (76). O acolhimento dos egressos médicos ainda acontece de forma embrionária e informal, e sua expansão iniciaria um ciclo virtuoso.

Concluindo, há a motivação do egresso para continuar participando da comunidade de sua IES, acompanhando atualizações e mesmo fazendo donativos para que sejam feitas melhorias na IES de forma a torná-la competitiva com outras IES. As fundações *Alumni* possuem organização independente das IES, facilitando a interação com as IES, a definição de recursos a serem investidos e fazendo parte dos diversos comitês das instâncias administrativas das IES. Com isso, um aspecto social importante é alcançado.

1.3.A FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP) E O ESTUDO DOS EGRESSOS

Devido a sua importância nos desdobramentos analíticos, é necessária uma breve retrospectiva histórica da FMRP-USP, com foco nas principais modificações curriculares e pedagógicas ocorridas desde sua fundação, facilitando o entendimento

de possíveis correlações entre os desfechos analisados em seus egressos a partir dos dados colhidos nesse *survey*.

1.3.1 ORIGENS HISTÓRICAS

Dentro do contexto histórico, a FMRP-USP e outros cursos acadêmicos do interior do Estado de São Paulo (77) surgiram da discussão e mobilização da sociedade paulista que tiveram lugar principalmente após o final da segunda grande guerra, no contexto da redemocratização, buscando a interiorização do Ensino Superior.

Até a metade do século passado, as doenças infecciosas e parasitárias e a desnutrição eram os principais problemas de saúde pública de nosso país, responsáveis pela baixa expectativa de vida da população, afetando principalmente os mais pobres e as crianças, os mais suscetíveis também às inadequadas condições de higiene, saneamento, além da cruel desinformação. Tais problemas eram potencializados pela muito maior dificuldade de acesso aos serviços médicos e sanitários nas localidades do interior, mesmo num estado mais rico como São Paulo. Ao final do século XIX e início do século XX, no do contexto histórico da *belle époque* e da difusão transcontinental da ciência, nesse enorme otimismo mundial, vários pesquisadores, médicos e sanitaristas, como Adolfo Lutz, Osvaldo Cruz, Carlos Chagas, Emilio Ribas, Vital Brasil, entre outros, protagonizaram um fervilhante movimento científico, acerca de estudos sobre a origem e as causas das doenças endêmicas (1).

No Estado de São Paulo, devido a maior pujança econômica, dada pela crescente industrialização na capital e pela cafeicultura no interior, notavelmente na região de Ribeirão Preto, o controle das endemias foi o foco de atuação do governo estadual desde o final do século XIX, quando da formação do Serviço Sanitário. A facilidade econômica trouxe também um maior destaque científico, com preocupação crescente de se oferecer à população oportunidade de formação de profissionais de saúde locais, para gerir uma organização socioeconômica cada vez mais complexa e ambiciosa, instilando um senso de urgência na criação de uma escola médica genuinamente paulista. Tais anseios frutificaram com a criação de institutos estaduais, que buscaram na melhor ciência mundial a sua inspiração e alicerce, inseridos no crescente otimismo científico e social que antecedeu a Primeira Guerra Mundial em todo mundo, quando a crença na ciência e sua difusão como forma de resolução dos problemas da humanidade.

Dentro da área médica, esse movimento poderia ser ilustrado pela fundação da Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia de São Paulo em 1891, o Instituto Vacinogênico em 1892, aperfeiçoamentos na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1894. Tais acontecimentos tem em comum a atuação do Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, considerado um dos maiores protagonistas de toda elaboração e aperfeiçoamento do ensino médico em São Paulo, de singular importância para os encaminhamentos cotidianos da incipiente Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, orientada a ter como base a ciência experimental, com destaque à pesquisa e a estruturação de laboratórios de pesquisa, contrapondo ao modelo predominante enfatizado em aulas teóricas de ênfase clínica. Desejava-se uma formação médica originalmente paulista. Finalmente em 1912 instalou-se provisoriamente a Faculdade

de Medicina e Cirurgia de São Paulo nas dependências da Escola Politécnica de São Paulo e da Escola de Comércio Álvares Penteado(1).

Em 25 de janeiro de 1934 foi aprovado pelo interventor federal do estado de São Paulo, Armando de Salles Oliveira, o Decreto nº 6.283, que criava a Universidade de São Paulo (USP), a primeira a ser instalada no país segundo os novos moldes do sistema universitário estabelecidos pela nova legislação de ensino, denominada Reforma Francisco Campos. Logo, a USP abarcou também a nova faculdade de medicina com o nome de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1,78).

“Reforma Francisco Campos” (1931)
estabeleceu, em nível nacional, a modernização do ensino secundário brasileiro. Ela imprimiu organicidade ao ensino secundário por meio de várias estratégias escolares, como a seriação do currículo, a frequência obrigatória dos alunos, a imposição de um detalhado e regular sistema de avaliação discente e a reestruturação do sistema de inspeção federal. Desta forma, a cultura escolar definida pela reforma de 1931 procurava produzir um habitus burguês nos estudantes secundaristas, a partir da educação integral e de práticas de disciplinamento e de autogoverno” (79)

Durante a redemocratização que ocorreu no pós segunda guerra durante a década de 40, tomou força na sociedade paulista a percepção da necessidade da interiorização do ensino superior no Estado de São Paulo. Na capital, as recém-instaladas faculdades de medicina da época, notadamente a FMUSP e a Escola Paulista de Medicina (EPM), começaram a não dar conta da crescente demanda por vagas de graduação em medicina, o que levou a uma pressão enorme na sociedade pela ampliação do número de vagas, principalmente na FMUSP, com crescente aumento no número de candidatos por vaga nas provas de ingresso. Por outro lado, dentro da FMUSP existia uma resistência a tal ampliação, haja vista a já insuficiente estrutura educacional, inclusive física e de instalações, para os estudantes já matriculados, assim como o temor que um aumento sem controle no número de ingressantes pudesse impactar negativamente a qualidade do ensino (1).

Argumentava-se, inclusive dentro da própria FMUSP, sobre a conveniência da criação de uma faculdade médica no interior, longe da região da capital. Permitiria aos estudantes do interior puder estudar onde nasceram e cresceram, dentro do meio cultural e epidemiológico no qual depois iriam desempenhar sua profissão, reduzindo consideravelmente os seus custos de manutenção durante o curso médico, oportunizando a uma camada maior da população o acesso a educação superior pública de qualidade, ou seja, democratizando o ensino. Beneficiaria também, diretamente, uma enorme parcela da população do interior que teria acesso a serviços médicos de excelência, dentro do Estado de São Paulo ou mesmo dos estados vizinhos de Minas Gerais, Mato Grosso e até mesmo Goiás. Devemos salientar que nesses tempos o ensino médico superior era restrito somente a algumas capitais do país. Também, já naquela época, existia a preocupação com a fixação do médico no interior, e a criação cursos médicos fora da capital seria um dos fatores favoráveis à

radicação dos egressos junto aos municípios mais necessitados, não somente aumentando a oferta da assistência médica, mas também, através do estímulo à excelência em pesquisa científica, indelevelmente conectado ao ensino médico de excelência, induzindo o estudo das necessidades de saúde específicas do microcosmo no qual estariam inseridos. Então, não se bastava a mera criação de cursos médicos no interior, a demanda era de que os novos cursos deveriam essencialmente ter qualidade de ensino, pesquisa e assistência não menos que igual ao que já existia na FMUSP (1).

Tais reivindicações eram também da população em geral e refletiam na mídia e na Assembleia Legislativa do Estado, logo tal fato não passou despercebido pela classe política. Para dar resposta, em 1947 o governador do Estado de São Paulo Adhemar de Barros prometeu, em Ribeirão Preto e em outras cidade, criar uma “Universidade do Interior”(1).

Após a promessa do governador, várias cidades do interior de São Paulo mobilizaram seus representantes na Assembleia Legislativa do estado no intuito de conseguir uma unidade em seus municípios, tais como Campinas, Botucatu, Santos, Itapetininga, Jaú, Lins, São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Assis, Santa Cruz do Rio Pardo e Piracicaba, porém as cidades de Ribeirão Preto e de São Carlos tiveram inicialmente os movimentos mais adiantados. Tal processo se deu dentro de intensas discussões na Assembleia Legislativa, na imprensa e na sociedade em geral, sendo o representante de Ribeirão Preto o Deputado Luis Augusto Gomes de Mattos e por São Carlos o Deputado Miguel Petrilli. Em 25 de julho de 1947 o representante de São Carlos apresentou Projeto de Lei nº 10 defendendo a implantação de uma Universidade em São Carlos, seguido pelo representante ribeirão pretano no dia 08 de agosto do mesmo ano, com o Projeto de Lei nº 37, iniciando a luta política pela

interiorização do ensino superior em São Paulo. Tais projetos foram aprovados pela Comissão de Educação e Cultura e pela Comissão de Finanças e Orçamento da Assembleia Legislativa. A futura criação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Escola de Engenharia de São Carlos tiveram então uma origem em comum, ambas na Lei Estadual nº 161 de 24 de setembro de 1948(1).

“Realmente, a difusão do ensino superior é medida das mais salutar e virá contribuir, eficientemente, para a boa formação cultural de nossos moços, de cuja capacidade e visão dependem os próprios destinos do Estado” (Comissão de Educação e Cultura da Assembleia Legislativa de São Paulo) (1)”

A sociedade organizada de Ribeirão Preto, ou seja, políticos, representantes de classe, com destaque ao Centro Médico de Ribeirão Preto, clero, mídia, representantes das instituições de ensino médio e superior já existentes, como a Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto, Associação Comercial e Industrial, a Câmara Municipal, a Prefeitura Municipal. Os hospitais como a Santa Casa de Misericórdia, a Beneficência Portuguesa, Hospital São Francisco, Hospital Infantil, entre outros, mobilizaram-se para a efetivação do grandioso projeto, pois sentiam-se merecedores de sediar uma grande universidade pública, baseado na sua cultura, desenvolvimento humano e econômico, poder político, sensibilizando seus representantes na Assembleia Legislativa a pressionar para a real implantação da sonhada instituição (1).

Entre o final do século XIX até a crise de 1929, com a renda da cafeicultura, Ribeirão Preto tornou-se um centro econômico, político, educacional e cultural não somente do Estado de São Paulo, mas do Brasil, com a eleição de Washington Luis presidente da República em 1926. Ribeirão Preto, em 1930, contava com cerca de mil pequenos, médios e grandes estabelecimentos industriais, sendo uma das maiores cidades de São Paulo, com importante rede hospitalar. Já em 1951 apresentava uma relação de 1 médico para cada 1000 habitantes! (1).

Nas palavras do Professor Zeferino Vaz:

“... nenhuma grande Universidade pode aparecer no seio de um povo medíocre” ... “O interior é grandemente lacunoso em cultura, enquanto já se desenvolveu economicamente. Haveria, então, a grande necessidade da criação do pensamento original interiorano, para que este deixasse de ocupar, neste sentido, a posição de inferioridade que ocupa em relação à Capital” (1).

Citando mais uma vez o historiador Professor Marcelo José Araújo:

“Não por acaso Ribeirão Preto pleiteou uma Faculdade de Medicina e não somente por forças políticas, posteriormente, ocorreu sua instalação. Estou certo que a essência destes fatos repousa nas razões históricas e

sociais do município. Ou seja, no comportamento e educação das pessoas, na cultura, na economia, nas escolas existentes, no atendimento médico-hospitalar, enfim, onde haja estrutura humana e material necessária”

(1)

Apesar de alguma resistência inicial, apoiada na preocupação de realmente garantir que as instituições do interior tivessem verdadeira estrutura de excelência, assim como na análise dos elevados custos envolvidos, o processo de implantação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto tomou corpo e força própria. Ao final desse processo, em 16 de dezembro de 1947 foi aditado ao Projeto Legislativo nº 10, que versava sobre a criação de universidades do interior, a criação de Universidades em Ribeirão Preto, São Carlos e Bauru, e foram imediatamente aprovadas na Assembleia Legislativa no mesmo dia (1).

Porém, neste mesmo dia tornou-se público, tendo como relator o Professor Zeferino Vaz, parecer da Comissão de Ensino e Regimento da jovem Universidade de São Paulo, que classificou o projeto imperfeito e inexecutável, devido a dificuldades legais, técnicas, didáticas, financeiras. Mais ainda, inclusive considerada inoportuna. No entanto, as críticas fizeram com que todo o processo fosse repensado para que francas e sinceras condições para uma instituição de excelência fossem asseguradas (1). Baseado no parecer do Professor Zeferino Vaz, modificações no Projeto nº 10 foram introduzidas, notadamente a mudança para a criação não de universidades, mas sim de Faculdades subordinadas à USP, sendo uma de Engenharia em São Carlos, Uma de Odontologia e Farmácia em Bauru e Taubaté, Direito em Campinas,

Filosofia, Ciência e Letras em Limeira e Medicina em Ribeirão Preto. Globalmente, o final da década de 40 vivia a euforia do pós guerra, com o entusiasmo pela ciência e ensino, que no Brasil poderia ser exemplificado pela criação em 1948 da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e em 1949 o Centro Brasileiro de Pesquisas Físicas (1).

Mesmo assim, o projeto foi vetado pelo governador em 10 de setembro de 1948. Por sorte, considerando os argumentos do executivo estadual insatisfatórios, a Assembleia Legislativa posicionou-se contrário ao veto do governador, com destaque para a participação do então jovem Deputado Estadual Ulysses Guimarães. Rejeitado o veto, promulgou-se em 24 de setembro de 1948 a Lei nº 161 na qual constava a criação, entre outras, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

“A mobilização da sociedade brasileira após a segunda grande guerra, uma das decorrências da redemocratização, fez com que surgisse a preocupação com a interiorização do Ensino Superior. Projetos elaborados por profissionais e líderes de comunidades tiveram o apoio e a aprovação do Governo e da Universidade, sendo criadas novas Instituições de Ensino Superior, entre as quais a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP)” (80).

A Fundação Rockefeller foi organizada em 1913 nos Estados Unidos da América (EUA), agrupando várias frentes filantrópicas patrocinadas pela família

Rockefeller desde o século XIX numa organização beneficente não governamental que utilizava recursos próprios para financiar atividades de bem-estar social no mundo todo através da promoção de programas de educação, notadamente as ciências biomédicas. No mundo todo incentivou a criação de Faculdades de Medicina no intuito de promover a ação médico-sanitária com grande preocupação no controle de doenças endêmicas, como a febre amarela e a malária. No Brasil do início do século passado até a década de 30 destacou-se, entre outras ações, seu apoio à nascente FMUSP, e posteriormente na década de 50 à nascente FMRP-USP, apoiando a implantação de um modelo de ensino baseado em exigências básicas como a limitação do número de vagas, tempo integral das disciplinas pré-clínicas e construção de um hospital escola anexo à faculdade, consolidando um modelo acadêmico de ensino baseado na medicina científica experimental, semelhante ao praticado nos EUA(1).

“A Fundação Rockefeller passou a ser conhecida no Brasil por incentivar e formar pesquisadores no campo da saúde pública e por investir na formação de quadros docentes” ... “Os recursos destinados por esta Fundação no estado de São Paulo contemplaram instituições como a Faculdade de Medicina de São Paulo, o Instituto Biológico e a Escola Paulista de Medicina. Na década de 1950, com a criação e a instalação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a Fundação Rockefeller, ao examinar sua orientação filosófica, seus princípios e seus propósitos, verificou que sua

programação sintonizava com o que vinha defendendo nas áreas de saúde pública e de educação médica”(1).

Na década de 50, a Fundação passou a beneficiar a instalação e o desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Conforme destacou o primeiro diretor da FMRP-USP, Professor Doutor Zeferino Vaz:

“... a Fundação Rockefeller teve sempre um comportamento de alta dignidade, porque quando ela dava uma bolsa, ela impunha duas condições, depois de selecionar o indivíduo. Primeiro, que a instituição onde ela trabalhava o recebesse de volta, lhe garantisse o emprego; Segundo, que ele, bolsista, assinasse um compromisso formal de voltar à instituição original” ... “a Fundação Rockefeller, conforme é sabido, somente presta sua valiosa colaboração a entidade em condições de realizar trabalhos de grande valor social e científico” (1)

Porém, deve-se destacar também que o auxílio da Fundação Rockefeller não foi o único. Outras instituições nacionais e estrangeiras também contribuíram (1).

Criada legalmente a FMRP-USP era necessária ainda sua implantação, o que foi cobrado intensamente pela sociedade de Ribeirão Preto. Contou com importantíssimo e ativo apoio de várias instituições da cidade, tais como a Faculdade

de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto (fundada em 1924), a Fundação Sinhá Junqueira, o Instituto de Proteção à Infância, a Santa Casa de Misericórdia, o Centro Médico de Ribeirão Preto, Câmara Municipal de Ribeirão Preto, Associação de Ensino, Centro de Debates Culturais, Associação Odontológica, Associação Rural, Associação Médica da Santa Casa, Centro de Estudos do Hospital São Francisco, da Diocese de Ribeirão Preto, Associação Comercial e Industrial, entre outros inúmeros, culminando na criação em 15 de fevereiro de 1951 da Comissão Pró Instalação Imediata da FMRP, na qual também participaram representantes das entidades cívicas e culturais e representantes da imprensa local. Também os municípios da região de Ribeirão Preto apoiaram entusiasticamente a implantação da FMRP, nominalmente Ipuã, Pitangueiras, Morro Agudo, Santa Rosa do Viterbo, Jaboticabal, Monte Alto, Serrana, Orlândia, Taquaritinga, São Simão, Cravinhos, Batatais, Igarapava, Ituverava, São Joaquim e Jardinópolis, que a apoiaram explicitamente (1).

Em 1942, a Fazenda Monte Alegre é desapropriada e em suas dependências começa a construção do que viria ser a Escola Prática de Agricultura denominada “Getúlio Vargas” (EPA), mas após o final da segunda grande guerra, no período democrático, a EPA caiu em declínio e em 1943 foi desativada e seus alunos transferidos para Pirassununga(1). Após calorosos debates na sociedade e nas instâncias políticas, aquele local foi finalmente cedido à FMRP-USP, que iniciou sua ocupação já em 1953.

Inicialmente a FMRP-USP utilizou, após a oferta e total apoio do corpo clínico, da estrutura da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, entretanto desde sempre isso foi encarado como provisório, pois se impunha a necessidade de um Hospital Escola que atendesse, sem interferências externas, exclusivamente às demandas de ensino e pesquisa da nova instituição(1,81).

“O Hospital-Escola não deve atender socorro de urgência porque corre o perigo de que os leitos se encham de acidentados, com sério perigo para a seleção do material de ensino e de investigação. O Hospital-Escola tem estas finalidades essenciais e os interesses da educação médica devem sobrepor-se aos do imediatismo assistencial. Não esquecer nunca que a atividade assistencial só é prestada pelo Hospital-Escola na medida em que serve ao ensino e à pesquisa. A atividade assistencial pura deve caber aos hospitais públicos, de previdência social, santas casas, beneficências e outros, os quais, quando bem organizados, podem servir também para internato e residência dos formandos pelas Faculdades de Medicina” (Professor Zeferino Vaz) (1)

Ao final, foi então assinado em 09 de abril de 1953 um convênio entre o governo do Estado de São Paulo com a Fundação Sinhá Junqueira, que cederia em regime de comodato por 20 anos, renováveis, um prédio que estava construindo na Rua Bernardino de Campos para instalação de uma maternidade. Essa é a data considerada a data da criação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), inaugurado em 11 de novembro de 1954, tornado autarquia com a Lei nº 3274 de 1955, mas que somente iniciou suas atividades em 31 de julho de 1956. Em 1962, foi assinado o contrato para a construção da sede própria do HCFMRP-USP na fazenda Monte Alegre, com capacidade para 500 leitos, o qual foi inaugurado em 1978, com a unidade

da rua Bernardino de Campos foi designada para ser a recém criada Unidade de Emergências do HCFMRP-USP (UE) (1,81).

1.3.2 PROPOSTA CURRICULAR

O projeto político pedagógico inicial da FMRP-USP envolveu então experientes professores da FM-USP, e incluiu disciplinas originais e pioneiras como psicologia médica, fisiologia, cirurgia torácica, nutrição, endocrinologia, endoscopia como obrigatórias, medicina do trabalho e medicina legal, pronto socorro, bastante inovador para a época. O alinhamento da nascente instituição ao modelo flexneriano (82) seria determinante.

“Pretendia-se que a nascente escola médica tivesse características inovadoras em relação a outras escolas nacionais e a sua estruturação levou em consideração o “modelo americano” vigente, baseado no “Relatório Flexner”, priorizando valorizar as atividades de pesquisa, a separação do ensino básico do clínico e o tempo integral. Por outro lado, devido os primeiros professores catedráticos da FMRP-USP terem sido recrutados pelo primeiro Diretor, o Prof. Dr. Zeferino Vaz, em centros de excelência da Europa e do Brasil, de onde provieram também os primeiros professores assistentes, fez que o

“modelo europeu de Ensino Médico” também tivesse alguma influência na consolidação da FMRP-USP” (80).

No entanto, outras referências foram fundamentais. Muito importantes foram as recomendações do Congresso Panamericano de Educação Médica realizada no Peru em 1951 (1), que enfatizavam: o ensino da medicina preventiva e social, conectadas a todas as disciplinas; foco na formação de médicos generalistas, combatendo a especialização precoce; número de estudantes compatível com a capacidade técnica e financeira da instituição; ciclo básico, clínico e internato, interligados entre si verticalmente e horizontalmente; considerar a Clínica Médica como disciplina fundamental; evitar o excesso de conteúdo, atendo-se ao fundamental; ensino objetivo através da prática; ensino com participação ativa dos estudantes; promover o intercâmbio de professores entre as instituições de ensino dos diversos países, estimulando a pesquisa e divulgação científica; estudo de saúde pública; criação de oficina permanente de educação médica continuada (83).

Foram então contribuições originais ao programa de ensino da FMRP-USP (1): 1) Psicologia Médica; 2) Tisiologia, Cirurgia Torácica, Nutrição, Endocrinologia e Endoscopia; 3) Fisiodiagnóstico e Fisioterapia; 4) Medicina do Trabalho, associada à Medicina Legal; 5) ensino compulsório da medicina de urgência; 6) recrutamento e promoção da carreira dos docentes pela conquista de títulos universitários e pela produção científica; 7) tempo integral de trabalho a todo corpo docente, inclusive nas cadeiras de clínicas, justificado pela indissociabilidade entre o ensino e a pesquisa; 8) Organização Departamental; 9) Hospital das Clínicas anexo à Faculdade; 10) Escola de Enfermagem; 11) Centro de Saúde anexo à Faculdade de Medicina; 12) a

introdução de disciplinas como psicologia médica, medicina preventiva e estatística (foi curso médico pioneiro no ensino obrigatório de Bioestatística) 13) estimular técnicas de ensino ativas, em detrimento de técnicas somente informativas; elevação do status da Pediatria e da Ginecologia e Obstetrícia à altura da Clínica Médica.

Em 11 de setembro de 1951 foi aprovado pelo Conselho Universitário da USP por unanimidade o anteprojeto de criação e estruturação da FMRP-USP, sendo instituída pelo reitor da USP em outubro do mesmo ano uma Comissão Executiva, chefiada pelo Professor Zeferino Vaz, e uma Comissão Consultiva para a implantação da FMRP-USP, com a missão de criar a mais avançada estrutura de ensino do país, com foco no ensino alicerçado na pesquisa científica, com docentes em dedicação integral para que pudessem cumprir tal missão (1). A esse respeito o Professor Zeferino Vaz se posicionou:

*“Por isso, o bom ensino só poderia ser ministrado em uma Faculdade onde todos, professores e assistentes, realizassem eles mesmos investigação científica original”
... “só pode ser professor quem se tenha dedicado à prática da investigação da especialidade que vai professar” (1)*

A estrutura curricular original do curso da FMRP, aprovada em 1952 pelo Conselho Universitário da USP (CO), tinha 32 disciplinas, além de cinco facultativas. Não ficou livre de paradoxos e imperfeições, como por exemplo o fato de que, nessa época, a manutenção da opção clínica ou cirúrgica do sexto ano ter sido elogiada e considerada pelo relator da reforma de 1957 um feito somente possível num curso

médico de alta grandeza (84), denotando um pensamento já nesse momento de valorização da especialização médica precoce, em detrimento do ensino mais integrado. Nas décadas subsequentes, notadamente a partir da década de 70, houve uma crescente fragmentação do ensino da FMRP-USP, espelhando as divisões disciplinares que paulatinamente tiveram lugar dentro dos Departamentos.

Desde sua fundação, a FMRP-USP constantemente esforçou-se em discutir e reavaliar a estrutura de seu curso(85). Em 1957 iniciaram-se movimentos efetivos para correção de imperfeições curriculares e, entre 1959 e 1960, cinco comissões de professores designados pelo Diretor trabalharam consecutivamente analisando criticamente a proposta pedagógica buscando elevar a integração disciplinar, criticando a excessiva autonomia e falta de integração entre os Departamentos e sugerindo-se, entre outras ações, a integração temporal das disciplinas afins dentro de uma sequência coerente, conectando áreas básicas com seus congêneres clínicos, além da transformação das disciplinas do sexto ano em estágios de prática médica. A opção do internato em clínico ou cirúrgico foi abolida e substituída por Internato Único, composto de estágio rotatório (84). Tal integração temporal, muito avançada para a época, antecedeu em décadas o que modernamente seria proposto por Fogarty e Harden como “coordenação temporal” (66).

Em 1965, foram introduzidas no primeiro ano disciplinas originais para cursos de graduação em medicina, como Genética, Matemática Aplicada à Biologia e Estatística(84), não usual para a época.

Na década de 70 foram constituídas Comissões Coordenadoras de Ensino, agregando docentes e discentes, que procuraram evoluir os objetivos do curso médico, na tentativa de evoluir a qualidade didática do currículo e buscando definir

qual tipo de médico a FMRP-USP deveria formar (84), o que, apesar dos esforços dispendidos, somente em 1987 se consolidaram nos Objetivos Terminais do Curso de Medicina da FMRP-USP (86). Nessa época foram extintos os estágios optativos do último ano e iniciou-se uma multiplicação de disciplinas por desdobramento de outras, por exemplo, dentro dos Departamentos como o de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Patologia, ampliando o total de disciplinas de 38, em 1962, para 42 em 1972 e 68 em 1982 (84). Contrapondo as premissas originais do anteprojeto pedagógico, o tempo gasto na formação teórica do estudante tomou-se progressivamente excessivo, o conteúdo repetitivo, com redução do tempo em atividades práticas e procedimentais (85). Então, as reformas curriculares subsequentes a sua fundação até década de 80 espelharam a enorme divisão em disciplinas que ocorreu paulatinamente dentro dos grandes departamentos, além das áreas básicas, iniciadas na década de 70, prejudicando os esforços localizados de integração curricular.

Na alvorada da década de 80, quando inclusive a FMRP-USP sediou um grande evento científico sobre Ensino Médico, tomou força um forte movimento para uma profunda reflexão para a modernização curricular, de enorme complexidade dada a magnitude do que se queria reformar, ou seja, o currículo médico de uma das mais respeitadas instituições de ensino do mundo, o que não se daria sem fortes e acalorados debates e conflitos de forças políticas, pedagógicas, culturais e de gerações. Logo em 1987 desse verdadeiro tsunami frutificou a consolidação formal dos Objetivos Terminais do Curso de Medicina da FMRP-USP. E agosto de 1989 à novembro de 1990, a recém criada Comissão de Graduação, com participação docente e discente realizou um amplo levantamento que apontou as necessidades principais para uma ampla reconstrução curricular. Tal trabalho foi a base para as “Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da FMRP-USP”, apresentadas em

junho de 1991 pelo futuro diretor Professor José Antunes Rodrigues, então presidente da Comissão de Graduação, as quais embasaram uma nova reforma curricular (84).

“A proposta dessa nova reforma curricular previa: a) extinção do concurso vestibular para o Curso de Ciências Biológicas - Modalidade Médica (CCBMM) e o oferecimento de 100 vagas da unidade, através de um mesmo vestibular, para o curso novo de Ciências Médicas; b) revisão dos conteúdos das disciplinas, buscando maior integração, fusão de disciplinas ou, ainda, inclusão de novas disciplinas; c) criação de espaços para a realização de estágios optativos; d) ampliação do período de internato; e) ampliação do ensino ao nível dos ambulatórios do Hospital das Clínicas da FMRPUSP, adequando a grade curricular ao funcionamento dos mesmos, e utilização didática dos ambulatórios das unidades primárias e secundárias do Sistema Regional de Saúde, sob supervisão, conforme as peculiaridades das disciplinas; f) substituição do (então) atual esquema de pré-requisitos por outro mais abrangente(64)”.

Apesar de que na época ainda não existisse na FMRP-USP um Departamento ou Centro de Ensino Médico (80), a reforma curricular, implantada a partir de 1993, foi então a mais extensa praticada na FMRP-USP. Disciplinas do ciclo básico e do ciclo

clínico foram fundidas ou formaram conjuntos, buscando aprendizado integrado e propiciando espaço para a introdução de disciplinas de cunho humanístico, de iniciação na prática médica e optativas. O período do Internato foi duplicado, passando para quatro semestres letivos, compactando-se os ciclos básico e clínico do curso médico (84). Porém, ainda persistiu um elevado número de disciplinas, não realmente integradas, com excessiva carga horária total (11.000 horas), além dos plantões obrigatórios e “obrigativos” (os quais os alunos se compeliados ou a aderir, pela tradição ou pela vocação).

Houve concomitantemente grande investimento na parte física da estrutura de ensino, notadamente os espaços de aula e anfiteatros, que foram modernizados, climatizados e equipados com modernos recursos multimídia, como os do novo Centro de Tecnologia Educacional, incentivando a autoinstrução do aluno (85).

Como todo processo de enorme coragem, mudança e renascimento, houve dor e resistência, crises existenciais, disciplinares e departamentais, mas mesmo dentro desse processo de profundo amadurecimento é importante notar a beleza da força que existe numa grande instituição e que vem de suas origens, pois todo esse enorme processo metamórfico foi acompanhado pela cristalização dentro da FMRP-USP de uma crescente linha de pesquisa, interdisciplinar e interdepartamental, em ensino médico. Ou seja, a semente plantada por seus pioneiros, da excelência pela pesquisa como base maior de tudo, entremeada em tudo e norteando todas suas ações, se fez notar como o cerne do inabalável tronco da grande árvore que se tornou nossa faculdade. Logo, a reforma curricular de 1993 não poderia ser uma mera reforma, foi acompanhada do maior rigor científico e experimental, exemplificado pelo amplo processo padronizado de avaliação dos resultados, utilizando-se ferramentas de avaliação de competência avançadas, como o OSCE, incluindo a comparação de

desempenho específicos entre estudantes da grade curricular antiga versus da nova (26), e do enorme volume de publicações científicas sobre ensino médico que se seguiram. Com certeza essa tese de doutorado e tantas outras ações da FMRP-USP na disseminação da ciência educacional médica não existiriam sem o espírito dos fundadores.

Através de amplo estudo comparativo entre turmas de estudantes da nova grade curricular e da anterior, pode-se detectar algumas mudanças nas competências adquiridas por uma e outras. A nova estrutura curricular de 1993 preocupou-se em elevar o grau de treinamento dentro de conhecimentos de medicina geral e do seu desempenho prático procedimental em habilidades clínicas e psicomotoras fundamentais, o que foi detectado pelas avaliações realizadas e, apesar de parecer ter afetado negativamente a aquisição de habilidades cognitivas mais especializadas e mais complexas e ter efeito neutro quanto a algumas atitudes *“como frente a doença mental e a morte por exemplo, o resultado final pareceu convergir para um egresso mais apto a lidar com as demandas gerais da população, que foi um dos objetivos fundamentais da reforma”* (26,87), *“talvez pelo aumento das atividades de atenção primária e pela duplicação do tempo destinado ao Internato”*(80).

Obviamente existiram e existirão sempre resistências às mudanças, principalmente frente a modificações curriculares tão complexas numa estrutura tão complexa. Não necessariamente negativo caso se considere que a resistência de certa forma força ao debate e à reflexão. Tal curso dialético, desde que desenvolvido num ambiente estritamente acadêmico e científico em que a síntese, conclusões e finalmente ações sejam pautadas estritamente pela evidência científica, e não nos poderes ou visões individuais ou departamentais, fornece e retroalimenta um ambiente de criação contínua de soluções originais e adaptadas à realidade local,

além de produção científica abundante, uma das missões fundamentais da FMRP-USP.

Em todo caso, as resistências à reforma curricular impediram que nesse momento ela fosse mais ampla, de certa forma não atingindo todos os objetivos educacionais propostos. Considerado mesmo por alguns dos seus principais atores como uma oportunidade perdida para uma ampla e saudavelmente alicerçada na moderada ciência educacional (80).

Em 1996, em forte editorial da Revista Medicina, o saudoso Professor Julio C. Voltarelli argumentou, em resumo (88):

“os principais objetivos conceituais da reforma curricular de 1993 eram a maior integração entre as disciplinas, tanto do ciclo básico como do clínico, a exposição mais precoce e mais intensa do estudante a problemas de saúde na comunidade. (A) reforma ora em curso na FMRP talvez fosse inovadora no início da década de 70, (tal como foi proposta) pelo Centro Acadêmico Rocha Lima e rejeitada, sendo que um grande número de faculdades do 1º mundo, incluindo a famosa Harvard, revolucionaram seu currículo médico (utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tais como o ensino baseado em problemas) ... Ao contrário do que possa parecer, a transição para e a coexistência entre os sistemas tradicional e revolucionário são muito difíceis. E

possível que, daqui a 20 anos, estejamos adotando tais metodologias em nossas escolas médicas. As dificuldades de integração curricular estendem-se por todo o currículo, desde as colchas de retalhos massacrantes dos blocos básicos até disciplinas da Clínica Médica que mantem sua individualidade O ensino de graduação compete, em prioridade, com várias outras atividades docentes e onde a frustração com problemas não resolvidos ou exacerbados pelo currículo recém-implantado cria resistências à reformas futuras”

Tais argumentos poderiam se aplicar a centenas de outros cursos médicos de alto nível no mundo todo e na FMRP-USP não foi diferente. As alterações curriculares não foram de imediato aceitas uniformemente no corpo docente(84):

“Quatro décadas após sua fundação, a força de sua estruturação departamental (de forte) autonomia na FMRP fez-se sentir nas resistências à implantação (dessa moderna) estrutura curricular (inicialmente implantada em 1993 e somente finalizada em 1998), com a qual se pretendia centrar o ensino na Comissão de Graduação. A reforma ocorreu, mas não foi completa e embora haja resultados muito positivos, perdeu-se a oportunidade de

uma integração ampla. Houve resistências à reforma curricular, que impediram que ela fosse mais ampla (80)”.

Finalizando

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) foi fundada em 1952 e completou 63 anos em 2015. Constitui-se num modelo bem sucedido de instituição pública inserida no interior do Estado de São Paulo, responsável pela formação de mais de 5.000 profissionais médicos. Caracterizou-se sempre por um modelo flexneriano de funcionamento, embasado no trinômio Pesquisa, Ensino e Assistência. Desde a sua fundação, já implementou duas grandes modificações curriculares e tem se destacado no cenário nacional por suas iniciativas de avaliação do ensino médico (19,26,89). Dispõe de ampla estrutura de ensino, que contempla desde unidades básicas de saúde até hospital terciário de elevada complexidade. Tem sido pioneira na implementação de cursos de residência médica e aprimoramento e na sua inserção nas transformações do Sistema Único de Saúde (90). Estas características conferem à FMRP-USP as condições ideais para o estudo do profissional médico formado na Região Sudeste do Brasil ao longo dos últimos 60 anos, permitindo avaliar de modo mais aprofundado o impacto das diversas transformações que a profissão médica vem sofrendo.

2. OBJETIVOS

2.1.PRIMÁRIOS

1. Avaliar o perfil do profissional médico egresso da FMRP-USP de acordo com a década de formação.

2.2.SECUNDÁRIOS

1. Avaliar a distribuição geo-espacial dos egressos da FMRP-USP
2. Avaliar o envolvimento com o currículo informal e o currículo oculto ao longo das décadas de formação.
3. Avaliar o envolvimento com educação continuada dos egressos da FMRP-USP
4. Avaliar a aderência à profissão e o envolvimento com outros tipos de atuação profissional ao longo das décadas de formação.
5. Avaliar aspectos relacionados à remuneração dos egressos
6. Constituir um banco de dados atualizado dos egressos da FMRP-USP que favoreça contatos futuros e projetos para o resgate da história da instituição.

3. METODOLOGIA

3.1. POPULAÇÃO ESTUDADA

A população de estudo foi composta por uma amostra de conveniência composta pelos egressos do curso de Medicina da FMRP-USP entre a fundação do Curso até o ano de 2006 que aceitaram participar do estudo, enviando respostas pelo correio. Foram identificados 4309 egressos das 50 primeiras turmas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Os egressos foram agrupados de acordo com o ano de formatura e tiveram as variáveis de estudo comparadas para cada década de formado: < 10 anos, 10 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e mais que 40 anos de formado.

3.2. INSTRUMENTO DE COLETA

As informações foram coletadas através de questionário desenvolvido especificamente para esta finalidade (Anexo D) e enviado via correios, juntamente com o termo de consentimento informado e um envelope selado para a devolução dos documentos. O questionário foi desenvolvido e testado em projeto piloto, envolvendo amostra de cem voluntários, conforme orientação da literatura (91).

Para o desenvolvimento do instrumento de coleta de informações, foram levadas em consideração as seguintes características. Em primeiro lugar, o instrumento deveria ser objetivo, de fácil preenchimento e evitando a necessidade de cálculos ou de informações que pudessem fazer com que o respondente se sentisse invadido em sua privacidade. Assim, por exemplo, ao se questionar dados sobre a renda mínima e a origem dessa renda, as informações foram coletadas em faixas de salariais e em

porcentagem da renda oriunda de cada um dos locais em que o egresso trabalha. Uma segunda característica foi que o tempo necessário para o preenchimento deveria ser o menor possível. Finalmente, o instrumento buscou ser mais informativo no referente à vida profissional do indivíduo, mas algumas considerações sobre a vida universitária foram incluídas.

3.3.LOCALIZAÇÃO DOS EGRESSOS

1. Divulgação por Cartaz – foi elaborado um cartaz aprovado pelo CEP com explicações sobre a natureza do estudo e modo de entrar em contato para participar (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**). Esse cartaz foi disponibilizado por via impressa e eletrônica. A via impressa foi distribuída na FMRP-USP, no HCFMRP-USP e enviada para faculdades de medicina e para as associações médicas. A via eletrônica foi disponibilizada na página da FMRP-USP, do HCFMRP-USP, da FAEPA e enviada por listas de e-mail das turmas que foram conseguidas através dos egressos entrevistados e disponibilizadas em comunidades eletrônicas (facebook e orkut).

2. Solicitado à Associação Médica Brasileira (AMB), ao Conselho Regional de Medicina e ao Conselho Federal de Medicina que disponibilizassem a divulgação do estudo por lista de e-mails e que nos fosse fornecida a lista atualizada dos médicos formados na FMRP-USP. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo nos proporcionou a lista completa dos médicos residentes e nos indicou aqueles que haviam se mudado para outros estados. A lista fornecida pelo CREMESP foi de extrema importância, principalmente considerando-se o recente recadastramento realizado.

3. Feita a mesma solicitação ao Conselho Federal de Medicina. Esse nos solicitou uma relação dos médicos que gostaríamos de localizar e nos informou o destino dos médicos no Brasil. Por problemas no banco de dados, nos solicitaram que entrássemos em contato direto com os conselhos de cada estado. Esse se constituiu num agravante, pois nem sempre a relação fornecida pelo CFM estava acurada e embora tenhamos enviado a solicitação para os demais CRMs com número relevante de egressos, não obtivemos resposta.

4. Localização dos endereços via website dos CRMs – os endereços disponibilizados pelos egressos para consulta pública no site dos respectivos CRMs foi adquirido e incluído no banco de dados. Diversos endereços não estavam disponíveis por não ter sido dada a autorização dos médicos para domínio público.

5. Localização dos endereços via sistema de busca na rede mundial de computadores (google) – os endereços não identificados pelo website do CRM foram buscados em sites de busca na rede mundial de computadores.

6. Listas de formandos em poder de egressos – diversos egressos ainda em atuação na FMRP e no seu hospital das clínicas foram conseguidos. Essas listas dispunham de e-mails que foram utilizados e foi também solicitado ao egresso que nos fornecia a lista que enviasse um comunicado ao seu grupo para facilitar o nosso contato.

7. Contato telefônico – duas entrevistadoras contratadas pela Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP entravam em contato direto com o egresso para explicar o estudo e perguntar se ele já havia recebido o material para participar da pesquisa. Se o mesmo não houvesse respondido ainda, era perguntado se ele ainda dispunha do material ou se ele gostaria que fosse enviado novamente.

8. Busca pessoal – foi incluído um aluno de iniciação científica no projeto (Acadêmico Eduardo Jatene) com bolsa do CNPq (PIBIC). Esse aluno teve como atribuições a visita aos egressos ainda em atuação na FMRP e no HC, bem como médicos da cidade de Ribeirão Preto para entregar em mãos o questionário. Em muitas ocasiões, o aluno aguardava que o egresso respondesse o questionário.

9. Contato em encontros de turma – foi realizada a visita aos encontros de diversas turmas realizados no final de 2010. Nessas visitas foram identificados aqueles que ainda não haviam respondido e aqueles que haviam falecido. Nesses encontros foi solicitado a disponibilização de endereços para que fossem enviados os questionários.

10. Revisão após a primeira etapa de envio do material – após a obtenção de todos os endereços, foi revisada toda a listagem de egressos para os quais foi enviado o material. Foi tentado o contato telefônico para aqueles em que não se obteve retorno do material enviado e foram tentadas outras técnicas de localização do endereço para contato daqueles que tivemos o material devolvido pelos correios.

3.4.FATORES CONSIDERADOS NA ANÁLISE

As informações adquiridas ilustradas no ANEXO (**Erro! Fonte de referência não encontrada.**) foram utilizadas em forma pura e através de variáveis derivadas, calculando-se valores a partir das informações recebidas, a exemplo do agrupamento em décadas de formado. São exemplos de variáveis analisadas.

3.4.1 VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS

- gênero; idade; raça; procedência antes de formado; ano de formatura.
- local de trabalho; estado civil;

3.4.2 VARIÁVEIS SÓCIO-ECONÔMICAS

- Ganho relativo - imediatamente após a formatura e nas décadas subsequentes.
O ganho médio foi registrado conforme informado pelo egresso e convertido para o dólar de acordo com o câmbio vigente na época para eventuais comparações.
- Poder aquisitivo médio – imóvel e carro próprios imediatamente após a formatura e nas décadas subsequentes.

3.4.3 INSERÇÃO UNIVERSITÁRIA

- atividades de representação estudantil – Centro Acadêmico; Associação Atlética; Ligas de Assistência
- iniciação científica – trabalhos publicados; participação em congressos
- pós-graduação – mestrado; doutorado; pós-doutorado – relacionando as instituições.
- Inserção na carreira docente.

3.4.4 ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA

- tipo, número de programas e duração da residência médica

- outros programas de especialização que não residência médica relacionados ao exercício direto da Medicina – títulos de especialista, cursos de especialização, etc.
- Participação em congressos – frequência e tipo de congresso imediatamente após a formatura e nas décadas subsequentes.
- Outros programas de especialização não relacionados ao exercício direto da Medicina – gestão e administração em saúde, etc.

3.4.5 PRÁTICA MÉDICA

- Especialidade em que atuou imediatamente após a formatura e nas décadas subsequentes.
- Tipo de atuação – médico; administrador; professor. Se misto, anotar a porcentagem de tempo de atuação destinado a cada local para os períodos imediatamente após a formatura e nas décadas subsequentes.
- Local de atuação – consultório; posto de saúde; hospital. Se misto, anotar a porcentagem de tempo de atuação destinado a cada local para os períodos imediatamente após a formatura e nas décadas subsequentes.
- Inserção universitária – sim ou não. Anotar o nome da instituição e a data do início e término da atividade.
- Se tem inserção universitária, ela é pública ou privada?

3.4.6 ANÁLISE DA FORMAÇÃO OBTIDA PELO CURSO MÉDICO

- Avaliação da capacidade diagnóstica, interpretação de exames subsidiários, terapêutica clínica e procedimentos cirúrgicos.
- Dados considerados positivos na formação obtida
- Dados considerados deficitários na formação obtida

3.5. GERENCIAMENTO DOS DADOS COLETADOS

Os dados coletados durante a entrevista foram inseridos em banco de dados desenvolvido na plataforma Microsoft Access especialmente para o estudo (fig. 1). Existe uma cópia do banco de dados em cada um dos computadores laptops das colaboradoras que foram sincronizados com um computador fixo para cópia de segurança semanalmente.

O banco de dados teve a função de gerenciamento dos dados do estudo, provendo relatórios dos egressos já entrevistados.

Nome: ☐ Masculino **Telefone para contato**

Nascimento: **Ano Formatura:** **Grupo:**

INÍCIO OBITO ENDEREÇO GERAL FORMAÇÃO I FORMAÇÃO II PROFISSÃO RENDA ATUALIZAÇÃO FIM

TERMO DE CONSENTIMENTO Data:

Estamos procurando conhecer o perfil dos alunos formados pela FMRP-USP nestes últimos 50 anos, procurando entender melhor como as transformações do currículo médico e as modificações da sociedade tiveram impacto nesta formação.

Nós estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa. O(A) senhor(a) deverá responder um questionário com duração aproximada de 15 (quinze) minutos ao ser entrevistado por uma pessoa treinada para este fim. As perguntas serão sobre como evoluiu a sua vida após a graduação na FMRP-USP no referente ao seu desenvolvimento profissional e sua inserção na sociedade, bem como qualquer formação adicional que teve que ser adquirida.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e seu nome vai ficar em segredo, não aparecendo nos resultados da pesquisa. O(A) senhor(a) não é obrigado(a) a participar desta pesquisa. Caso concorde em participar, poderá também desistir a qualquer momento.

☐ Sr(a) concorda em participar?

Observações:

ORIENTAÇÕES AO ENTREVISTADOR

Caso a pessoa não concorde em participar, pergunte se seria possível ligar novamente em um novo horário ou se ele poderia responder um questionário que fosse enviado para o seu endereço. Se ele não concordar mesmo com estas orientações, agradeça e encerre a ligação. Anote no campo abaixo, uma observação para qualquer caso em que o sujeito não concordar em participar.

Record: 4110 of 4110 Search

Figura 1. Página inicial do banco de dados.

3.6. CONSIDERAÇÕES ESTATÍSTICAS

3.6.1 TAMANHO AMOSTRAL E PODER ESTATÍSTICO

Pretendeu-se trabalhar com toda a população de egressos da FMRP-USP desde a sua fundação até a 51ª turma no final de 2006. Pretendeu-se atingir taxa de resposta de 15% com base em outros trabalhos realizados na literatura (92,93).

3.6.2 PLANO DE ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e as variáveis quantitativas em média e desvio padrão, como medidas de tendência central. Nos casos em que se observou distribuição com padrão não-normal, ou quando houve ocorrência de valores destoantes (“*outliers*”) que poderiam influenciar as medidas de tendência central, utilizou-se a mediana e o intervalo interquartil. Nas situações em que as variáveis apresentaram distribuições com desvios extremos foi realizada a transformação dos dados para as variáveis que foram incluídas nos modelos de regressão linear ou logística.

Para a comparação das variáveis categóricas, utilizou-se o teste de Fisher para a diferença entre dois grupos e o teste do Qui-Quadrado para a diferença entre vários grupos. Para a comparação das variáveis contínuas não-pareadas foi utilizado o teste *t* de Student paramétrico ao se comparar dois grupos e análise de variância (ANOVA) para a comparação entre três ou mais grupos, aplicando-se o pós-teste de Bonferroni para múltiplas comparações. A comparação de variáveis contínuas pareadas foi realizada pelos mesmos testes, aplicando-se a correção necessária. Para a correlação entre variáveis contínuas, foi utilizado teste paramétrico de correlação.

Foi utilizada a regressão linear e/ou logística múltipla conforme a natureza do desfecho para a comparação entre as turmas. Para todos os testes utilizados, considerou-se significância estatística um valor de $p < 0,05$. A análise dos dados e construção dos gráficos apresentados nos resultados foi realizada utilizando o programa Stata versão 9(94).

A análise geo-espacial e construção de mapas foi realizada com o software ArcGIS versão 9 (95).

3.6.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido para análise no Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP. Foi garantida a confidencialidade das informações prestadas para todos os participantes que forneceram consentimento livre e esclarecido. O consentimento para participação foi enviado por correio ao egresso com as despesas de postagem incluídas para o retorno.

4. RESULTADOS

O número de questionários incluídos foi 1064 dentre 4.311 enviados, sendo a taxa de retorno de 24,7%. Não retornaram os questionários 3.247 egressos, dentre esses 213 (4,7%) devido a óbito. Não aceitaram o levantamento ou o endereço era inexistente ou não tiveram endereço localizado 543 egressos (12,6% do total). A maioria dos questionários não incluídos - 2.941 (57,8% do total) - deveu-se ao não retorno do questionário, apesar do endereço correto e efetiva entrega pelos correios Figura 2.

Figura 2 - Distribuição das taxas de inclusão e não inclusão dos questionários enviados aos egressos.

A distribuição do número de retorno dos questionários durante os meses que durou a fase de coleta de dados do estudo apresentou um padrão trifásico. O primeiro pico de retorno correlacionou-se com a postagem dos questionários aos endereços da mala direta disponível inicialmente. O segundo pico correlacionou-se com envio dos questionários de acordo com novos endereços fornecidos pelo

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. O terceiro pico correlacionou-se com busca ativa de egressos da cidade de Ribeirão Preto realizado por estudante de medicina em iniciação científica (Figura 3).

Figura 3. Número de questionários devolvidos em função do tempo e da intervenção realizada.

A taxa de inclusão dos questionários devolvidos foi homogênea entre os grupos do estudo, exceto por uma taxa um pouco menor entre os egressos das primeiras turmas no grupo com 40 ou mais anos de formado (Figura 4 e Figura 5).

Figura 4. Distribuição da taxa de retorno dos questionários em relação à turma de formatura dos egressos.

Figura 5. Distribuição percentual de retorno dos questionários de acordo com a década de formado

Também houve homogeneidade na taxa de retorno dos questionários de acordo com o município do endereço do egresso dentro do Estado de São Paulo e entre os vários estados e regiões do país (Figura 6 e Figura 7).

Figura 6. Distribuição da taxa de retorno dos questionários entre os municípios do estado de São Paulo.

Figura 7. Distribuição da taxa de retorno dos questionários entre as unidades do país.

Apenas 396 (11,0%) se inseriram fora do Estado de São Paulo, 1224 (33,9%) estão em Ribeirão Preto e 1989 (55,1%) mantiveram-se em outras cidades do Estado. Houve aumento da inserção fora do Estado de São Paulo conforme aumentou o tempo de formado, passando de 8,6% (>40 anos de formado) para 19,8% (entre 10 e 20 anos) – $p < 0.05$. De modo semelhante, houve redução da inserção no Estado de São Paulo (de 63,5% com >40 anos de formado para 54,2% entre 10 e 20

anos) – $p < 0,05$. Para aqueles indivíduos que responderam ao questionário, a razão de chances de se inserir no Estado de São Paulo foi de 0,82 (intervalo de confiança 95% 0,69; 0,92) de acordo com o decréscimo de década de formação.

A análise univariada das variáveis que poderiam influenciar a chance de resposta ao questionário está ilustrada na Tabela 1 e na Figura 8.

Os dados demográficos dos egressos incluídos no estudo de acordo com o grupo de tempo de formação estão apresentados na Tabela 2.

As características das atividades extracurriculares de acordo com período de formação estão apresentadas na Tabela 3 e na Figura 9.

O envolvimento com especialização e residência médica (pós-graduação *lato sensu*) de acordo com o período de formado são apresentados na Tabela 4 e na Figura 10, enquanto os dados referentes à pós-graduação *stricto sensu* estão apresentadas nas Tabela 5 e Tabela 6.

Dados referentes à atividade profissional estão apresentados na Tabela 7, referentes à renda na Tabela 8 e à atualização profissional na Tabela 9.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e proporcional entre Egressos Não-incluídos e Incluídos no estudo no referente à possíveis variáveis de confusão.

	Não-Incluídos 3.245 (75.3%)	Incluídos 1.064 (24.7%)	p
Intervalo de tempo de formado em anos (%)			<0.01
< 10 anos	515 (15.8%)	178 (16.7%)	
10 - 19 anos	614 (18.9%)	264 (24.8%)	
20 - 29 anos	572 (17.6%)	206 (19.3%)	
30 - 39 anos	691 (21.3%)	231 (21.7%)	
> 40 anos	853 (26.3%)	185 (17.4%)	
Morador do Estado de São Paulo (%)	2.314 (71.3%)	899 (84.5%)	<0.01
Morador de Ribeirão Preto (%)	844 (26.0%)	380 (35.7%)	<0.01
Gênero Masculino (%)	2.402 (74.0%)	769 (72.2%)	0.262

Figura 8 – Razão de Chances ("OddsRatio") para a resposta do questionário enviado

Tabela 2 - Dados demográficos de acordo com tempo de formado para os egressos incluídos no estudo.

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	p
Número incluído (%)	178 (16.7)	264 (24.8)	206 (19.3)	231 (21.7)	185 (17.4)	
Gênero Masculino (%)	114(64.0)	167(63.2)	133 (64.5)	182 (78.8)	173 (93.5)	<0.01
Estado Civil Casado (%)	84 (47.2)	209 (79.1)	166 (80.6)	192 (83.5)	154 (83.2)	<0.01
Raça						0.02
Branca	9 (5.0)	17 (6.4)	17 (8.2)	20 (8.7)	13 (7.0)	
Amarela	165 (92.7)	245 (92.8)	181 (87.8)	209 (90.8)	172 (92.9)	
Negra/Mulato	4 (2.2)	2 (0.7)	8 (3.8)	1 (0.4)	0 (0)	
Morador do Estado de São Paulo (%)	151 (84.8)	197 (74.6)	187 (90.8)	198 (85.7)	166 (89.7)	<0.01
Morador de Ribeirão Preto (%)	94 (52.8)	69 (26.1)	74 (35.9)	84 (36.3)	59 (31.9)	<0.01

Tabela 3 - Características relacionadas à natureza das atividades extra-curriculares de acordo com o tempo de formado

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	p
Número incluído (%)	178 (16.7)	264 (24.8)	206 (19.3)	231 (21.7)	185 (17.4)	
ATIVIDADES EXTRA CURRICULARES						
CARL (%)	72 (40.4)	102 (38.6)	77 (37.4)	133 (57.6)	127 (68.6)	<0.01
AARL (%)	73 (41.0)	81 (30.7)	78 (37.8)	81 (35.0)	72 (41.6)	0.09
Iniciação Científica (%)	131 (73.6)	196 (74.2)	99 (48.0)	75 (32.4)	75 (40.5)	<0.01
Ligas Acadêmicas (%)	142 (79.8)	161 (61.0)	32 (15.5)	68 (29.4)	76 (41.0)	<0.01

Figura 9 – Evolução do envolvimento com atividades extra-curriculares de acordo com o grupo de estudo

Tabela 4 - Características relacionadas à Pós-Graduação *lato Sensu* (Residência Médica) de acordo com o tempo de formado

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	P
Participou de programa de residência (%)	141 (79.2)	256 (96.9)	203 (98.5)	219 (94.8)	160 (86.5)	<0.01
Número de Programas de Residência completados (%)						<0.01
1	101 (66.2)	136 (52.7)	148 (72.9)	155 (71.4)	109 (67.7)	
2	46 (30.4)	103 (39.9)	52 (25.6)	56 (25.8)	39 (24.2)	
3 ou mais	5 (3.3)	19 (7.3)	3 (1.5)	6 (2.7)	13 (8.0)	
Primeiro Programa de Residência no HCFMRP-USP (%)	149 (83.7)	250 (94.7)	184 (89.3)	183 (79.2)	110 (59.4)	<0.01
Área do Primeiro Programa de Residência (%)						<0.01
CIR	21(13.3)	32(12.4)	26(12.8)	30(13.9)	32(21.2)	
CLM	53(33.5)	80(31.0)	59(29.2)	55(25.4)	28(18.5)	
PED	9(5.7)	20(7.7)	36(17.8)	47(21.7)	28(18.5)	
GO	8(5.0)	34(13.2)	18(8.9)	24(11.1)	12(7.9)	
ORTOP	11(6.9)	12(4.6)	15(7.4)	18(8.3)	14(9.2)	
RADIO	7(4.4)	19(7.3)	5(2.5)	10(4.6)	5(3.3)	
NEURO	3(1.9)	8(3.1)	6(2.9)	7(3.2)	4(2.6)	
OFTALMO/ORL	24(15.2)	27(10.4)	13(6.4)	7(3.2)	10(6.6)	
ANESTESIA	8(5.0)	8(3.1)	6(2.9)	4(1.8)	7(4.6)	
PQU	6(3.8)	14(5.4)	9(4.4)	6(2.8)	7(4.6)	
OUTRAS	8(5.0)	4(1.5)	9(4.4)	8(3.7)	4(2.6)	
Segundo Programa de	44 (56.4)	104 (81.2)	43 (74.1)	37 (48.7)	23 (30.2)	<0.01

Residência no HCFMRP-USP (%)						
Título de Especialista (%)	101(56.7)	220(83.3)	143(69.4)	164(71.0)	143(77.3)	<0.01
Tempo entre formatura e título -Mediana (intervalo interquartil) em anos	5.2(4.5;6.0)	4.9(4.2;6.7)	6.6(4.8;11.6)	6.6(3.7;14.7)	8.8(5.0;15.7)	<0.01

Figura 10 – Evolução do interesse por áreas gerais de atuação (A) e por áreas específicas (B) de acordo com o grupo de estudo.

Tabela 5 - Características relacionadas à Pós-Graduação *Strictu Sensu*

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	P
Obteve algum título de pós-graduação (%)	27(15.1)	102(38.6)	87(42.2)	91(39.4)	71(38.4)	<0.01
Maior grau obtido pelos que fizeram pós-graduação (%)						<0.01
Mestrado	14(53.8)	38(38.4)	15(17.4)	25(27.8)	4(5.9)	
Doutorado	12(46.1)	48(48.9)	48(55.8)	32(35.5)	39(57.3)	
Pós-Doutorado	0(0)	13(13.1)	23(26.7)	33(36.6)	25(36.7)	
Pós-graduação obtida na FRMP-USP (%)	19(70.4)	80(78.4)	55(63.2)	63(69.2)	44(61.9)	0.122
Retardo entre formatura e pós-graduação (em anos)	5.2(3.7)	9.2(2.8)	14.8(5.3)	16.1(7.7)	14.1(9.0)	<0.01

Tabela 6 - Distribuição dos Egressos da FMRP-USP que atuam como docentes em instituições de ensino

Instituição	Número	%	Instituição	Número	%
FAG	2	2.17	UFBM	17	18.48
FAMEMA	1	1.09	UFG	1	1.09
FAMENE	1	1.09	UFGD	1	1.09
FAMERP	1	1.09	UFMT	1	1.09
FCM	2	2.17	UFS	1	1.09
FCMPB	1	1.09	UFSCAR	5	5.43
FCMSCSP	2	2.17	UFT	1	1.09
FMABC	1	1.09	UFTM	1	1.09
FMJ	1	1.09	UFU	4	4.35
FMSP-USP	7	7.61	UMC	1	1.09
PUC-CAMPINAS	2	2.17	UNAERP	9	9.78
PUCPR	1	1.09	UNESC/RCT	1	1.09
UAM	2	2.17	UNIARA	1	1.09
UEA	1	1.09	UNICAMP	5	5.43
UEFS	1	1.09	UNICID	2	2.17
UEL	4	4.35	UNIFESP	3	3.26
UEM	2	2.17	UNIPLAC	1	1.09
UERJ	1	1.09	UNITAU	1	1.09
UESPI	1	1.09	UnB	1	1.09

Tabela 7 - Características relacionadas à atividade profissional

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	P
ATUAÇÃO PROFISSIONAL						
Atua como médico (%)	174(97.7)	260(98.5)	200(97.1)	220(95.2)	166(89.7)	<0.01
Porcentagem do tempo que atua como médico	96.7(13.6)	93.7(18.1)	90.4(21.7)	89.8(22.7)	91.6(19.1)	<0.01
Exerce outras atividades que não a medicina (%)	9(5.0)	32(12.1)	37(17.9)	35(15.1)	41(22.1)	<0.01
Docência	6(40.0)	31(59.6)	36(58.0)	37(53.6)	25(35.7)	<0.01
Administração em Saúde	2(13.3)	4(7.7)	14(22.6)	13(18.8)	8(12.8)	
Administração for a da saúde	2(13.3)	7(13.4)	5(8.0)	9(13.0)	22(31.4)	
Outros	5(33.3)	10(19.2)	7(11.3)	10(14.5)	14(20.0)	
Aposentado	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	37(16.0)	124(67.0)	<0.01
Tempo médio de trabalho até aposentadoria	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	31.2(4.8)	34.7(7.6)	<0.01
NATUREZA DA ATIVIDADE						
DOCÊNCIA	12(6.7)	63(23.8)	74(35.9)	81(35.0)	61(32.9)	<0.01
FMRP-USP	1(8.3)	17(27.0)	31(41.9)	36(44.4)	29(47.5)	0.02
Dedicação exclusiva	1(8.3)	16(25.4)	23(31.0)	33(40.7)	23(37.7)	0.09
NÚMERO E PORCENTAGEM QUE EXERCEM ATIVIDADE						
Hospital (%)	148(82.1)	192(72.7)	137(66.5)	142(61.9)	115(62.1)	<0.01
Consultório (%)	79(44.4)	189(71.6)	130(63.1)	151(65.3)	121(65.4)	<0.01
SUS (%)	76(42.7)	85(32.2)	65(31.5)	69(29.8)	34(18.4)	<0.01
Outra (%)	26(14.6)	39(14.7)	36(17.5)	49(21.2)	24(12.9)	0.159

PORCENTAGEM MÉDIA DO TEMPO
DEDICADO

Hospital (%)	68.9(30.8)	44.3(29.5)	41.4(30.2)	40.3(31.5)	47.9(33.7)	<0.01
Consultório (%)	35.9(26.5)	59.3(28.7)	56.6(29.7)	56.3(26.6)	63.8(28.8)	<0.01
SUS (%)	33.7(26.8)	29.6(19.5)	38.3(24.7)	43.4(29.3)	33.0(26.0)	0.01
Outra (%)	46.3(33.5)	33.3(28.2)	41.7(33.3)	37.9(32.4)	40.8(36.2)	0.61

Tabela 8 - Características relacionadas à renda

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	P
BOLSA	60(33.7)	4(1.5)	0(0)	0(0)	0(0)	<0.01
SALÁRIO FIXO	87(48.9)	148(56.0)	123(59.7)	149(64.5)	67(36.2)	<0.01
TRABALHO AUTÔNOMO	98(55.0)	206(78.0)	144(69.9)	157(67.9)	131(70.81)	<0.01
PLANTÕES	97(54.5)	87(32.9)	51(24.7)	48(20.8)	26(14.0)	<0.01
REND A NÃO- RELACIONADA MEDICINA	15(8.4)	32(12.1)	41(19.9)	50(21.6)	85(45.9)	<0.01
Porcentagem da renda que advém de cada fonte						
BOLSA	56.5(30.7)	37.2(39.1)	0(0)	0(0)	0(0)	<0.01
SALÁRIO FIXO	54.4(27.3)	50.3(29.7)	53.4(33.3)	54.4(33.2)	55.8(33.4)	0.74
TRABALHO AUTÔNOMO	53.0(31.4)	71.6(29.2)	72.1(28.7)	66.9(28.7)	63.4(28.6)	<0.01
PLANTÕES	38.3(23.0)	27.4(17.5)	26.2(16.6)	22.6(13.8)	20.1(11.2)	<0.01
REND A NÃO- RELACIONADA MEDICINA	25.6(23.0)	20.4(24.8)	30.2(33.3)	36.0(31.5)	41.3(28.7)	0.01

Tabela 9 - Características relacionadas à atualização profissional

	<10 anos	10-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	>40 anos	P
Sociedades Médicas	125(70.2)	220(83.3)	166(80.6)	179(77.5)	151(81.6)	0.01
Assinatura de Revistas	94(52.8)	165(62.5)	134(65.0)	168(72.7)	137(74.0)	<0.01
Revista Medicina	71(39.9)	79(29.9)	68(33.0)	64(27.7)	61(32.9)	0.104
Congressos Nacionais	162(91.0)	253(95.8)	187(90.8)	208(90.0)	151(81.6)	<0.01
Congressos Internacionais	80(44.9)	117(44.3)	106(51.4)	117(50.6)	91(49.2)	0.428
Internet	55(30.9)	114(43.2)	68(33.0)	94(40.7)	50(27.0)	<0.01
Conhecimento da Associação dos Ex-Alunos	125(70.2)	183(69.3)	165(80.1)	193(83.5)	149(80.5)	<0.01
Sócio efetivo da Aex-alunos	3(1.7)	8(3.0)	27(13.1)	34(14.7)	49(26.5)	<0.01
Interesse em se associar	108(60.6)	141(53.4)	80(38.8)	80(34.6)	56(30.2)	<0.01
Interesse em mala direta da FMRP-USP	172(96.6)	245(92.8)	192(93.2)	209(90.5)	153(82.7)	<0.01
ACERVO HISTÓRICO						
Material histórico disponível	50(28.0)	62(23.5)	50(24.2)	50(21.6)	57(30.8)	0.205
Empréstimo para cópia	49(98.0)	60(96.7)	48(96.0)	46(92.0)	55(96.5)	0.614

As figuras 11, 12, 13, 14 e 15 ilustram a dispersão geográfica da inserção profissional dos egressos dentro do Estado de São Paulo conforme o tempo de formado.

Figura 11 – inserção geográfica egressos com mais de 40 anos de formado

Figura 12 - inserção geográfica egressos com mais de 30 anos de formado

Figura 13 - inserção geográfica egressos com mais de 20 anos de formado

Figura 14 – inserção geográfica egressos com mais de 10 anos de formado

Figura 15 - inserção geográfica total dos egressos

Além dos dados quantitativos apresentados, as respostas encaminhadas foram acompanhadas muitas vezes de observações, sugestões e envio de material com valor histórico. Além disso, o material adquirido nessa tese foi apresentado em diversos eventos da FMRP-USP durante sua comemoração de 55 e 60 anos.

- Exposição “História da FMRP-USP” – elaborada em conjunto com a Comissão de Cultura e Extensão da FMRP-USP. As fotos e materiais obtidos por doação nesse projeto foram doados ao museu da FMRP-USP.
- Composição do Banco de Dados de Egressos – os dados obtidos foram doados à FMRP-USP que os incluiu no novo sistema de egressos criado a partir desse projeto. O banco foi incluído no website da FMRP-USP e ficou previamente acordado com a Diretoria que serão incluídas as questões desse projeto no banco resultante, possibilitando o intercâmbio das informações e análise futura de novos dados adquiridos. Nesse sentido, o atual projeto foi um marco que motivou a FMRP-USP a se envolver num projeto de inclusão continuada dos egressos, promovendo iniciativas como a educação à distância.
- Associação dos Ex-Alunos da FMRP-USP – diversos egressos consultados demonstraram interesse em se associar à entidade e o projeto promove sua aproximação com a Diretoria da FMRP-USP.
- Os dados disponíveis também serão cotejados com outros bancos de dados em desenvolvimento, como o banco de egressos do programa de pós-graduação do Programa de Clínica Médica da FMRP-USP.

- Os dados serão disponibilizados para outros pesquisadores do programa PRÓ-ENSINO CAPES para desenvolvimento de teses de mestrado e iniciação científica.

5. DISCUSSÃO

Esse trabalho documentou o perfil dos egressos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) de modo pioneiro, sendo extremamente representativo ao se considerar o número de egressos incluídos de acordo com parâmetros com que tais estudos de levantamento (“survey”) são analisados, principalmente considerando algumas especificidades, como por exemplo a pouca familiarização da população brasileira com esse tipo de pesquisa - o que poderia inibir um número maior de respostas, a amplitude de informações do questionário, com o consequente impacto na sua maior complexidade. Apesar disso, a taxa de retorno está dentro de parâmetros de resposta de outros estudos internacionais, mesmo em sociedades nas quais tal tipo de questionamento populacional é mais conhecido e familiar (93)(92).

Demonstrou-se a distribuição geográfica dos alunos, que embora mais concentrados no Estado de São Paulo, possuem distribuição nacional, tanto no que se refere aos profissionais médicos, quanto aos profissionais com pós-graduação *stricto sensu* que se inserem nas mais conceituadas universidades do país. Ao longo do tempo, o perfil dos egressos demonstrou modificações significativas do ponto de vista demográfico (maior representação do gênero feminino), do envolvimento com atividades extracurriculares, com atividades mais relacionadas à prática clínica em detrimento de atividades mais sociais e da busca por especialidades médicas que representem maior poder aquisitivo e qualidade de vida. Alguns valores da FMRP-USP se mostraram perenes ao longo do tempo, como o fato de estar imbuído na formação de seus alunos a busca continuada por especialização em diversos níveis. A inserção profissional foi caracterizada por atividade médica continuada, tanto em ambiente privado como público (SUS), com uma percentagem relativamente significativa ainda realizando plantões para complementação de renda. Finalmente,

detecta-se o desejo de se reaproximar da instituição formadora, mantendo contato de diversas formas, mas que ainda requer uma liderança mais efetiva.

5.1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Um primeiro ponto a ser discutido com relação a esse trabalho diz respeito à metodologia empregue. Trata-se de um estudo tipo corte transversal de características específicas, conhecido na literatura como “*survey*” (levantamento/entrevista). Esses trabalhos têm algumas características metodológicas específicas que devem ser observadas para que seus resultados possam ser interpretados de forma adequada (91). A primeira dessas características diz respeito ao número de sujeitos incluídos no estudo, que é sempre problemática considerando-se a forma como se contata os indivíduos. Métodos como entrevistas telefônicas, entrevistas presenciais ou preenchimento de questionários autoexplicativos são utilizados e podem comprometer a taxa de inclusão. No presente estudo foi realizada a opção por questionários autoexplicativos preenchidos pelo próprio sujeito da pesquisa, por exigências do Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP. Com esse tipo de estratégia, estimativas em torno de 8 a 12% são consideradas aceitáveis, sendo o número de sujeitos incluídos no presente estudo praticamente o dobro. Isso confere qualidade e solidez aos dados apresentados.

Uma segunda característica metodológica dos estudos de “*survey*” é a preocupação de como contornar o viés de inclusão que pode ocorrer pela maior aceitação de determinados subgrupos em participar da pesquisa. Diversas estratégias foram utilizadas para essa finalidade, incluindo a localização dos endereços, o cruzamento de informações em diversas instituições, contatos telefônicos para se

incentivar a resposta dos participantes e o acréscimo de um aluno de iniciação científica para motivar os egressos que ainda estavam na FMRP-USP ou no seu HCFMRP-USP a responder o questionário. Também vale destacar o papel fundamental da Unidade de Pesquisa Clínica do HCFMRP-USP, que gerenciou todas as informações e realizou os contatos telefônicos. Todas essas estratégias parecem ter sido eficazes, considerando-se que o número de egressos que responderam estratificados pela turma de formação ter sido equitativo, sem diferença estatística, o que se manteve quando se agrupou os egressos de acordo com a década de formação, com exceção de pequena magnitude para aqueles formados há mais de 40 anos.

A terceira característica a ser observada que reflete a qualidade de estudos de “*survey*” é a qualidade do preenchimento do instrumento. O instrumento utilizado nesse estudo foi dedicado, ou seja, desenvolvido exclusivamente para seu uso. Foi desenvolvido procurando-se obter informações de forma objetiva, sempre valorizando dados quantitativos objetivos e que fossem de rápido preenchimento para garantir a adesão. A única exceção feita foi relacionada ao ganho financeiro dos egressos, aonde foram coletados dados relativos (porcentagem da renda que vem de cada fonte de pagamento, por exemplo), pois é conhecido da literatura que esse é um dos motivos que desencoraja o preenchimento. Esse instrumento foi testado em um piloto para se estimar o tempo de preenchimento e se algum tipo de restrição seria aplicado a alguma das perguntas. Todos esses cuidados foram eficazes, considerando-se que não houve ausência de respostas (respostas em branco) que tiveram que ser descartadas para fins de análise.

A interpretação desses dados é outra característica que deve ser cuidadosa, pois a generalização dos achados só pode ser considerada para aqueles egressos que aceitaram participar do estudo. No entanto, a generalização interna como aquela que se optou no presente estudo de se comparar os egressos por décadas de formação é possível e permite a comparação histórica dos dados observados.

Um dado interessante do presente estudo é a distribuição geográfica dos seus egressos. Foi observado que ao longo dos seus 60 anos de existência a FMRP-USP formou diversos egressos que se concentraram primordialmente no Estado de São Paulo, com concentração maior no Eixo Ribeirão Preto – São Paulo (Capital), mas que a presença dos seus egressos pode ser notada em praticamente todos os estados brasileiros. Esses dados são interessantes à luz da discussão atual sobre a ampliação das escolas médicas (96). Uma corrente de pensadores defende a tese que a criação de escolas seja uma estratégia para a fixação de médicos em áreas desprovidas de profissionais. Os dados apresentados podem, se interpretados de modo precipitado, corroborar essa hipótese, mas deve-se lembrar que todo o contexto histórico detalhado no início desse trabalho deixa claro que isso foi obtido num momento em que inexistiam outras faculdades médicas no interior do Estado de São Paulo. Também deve ser lembrado que no momento em que isso ocorreu, em meados da década de 1950, a tecnologia que envolve a prática médica era de outra natureza, em muito inferior ao que hoje se preconiza para que seja feita com excelência. Ao observarmos o contingente de egressos que permanecem no Estado de São Paulo em décadas mais recentes de formação, essa proporção diminui e a proporção de especialistas cresceu em detrimento de profissões mais generalistas. Tomados em

conjunto, esses dados parecem reforçar que a criação de escolas médicas em áreas em que essas inexistam foi uma estratégia de fixação no contexto histórico detalhado.

No entanto, não se pode extrapolar essa assertiva para o século XXI, com as exigências tecnológicas da Medicina Moderna. Além disso, se essa é a estratégia desejável, as escolas devem ser abertas nas áreas carentes, garantindo-se o afluxo de tecnologia e de profissionais capacitados para a formação de alunos de medicina, ao invés da abertura de escolas concentradas na Região Sudeste do País, na qual não há preocupação com os investimentos tecnológicos e muito menos a preocupação com a qualidade dos profissionais que estão formando esses médicos. Apenas por uma questão de exemplo, na cidade de Ribeirão Preto, já se conta hoje com mais três escolas particulares de Medicina, além da FMRP-USP. Considerando-se que essas escolas formem cerca de 100 alunos por ano, temos cerca de 2.400 alunos para ocupar cenários de ensino numa população de 600.000 habitantes em Ribeirão Preto e de aproximadamente 4 milhões no Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII) do Estado de São Paulo.

5.2.ASPECTOS FORMATIVOS NA GRADUAÇÃO

Existe uma preocupação crescente na formação médica para que se utilize metodologias ativas de aprendizado que priorizem as atividades práticas e a inserção precoce no contato do paciente. Em que se pese toda essa discussão oportuna que ocorre no currículo formal, esse trabalho procurou avaliar as atividades extracurriculares mais prevalentes no currículo informal e oculto da FMRP-USP. Foi

observado que as atividades sociais, como a participação em Centro Acadêmico e Associação Atlética foram diminuindo ao longo dos anos, em detrimento do envolvimento com atividades como iniciação científica e participação em Ligas Acadêmicas. Embora não se tenha dados complementares que permitam explorar possíveis associações causais, não se pode deixar de tecer algumas considerações.

Em primeiro lugar, deve ser considerado o contexto histórico, pois no seu momento príncipe, o isolamento da FMRP-USP da Capital fazia com que seus alunos encontrassem convívio social nas atividades políticas do Centro Acadêmico e desportivas da Associação Atlética. Nesse momento, a participação nessas entidades equivalia a inclusão social, havendo relatos históricos inclusive de exclusão social de alunos que se comportassem de modo não esperado pela comunidade como forma de punição. Esse aspecto provavelmente deixou de ser representativo nas décadas posteriores, quando o desenvolvimento do Estado e do município de Ribeirão Preto ampliaram as possibilidades sociais. Outro aspecto a ser considerado é um fato histórico de relevância, a Ditadura Militar, que coibiu a participação em atividades políticas e que sem dúvida influenciou com o fechamento do Centro Acadêmico Rocha Lima.

Esses fatores históricos sem dúvida influenciaram as primeiras décadas, mas o comportamento que se observa a posteriori também pode ser atribuído a outros fatores. O aumento de profissionais e a busca por especialidades com melhor remuneração e qualidade de vida tem fomentado alunos cada vez mais competitivos, que buscam nas atividades de iniciação científica e no envolvimento com Ligas Acadêmicas as vantagens necessárias. Em sua primeira fase histórica, a criação dos exames para acesso à residência médica incluiu a análise do desempenho acadêmico

do candidato com ênfase elevada não somente no currículo formal, mas também no currículo informal e no currículo oculto, buscando valorizar a formação holística preconizada pelas IES. No entanto, esses tipos de avaliação fomentam modificações que podem não ser desejáveis, estando a literatura repleta de exemplos em que a modificação do desfecho (ou do reforço) modifica o comportamento e a valorização dada a uma determinada atividade. Por mais que esse argumento seja passível de todas as críticas que a Psicologia Comportamental (“Behaviorismo”) possa sofrer, não se pode fugir dos dados. Um exemplo é o que se vivencia hoje nos exames de residência em que se acrescentam questões práticas embasadas em simulação ou OSCE, e que tem levado diversas IES de ensino, principalmente as particulares, a investir pesadamente nesses recursos.

Consideração especial deve ser dada ao envolvimento com Ligas Acadêmicas. Enquanto a iniciação científica pode ser um indicador mais preciso da busca de uma vantagem competitiva em exames seletivos, a literatura tem demonstrado que o envolvimento com Ligas Acadêmicas está relacionado à falta que os alunos sentem do envolvimento precoce com atividades voltadas para o cuidado direto com o paciente. O envolvimento com essas Ligas diminui ao longo dos anos de formação, sendo que a maioria dos alunos se envolve entre o primeiro e o terceiro ano, com queda drástica após. Embora nossos dados não discriminem as Ligas que foram buscadas pelos alunos ao longo desses anos, a reflexão sobre esse envolvimento deve ser uma preocupação da IES para que possa rever seu currículo formal e procurar contemplar anseios da comunidade discente. Um outro aspecto que deve ser avaliado é o tipo de atividade que está sendo criado. Algumas Ligas são extremamente especializadas, como transplante de órgãos, por exemplo. Sem

nenhum juízo do valor de se adquirir conceitos sobre transplantes, a possibilidade de se realizar atividades práticas, função precípua da criação das Ligas, é muito baixa nesses casos e o que se observa são atividades didáticas formais. Esses dados exigirão documentação mais detalhada dessas atividades, mas a necessidade de se olhar para esses indicadores é extremamente importante para as IES.

5.3. RESIDÊNCIA MÉDICA E BUSCA POR APERFEIÇOAMENTO

As modificações causadas pelas enormes transformações que a Medicina Moderna passou ao longo desses 60 anos se refletiram também nos dados relacionados à busca por uma especialização. Embora a criação dos programas de residência médica seja posterior à criação da FMRP-USP, é interessante observar a elevada taxa de seus alunos, mesmo os das primeiras décadas, que se envolveram com programas de residência médica, inclusive com mais de um programa. Juntamente com a obtenção de título de especialista e a busca por programas de pós-graduação *stricto sensu*, assim como diversas outras iniciativas para se manter atualizados, como a assinatura de revistas, participação em sociedades e congressos, esses dados provavelmente apontam por um valor intrínseco da FMRP-USP que já nasce em suas origens, a necessidade de gerar o conhecimento e de se manter atualizado. Essa verdadeira vocação da FMRP-USP também pode ser sentida pelo elevado número de seus egressos que acabam se envolvendo com ensino médico e se inserem nas mais renomadas IES do país. Análise de valores institucionais não foi um dos objetivos desse estudo e geralmente requer metodologia específica para sua

validação, mas todo o contexto histórico descrito na introdução dessa tese enfatiza como esse valor foi arraigado na instituição, seu corpo docente e, conseqüentemente, nos seus discentes.

Ainda no concernente à formação complementar após a graduação em medicina, cabem ainda considerações adicionais sobre os programas de residência médica. Nossos dados reforçam modificações epidemiológicas observadas na busca pela especialização. No concernente à busca por áreas gerais, observou-se um incremento da busca por Clínica Médica. Isso pode ser explicado pelo elevado número de ultra especialidades que surgiram ao longo desses 60 anos e que tem como pré-requisito a residência em Clínica Médica, principalmente na última década, aonde passou-se a exigir dois anos ao invés de um ano básico de formação. No entanto, nossos dados demonstram também que após essa formação geral, muitos egressos buscam áreas ultra especializadas que são consideradas como fornecendo melhor ganho ou melhor qualidade de vida. Esse aspecto pode ser explicado pelas condições de trabalho médico no Brasil, que limitam a qualidade de vida e que gradativamente foram corroendo a capacidade financeira do profissional. Nossos dados permitem avançar um pouco nessa questão, mas algumas considerações preliminares devem ser efetuadas.

A exemplo do que se discutiu sobre a abertura de escolas médicas como estratégia para a fixação profissional, o excesso de especialistas em detrimento de profissionais generalistas é uma preocupação estatal e algumas medidas estão sendo tomadas nesse sentido. A mais significativa dessas medidas é a criação do programa de Medicina de Família, com fomento específico e com a recente decisão de se tornar obrigatório que o egresso faça um ano de Medicina de Família como pré-requisito para

se inscrever numa área básica de residência, para posteriormente postular uma especialidade. Nossos dados demonstram o incremento que programas similares de pré-requisitos trouxeram para a área de Clínica Médica e permitem calcular o elevado tempo de formação que um egresso deverá cursar caso persista na sua jornada para se tornar um especialista. Esse novo tipo de estratégia busca demover o egresso desse tipo de formação, fazendo com que “desista no meio do caminho” e permaneça como médico de família e se fixe em áreas menos favorecidas. Em que se pese todas as evidências em contrário já observadas pela falha desse mecanismo com os programas iniciais de Medicina da Família, não se considera a qualidade dos programas oferecidos. Um fato que merece destaque é que o HCFMRP-USP se adaptou para oferecer programas de Clínica Médica e de Medicina de Família de qualidade frente às transformações sociais que ocorreram, mas as novas realidades de mercado e de abertura de escolas médicas podem comprometer esse compromisso. É necessário que se discuta a política de especialização e de retenção de profissionais de modo mais amplo, discutindo a qualidade de vida do médico, a qualidade de sua formação e suas condições de trabalho. Nossos dados não permitem maiores considerações a respeito dessas políticas, pois estamos limitados a uma população extremamente diferenciada de uma das escolas de maior destaque no país. No entanto, o acompanhamento de dados similares a esses pelas IES e pelo Estado podem auxiliar a composição de um cenário epidemiológico mais amplo e que embase políticas mais abrangentes.

Um outro dado encontrado que confirma diversas observações informais é o incremento por ultra especialidades. Isso tem sido atribuído à busca por melhores condições econômicas e melhor qualidade de vida. Essa inferência não pode ser

comprovada em nosso estudo, pois não exploramos os motivos para a escolha da especialidade. Explorar esse aspecto poderia não ser representativo pela inexistência da especialidade no momento histórico para um determinado grupo, pela existência de um viés de recordação e pelo receio de discutir ganhos conforme anteriormente discutido. Em que pesem essas limitações, o trabalho pode contribuir com a correlação entre o ganho relativo, as fontes de renda e a especialidade escolhida e pode ser observado que isso se trata mais de uma crença do que um fato. Maiores estudos são necessários para que se possa avaliar os motivos de escolha profissional, explorando as reais condições oferecidas por cada especialidade no mercado, auxiliando os profissionais egressos a tomarem a decisão.

Em especial, cabe a crítica que a discussão desses assuntos nas IES pode ser considerada um verdadeiro tabu, influenciado por diversos fatores. Além da preocupação em oferecer boa qualidade de ensino para seus estudantes, algumas IES estrangeiras fornecem apoio também para que esses possam tomar uma decisão informada sobre sua escolha profissional. Assim, os alunos prestes a se formar não ficam limitados a impressões subjetivas e muitas vezes infundadas sobre o ganho que terão ao escolher uma especialidade, sua qualidade de vida, sua facilidade de ingresso no mercado de trabalho. Também não ficam influenciados por figuras “*role model*” de médicos idealizados. A orientação vocacional deve ser profissionalizada e as IES brasileiras devem se preocupar com esses fatores não somente no ingresso do estudante na instituição, mas também no momento mais próximo do seu egresso, quando decisões fundamentais de vida serão tomadas.

5.4. ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Um dado interessante relacionado à profissão foi que uma grande maioria continua trabalhando como médico mesmo após 40 anos de formado, que ocupam taxas superiores a 90% do tempo que dedicam a alguma atividade produtiva. A formação para a Medicina exige tempo considerável e doação do profissional muitas vezes excessiva, sendo que muitos têm dificuldades de interromper suas atividades mesmo após o tempo de aposentadoria ter sido atingido por falta de algo que preencha o espaço que a profissão veio a ocupar em sua vida. Em outras profissões, é comum observar modificações como migração para outras áreas correlatas, formação em outras áreas do conhecimento, modificar o tipo de atividade desenvolvida (como migrar para atividades de consultoria) ou mesmo interromper a atividade produtiva.

No presente trabalho, a administração foi a alternativa encontrada pelos profissionais à medida que a década de formação foi aumentando. Essa observação é interessante, sendo até o ponto em que pudemos avaliar, inédita na literatura. Ela se relaciona tanto à administração em saúde como à administração em geral e parece fundamentar a tendência atual de envolvimento com administração. Parece que a compreensão que a Medicina Moderna exige atividades em sincronia para que os objetivos terapêuticos sejam atingidos, com complexidade crescente, é cada vez maior à medida que o egresso progride na sua vida profissional. Mais do que isso, essa compreensão vem acoplada da percepção de que esses objetivos só serão atingidos com boa administração dos escassos recursos de custo elevado que exigem e que é mais fácil que um médico compreenda essa necessidade do que um

administrador que se especialize na área médica. Embora não se possa explorar essa hipótese com a comparação entre grupos de administradores médicos e não-médicos no presente trabalho, ela parece estar em consonância com tendência observada na FMRP-USP com a criação de Programas de Pós-Graduação de Mestrados Profissionalizantes que foram recentemente criados. Um desses programas é o de Gestão em Organizações de Saúde (GOS) que teve o maior número de inscritos no processo seletivo 2015-2016 dentro da FMRP-USP.

Outra área de envolvimento além do trabalho estritamente médico foi a docência, que foi crescente também com o aumento do tempo de formação. Esse envolvimento não exclui a atuação como médico e não se aplicam os comentários anteriormente realizados para o envolvimento com administração. Esse envolvimento pode representar um viés por ter havido um grande número de egressos das primeiras turmas da FMRP-USP que foram absorvidos para a docência em dedicação exclusiva. Sem dúvida, o fato de que um grande número de egressos que se envolveram com a docência a realizem vinculada à FMRP-USP reforça essa observação e mesmo nas turmas mais recentes, ainda há um grande contingente que se dedica exclusivamente à docência. Isso também pode ser considerado um reflexo dos valores da FMRP-USP, em que o ensino, a assistência e a pesquisa são valores indissociáveis na formação de seus alunos. Em que pese a maior concentração de seus egressos docentes ocorrer na FMRP-USP, foram apresentados dados da ampla inserção em outras IES.

Outro ponto que não se pode desconsiderar é a atração para a docência que a abertura de novas escolas médicas está acarretando nas turmas mais novas. Um contingente considerável das turmas mais novas já exerce atividade docente em outras instituições e apesar da limitação de não se dispor dados da última década de

formação, já se observa incremento desse fenômeno. É sabido que um dos grandes limitantes para a política de abertura de escolas médicas no país está sendo a identificação de profissionais capacitados. Esse fenômeno de envolvimento com a docência foge em parte ao escopo desse trabalho, sendo mais oportuno se realizado pelos Programas de Pós-Graduação, que também estão sendo cobrados em índices de qualidade que envolve a avaliação de seus egressos. Qualquer que seja a instância a desenvolver essa avaliação, frente à realidade atual, ela se faz imperativa.

Com relação aos profissionais que exercem estritamente a atividade médica, um achado interessante do presente estudo é referente ao local e à quantidade de tempo dedicado em cada local de trabalho. Há busca por atividades realizadas tanto em nível hospitalar como em nível ambulatorial (consultório) que se torna mais equilibrada à medida que o profissional progride em sua carreira. Também se observou que há manutenção de atividades produtivas relacionadas ao SUS em cerca de 12 a 15% dos profissionais independentes do tempo de formação. Esses dados devem ser analisados com cuidado, pois a generalização externa para aqueles que não responderam ao questionário é muito restrita, mas é interessante observar que o SUS ainda é uma alternativa importante na distribuição das atividades dos egressos. Isso pode ocorrer por diversos motivos, como por exemplo, a exigência de alguns hospitais de que o profissional participe do atendimento ao SUS para fazer parte do corpo clínico. Esses dados deverão ser explorados em estudos posteriores.

5.5.FONTES DE RENDA

A caracterização do ganho profissional é um ponto delicado de avaliação como foi anteriormente mencionado. Predominou o trabalho autônomo como principal fonte de renda para os egressos. No entanto, um dado bastante significativo é que há a busca por uma parcela de rendimento fixo como segurança, principalmente nos egressos mais jovens, em que essa modalidade associada a bolsas de residência ou plantões são as modalidades que respondem pela renda do profissional. No entanto, não se pode deixar de notar que mesmo egressos formados a mais tempo persistem realizando plantões para complementação de renda.

Novamente é necessário cuidado para se inferir conclusões de dados que não foram colhidos, pois os plantões podem ser exigência das instituições, mas não é descabido observar que o ganho do médico está sendo cada vez menor no Brasil segundo dados do CFM e do CREMESP. A necessidade de se persistir na atividade produtiva na forma de plantões em fase mais avançada da profissão levanta questionamentos sobre como está sendo planejada a aposentadoria desses egressos que trabalham principalmente como autônomos.

Como comentado, a prática médica é uma das mais complexas profissões e a manutenção das habilidades necessárias para seu exercício um dos principais problemas enfrentados com o envelhecimento. De acordo com a especialidade, há perda significativa dessas habilidades com o evoluir do tempo e isso pode colocar pacientes em risco. Não há balizamento para o tempo de atividade produtiva dos profissionais médicos de acordo com sua profissão. O simples questionamento desse fato já é considerado tabu em nossa sociedade e estamos vivenciando o incremento do tempo de trabalho recomendado para a aposentadoria elevado para 75 anos. Esses motivos são mais relacionados à dificuldade de se garantir a previdência social

necessária com a aposentadoria do que propriamente se manter no mercado profissionais que ainda possam exercer a profissão de acordo com parâmetros aceitáveis. Essas modificações deveriam vir acopladas de análises periódicas para se avaliar a capacidade profissional para determinadas práticas, a exemplo do que se propõe para a condução de automóveis ou aviões.

Essa discussão social é mais ampla, mas deve ser enfrentada pela Medicina, pois a perda da capacidade de exercer determinadas habilidades pode colocar em risco a vida dos pacientes sob o cuidado desses profissionais. Alternativas à aposentadoria, como a migração para atividades administrativas, docência ou outras que venham a ser desenvolvidas devem ser exploradas e oferecidas como alternativas num plano de carreira para os profissionais de acordo com a especialidade escolhida.

Como exemplo dessa discussão está a recente criação da especialidade em emergências médicas, cuja discussão nos parece oportuna pela permanência dos plantões como alternativa para complementação de renda. Após muitos anos, nesse ano de 2015 se oficializou a Medicina de Urgência como uma especialidade médica com acesso direto e três anos de duração de formação. Embora essa seja uma conquista para o Brasil, pois em muitos países essa especialidade já era reconhecida há mais de 40 anos, essa é uma área extremamente insalubre que a exemplo de outras especialidades, como a infectologia e a terapia intensiva, tem tempo de vida médio profissional extremamente comprometido. A discussão desses assuntos, com elaboração de um plano de carreira, como é feito em outros países, é premente para que a conquista não seja perdida.

Vale ressaltar que estamos migrando para modelos que avaliam a qualidade do profissional médico que ingressa no mercado de trabalho, como anteriormente comentado. No entanto, se os profissionais forem obrigados a permanecer na ativa quer porque ainda necessitem dos recursos financeiros, quer por força de lei, mas sem condições de exercer mais determinadas atividades, isso pode ser um enorme problema de saúde pública.

5.6.INTERAÇÃO SOCIAL COM A IES

Quando avaliamos o desejo de interação do egresso com a FMRP-USP, tivemos dados conflitantes. A associação à Associação dos Ex-Alunos da FMRP-USP foi relativamente baixa, assim como o interesse a vir a se associar. No entanto, o desejo de receber comunicações frequentes da FMRP-USP foi elevado e os egressos tem interesse em contribuir para o patrimônio histórico da instituição.

Um primeiro aspecto a se considerar é a vinculação de egressos à IES de maneira indireta, através de associações ou fundações. Esse modelo está bem estabelecido em vários países desenvolvidos, com elevadas taxas de adesão. No entanto, para que esse modelo seja possível, o egresso deve reconhecer benefícios nessa associação, como educação continuada, possibilidade de influenciar a IES através da modificação de currículo ou doações efetivas. A Associação dos Ex-Alunos da FMRP-USP não fornece essas possibilidades e provavelmente o aluno não vê vantagem em se associar.

Esses dados exigem uma reflexão importante da FMRP-USP e da Associação dos Ex-Alunos. Se a vinculação desejada for ocorrer através dessa Associação, mecanismos similares aos descritos devem ser desenvolvidos e pactuados entre as duas instituições. Não se pode deixar de enfatizar a importância que esse tipo de arranjo poderia trazer para todas as partes.

Outro tipo de interação entre o egresso e a IES é feita diretamente. Nesse sentido, o reconhecimento da importância do seguimento dos egressos já foi reconhecida pela FMRP-USP e pela USP com criação de portais específicos para o cadastro e acompanhamento dos egressos. Cabe a ressalva que o mesmo fator limitante está ocorrendo, ou seja, o cadastro dos egressos está propiciando dados importantes para a avaliação da USP e da FMRP-USP, mas o egresso pode ainda não estar percebendo a vantagem em se manter conectado com essas plataformas e como isso pode influenciar sua prática profissional.

Não se pode deixar de comentar que a vontade de manter o vínculo é um valor para os egressos. Muitos enviaram espontaneamente recordações, fotografias e outros objetos que foram doados ao Museu de História da Medicina da FMRP-USP e estão sendo processados. Esse anseio da população de egressos deve ser atendido.

5.7.LIMITAÇÕES

Como ressaltado anteriormente esse trabalho conta com inúmeras limitações.

Em primeiro lugar, os dados foram obtidos via correio por uma exigência do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP. Essa exigência foi fundamentada na

necessidade de se obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ficar em poder do pesquisador segundo a normativa ética. Inicialmente pretendia-se realizar as entrevistas por telefone, documentando-se diretamente as respostas em banco de dados desenvolvido especificamente para o trabalho, mas a metodologia teve que ser alterada, reservando-se o contato telefônico para confirmação de endereços e incentivo para que os formulários fossem preenchidos.

Atualmente diversos estudos tipo “survey” são realizados por via eletrônica através de questionários na rede mundial de computadores e o próprio envio do questionário respondido já é aceito como consentimento informado por diversas instituições de pesquisa. Mesmo com essa limitação, o número de participantes do estudo foi em muito superior ao observado em estudos tipo “survey” tradicionais e se aproximam de alguns estudos que foram realizados por essa via eletrônica. Muito provavelmente, a via eletrônica deverá ser considerada na continuidade desse trabalho, mas não se pode deixar de destacar que a metodologia empregada possa ter tido aspectos positivos, principalmente se considerarmos que diversos participantes pudessem não estar afeitos às metodologias digitais, representando um viés de seleção.

Um segundo limitante diz respeito às questões do instrumento desenvolvido. A busca por simplicidade, facilidade e rapidez no preenchimento foram princípios empregados no desenvolvimento, mas podem ter limitado a coleta de alguns pontos que poderiam ter sido melhor analisados se houvessem sido coletados na forma descritiva ao invés de campos de preenchimento binário ou quantitativo numérico simples. No entanto, essa é uma limitação inerente a esse tipo de estudo, que busca

em muitas vezes gerar hipóteses que possam ser melhor exploradas em novos estudos que, sem dúvida, serão derivados do presente estudo.

Outra possível limitação é a compreensão das informações solicitadas pelo questionário, que teve que ser desenvolvido de modo auto aplicativo. Nossas atencientes e o aluno de iniciação envolvido não sanaram dúvidas eventuais para evitar vies de preenchimento, mas acreditamos que essa limitação não comprometa o estudo pelo piloto realizado e pelo fato de ser um erro imbuído para todos os egressos que preencheram o documento.

6. CONCLUSÕES

6.1.PRIMÁRIAS

1. Esse trabalho documentou o perfil dos egressos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) de modo pioneiro.

6.2.SECUNDÁRIAS

1. Demonstrou a distribuição geográfica dos alunos, que embora mais concentrados no Estado de São Paulo, possuem distribuição nacional, tanto no que se refere aos profissionais médicos, quanto aos profissionais com pós-graduação *stricto sensu* que se inserem nas mais conceituadas universidades do país.
2. Ao longo do tempo, o perfil dos egressos demonstrou modificações significativas do ponto de vista demográfico (maior representação do gênero feminino), do envolvimento com atividades extracurriculares, com atividades mais relacionadas à prática clínica em detrimento de atividades mais sociais e da busca por especialidades médicas que representem maior poder aquisitivo e qualidade de vida.
3. Alguns valores da FMRP-USP se mostraram perenes ao longo do tempo, como o fato de estar imbuída na formação de seus alunos a busca continuada por especialização em diversos níveis.
4. A inserção profissional foi caracterizada por atividade médica continuada, tanto em ambiente privado como público (SUS), com uma

percentagem relativamente significativa ainda realizando plantões para complementação de renda.

5. A maior forma de atuação é como autônomo, mas ainda se observa grande significativa porcentagem de envolvimento com atividades de remuneração fixa e plantões.
6. Detecta-se o desejo de se reaproximar da instituição formadora, mantendo contato de diversas formas, mas que ainda requer uma liderança mais efetiva.
7. Os dados obtidos nesse trabalho foram entregues à FMRP-USP e à USP para auxiliar na composição de seus projetos de egressos.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Araújo MJ. A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Tese doutorado em Educação do Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas [Internet]. Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR; 2007. Available from: http://www.bdttd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1450
2. Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Demografia Médica No Brasil VOLUME 1 Dados gerais e descrições de desigualdades. 2013.
3. CFM. I ENCM 2014: Brasil multiplica número de escolas médicas e a qualidade no atendimento é ameaçada [Internet]. Portal Médico do Conselho Fereal de Medicina. 2014 [cited 2015 Oct 3]. Available from: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=24570:brasil-multiplica-numero-de-escolas-medicas-e-a-qualidade-no-atendimento-e-ameacada
4. AMB. Abertura desenfreada de escolas médicas [Internet]. Web page Associação Médica Brasileira. 2015 [cited 2015 Oct 3]. p. 1. Available from: <http://amb.org.br/noticias/abertura-desenfreada-de-escolas-medicas/>
5. MEC. Ministros anunciam abertura de vagas em novos cursos de medicina em 36 municípios [Internet]. Portal do Ministério da Educação. 2015 [cited 2015 Oct 12]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/212-noticias/educacao-superior-1690610854/21465-ministros-anunciam-abertura-de-vagas-em-novos-cursos-de-medicina-em-36-municipios>
6. Bueno R da RL, Pieruccini MC. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil -

Relatório de um Cenário Sombrio - 2ª Edição. 2005.

7. Gonçalves EL. Perfil da escola medica brasileira em 1991. Rev do Hosp das clínicas / Fac Med Univ São Paulo-- - --- São Paulo ISSN 0041-8781. 1992;47(4):200–8.
8. Gonçalves EL. As Escolas Médicas no Brasil. Rev do Hosp das clínicas / Fac Med Univ São Paulo-- - --- São Paulo ISSN 0041-8781. 1992;47(1):53–60.
9. Ruiz T, Morita I. Graduate course at the Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP: survey among former students. AMB Rev Assoc Med Bras [Internet]. 1991 Jan [cited 2015 Oct 12];37(4):200–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1668628>
10. Veras RP, Ribeiro LD, Lima JC. The development of the medical school in Brazil. Educ Med Salud [Internet]. 1983 Jan [cited 2015 Oct 12];17(4):398–413. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6365518>
11. Iglesias AG, Calegari MA de LM. Avaliação. In: História do Curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense. No prelo. Lages, Santa Catarina, Brasil; 2016.
12. CREMESP. RESULTADOS DO EXAME CREMESP DE 2014.pdf [Internet]. 2014. Available from: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/ExamedoCremesp2014F.pdf>
13. Shumway JM, Harden RM. AMEE Guide No. 25: The assessment of learning outcomes for the competent and reflective physician. Med Teach [Internet]. 2003 Nov [cited 2012 Mar 3];25(6):569–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369904>

14. Bevilacqua RG. Medical residency and residency in medical schools. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* [Internet]. 1983 Jan [cited 2015 Oct 12];38(5):177–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6677995>
15. Bevilacqua RG, Sampaio SA, Azevedo AC. Work situation of physicians graduating from medical residency programs in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 1992 Jan 9 [cited 2015 Oct 12];38(3):127–37. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/1340362>
16. Faria SL. Physicians in the State of São Paulo: how many and what kind? *Rev Paul Med* [Internet]. 1989 Jan [cited 2015 Oct 12];107(3):183–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2634879>
17. Gonçalves EL. Medicine in Brazil today: education and practice. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* [Internet]. 1992 Jan [cited 2015 Oct 12];45(4):190–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2135832>
18. Gonçalves EL. Trends in the graduation of Brazilian physicians. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 1996 Jan [cited 2015 Oct 12];42(3):162–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9138359>
19. Figueiredo JF de C, Troncon LE de A, Rodrigues M de LV, Cianflone ARL, Colares MDFA, Cesar Peres L, et al. Effect of curriculum reform on graduating student performance. *Med Teach* [Internet]. 2004 Jan [cited 2015 Oct 12];26(3):244–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203502>
20. Gonçalves EL. Performance of FMUSP graduate students and curricular disciplines evaluation: in search of correlations. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* [Internet]. 1993 Jan [cited 2015 Oct 12];48(4):199–203. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8284593>

21. Gonçalves EL. Curriculum of the Brazilian medical schools: quantitative analysis. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo [Internet]. 1990 Jan [cited 2015 Oct 12];45(1):39–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2133169>
22. Gonçalves EL, Marcondes E. Profile of former students of the Medical School of the University of São Paulo. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo [Internet]. 1991 Jan [cited 2015 Oct 12];46(2):99–107. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1843376>
23. Lima-Gonçalves E. [Profile of Brazilian medical schools in 1991]. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo [Internet]. Jan [cited 2015 Oct 12];47(4):200–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1340602>
24. Marcondes E, Lima-Gonçalves E. Curricular evaluation program of the Medical School of the University of São Paulo. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo [Internet]. 1991 Jan [cited 2015 Oct 12];46(5):243–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1843731>
25. Marcondes E, Fujimura I, Mascaretti LA, Vanzolini ME, Gonçalves EL. Curriculum evaluation program of the University of São Paulo Medical School-- results for 1993 and a 5-year analysis. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo [Internet]. 1995 Jan [cited 2015 Oct 12];50(3):164–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8525259>
26. Piccinato CE, Figueiredo JF de C, Troncon LE de A, Peres LC, Cianflone ARL, Colares M de FA, et al. Análise do desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto ,

- Universidade de São Paulo, em duas estruturas curriculares distintas. Rev Assoc Med Bras. 2004;50(1):68–73.
27. Farias ER, Stein AT, Hoffmann JE. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. Bol Saúde [Internet]. 2004 [cited 2014 Sep 10];18(1):99–111. Available from: http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/img2/v18n1_10egressosresidencia.pdf
28. Campos FE de, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. Divulg em Saúde para Debate. 2009;44(maio):13–24.
29. CFM, CREMESP. Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição: volume 2 dados gerais e descrições de desigualdades [Internet]. 2013. Available from: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/DemografiaMedicaBrasilVol2.pdf>
30. Girardi SN, Machado JA, Girardi-Junior J. Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. CREMESP, NESCON e OPAS. 2002.
31. Scheffer M, Cassenote A, Biancarelli A. Demografia Médica no Estado de São Paulo. Suplemento da Demografia Médica no Brasil. 2012.
32. Bueno R da RL, Pieruccini MC. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil - Relatório de um Cenário Sombrio - 2ª Edição yyyyyyyyyyy. 2005.
33. Mazzini L. Novos cursos de medicina movimentam o mercado do diploma

- [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 12]. Available from: <http://colunaesplanada.blogosfera.uol.com.br/tag/curso-de-medicina/>
34. Matos FV de, Cerqueira MBR, Silva AWM, Veloso J de CV, Moraes KVA de, Caldeira AP. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2014 Jun;38(2):198–204. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
35. Filho RM. Estratégias para a distribuição e fixação e médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro - Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva - IMS - UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
36. Zaidan S, Caldeira AMS, Oliveira BJ, Silva PGC da. Pós-graduação, saberes e formação docente: uma análise das repercussões dos cursos de mestrado e doutorado na prática pedagógica de egressos do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação da UFMG (1977-2006). Educ em Rev. 2011;27(1):129–60.
37. Lousada ACZ, Martins G de A. Egressos como fonte de informação à gestão dos cursos de Ciências Contábeis. Rev Contab e Finanças. 2005;16(37):73–84.
38. Farias AF de, Souza-Junior ACR. Propostas de melhoria do projeto pedagógico através do acompanhamento dos egressos. GEPROS - Gestão da Produção, Operações e Sist [Internet]. 2AD [cited 2014 Sep 10];2(jan-abr):33–41. Available from: http://antigo.feb.unesp.br/dep/simpep/anais/anais_13/artigos/1159.pdf

39. Meira MDD, Kurcgant P. Avaliação de Curso de Graduação segundo egressos. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):481–5.
40. Barbosa DM de M, Gutfilen B, Gasparetto EL, Koch HA. Análise do perfil dos egressos do Programa de Pós-Graduação em Medicina (Radiologia) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro *. *Radiol Bras*. 2009;42(2):121–4.
41. Sakai MH, Cordoni-Junior L. Os egressos da Medicina da Universidade Estadual de Londrina: sua formação e prática médica. *Rev Espaço para a Saúde*. 2004;6(1):34–47.
42. Bahry CP, Tolfo SDR. Mobilização de competências nas atividades profissionais dos egressos de um programa de formação e aperfeiçoamento. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2007 Feb;41(1):125–44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122007000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
43. Barbato S. Avaliação do perfil de egressos do curso de graduação em Administração: a inserção no mercado de trabalho - Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Cesgranrio, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Avaliação. Fundação Cesgranrio; 2011.
44. Braga ECF. Novos elementos para uma sociologia dos cientistas sociais: a situação ocupacional dos egressos. *Rev Bras Ciências Sociais* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Sep 10];26(76):103–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092011000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

45. Ciani AB, Ribeiro DM, Gonçalves-Junior MA. Formação de professores de Matemática: um ponto de vista de egressos - Anais do IX Encontro Gaúcho de Educação. In: IX Encontro Gaúcho de Educação. 2006. p. 81–128.
46. Colenci R, Berti HW. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2012. p. 158–66.
47. Adler MS, Gallian DMC. Experiências e impactos do aprendizado em Homeopatia: relatos de médicos egressos do Curso de Especialização em Homeopatia da FMJ. Rev Bras Educ Med. 2009;33(3):356–63.
48. Santos CE dos, Sanna MC. Inserção dos egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade particular do Grande ABC no mercado de trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003. p. 630–3.
49. Albuquerque A. A construção da identidade profissional do professor: uma análise de egressos do curso de Pedagogia. In: VI Congresso Portugues de Sociologia. 2008. p. 1–15.
50. Iglesias AG, Pazin-Filho A. Emprego de simulações no ensino e na avaliação. Med (Ribeirao Preto Online) [Internet]. 2015 Jun 8;48(3):233–40. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104308>
51. Bollela VR, Castro M. Avaliação de programas educacionais na profissões da saúde: conceitos básicos. Med (Ribeirao Preto Online). 2001;47(3):332–42.
52. Panúncio-Pinto MP, Rodrigues M de LV, Fiorati RC. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde. Med (Ribeirao Preto Online) [Internet]. 2015 Jun

- 8;48(3):257–64. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104316>
53. Panúncio-Pinto MP, Colares M de FA. O estudante universitário: os desafios de uma educação integral. Med (Ribeirao Preto Online) [Internet]. 2015 Jun 8;48(3):273–81. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104320>
54. Reis FJC dos, Panúncio-Pinto MP, Vieira MNM. Planejamento educacional. Med (Ribeirao Preto Online). 2014;47(3):280–3.
55. Panúncio-Pinto MP, Troncon LE de A. A formação e o desenvolvimento docente para os cursos das profissões da saúde: expandindo os horizontes. Med (Ribeirao Preto Online). 2015;48(3):205–8.
56. Peres CM, Suzuki KMF, Azevedo-Marques PM de. Recursos tecnológicos de apoio ao ensino na saúde. Med (Ribeirao Preto Online) [Internet]. 2015 Jun 8;48(3):224–32. Available from:
<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104303>
57. Faria E. Dicionário Escolar Latino Português [Internet]. 3ª Edição. Ministério da Educação e Cultura; 1962. 1081 p. Available from:
<https://archive.org/details/DicionarioEscolarLatinoPortuguesDoMecPorErnestoFaria1962>
58. Simple Definition of Alumnus [Internet]. Merriam-webster on line dictionary. [cited 2016 Feb 27]. Available from: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/alumnus>
59. Ferraz FAVGD, Seco GMSB, Beato IM de SH, Rafael CM da CS, Schön M,

- Fernandes IMRB. Rede Alumni : uma estratégia responsável ao serviço do desenvolvimento do turismo local. In: ITC13 – Congresso Internacional de Turismo VI International Tourism Congress [Internet]. 2013. p. 1–30. Available from: [http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/974/1/Ferraz et al VQF Artigo_Rede ITC13.pdf](http://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/974/1/Ferraz_et_al_VQF_Artigo_Rede_ITC13.pdf)
60. Alumni University Oxford Web Page.
61. Gazette H. “ A better version of itself ” That’s the mission of the Harvard Alumni Association as it celebrates its 175th anniversary. 2016.
62. Alumni Canada Brasil [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 29]. p. 2013. Available from: <http://www.alumnicanadabrasil.com/>
63. France Alumni [Internet]. [cited 2016 Feb 29]. Available from: <https://www.francealumni.fr/fr>
64. Portal Alumni da Faculdade de Direito da Universidade do Porto.
65. Duffy EA, DeCordova D. PRINCETON UNIVERSITY AND ITS ALUMNI. Office of the Alumni Association 2002 p. 1–4.
66. Iglésias AG, Bollela VR. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde. Med (Ribeirao Preto Online) [Internet]. 2015 Jun 8;48(3):265. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104318>
67. EA Alumni (Associação de Graduados da Escola de Administração – UFRGS.
68. Escola de Minas - Universidade Federal de Ouro Preto.
69. Campinas U-UE de. Unicamp lança rede de relacionamento com seus ex - alunos.

70. AEP - Associação dos Engenheiros Politécnicos [Internet]. [cited 2016 Feb 27]. Available from: <http://politecnicos.org.br/>
71. Rede Alumni da Universidade do Aveiro -Portugal [Internet]. [cited 2016 Feb 27]. Available from: <https://www.ua.pt/alumni/>
72. Portal Alumni da Faculdade de Direito da Universidade do Porto [Internet]. [cited 2016 Feb 29]. Available from: http://www.direito.up.pt/alumni/?page_id=4
73. Alumni - A Revista Jurídica do Centro Acadêmico Candido Oliveira - Faculdade Nacional de Direito.
74. Create. Alumni of Massachusetts Institute of Technology Web Page.
75. Alumni University Oxford Web Page [Internet]. [cited 2016 Feb 27]. Available from: <https://www.alumni.ox.ac.uk/>
76. AEP - Associação dos Engenheiros Politécnicos.
77. Bretan IMAN. História da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP [Internet]. Web page Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista. 2013 [cited 2015 Sep 27]. p. 1. Available from: <http://www.fmb.unesp.br/#!/instituicao/administrativo/diretoria/historia/>
78. Mota A, Marinho MGSMC. Portal Histórico FMUSP [Internet]. Web page Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2015 [cited 2015 Nov 15]. p. 5. Available from: <http://www.fm.usp.br/site/Historico>
79. Dallariba N. A reforma Francisco Campos e a modernização nacionalizada do ensino secundário. Educação [Internet]. 2009 [cited 2015 Nov 12];32(2):185–91. Available from:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/5520/4015>

80. Rodrigues M de LV. Editorial 2 - Inovações no Ensino Médico e Outras Mudanças: Aspectos Históricos e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Med Ribeirão Preto. 2002;35(jul./set.):231–5.
81. Santos JS dos. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção Hospitalar às Urgências. Med (Ribeirão Preto). 2002;35(jul./set.):403–18.
82. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 Dec [cited 2014 Nov 5];32(4):492–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
83. Organización Panamericana de la Salud. PRIMER CONGRESO PANAMERICANO EDUCACION MÉDICA. In: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1952. p. 35–6.
84. Magrini ED, Martinez R. O Curso de Medicina e as Comissões Coordenadoras da Graduação na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Uma retrospectiva. Med (Ribeirão Preto). 2002;35(jul./set.):385–8.
85. Prado WA. Desenvolvimento e implantação da nova estrutura curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Med Ribeirão Preto. 1996;29(out./dez.):373–82.
86. Troncon LE de A, Figueiredo JF de C, Rodrigues M de LV, Peres LC, Cianflone ARL, Picinato CE, et al. Implantação de um programa de avaliação terminal do

- desempenho dos graduandos para estimar a eficácia do currículo na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Rev Assoc Med Bras*. 1999;45(3):217–24.
87. Figueiredo JF de C, Rodrigues M de LV, Troncon LE de A. Grupo de Trabalho para Avaliação da Comissão de Graduação. *Med (Ribeirão Preto)*. 2002;35(jul./set.):389–91.
88. Voltarelli JC. Editorial - Reforma no ensino médico. *Med (Ribeirão Preto)*. 1996;29(4):363–4.
89. Troncon LE de A. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an “OSCE” (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. *Sao Paulo Med J* [Internet]. 2004 Jan 8 [cited 2015 Oct 13];122(1):12–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15160521>
90. Santos JS dos, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MEL V., Sá MFS de. Avaliação do Modelo de Organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Med (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2003 [cited 2015 Oct 13];36(2/4):498–515. Available from: http://revista.fmrp.usp.br/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf
91. Artino AR, La Rochelle JS, Dezee KJ, Gehlbach H. Developing questionnaires for educational research: AMEE Guide No. 87. *Med Teach* [Internet]. 2014;36(6):463–74. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4059192&tool=pmc.ncbi&rendertype=abstract>
92. Mello MJ, Merchant RC, Clark MA. Surveying emergency medicine. *Acad Emerg*

- Med. 2013;20(4):409–12.
93. Cummings SM, Savitz LA, Konrad TR. Reported response rates to mailed physician questionnaires. *Health Serv Res* [Internet]. 2001;35(6):1347–55. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1089194&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
94. StataCorp. 2005. *Stata Statistical Software: Release 9*. College Station, TX: StataCorp LP.
95. ESRI. *ArcGIS Desktop: Release 09*. Redlands, CA: Environmental Systems Research Institute.
96. Martins M de A, Silveira PSP, Silvestre D. Estudantes de Medicina e Médicos no Brasil: Números Atuais e Projeções - Relatório I [Internet]. 2013. Available from: http://www2.fm.usp.br/cedem/docs/relatorio1_final.pdf

8. ANEXOS

9.1.APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 16 de abril de 2008

Ofício nº 1302/2008
CEP/SPC

Prezado Professor,

O trabalho intitulado **“PERFIL DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 264ª Reunião Ordinária realizada em 14/04/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 3576/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ANTONIO PAZIN FILHO
Depto. de Clínica Médica

9.2.APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 2

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.usp.br

Ribeirão Preto, 22 de dezembro de 2009.

Ofício n.º 4298/2009.
CEP/SPC

PROCESSO HCRP Nº. 3576/2008

Prezado Professor,

O Comitê de Ética em Pesquisa tomou ciência "AD REFERENDUM" do relatório e analisou e aprovou a versão resumida do formulário da pesquisa: "PERFIL DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP-USP)". **O CEP aprovou a continuidade da pesquisa.**

Atenciosamente,

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. ANTONIO PAZIN FILHO
Centro de Estudos da Unidade de Emergência – U.E.

9.3.CARTA RESPOSTA DO CREMESP COM ENDEREÇOS DOS EGRESSOS

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 3231-1745

<http://www.cremesp.org.br>

Rua da Consolação, 753 - Centro

01301-910 - São Paulo - SP

jds- Ofício n.º 3732/09=SRP
Prot.: 146283/09

09 de dezembro de 2009.

Senhor Doutor.

Em atenção a sua solicitação, protocolada em novembro passado, encaminhamos pelo presente um CD-R fornecido pela Seção de Registro de Profissionais deste Conselho, contendo o endereço comercial dos médicos formandos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP.

Na oportunidade lembramos que os dados constantes do cadastro deste Conselho, por força de Lei, revestem-se de caráter sigiloso, conforme preconiza a Resolução CFM 1625/01, ficando portanto Vossa Senhoria compromissada a não utilizá-los para fins comerciais.

Atenciosamente.

Assinatura manuscrita em azul de Dr. João Ladislau Rosa.

Dr. João Ladislau Rosa
Dra. Sílvia Helena Rondina Mateus
Secretários

Ilmo. Sr. Prof. Dr.
Antonio Pazin Filho
Pesquisador Responsável - USP
Rua Bernardino de Campos, 1000
14015-030 Ribeirão Preto - SP

9.4.CARTA DO PROF. DR. BENEDITO CARLOS MACIEL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 10 de maio de 2010.

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Carlos Henrique de Brito Cruz
Diretor Científico da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Senhor Diretor,

O projeto de pesquisa **“Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - FMRPUSP”**, que vem sendo desenvolvido sob coordenação do Prof. Dr. Antonio Pazin Filho, com o apoio da FAPESP (Proc. 2008/00020-3), reveste-se de grande relevância para a nossa Instituição, uma vez que ele representa a primeira abordagem sistematizada do perfil dos alunos do curso de graduação em Medicina nos 58 anos de história da nossa Faculdade. Evidentemente, a localização desses egressos é uma tarefa que envolve muitos desafios, que estão sendo enfrentados com grande empenho pelos pesquisadores, mas que não permitirão que o estudo seja concluído no cronograma inicialmente previsto.

A localização de todos os egressos exigirá um prazo adicional para conclusão do projeto, solicitação que tem todo o apoio desta Diretoria.

Aproveito a oportunidade para renovar os protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Benedito Carlos Maciel

Diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

9.5. Email de aceite de apresentação de poster na 17th Ottawa Conference and the ANZAHPE (Australian & New Zealand Association for Health Professional Educator 2016 Conference) em Perth Western-Australia

Ottawa & ANZAHPE 2016 Conferen Ações

Para: Alessandro Iglesias

Partes desta mensagem foram bloqueadas para sua segurança.

[Mostrar conteúdo](#) | [Confio em daniela.dwyer@ecw.com.au. Sempre mostrar conteúdo.](#)

2 October 2015

Ref: 1102

Prof Alessandro Iglesias
Rua Simeão Moritz, 211, Apto 402
LAGES SC 88502-125 BRAZIL

RE: Abstract Accepted as Poster Presentation

Dear Prof Iglesias,

Congratulations, we are pleased to advise that your abstract was accepted as a **Poster Presentation** at the **17th Ottawa Conference and the ANZAHPE 2016 Conference** to be held 19-23 March 2016 at the Perth Convention and Exhibition Centre. Poster presenters will be allocated dedicated sessions where they are asked to be available in front of their posters in order to present to other delegates.

Please find confirmation of your accepted abstract below.

ABSTRACT SUBMISSION

Paper Details	
Title:	PROFILE of GRADUATES STUDENTS OF RIBEIRÃO PRETO MEDICAL SCHOOL, UNIVERSITY OF SÃO PAULO, BRAZIL
Paper Number:	1388.00
Paper Status:	ANZAHPE Accepted Poster
Theme:	Humanistic perspectives in health professions education

9. APÊNDICES

10.1. CARTAZ DISTRIBUÍDO EM HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES DE ENSINO MÉDICO

VOCÊ JÁ FOI ALUNO DA FMRP-USP ?

Eu, Prof. Dr. Antônio Pazin Filho, estou buscando conhecer o perfil dos alunos formados pela FMRP – USP nesses últimos 50 anos, e o senhor (a) será convidado a participar voluntariamente deste projeto de pesquisa através de um questionário que será enviado por correio à sua residência juntamente com o Termo de Consentimento.

Convido você, hoje Médico, que ainda não recebeu o questionário, a entrar em contato com a Unidade de Pesquisa Clínica para contribuir com essa pesquisa pois além de procurar entender melhor como as transformações do currículo médico e as modificações da sociedade tiveram impacto na sua formação, estou também solicitando qualquer material histórico que você tenha em mãos relacionado a FMRP –USP contribuindo assim para o resgate da História da FMRP-USP que tem você como parte desse sucesso.

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMRP-USP
CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/N- MONTE ALEGRE
RIBEIRÃO PRETO- SP
14048-900

Tel: 55-16-3602-2632 - Ramais: 5257 - 1225

Fax: 55-16-3602-2962

Email: apazin@fmrp.usp.br (Prof. Dr Pazin)

mesteves@hcrp.usp.br (Mariana)

carolaine_rp@msn.com (Ana Carolina)

10.2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

ANO DE FORMATURA: _____ TURMA EM QUE FOI FORMADO: _____

1- QUAL É O SEU ESTADO CIVIL ATUAL ?

Obs: Limite-se a uma das opções. Divorciado inclui qualquer estado de separação.

SOLTEIRO ()

DIVORCIADO ()

CASADO ()

VIÚVO ()

2- RAÇA .

Obs: Raça - limite-se a uma das opções. ND/NC - não disponível ou não classificável. Inclua em amarelo os participantes de origem asiática (japoneses, chineses, etc).

BRANCA ()

AMARELA ()

ND/NC ()

NEGRA ()

MULATO ()

3- ATIVIDADES UNIVERSITÁRIAS.

O (A) SR. (A) PARTICIPOU DO CENTRO ACADÊMICO? SIM () NÃO ()

O (A) SR. (A) PARTICIPOU DA ASSOCIAÇÃO ATLÉTICA? SIM () NÃO ()

O (A) SR. (A) DESENVOLVEU PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA? SIM () NÃO ()

O (A) SR. (A) PARTICIPOU EM LIGAS DE ASSISTÊNCIA ACADÊMICA? SIM () NÃO ()

4- RESIDÊNCIA

O (A) SR. (A) ESTA CURSANDO UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA NO MOMENTO? SIM () NÃO ()

O (A) SR. (A) COMPLETOU ALGUM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA? SIM () NÃO ()

5- ASSINALE O NÚMERO DE PROGRAMAS: _____ (números inteiros de 1 a 5)

6- QUAL FOI A PRIMEIRA RESIDÊNCIA ? _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

ESTA RESIDÊNCIA FOI REALIZADA NO HCFMRP-USP ? **SIM () NÃO ()**

7- QUAL FOI A SEGUNDA RESIDÊNCIA ? _____

ESTA RESIDÊNCIA FOI REALIZADA NO HCFMRP-USP ? **SIM () NÃO ()**

8- ESPECIALIZAÇÃO

O (A) SR. (A) EXERCE UMA ESPECIALIDADE MÉDICA? **SIM () NÃO ()**

QUAL É A SUA PRINCIPAL ESPECIALIDADE?

DESDE QUANDO O (A) SR. (A) EXERCE ESTA ESPECIALIDADE ? ____/____/____

O (A) SR. (A) OBTVE TÍTULOS DE ESPECIALISTA DA SOCIEDADE MÉDICA EQUIVALENTE? **SIM () NÃO ()**

EM QUE DATA O(A) SR(A) OBTVE ESTE TÍTULO DE ESPECIALISTA? ____/____/____

9- PÓS-GRADUAÇÃO:

O (A) SR. (A) FEZ PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO OU DOUTORADO) ? **SIM () NÃO ()**

QUAL FOI O MAIOR GRAU OBTIDO ?

MESTRADO ()

DOUTORADO ()

PÓS-DOUTORADO ()

EM QUE DATA FOI OBTIDO ? ____/____/____

O MESTRADO OU DOUTORADO FOI REALIZADO NA FMRP-USP? **SIM () NÃO ()**

10- ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

O (A) SR. (A) ATUA PROFISSIONALMENTE COMO MÉDICO (A)? **SIM () NÃO ()**

QUAL É A PORCENTAGEM DO SEU TEMPO PROFISSIONAL CORRESPONDENTE AO EXERCÍCIO DA MEDICINA? _____

O (A) SR. (A) EXERCE OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS QUE NÃO ESTÃO RELACIONADAS À MEDICINA? **SIM () NÃO ()**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

DESCREVA AS OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS EXERCIDAS:

APOSENTADO **SIM () NÃO ()** DATA DA APOSENTADORIA : ____ / ____ / ____

O(A) SR(A) EXERCE ATIVIDADE DOCENTE ? **SIM () NÃO ()**

É DOCENTE NA FMRP ? **SIM () NÃO ()**

NOME DA INSTITUIÇÃO EM QUE É DOCENTE (SE NÃO FOR DA FMRP)

EXERCE A DOCÊNCIA COMO SUA ÚNICA FUNÇÃO? **SIM () NÃO ()**

<u>NATUREZA DA ATIVIDADE MÉDICA</u>	<u>% DA ATIVIDADE</u>
() HOSPITAL	_____
() CONSULTÓRIO	_____
() SERVIÇO PÚBLICO (POSTO DE SAÚDE; AMB. REGIONAIS)	_____
() SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS (AUDITORIA, ETC)	_____
() OUTRAS NÃO CLASSIFICADAS ACIMA	_____

<u>ASSINALE TODAS AS FONTES DE RENDA</u>	<u>% REPRESENTADA NO ORÇAMENTO</u>
() BOLSA DE RESIDÊNCIA OU PÓS-GRADUAÇÃO	_____
() SALÁRIO DE EMPREGO FIXO (PS; AUDITORIA)	_____
() PROVENTOS DE TRABALHO AUTÔNOMO	_____
() PLANTÕES	_____
() OUTRAS RENDAS QUE NÃO MEDICINA	_____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

O(A) SR(A) FAZ PARTE DE SOCIEDADE MÉDICA DE SUA ESPECIALIDADE? **SIM () NÃO ()**

O(A) SR(A) ASSINA REVISTAS MÉDICAS DE SUA ESPECIALIDADE ? **SIM () NÃO ()**

O(A) SR(A) TEM ACESSO À REVISTA MEDICINA PELO SITE DA FMRP-USP ? **SIM () NÃO ()**

O(A) SR(A) FREQUENTA CONGRESSOS NACIONAIS DE SUA ESPECIALIDADE ? **SIM () NÃO ()**

COM QUE FREQUÊNCIA ? **ANUAL () A CADA 2 ANOS () >2 ANOS ()**

O(A) SR(A) FREQUENTA CONGRESSOS INTERNACIONAIS DE SUA ESPECIALIDADE ? **SIM () NÃO ()**

COM QUE FREQUÊNCIA ? **ANUAL () A CADA 2 ANOS () >2 ANOS ()**

O(A) SR(A) TEM CONHECIMENTO DA ASSOCIAÇÃO DOS EX-ALUNOS DA FMRP-USP ? **SIM () NÃO ()**

O(A) SR(A) É SÓCIO DESTA ENTIDADE ? **SIM () NÃO ()**

O(A) SR(A) TEM INTERESSE EM SE ASSOCIAR ? **SIM () NÃO ()**

QUAIS OUTRAS FORMAS O(A) SR(A) SE UTILIZA PARA SE MANTER ATUALIZADO ?

UM DOS OBJETIVOS DESTE ESTUDO É MANTER UM CADASTRO ATUALIZADO DOS EX-ALUNOS DA FMRP-USP. COM OS DADOS, NÓS PRETENDEMOS MANTER CONTATO COM OS EX-ALUNOS, PROCURANDO DESENVOLVER FORMAS DE ATUALIZAÇÃO E RESGATE DA HISTÓRIA DA FMRP-USP.

O(A) SR(A) CONCORDA EM SER CONTRATADO PELA FMRP-USP PARA RECEBER MATERIAL ATUALIZAÇÃO E NOTÍCIAS SOBRE A FACULDADE ? **SIM () NÃO ()**

COM RELAÇÃO AO RESGATE DA HISTÓRIA DA FMRP-USP, A FACULDADE RECENTEMENTE INAUGUROU UM MUSEU E ESTÁ TENTANDO CONSEGUIR TODO O MATERIAL HISTÓRICO POSSÍVEL.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

**Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de
 Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)**

O(A) SR(A) TEM EM SEU PODER ALGUM MATERIAL QUE RELATE A HISTÓRIA DA FMRP-USP,
 COMO FOTOGRAFIAS, TEXTOS, CÓPIAS DO ESTETO, ETC ? **SIM () NÃO ()**

O(A) SR(A) PODERIA PERMITIR QUE ESTE MATERIAL FOSSE COPIADO ? **SIM () NÃO ()**

NÓS GOSTARÍAMOS DE AGRADECER O TEMPO QUE O(A) SR(A) DISPENSOU PARA RESPONDER
 ESTAS PERGUNTAS.

10.3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO - Perfil dos Alunos Egressos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

PESQUISADOR RESPONSÁVEL – PROF. DR. ANTONIO PAZIN FILHO
TELEFONE PARA CONTATO – 3602-1225

Estamos procurando conhecer o perfil dos alunos formados pela FMRP-USP nestes últimos 50 anos, procurando entender melhor como as transformações do currículo médico e as modificações da sociedade tiveram impacto nesta formação.

Nós estamos convidando o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa. O(A) senhor(a) deverá responder um questionário com duração aproximada de 40 (quarenta) minutos ao ser entrevistado por uma pessoa treinada para este fim. As perguntas serão sobre como evoluiu a sua vida após a graduação na FMRP-USP no referente ao seu desenvolvimento profissional e sua inserção na sociedade, bem como qualquer formação adicional que teve que ser adquirida.

A sua participação nesta pesquisa é **voluntária** e seu nome vai ficar em segredo, não aparecendo nos resultados da pesquisa. O(A) senhor(a) não é obrigado(a) a participar desta pesquisa. Caso concorde em participar, poderá também desistir a qualquer momento.

De acordo:

Pesquisador:

Responsável:

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200_____