

OSVANDRÉ LECH
SAMUEL RIBAK
JOÃO B. G. DOS SANTOS

VÊR DESTE LADO

40 ANOS
DE TEOT

1972 - 2011

Indústria Brasileira

OSVANDRÉ LECH
SAMUEL RIBAK
JOÃO B. G. DOS SANTOS



Apoio Institucional



MSD



Expediente

2011 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT)
<http://www.sbot.org.br>

Diretoria SBOT 2011

Presidente: Osvandré Lech

1º Vice-presidente: Geraldo Rocha Motta Filho

2º Vice-presidente: Flávio Faloppa

Secretário Geral: Jorge dos Santos

1º Secretário: Marcelo Tomanik Mercadante

2º Secretário: Ney Coutinho Pecegueiro do Amaral

1º tesoureiro: Adalberto Visco

2º tesoureiro: Reynaldo Jesus Garcia

Composição da Comissão de Ensino e Treinamento (CET) da SBOT em 2011

Presidente: João Baptista Gomes dos Santos - SP - (2011)

Vice-presidente: Jamil Faissal Soni - PR - (2009 a 2011)

Secretário executivo: André Pedrinelli - SP - (2010 a 2012)

Secretário adjunto: Vincenzo Giordano - RJ - (2009 a 2011)

Membros:

Wagner Nogueira da Silva - MG - (2010 a 2012)

Fernando Antonio Mendes Façanha Filho - CE - (2010 a 2012)

Aloísio Fernandes Bonavides Júnior - DF - (2011 a 2013)

João Antonio Matheus Guimarães - RJ - (2011 a 2013)

Roberto Yukio Ikemoto - SP - (2011 a 2013)

40 anos de TEOT

Esta obra é uma publicação histórica, editada pela Palavra Impressa Editora para a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), em 2011, em comemoração à realização do 40º exame de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT). Tem distribuição interna, gratuita, para os sócios da SBOT e inscritos nos eventos da SBOT.

Os conceitos e opiniões emitidos na obra são de inteira responsabilidade de seus autores e não representam, necessariamente, a opinião de toda a Diretoria da SBOT.

Este livro cumpre as normas ortográficas da língua portuguesa, conforme editadas pela Academia Brasileira de Letras em 2009. Porém, no caso da citação de documentos originais (cartas, discursos e trechos de artigos), a grafia original da época foi mantida, sem alteração.

Autores: Osvandré L. C. Lech, Samuel Ribak e João Baptista Gomes dos Santos.

Projeto editorial: Patricia Logullo (Mtb 26.152)

Pesquisa, coleta de dados e entrevistas: Patricia Logullo e Samuel Ribak

Digitação de documentos e vídeos: Cristiane Cardoso

Edição de texto: Patricia Logullo (Palavra Impressa Editora)

Projeto gráfico e diagramação: Heitor Bardemaker Alves Neto

Digitalização e tratamento de imagens e documentos: Heitor Bardemaker Alves Neto

Fotografias: arquivos pessoais e familiares dos membros titulares da SBOT e arquivos da SBOT. A maioria das fotografias antigas foi produzida por colaboradores ou empresas contratadas pela SBOT para cobertura de eventos científicos e sociais e, infelizmente, os nomes dos fotógrafos nem sempre foram preservados nos acervos para o devido crédito.

Apresentação

Uma longa caminhada começa pelo primeiro passo.

Lao-Tsé

Ensinar é a mais sublime forma de compreender.

Aristóteles

A Comissão de Ensino e Treinamento (CET) tem a função, dentre outras, de organizar a prova para obtenção do Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT), que ocorre uma vez por ano. Este livro comemora os 40 anos da edição do exame e relata, com particularidades, tudo o que está relacionado a esse evento.

A meticulosa preparação, as longas reuniões em fins de semana, detalhes das provas escrita, oral, exame físico e a novata prova de habilidades. Este livro esclarece sobre a parte técnica e logística, assim como o que ocorre nos dias do exame. Como é realizado esse exame em outros países? Quais são os sentimentos e aflições de membros titulares que já fizeram a prova? Quais são os examinadores e observadores que já participaram e deram sua contribuição à CET? Tudo isso foi cuidadosamente pesquisado e se constitui no objetivo desta obra, que é outra contribuição à história da ortopedia brasileira.

Este livro sinaliza o início das atividades da Comissão de História da Ortopedia Brasileira (CHOB), que foi instalada em janeiro de 2011. Pela sua importância, foi aprovada a sua condição de Comissão Permanente na Comissão Executiva de julho passado.

Muitos são os agradecimentos aos que participaram desta obra. Aos entrevistados, verdadeiras testemunhas desta história que já tem 40 anos. Aos que auxiliaram na elaboração dos capítulos, na obtenção do acervo de fotografias e documentos. Aos que auxiliaram com dados e consultoria, especialmente as ex-secretárias da CET, Lilian Ferreira e Silvana Lopes. As atuais secretárias, Mariana Seabra e Fabiana Ramalho, devem ser cumprimentadas pela organização e esmero no cuidado dos documentos da CET. A todos os fotógrafos que não puderam ser identificados, mas que produziram riquíssimo material. Patrícia Logullo e Heitor Bardemaker Alves Neto dedicaram-se muito à estruturação desta obra. A Merck, Sharp & Dohme deve ser lembrada pela cooperação no patrocínio institucional desta obra.

Agradecemos aos examinadores e observadores, que dedicam alguns dias de verão para contribuir com a nobre missão de ensinar. Eles conhecem, como poucos, as lições de Lao-Tsé e Aristóteles.

“Tenho orgulho de pertencer à CET (Comissão de Ensino e Treinamento) da SBOT” é um verdadeiro jargão dito por todos – atuais e ex-membros da comissão, carinhosamente chamados de “sombras”. É a óbvia constatação da satisfação que emana deste grupo de colegas com vontade férrea. Eles transformaram para melhor o ensino da ortopedia brasileira, modelo para outras especialidades médicas no país e exterior.

Osvandré Lech, presidente da SBOT

Samuel Ribak, presidente da CHOB

João Baptista Gomes dos Santos, presidente da CET

São Paulo, novembro de 2011

Sumário

Capítulo 1 - Residência	9
A SBOT na época da criação da residência em ortopedia • As primeiras turmas de ortopedistas • Fórum de Preceptores • Programa de Ensino e Treinamento em Ortopedia e Traumatologia	
Capítulo 2 - Serviços de treinamento	35
Princípios do credenciamento • Vistorias e ética da avaliação • Moratória e descredenciamento • Avaliação dos programas de residência • TARO	
Capítulo 3 - A história do título de especialista em ortopedia	45
A Comissão de Ensino e Treinamento (CET) • Reuniões a portas trancadas • O exame • O local do exame • Dificuldades e erros	
Capítulo 4 - A prova escrita	63
Certo, errado e não sei • Formulação das questões e montagem da prova	
Capítulo 5 - O exame prático	71
A prova oral • Os examinadores: temidos e adorados • Orientação aos examinadores • O exame físico e outras modalidades	
Capítulo 6 - O dia do exame, a logística e a festa	87
Patrocínio • O churrasco do Schmidt: os companheiros na “toca do tigrão” • Informática • A festa da aprovação	
Capítulo 7 - O exame em outros países	99
Estados Unidos • Reino Unido (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales) • Alemanha • Colômbia • Espanha • França • Portugal • Índia	
Capítulo 8 - Avaliação do processo de avaliação	103
Capítulo 9 - Examinadores e observadores do TEOT até 2011	107
Capítulo 10 - O desafio do TEOT segundo os candidatos	119
Capítulo 11 - Bibliografia	127





Residência

A formação de um especialista médico nas suas diversas áreas está baseada no programa de residência médica, um tipo de treinamento em serviço, ou estágio em treinamento, aprofundado, realizado depois da graduação em Medicina. As duas principais características desse treinamento são o seu ambiente, ou seja, o hospital ou o complexo hospitalar na especialidade em que o residente vai futuramente atuar, e o fato de ele ser realizado sob a supervisão de pelo menos uma equipe médica treinada (preceptores e chefe de serviço).

Informalmente, no final do século XIX, alguns médicos que buscavam um treinamento mais aprofundado em determinadas áreas procuravam acompanhar de perto seus colegas mais experientes. Nessa época nasceu a figura do preceptor, mas esse acompanhamento era totalmente informal, sem uma regulamentação legal ou educacional, e dependia grandemente da qualidade do serviço que esse preceptor prestava. Muitas vezes a escolha desse preceptor era baseada somente na sua notoriedade no meio social e científico local. Era a época dos “discípulos dos grandes mestres”, e isso era especialmente comum na área de cirurgia.

No início do século XX, o estágio se formalizou, porém apenas uma pequena parcela dos médicos procurava participar. Em geral, a maioria dos recém-graduados partia para a prática clínica sem



Manlio Napoli

O que se fez no Hospital das Clínicas na residência foi copiar o padrão americano: o residente fazia de tudo, até tricotomia, preparava o doente para o centro cirúrgico. Residência significava residir no local. Nós, da ortopedia, tínhamos plantão de 24 horas a cada três dias. Mas o grupo era pequeno, eu era o nono médico, e nós tínhamos quatro frentes de trabalho: o pronto-socorro, 24 horas, sala de gesso, centro cirúrgico e ambulatório. Quatro atividades, para nove médicos, incluindo equipe cirúrgica: era um pouco difícil. No centro cirúrgico, éramos convocados para instrumentar, preparar doente, tudo. Enfermeira não fazia injeção na veia, era proibido. Elas chamavam às quatro da manhã se um doente perdia a veia. Eram três residentes: Paulo Canton (que foi da FEB), Plínio Souza Dias, um homem enorme, fortíssimo, campeão de peso, e Manlio Napoli. Tínhamos uma atividade que, por vezes, passava das 44 horas. Naquela época ninguém tinha clínica fora, sob

pena de ser eliminado da residência. Saíamos do centro cirúrgico por volta do meio-dia e meia, uma hora, conforme os casos, íamos fazer reduções e gessos à tarde. Isso até as seis, sete horas. Depois vinha o jantar, normal como de um hospital. Mas tinha o bife da meia-noite! O bife da meia-noite era uma beleza, porque era feito na chapa, a gente escolhia, havia sobremesas deliciosas... o bom da residência era isso. Além do aprendizado, era o bife da meia-noite. Até o prefeito, Adhemar de Barros, apareceu uma noite lá, jantou conosco o bife da meia-noite. Das sete da manhã às sete da noite são 12 horas, mais 24 horas, dá 36. Das sete até uma hora da manhã são mais 6, totalizando 42 horas. E a gente não ia dormir de imediato, ficava discutindo casos... íamos dormir às 2 da manhã. Com sorriso no rosto, banho quente... não precisava nem trocar de roupa. A gente mal saía do hospital pra ver a família. Isso era a residência. Não havia programa de ensino, era trabalhar. Não era humano trabalhar em turnos de mais de 24 horas, mas era contingência. Hoje o plantão é de seis horas, com seis residentes por plantão. Mas o professor Godoy contava que jamais pôde operar um caso na Europa onde estagiou, enquanto aqui a gente fazia de tudo.

especialização, atuando de maneira próxima às comunidades onde viviam. Eram os médicos das pequenas cidades do interior, de bairro, ou conhecidos nos seus hospitais, que construíam sua notoriedade com base na sua própria experiência, sem um programa de treinamento sistematizado.



A Medicina era então um verdadeiro sacerdócio, ninguém ganhava nada. Ajudávamos as operações dos medalhões e agradecíamos a honra de termos sido escolhidos. Os mais jovens só podiam operar os casos de menor importância e os de traumatologia que chegassem após as onze horas, quando o expediente dos chefes terminava. Nós não tivemos professor; éramos autodidatas, teórica e praticamente. Mas nos divertíamos. A escola era risonha.

Domingos Quirino Ferreira Neto

A residência médica já existia no Brasil, informalmente, desde a década de 1940, em alguns hospitais do país. As datas de início oficial destes programas em cada hospital são ainda motivo de pesquisa, mas sabe-se que a residência foi estabelecida na Universidade de São Paulo (USP), junto com a fundação do Hospital das Clínicas, em 1944, nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Físio-Biologia Aplicada. Depois da USP, em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro também tinha médicos residentes. A Unifesp implantou seu programa sistematizado de residência médica, o primeiro em hospital federal, em 1957. Porém, nos anos 1950, a residência médica não era obrigatória. No caso da ortopedia especificamente, a residência médica obrigatória só viria a aparecer décadas adiante.

A SBOT na época da criação da residência em ortopedia

Desde a sua fundação, em 1935, a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia sempre esteve em crescimento. Nas décadas de 40 a 60, o número de sócios multiplicou-se por 10: dos 40 fundadores, já havia quatro centenas em 1966 e, em 1969, a SBOT já tinha 14 Regionais. Era evidente a consolidação da especialidade como um campo de saber autônomo, que merecia disciplinas próprias nas faculdades, e não vinculadas à Cirurgia ou Pediatria.

A admissão de sócios da SBOT nessa época eram feita com base na avaliação de currículos e fichas de inscrição, que chegavam às centenas para serem julgados nas datas dos Congressos Brasileiros de Ortopedia e Traumatologia (CBOT). Os sócios que conseguissem entregar documentos comprobatórios das atividades de especialistas que declaravam em seus currículos eram admitidos — e cerca de 35-50% dos inscritos conseguiam fazê-lo. Muitas vezes, a indicação de professores titulares servia como prova. Se eram residentes de serviços, ficava fácil obter essa comprovação de seus chefes.

Na intenção de considerar menos a “indicação do chefe” e mais uma comprovada habilidade técnica para exercício da especialidade, a SBOT passou, a partir de 1962, institucionalmente, a se preocupar mais com o ensino e o treinamento em ortopedia. Escreveram Baldy dos Reis e Mercadante: “A partir de 1962, a Comissão Executiva da SBOT passou a debater com mais afinco as fronteiras da especialidade, as atribuições das entidades associativas e a defesa dos interesses profissionais

dos ortopedistas. Embora ainda não tivesse esse nome, é dessa época o embrião do título de especialista em ortopedia e traumatologia.”

Na verdade, antes disso, algumas figuras já estavam bastante preocupadas com a questão do treinamento. Dentre elas, uma das mais importantes é Márcio Ibrahim de Carvalho, que conduziu a criação da Comissão de Ensino e Treinamento (CET) na SBOT, foi seu primeiro presidente e hoje nos conta essa trajetória com uma memória viva e lúcida, reconhecimento aos colegas e com muitos documentos históricos que manteve em seu arquivo pessoal.

Formado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 1952, Ibrahim foi aos Estados Unidos e à Inglaterra para estagiar e se especializar em ortopedia, já que a cirurgia geral não o satisfazia. Era mutilante, dizia. A ortopedia tinha a qualidade de ser reconstrutora. De volta ao Brasil, trabalhou na estruturação do Serviço de Ortopedia do Hospital Felício Rocho, em Belo Horizonte, em 1957, e foi seu diretor em 1963 (faz parte do corpo clínico até hoje). Foi naquele ano que começaram as articulações para criação de um Departamento de Ortopedia dentro da Associação Médica Brasileira (AMB), convênio este que foi firmado, finalmente, em 1967, quando o título de especialista em ortopedia e traumatologia passou a ser concedido pela AMB a partir de julho. Assim, a década de 60 inteira representou para a SBOT o seu amadurecimento enquanto sociedade de especialidade, apoiada no tripé título de especialista, treinamento (em residência) e defesa profissional.

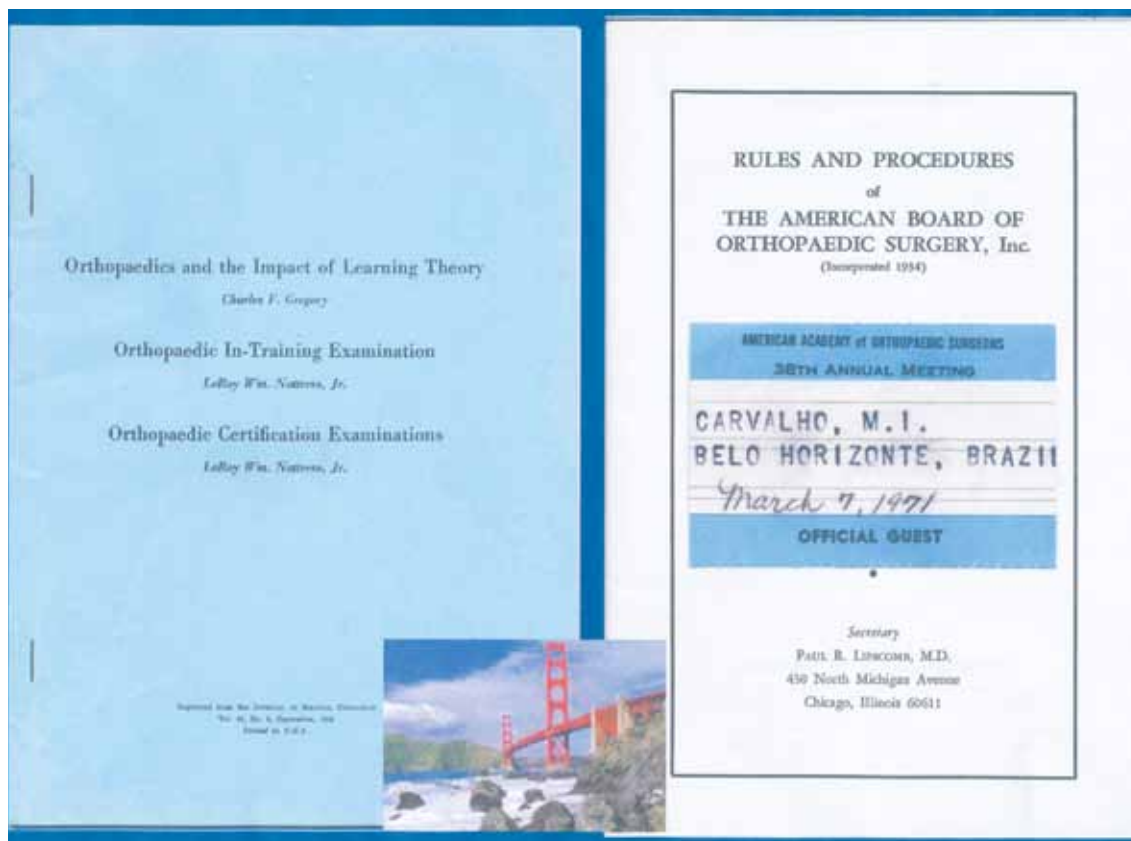


Nos Estados Unidos, o atendimento não era baseado ou personalizado na figura do médico, mas sim no hospital. Se você quer ser ortopedista na Clínica Mayo, por exemplo, já naquela época era exigido que você tivesse passado no exame do Board da Academia de Ortopedia. E quando o doente procura atendimento nesse hospital, não procura o médico, procura o hospital, pois sabe que será atendido por gente qualificada. Quando quisemos trazer esse conceito para cá, muita gente rejeitou, disse que “isso era americanismo”, que não ia funcionar...

Márcio Ibrahim de Carvalho

O primeiro CBOT realizado em Minas Gerais ocorreu em 1967, sob presidência de José Henrique Matta Machado (1915-2002). De acordo com Ibrahim, o lema desse CBOT, “Um Passo a Mais”, representou o objetivo de “revitalizar a SBOT, transformando-a realmente num órgão de classe”. Ibrahim continua: “A Assembleia Geral decidiu separar os Congressos da Presidência e criar as diversas comissões”, revela, referindo-se à Comissão de Defesa Profissional, de Análise dos Questionários Regionais, de Acidentes de Trabalho, de Tabelas e Honorários Profissionais, de Emenda do Estatuto e, finalmente, de Convênio com a AMB, Residência em Ortopedia e Admissão à SBOT.

O objetivo daquela última comissão era elaborar o Plano Nacional de Residência Médica em Ortopedia, estudar e aprovar os serviços que pudessem ter sua Residência oficializada, supervisionar o programa de treinamento de residência, orientar, em plano nacional, as residências em Ortopedia e indicar as bancas examinadoras dos concursos para admissão na SBOT.



Márcio Ibrahim de Carvalho foi a San Francisco (onde tinha estagiado no início da década de 60) para participar do American Board, em 1971. Inspirado pelo exame norte-americano, ajudou a compor a Prova de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) no Brasil, em 1972.

“Houve necessidade de reformar os estatutos, o que permitiu a criação de uma comissão científica: Geraldo Pedra, João Alvarenga Rossi e Donato D’Angelo foram seus componentes”, relata Ibrahim. A Comissão Científica seria responsável por controlar o exame que permitira o ingresso na SBOT depois de residência de dois anos. A reforma estatutária a que se refere Ibrahim foi um marco na história da SBOT, pois estabeleceu as bases da Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia no Brasil:

“Até o Congresso da SBOT, de 1969, poderão pertencer ao quadro social todos os ortopedistas, sócios dos Departamentos de Ortopedia e Traumatologia da AMB que por ventura não tenham entrado para a sociedade até a época do último Congresso da SBOT. Alínea a) Esses sócios terão a denominação de membros associados”.

Em 1967, Márcio Ibrahim de Carvalho, José Márcio de Souza e Luiz Garcia Pedrosa solicitaram a Achilles Araújo o direito de usar a marca e dividiram a Comissão Editorial da Revista Brasileira de Ortopedia, a RBO, realizando o relançamento da revista. Como editor, Ibrahim manteve a revista sediada na Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFMG por cinco anos, até 1972, quando Donato D’Angelo assumiu o cargo. Assim, Ibrahim estava envolvido profundamente com as comissões envolvidas com o ingresso na SBOT, com o título de especialista e com a divulgação da ciência ortopédica brasileira, por meio da RBO.



Márcio Ibrahim de Carvalho e Wilson Rossi examinando candidato ao TEOT em 1984



Geraldo Pedra e seu primeiro residente aprovado no TEOT

De acordo com a nova regra, esse «associado» podia votar nas assembleias, mas não podia ser votado para cargos na SBOT. Só poderiam passar a membro titular os membros associados que fizessem a Residência Médica em Ortopedia e passassem num exame a ser instituído em 1971.

Os associados que tivessem comprovadamente mais de cinco anos de exercício da especialidade passavam automaticamente a ser membros titulares, sem a necessidade do exame, mas tinham de ser vinculados a alguma Regional da SBOT. Mas os associados que, ao fazerem o exame, não fossem aprovados, seriam desligados. Os formados de 1969 em diante tinham que fazer a prova, apresentar currículo e fazer dois anos de residência em ortopedia.

Exigir dois anos de residência fazia com que a SBOT, daquele momento em diante, tivesse um trabalho hercúleo pela frente: examinar os serviços que iriam treinar esses residentes. Geraldo Pedra, em seu discurso de abertura do CBOT de 1971, recordou:

“Como havíamos declarado em nosso discurso de posse, a nossa principal meta seria e realmente tem sido o ensino e o treinamento dos médicos jovens, recém-formados que tenham escolhido a Ortopedia como especialidade. Para eles foi criado o Plano Nacional de Residência em Ortopedia, que traduz com fidelidade a nossa filosofia em relação à formação técnico-científica e ética do especialista em Ortopedia. Na elaboração do Plano, nossa maior preocupação foi obter dados estatísticos em cuja exatidão pudéssemos confiar plenamente. Para tanto, contando com a ajuda do colega Aloísio Campos da Paz Júnior, visitamos os principais serviços de ortopedia do país e obtivemos os dados que nos forneceram uma visão real dos recursos materiais e humanos de que disporíamos para enfrentar, em âmbito nacional, o problema do ensino e treinamento dos novos ortopedistas. Baseados nos dados colhidos, foram selecionados 45 serviços que, julgados e aprovados pela Comissão Executiva, vêm, desde janeiro de 1970, funcionando oficialmente como Centro de formação de especialistas em Ortopedia e Traumatologia.”

A memória de Márcio Ibrahim é um pouco diferente: ele relata que foram visitados 43 hospitais em todo o país, dos quais 30 foram aprovados para, monitorados pela SBOT, iniciarem o programa de residência. A Residência em Ortopedia e Traumatologia oficial se iniciou, portanto, em 1970, ano da oficialização do primeiro mandato, de dois anos, da Comissão de Ensino e Treinamento (CET), composta por Ibrahim, Marcondes de Souza e João Alvarenga Rossi. Geraldo Pedra, em seu discurso, agradece:

“Queremos neste momento, por dever de justiça e para nossa satisfação íntima, citar nominalmente o colega Márcio Ibrahim de Carvalho pela sua destacada atuação como Presidente da Comissão de Ensino e Treinamento — órgão executivo do Plano Nacional de Residência.”

As primeiras turmas de ortopedistas

O primeiro programa brasileiro de Residência Médica especificamente havia sido criado no Hospital São Paulo, sob orientação da então chamada Escola Paulista de Medicina (hoje Universidade Federal de São Paulo), vários anos antes da exigência oficial: em 1957. Na época, na maioria dos serviços, os médicos moravam no próprio hospital (daí o nome, residência médica), com um regime de dedicação muito intenso ao trabalho. Depois da Escola Paulista, outras escolas e serviços brasileiros sistematizaram seu treinamento em programas de residência, inicialmente na cidade de São Paulo: o Hospital do Servidor Público Estadual, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (por meio do Instituto de Ortopedia e Traumatologia, IOT).



Os primeiros residentes em Ortopedia do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina foram: José Laredo Filho, João Vernieri Sobrinho e Jorge Callisperis.

Discípulo de Marino Lazzareschi, Laredo assumiu como professor titular e chefe da Disciplina de Ortopedia na Unifesp em 1983 e continuou como chefe do serviço até 1991, abrindo as portas da universidade para muitos. Faleceu em 2005.

José Laredo Filho

A residência médica no Brasil se inspirou inicialmente no modelo americano, em que um hospital de ensino, vinculado a uma faculdade de medicina, treinava residentes realizando atividades práticas sob a supervisão de docentes. Era caracterizada por ser um treinamento concomitante com produção assistencial: ensino e produção, aprendizado e atendimento. Esse modelo resultou num conflito instalado na década de 1970, em que o ensino se deteriorou, tornando a residência um sinônimo de mão de obra barata. Em reação a essa situação, o Decreto número 80.281, de 5 de setembro de 1977, instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), regulamentando a residência como uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, funcionando em instituições de saúde e sob orientação de médicos de elevada qualificação ética e profissional. Porém, somente a partir dos anos 80 é que a maioria dos médicos passou a procurar os programas de especialização da residência médica em geral, pois verificou que este era um diferencial importante em sua formação e também como repercussão do desenvolvimento tecnológico e científico, que obrigou uma maior organização do trabalho médico.

José Joaquim Lanhoso Mattos foi o primeiro residente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em 1969-70. A residência na Unicamp passou a ter três anos a partir de 1981, antes da exigência do terceiro ano pela SBOT.

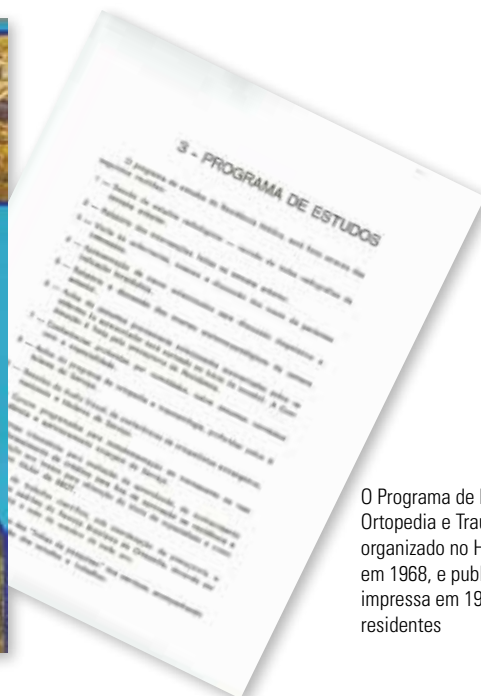
Em dezembro de 1971, a primeira turma de médicos terminou o programa oficial de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia no Brasil, reconhecido pela SBOT, e que no caso da ortopedia tinha dois anos de duração na época. Para Geraldo Pedra, a “missão estava cumprida; a residência, funcionando”. O número de candidatos à primeira prova de TEOT chegou a 59, com 25 professores e chefes de serviço na Banca de Examinadores, 16 dos quais eram professores titulares. Os 54 residentes aprovados tiveram média geral de 72,9 pontos, sem grande variação na comparação dos serviços universitários e não universitários, de acordo com as notas manuscritas de Márcio Ibrahim.

“Os primeiros lugares ficaram com Minas Gerais e Paraná. (Hospital Felício Rocho em Belo Horizonte e do Hospital das Clínicas de Curitiba). Esse resultado demonstrou que já havia boa ortopedia no país além da praticada no Rio de Janeiro e São Paulo”.

No segundo exame, foram aprovados 91 titulares. Em 1975, a SBOT já tinha concedido 420 títulos de Membro Titular, com diplomas de Especialista, em convênio com a AMB.

Porém, logo a SBOT percebeu que não bastava fazer apenas uma inspeção inicial nos serviços de residência: já em 1975, foi necessário propor a suspensão do credenciamento de alguns serviços que atuavam como Centros Credenciados de Residência, porque a qualidade do treinamento oferecido por eles estava aquém do considerado necessário: metade dos residentes formados por esses serviços não conseguiam passar no exame do TEOT. A CET de então avaliava que cerca de 80% deles deveriam perder o credenciamento.

A Comissão se pôs então a reinspecionar os serviços: de 62 visitados, 36 foram colocados em moratória, o que significa que deveriam melhorar o treinamento dos residentes, obtendo maior aprovação deles no TEOT. Caso contrário, perderiam o credenciamento no ano seguinte. Esta norma existe até



O Programa de Residência Médica e Ortopedia e Traumatologia foi organizado no Hospital Sara Kubitschek em 1968, e publicado de forma impressa em 1978, para consulta dos residentes

hoje: a prova do TEOT é considerada um dos indicadores de que o treinamento no serviço talvez não esteja sendo capaz de suprir as necessidades de formação especializada dos residentes. Serviços em moratória têm um prazo de um ano para melhorarem a infra-estrutura e a qualidade do estágio. Os serviços entram em moratória se, por exemplo, mais de 50% dos residentes que prestam a prova não passam no exame. No ano seguinte, mais da metade dos seus residentes necessitam ser aprovados na prova de título para que o serviço saia da moratória e restabeleça seu credenciamento pleno.



Os serviços de residência médica apresentam particularidades regionais evidentes, pois em um país de extensão territorial tão grande como o nosso, existem disparidades culturais e econômicas que definem esta heterogeneidade. Mas a CET busca critérios técnicos adequados para que possa existir uma residência médica em ortopedia com normas mínimas de confiabilidade e qualidade na educação do futuro ortopedista.

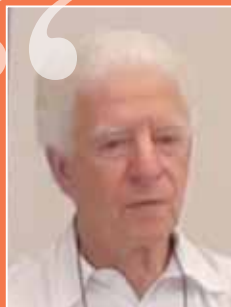
Aloisio Fernandes Bonavides Júnior

A CET precisou, em 1975, planejar visitas mais frequentes aos serviços credenciados, e tinha também que inspecionar os 20 que estavam pedindo credenciamento novo. De acordo com Baldy dos Reis e Mercadante,

“Em 1977, dos 29 serviços que solicitaram credenciamento, apenas 11 responderam ao questionário inicial enviado para avaliação. Em 1979, 10 anos após a criação do Plano Nacional de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia, já havia 83 centros credenciados. Em 1982, eram 86; em 1994, 98”.

Os anos se passavam e a CET ia controlando a qualidade dos serviços com visitas de inspeção, como faz até hoje. O número de serviços credenciados para treinar em ortopedia e traumatologia no Brasil é, por isso, flutuante até hoje: alguns centros perdem, outros conseguem de volta seus credenciamentos

antigos ou obtêm novos. Desta maneira, o serviço, por estar sendo fiscalizado, é obrigado a manter preceptores e professores qualificados e interessados no treinamento, espaços e equipamentos para aulas, pesquisa, biblioteca e um fluxo de atendimento a doentes que só se consegue num hospital bem estruturado. Porém, além da infra-estrutura, na década de 80, havia a sensação de que o corpo de conhecimentos havia crescido tanto na área de ortopedia, que já não podia mais ser condensado em dois anos.



Quando fui fazer residência, com o professor Matta Machado, o período ainda era de um ano. Quando terminou, em 1960, fiquei apavorado. Procurei o professor e disse: “eu não sei nada”! Felizmente, naquele ano não havia outro candidato para a residência e, como diz o Zagallo, ele teve que me engolir... Minha família morava toda em

Arlindo Gomes Pardini Júnior

Belo Horizonte, então o professor me pediu “mude-se para a Baleia”, e eu me mudei para o hospital: tomava café, descia para a enfermaria e o centro cirúrgico, subia de novo... o indivíduo realmente residia no hospital. Foi uma residência muito boa, e continuei no serviço, como assistente, por mais sete anos.

Em 1982, iniciou-se uma discussão interna na SBOT sobre a possibilidade de aumentar a Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia de dois para três anos. No entanto, a ampliação do programa para três anos demorou muito para se concretizar. Em muitos centros credenciados no Brasil, o treinamento já era estendido informalmente para até quatro anos. Alguns obstáculos dificultavam a oficialização do período de três anos de residência em ortopedia: primeiro, teria de ser feito um alinhamento com o Ministério da Educação (MEC) e a CNRM, para que as exigências fossem as mesmas dos dois lados. Segundo, as bolsas de residência, já que muitos hospitais poderiam não ter verba suficiente para pagar os “R3”. Correspondência da CET datada de 1995, relembra:

“Uma vez implantadas as residências com duração de três anos, o que já se demonstrou ser efetivamente necessário para a boa qualidade do aprendizado, instalou-se uma dicotomia nos caminhos a serem seguidos pelos ortopedistas em formação. Por um lado, as residências credenciadas e financiadas pelo MEC garantiam a obtenção de bolsa por dois anos e direito automático ao Título de Especialista por este ministério. De outro, as residências credenciadas pela SBOT e por isso engajadas no treinamento por três anos apresentavam dificuldades para custear um terceiro ano de bolsas ou obrigavam os candidatos ao auto-financiamento deste ano final de formação para, ao cabo disso, concorrerem ao posto de Membro Titular da SBOT. Isso gerou a formação de dois contingentes de profissionais atuantes no país. De um lado, estão os que obtiveram o título automático, com formação por dois anos e que não pertencem à sua sociedade de classe. De outro, situam-se aqueles que, após a realização de treinamento por três anos em serviços credenciados e fiscalizados pela SBOT através de sua CET e aprovação no exame para obtenção do Título de Especialista, pertencem ao quadro associativo da SBOT. Estes últimos, além do treinamento mais aprofundado recebido durante a residência, gozam dos benefícios da educação continuada (...), facilidades para realização de pós-graduação e estágios em serviços nacionais e internacionais, suporte na atuação em defesa profissional e assessoria jurídica”.

Embora ainda houvesse um entendimento incipiente da necessidade de desenvolvimento científico nacional, como se vê, o empecilho não era científico, mas administrativo. De um lado, a SBOT desejava aumentar os anos de treinamento, pois na maioria dos países sul-americanos a residência já

era de três anos. De outro, havia a questão financeira, nos difíceis anos de endividamento externo do Brasil. Órgãos governamentais consideravam muito oneroso pagar um ano a mais de bolsa para os residentes.

Há registros de que essa proposta de ampliação para três anos foi aprovada internamente pela SBOT em 1984. Há também documentos dando conta de que essa aprovação tornou-se pública em 1988, durante o Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia (CBOT) realizado em Brasília. De qualquer maneira, até 1986, a ampliação ainda não havia sido aprovada pela CNRM. Em 1995, a SBOT lançou um apelo ao MEC para que houvesse uma normatização conjunta, com execução e fiscalização dos programas de residência unificadas, assim como deveriam ser elaborados em conjunto os conteúdos programáticos do treinamento, a universalização das bolsas e a emissão de títulos de especialista. A ideia era eliminar a via dupla de especialização. A proposta previa a criação de comissões mistas, paritárias, para:

- avaliar, revisar e unificar os requisitos de credenciamento dos centros de treinamento;
- realizar visitas de inspeção em conjunto para credenciamento e recredenciamento;
- assessorar os serviços carentes para adaptar-se às novas normas;
- unificar os critérios de aprovação no TEOT.

O reconhecimento do TEOT concedido pela SBOT pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB) veio em julho de 2002, por um convênio assinado por essas instituições e pela CNRM e MEC. Assim como em outras especialidades médicas, a AMB ficou responsável por orientar e fiscalizar a aplicação da prova de título, mas cabe à SBOT elaborar os requisitos técnicos para aprovação (ou seja, determinar o que um ortopedista precisa saber). Em 2005, convênio entre essas instituições estabeleceu oficialmente uma lista das especialidades médicas reconhecidas no país, estando o título de especialista em ortopedia e traumatologia vinculado a uma formação de três anos por residência e aprovação no concurso da SBOT.

Existe ainda muita diferença entre os vários serviços de treinamento no país. Não seria diferente num país da extensão e das diferenças que o nosso tem. O exame do TEOT de uma certa maneira uniformiza a maneira das residências ensinarem ortopedia, e isto garante um padrão mínimo à maioria dos serviços. É lógico que há ainda muito a caminhar no sentido de melhorar a formação dos residentes.

André Pedrinelli

Cumprido integralmente, o Programa de Residência Médica confere ao residente a possibilidade de obter o título de especialista mediante aprovação na prova, no caso da ortopedia, o TEOT, uma das poucas provas reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB). A residência médica no Brasil tem duração mínima de dois anos (três anos para ortopedia e traumatologia) e os residentes são considerados como pedra fundamental no atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), num ambiente em que o objetivo do residente é aprender enquanto atende o paciente, e o objetivo do preceptor é ensinar ao mesmo tempo que obtém ajuda do residente. Nesse modelo, depois de ter sido ensinado por outro médico, o preceptor passa adiante seu conhecimento. Porém, embora tenha havido uma regulamentação federal para o papel do residente, o preceptor até hoje não teve suas atribuições, responsabilidades e direitos descritos e reconhecidos pela CNRM. Seu trabalho não é sistematizado e é voluntário. Um passo importante ainda a ser dado no treinamento em ortopedia no Brasil.

“A residência é a prioridade maior da SBOT. Fizemos a CET, Matta Machado, Rossi, Ibrahim, Campos da Paz, eu, visitamos 46 serviços que já estavam funcionando, credenciados e formando residentes, para ver se estavam em condições. A SBOT se nacionalizou com isso. A SBOT estava presa a São Paulo, Rio e Minas, mas com essa marcha para oeste, as Regionais foram oficializadas e os serviços credenciados também.”

Manlio Napoli

Fórum de Preceptores

Desde 2009, a Comissão de Educação Continuada (CEC) da SBOT realiza o Fórum de Preceptores, com grande sucesso. Trata-se de uma oportunidade preciosa: reunir as pessoas que têm contato direto com o residente e que o acompanham durante o treinamento durante três anos. A SBOT tem reunido os preceptores do Brasil inteiro, num evento em que eles podem trocar experiências, discutir os problemas e apresentar as soluções que cada região encontrou para os problemas. Assim, SBOT pode contribuir para aprimorar o treinamento dos residentes em ortopedia e procurar um padrão de atendimento e de técnica de ensino. A cada ano, o convite é enviado a um diferente membro do serviço (dentre os mais de 130 serviços credenciados de treinamento no Brasil).



De acordo com o secretário executivo da CET, ao ouvir o preceptor, a SBOT o transforma num facilitador dos conceitos da comissão, ou seja, num disseminador da maneira como deve ser realizado o treinamento do residente de acordo com os padrões da SBOT. Esse agente de ensino tanto leva informação da SBOT ao residente quanto traz, pois apresenta todas as dificuldades regionais, aumentando a comunicação com a diretoria da SBOT.

O primeiro Fórum de Preceptores ocorreu em 14 e 15 de agosto de 2009, e reuniu mais de 100 pre-



João Baptista Gomes dos Santos e Flávio Faloppa, no I Fórum de Preceptores em 2009



“O Fórum dos Preceptores mostra que existe um anseio para que essa atividade seja regulamentada e, em minha opinião, remunerada. Não podemos continuar dependendo da boa vontade de alguns para formar nossos futuros Ortopedistas.”

Wilson de Mello Alves Júnior

Wilson Mello apresenta histórico da CET no I Fórum de Preceptores

ceptores de todo o Brasil. Todos levaram para casa o programa completo com cópias em DVD dos vídeos das reuniões para mostrarem aos colegas nas suas cidades. Os criadores do evento, Romeu Krause, presidente da SBOT, Marcelo Mercadante, presidente da CEC, e Wilson Mello, da CET, comemoraram o sucesso da iniciativa: “Nosso trabalho está apenas começando”.

O segundo fórum foi realizado em 27 e 28 de agosto de 2010, e o terceiro evento, que foi realizado em 2011, já conseguiu reunir 140 preceptores.



Comissão Organizadora do II Fórum de Preceptores: Fontenelle, Fogça, Santili, Inoue, Sandro, Mercadante, Zabeu e Percope



Membros da CET divulgam dados e princípio do trabalho no TEOT no Fórum de Preceptores



Sérgio Mallandro, patrocinado pela empresa Jansen, assegura ambiente descontraído ao final do III Fórum de Preceptores, em agosto de 2011





Os Fóruns de Preceptores reúnem colegas de todo o Brasil

Queremos um residente com formação generalista, até chegar ao TEOT e que tenha boa experiência no tratamento de fraturas, mas que saiba também conduzir um caso de Perthes, com conhecimento de problemas ortopédicos básicos. Que a sua residência tenha lhe proporcionado vivência suficiente sob supervisão para garantir uma capacidade resolutiva, independentemente da maioria dos casos de ortopedia e traumatologia na vida profissional. Se quiser se tornar um especialista em alguma área de atuação, como Joelho ou Mão, terá credenciais após o TEOT para concorrer à uma vaga de R4.

Aloisio Fernandes Bonavides Júnior

Presidentes da SBOT durante a criação e consolidação da CET

José Henrique Matta Machado (1915-2002),
presidiu a SBOT entre 1966 e 1967.

Gastão Dias Velloso (1916-1972)
foi presidente da SBOT durante 1968 e 1969, quando o programa de residência começou a ser formatado.

Geraldo Pedra (1926-1994),
presidiu a SBOT em 1970 e 1971.

Luiz Carlos Wertheimer (1917-1986)
presidiu a SBOT durante os primeiros anos após a instituição do TEOT: 1972 e 1973.

Programa de Ensino e Treinamento em Ortopedia e Traumatologia

INTRODUÇÃO

Um serviço de especialização em Ortopedia e Traumatologia tem como MISSÃO “Especializar (Capacitar) médicos para prestar atendimento qualificado, integral (e ético) na área de Ortopedia e Traumatologia”.

Entende-se a residência médica ou especialização como uma “modalidade de ensino de pós-graduação, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (Decreto 80.281 de 05/09/77).

O pós-graduando ao completar seu período de especialização deve estar preparado para

- 1 – Disponibilizar tratamento clínico e cirúrgico adequado e eficaz para as afecções ortopédicas dentro dos princípios éticos e profissionais.
- 2 – Atuar em funções relacionadas a prevenção de doenças ortopédicas e traumáticas.

São portanto fundamentais na especialização:

- 1 – característica de ensino,
- 2 – supervisão constante por profissionais qualificados,
- 3 – formação integral,
- 4 – dedicação exclusiva,
- 5 – alta qualidade de formação

Durante o tempo de pós-graduação deve o especializando obter, desenvolver ou aperfeiçoar as seguintes habilidades:

1. Adquirir conhecimentos teóricos básicos e avançados
2. Capacidade para obter dados de história e exame físico pertinentes
3. Estudo de medidas preventivas de afecções ortopédicas e traumáticas
4. Conhecimento do método científico para avaliação crítica e elaboração de trabalhos científicos
5. Manter-se atualizado pelo acesso constante a publicações científicas
6. Desenvolver habilidades cirúrgicas
7. Desenvolver capacidade de julgamento e discernimento para indicação de exames e tratamentos eficazes e eficientes
8. Capacidade comunicativa com pacientes, colegas, profissionais da área e demais pessoas envolvidas com o tratamento.
9. Capacidade de trabalho em equipe de forma harmoniosa
10. Observância dos princípios éticos. Compromisso e responsabilidade profissional

LINHAS GERAIS

Programa de Primeiro Ano

Objetivos Gerais Aprofundar os conhecimentos em:

- Anatomia Humana, em especial do Aparelho Locomotor.

- Vias de Acesso.
- Fisiologia Humana e Biomecânica, em especial do Aparelho Locomotor.
- Fisiopatologia Ortopédica.
- Semiologia do Aparelho Locomotor.

Iniciação e desenvolvimento do treinamento em Traumatologia e Medicina de Urgência, seus princípios, realização de procedimentos cirúrgicos de emergência, sob supervisão, e aplicações e abordagem integrada com outras disciplinas. Contacto inicial com as afecções ortopédicas e sua abordagem global, especialmente quanto ao diagnóstico clínico, meios subsidiários e princípios de tratamento. Estimular e propiciar o contacto com a literatura ortopédica nacional e internacional. Estudo da metodologia científica.

Métodos

Programa teórico de aulas, seminários, estudo dirigido e recursos audio-visuais, de temas correlacionados com os objetivos apontados acima. Programa teórico-prático desenvolvido em unidades para o atendimento de pacientes nos níveis emergencial, ambulatorial, regime de internação hospitalar e reabilitação. Estas atividades devem ser desenvolvidas sob supervisão de médicos especialistas e residentes com maior graduação, nas unidades de: Pronto Socorro Enfermaria Ambulatório Centro Cirúrgico Oficina de Próteses e Órteses Setor de Fisioterapia e Reabilitação Funcional

Avaliação

Subjetiva Averiguação da qualidade do aprendizado, da formação profissional, ética da observação e convivência com os professores, colegas, pacientes e equipe paramédica. Participação em seminários e aulas. Interesse no aprofundamento e estudos das afecções em que se viu envolvido. Responsabilidade profissional.

Objetiva

Testes de avaliação periódicos, programados pelos próprios Serviços com periodicidade mínima de 3 meses. Desempenho no T.A.R.O. (Teste de Avaliação do Residente em Ortopedia, patrocinado e elaborado pela CET da SBOT), de caráter anual e nacional.

Programa de Segundo Ano

Objetivos Gerais

Dar continuidade aos objetivos iniciados durante o primeiro ano de formação profissional. Estimular a aplicação dos conhecimentos auferidos através do raciocínio diagnóstico e elaboração de propostas terapêuticas às afecções ortopédicas e traumatológicas. Responsabilidade no preparo pré-operatório e seguimento pós-operatório imediato e tardio dos pacientes sob seus cuidados. Receber orientação direta para a realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. Participar da prescrição e elaboração de órteses e programas de reabilitação. Orientação e apoio aos alunos de primeiro ano. Participar na elaboração de pesquisa e/ou trabalhos científicos.

Métodos

Idênticos aos descritos para os alunos de primeiro ano.

Avaliação

Subjetiva

Além dos itens referidos para alunos do primeiro ano, são considerados valores mais rígidos de conhecimento das afecções estudadas bem como sua postura frente ao diagnóstico e encaminhamento das soluções terapêuticas. Igualmente importante é o equilíbrio entre a objetividade e pragmatismo e o respeito à figura do paciente e às regras éticas e hierárquicas. Devem ser avaliadas as habilidades técnicas e de utilização dos recursos técnicos disponíveis.

Objetiva

Idem ao referido para o aluno de primeiro ano.

Programa de Terceiro Ano

Objetivos Gerais

Consolidação do conhecimento global adquirido nos anos anteriores e aprofundamento nas afecções específicas dos segmentos (sub-especialidades)

Realização de Trabalho Científico no âmbito da especialidade em continuidade ao já desenvolvido, em caráter geral, durante o segundo ano.

Métodos

Idênticos aos descritos para os alunos de primeiro e segundo anos. A diferença básica consiste na maior participação e importância do aluno de terceiro ano que necessita assumir a postura de “responsabilidade”, embora continue sob supervisão e treinamento, do diagnóstico, tratamento e resultados dos pacientes com ele envolvidos. Com relação aos colegas de graduação inferior, o aluno de terceiro ano assume posição de liderança no grupo, sendo importante elo de ligação entre os docentes e o grupo em treinamento. Participam ativamente da instrução dos colegas através do exemplo, conduta e realização das atividades a eles destinadas.

Avaliação Subjetiva

No transcorrer do terceiro ano de treinamento em Ortopedia e Traumatologia, desenvolve-se o caráter do Residente que, além de definir seus padrões técnico-científicos, delimita sua formação e amadurecimento humanístico e ético. Nesta ocasião é que lhe são impostas as maiores responsabilidades e lhe são cobrados conhecimentos aprofundados e definidos, integrados com a correta atuação prática. Baseiam-se neste contexto, os conceitos emitidos durante sua avaliação.

Objetiva

Idêntico aos critérios apresentados para os alunos de primeiro e segundo anos. Submeter-se ao exame para a obtenção do Título de Especialista da SBOT, ao final do programa, composto de: Exame Escrito Exame Oral Exame Prático Exame Interativo Apresentação de Trabalho Científico.

Programação para abrangência de atividades:

ENFERMARIA

Primeiro ano

Sob supervisão, realizar tratamento médico geral e ortopédico dos pacientes internados, bem como executar medidas relacionadas aos períodos pré e pós-operatórios. Atender as interconsultas das demais enfermarias e assistir profissionais de outras especialidades em visita médica à enfermaria. Solicitar e acompanhar diretamente os exames de diagnóstico por imagem e os programas de reabilitação física.

Segundo ano

Auxiliar e orientar, sob supervisão, os residentes de primeiro ano em suas funções no tratamento médico geral e ortopédico dos pacientes e executar medidas ortopédicas inerentes aos períodos pré e pós-operatórios. Acompanhar e auxiliar os exames complementares especializados e os programas de reabilitação, discutindo-os com os residentes de primeiro ano.

Terceiro ano

Supervisionar as atividades dos residentes de primeiro e segundo anos, auxiliando-os sempre que necessário. Responsabilizar-se pelos pacientes, o que os estimula como profissionais médicos. Sob supervisão, dar encaminhamento definitivo às condutas médicas adotadas.

AMBULATÓRIO

Primeiro ano

Realizar, sob supervisão, histórias clínicas e exames físicos, geral e ortopédico. Solicitar e interpretar exames subsidiários. Acompanhar e solicitar, quando orientado, interconsultas. Observar e discutir o desenvolvimento e resultados dos tratamentos. Realizar curativos, confeccionar e trocar aparelhos gessados, sob supervisão. Observar as indicações e controles de órteses e próteses.

Segundo ano

Auxiliar na propedêutica geral e ortopédica. Discutir exames complementares e acompanhar interconsultas. Auxiliar as ações médicas gerais e ortopédicas. Observar e registrar os resultados dos tratamentos; sugerir e discutir mudanças dos mesmos. Auxiliar na orientação dos residentes de primeiro ano nessas funções.

Terceiro ano

Supervisionar e auxiliar os demais residentes. Responsabilizar-se diretamente pelo exame ortopédico especializado, pela iniciativa das observações médicas, pelo controle e indicação de órteses e próteses, especialmente nos casos em atendimento inicial. Ativamente sugerir e coordenar mudanças táticas de tratamentos. Atender e orientar a solicitação de interconsultas.

CENTRO CIRÚRGICO

Primeiro ano

Executar, sob supervisão, o preparo pré-operatório imediato inerente ao ato cirúrgico; acompanhar a indução anestésica e posicionar o paciente na mesa cirúrgica, após revisão do planejamento

cirúrgico e dos exames complementares necessários para o ato. Realizar a desinfecção do membro ou região a ser operada. Paramentar-se adequadamente, montar a mesa auxiliar e instrumentar, sem, no entanto, deixar de observar os tempos operatórios. Auxiliar na realização de curativos, aparelhos gessados, se necessário, e na remoção dos pacientes da mesa cirúrgica. Realizar pequenos procedimentos sob supervisão e, se necessário, auxiliar nos demais. Executar medidas, ortopédicas e gerais, pós-operatórias imediatas inerentes ao ato operatório.

Segundo ano

Sob supervisão, executar e auxiliar os cuidados pré-operatórios imediatos relacionados à indução anestésica, posicionamento do paciente e preparo da região a ser operada, após revisão do planejamento cirúrgico e dos exames complementares necessários para o ato. Supervisionar as ações do R1 e auxiliar nos tempos operatórios. Realizar procedimentos de pequena complexidade e auxiliar nos demais. Realizar e auxiliar as medidas pós-operatórias imediatas.

Terceiro ano

Supervisionar as ações e responsabilizar-se pelos demais residentes em todos os tempos do pré-operatório imediato. Realizar os atos operatórios de complexidade intermediária ou auxiliar na realização dos mesmos ou quando a complexidade exigir. Responsabilidade direta pelo acompanhamento a curto, médio e longo prazo dos pacientes.

PRONTO-SOCORRO

Primeiro ano

Receber orientação de especialistas e, sempre que necessário, participar das equipes multidisciplinares que realizam atendimento inicial aos politraumatizados. Entrar em contacto com a ortopedia de urgência e traumatologia dos diversos segmentos do aparelho locomotor, sempre sob a supervisão do Chefe de Plantão e do Coordenador do Pronto-Socorro de Ortopedia e Traumatologia. Participar dos procedimentos de emergência.

Segundo ano

Desempenhar, supervisionado pelo Chefe de Plantão e Coordenador do Pronto-Socorro de Ortopedia e Traumatologia, as atividades envolvidas no tratamento conservador e cirúrgico dos portadores de afecções ortopédicas e traumáticas do aparelho locomotor. Participar de equipes multidisciplinares que assistem politraumatizados. Executar e auxiliar cirurgias traumatológicas de urgência de porte variado.

Terceiro ano

Sob a responsabilidade do Chefe de Plantão e do Coordenador do Pronto-Socorro de Ortopedia e Traumatologia, auxiliar e supervisionar as atividades dos demais residentes. Realizar e auxiliar manobras ortopédicas. Discutir, orientar e auxiliar cirurgias, de acordo com sua complexidade. Representar a Ortopedia, sempre que possível, nas equipes multidisciplinares em atendimento aos politraumatizados.

Programa Teórico Mínimo

Residentes de primeiro e segundo anos – seminários supervisionados e discussões clínicas.
Residentes de terceiro ano – aulas com convidados e corpo clínico (Revisões/Atualizações).

Programação R1

1. Histologia e Consolidação de Fraturas
2. Embriologia
3. Fisiologia
4. Osteomielite Hematogênica Aguda
5. Piorrites
6. Osteomielites Subaguda e Crônica
7. Infecções Específicas e Não Usuais
8. Bioética
9. Princípios de Biomecânica Geral
10. Marcha Normal e Patológica
11. Desenvolvimento Postural
12. Princípios das Fraturas Fechadas
13. Fraturas Expostas
14. Complicações de Fraturas
15. Descolamento Epifisário
16. Pseudoartroses
17. Fixadores Externos
18. Princípios de Coberturas Cutâneas
19. Atendimento ao Politraumatizado I
20. Atendimento ao Politraumatizado II
21. Ética Médica
22. Técnica de Amputações dos Membros
23. Próteses
24. Princípios de Osteossíntese e Técnica ao
25. Fraturas de Clavícula e Escápula
26. Luxação Acrômioclavicular e Glenoumeral
27. Instabilidade Glenoumeral
28. Fraturas Proximais do Úmero
29. Fraturas Diafisárias do Úmero
30. Fraturas Distais do Úmero e Luxações do Cotovelo em Adultos
31. Fraturas da Cabeça do Rádio e Olécrano
32. Fraturas Supracondilianas do Úmero em Crianças
33. Demais Fraturas do Cotovelo na Criança
34. Fraturas dos Ossos do Antebraço
35. Fraturas Distais do Rádio no Adulto
36. Fraturas do Punho na Criança
37. Fraturas do Escafoide e Ossos Carpo
38. Instabilidade Cárpica
39. Fraturas da Mão
40. Luxações da Mão
41. Lesões dos Tendões Flexores e Extensores do Punho e Mão
42. Metodologia Científica I
43. Metodologia Científica II

44. Lesões dos Nervos Periféricos
45. Lesões do Plexo Braquial
46. Traumatismo Raquimedular
47. Fraturas-Luxações da Coluna Cervical
48. Fraturas da Coluna Tóraco-Lombar e Sacro
49. Fraturas do Anel Pélvico
50. Fraturas do Acetábulo
51. Luxações do Quadril e Fraturas da Cabeça do Fêmur
52. Fraturas do Colo do Fêmur
53. Demais Fraturas Proximais do Fêmur
54. Fraturas Proximais do Fêmur na Criança
55. Fratura Diáfise do Fêmur
56. Lesões Ligamentares do Joelho
57. Lesões Meniscais
58. Lesões do Aparelho Extensor do Joelho
59. Luxações do Joelho
60. Fratura Distal do Fêmur e da Patela
61. Fraturas do Planalto Tibial
62. Fraturas dos Ossos da Perna
63. Fratura e Luxação do Tornozelo no Adulto
64. Fraturas do Tornozelo em Criança
65. Entorses do Tornozelo e fraturas do Calcâneo
66. Fraturas do Tálus e Outros Ossos do Tarso
67. Lesões da Articulação de Lisfranc
68. Fraturas do Antepé
69. Lesões Osteocondriais
70. Lesões da Unidade Músculo-Tendínea

Programação R2

1. Deformidades Congênitas dos Membros Superiores
2. Deformidades Congênitas dos Membros Inferiores
3. Distúrbios Congênitos da Osteogênese
4. Distúrbios Metabólicos e Endocrinológicos (Raquitismo, Escorbuto, Paget, etc.)
5. Osteocondrites e Osteocondroses
6. Doenças Reumáticas (AR, Gota, Soronegativas, etc.)
7. Hemofilia e Hemopatias
8. Introdução aos Tumores (Patologista e Radiologista)
9. Tumores Benignos
10. Tumores Malignos
11. Revisão de Infecções
12. Exame Físico e Biomecânica do Quadril
13. Displasia do Desenvolvimento do Quadril
14. Legg-Calvè-Perthes
15. Epifisiolise Femoral Proximal

16. Necrose Asséptica da Cabeça Femoral, Osteoartrose e Osteotomias do Quadril
17. Biomecânica dos Materiais
18. Artroplastia Primária do Quadril
19. Artroplastia de Revisão do Quadril
20. Patologias Neuromusculares e Distrofias Musculares
21. Artrogripose
22. Mielomeningocele
23. Paralisia Infantil
24. Paralisia Cerebral
25. Biomecânica do Coluna e Exame Físico
26. Revisão das Fraturas da Coluna e Trauma Raquimedular
27. Lombalgias (Adultos e Crianças), Psoíte e Discite
28. Espondilolistese, Diastematomyelia e Siringomyelia
29. Escoliose Idiopática e Congênita
30. Cifose (Scheuermann e Congênitas)
31. Hérnias Discas (Cervical, Torácica e Lombar)
32. Cervicobraquialgias e Síndrome do Desfiladeiro Torácico
33. Estenose do Canal Medular (Cervical e Lombar) e Mielopatias
34. Biomecânica e Exame Físico do Pé
35. Revisão de Fraturas dos Membros Inferiores
36. Pé Torto Equinovaro Congênito
37. Pé Plano Flexível e Coalisão Tarsal
38. Pé Talo Vertical, Pé Tálus Oblíquo e Calcâneo Valgo
39. Talalgias e Metatarsalgias
40. Hallux Valgus, Hallux Rigidus e Pé Metatarso Varo
41. Pé Cavo e Deformidade dos Dedos
42. Pé Neuropático e Diabético
43. Lesões Esportivas do Tornozelo e Pé e Calçados Esportivos
44. Biomecânica e Exame Físico do Joelho
45. Lesões Ligamentares Crônicas
46. Cirurgia de Reconstrução Intra e Extraarticular do Lca
47. Cirurgia de Reconstrução do LCP e Canto PL
48. Patologia Fêmoro-Patelar
49. Menisco Discóide, Meniscorrafia e Cisto Poplíteo
50. Osteoartrose, Osteotomias e Osteonecrose
51. Artroplastia Primária do Joelho
52. Artroplastia de Revisão do Joelho
53. Deformidades Angulares e Rotacionais dos Membros Inferiores
54. Discrepância dos Membros Inferiores
55. Biomecânica e Exame Físico do Ombro
56. Revisão de Fraturas dos Membros Superiores
57. Síndrome do Impacto e Lesões do Manguito Rotador
58. Ombro Congelado
59. Tendinite Calcárea e do Bíceps
60. Instabilidade do Ombro

61. Paralisia Obstétrica
62. Biomecânica e Exame Físico do Cotovelo e Epicondilites
63. Síndromes Compressivas dos Nervos Periféricos dos Membros Superiores
64. Biomecânica e Exame Físico do Punho e Mão
65. Afecções da Rádioulnal Distal
66. Kienböck, Impacto Ulnocarpal, Dupuytren, de Quervain e Cistos
67. Revisão de Fraturas Expostas
68. Microcirurgia, Reimplantes
69. Lesão de Ponta de Dedo e Cobertura Cutânea da Mão
70. Artrodeses

Programação R3

Tumores
 Tumores Benignos
 Lesões Pseudotumorais
 Tumores Malignos
 Ortopedia Pediátrica
 Displasia do Desenvolvimento do Quadril
 Legg-Perthes-Calvé
 Epifisiolistese Femoral Proximal
 Deformidades Angulares e Rotacionais dos Membros Inferiores
 Marcha Normal e Patológica
 Paralisia Infantil e Cerebral
 Trauma Infantil
 Desenvolvimento Neuro-Postural
 Miopatias e Neuropatias

Quadril

Biomecânica e Exame Físico
 Necrose Asséptica da Cabeça Femoral
 Osteoartrose
 Osteotomias do Quadril
 Biomecânica de Materiais
 Artroplastias do Quadril

Coluna

Biomecânica da Coluna e Exame Físico
 Lombalgias
 Espondilolistese, Diastematomyelia e Siringomielia
 Escoliose (Idiopática e Congênita) e Cifoses
 Síndrome da Cauda Equina
 Cervicobraquialgias
 Artrite Reumatóide na Coluna Cervical
 Anomalias Congênitas da Coluna

Ombro e Cotovelo

Biomecânica e Artroplastia de Ombro e Cotovelo
Síndrome do Impacto, Lesão Manguito Rotador e Tendinite do Bíceps
Ombro Congelado, Tendinite Calcárea e Rigidez do Cotovelo
Paralisia Obstétrica
Instabilidade do Ombro
Exame Físico do Ombro e Cotovelo
Epicondilites

Pé

Biomecânica e Exame Físico do Pé
Pé Torto Congênito e Pé Cavo
Coalizão Tarsal e Descolamento Epifisário do Tornozelo
Pé Talus Vertical, Pé Tálus Oblíquo, Metatarso Varo e Calcâneo Valgo
Talalgias e Metatarsalgias
Hallux Valgus e Deformidades dos Dedos dos Pés
Lesões Esportivas do Tornozelo e Pé e Calçados Esportivos
Pé Insensível

Fixadores Externos e Pseudoartroses

Infecções
Pseudartroses
Fixadores Externos
Deformidades Congênicas e Discrepância dos Membros Inferiores

Joelho

Exame Físico e Biomecânica do Joelho
Lesões Meniscais e Condrais
Lesões Ligamentares
Afecções Fêmoro-Patellares
Osteoartrose, Osteotomias e Osteonecrose
Artroplastias do Joelho
Patologias Periarticulares do Joelho

Mão

Lesões do Plexo Braquial
Síndromes Compressivas e Lesões dos Nervos Periféricos
Exame Físico e Biomecânica da Mão e Punho
Instabilidades Cárpicas e Afecções da Rádioulnar Distal
Kienböck, Dupuytren, de Quervain, Cistos
Lesões Tendíneas da Mão
Artrite Reumatóide
Cobertura Cutânea da Mão

Trauma

Técnica ao (Osteossíntese)
Fraturas da Cintura Escapular
Fraturas do Cotovelo
Fraturas do Punho e Mão
Fraturas do Anel Pélvico e Acetábulo
Fraturas Proximais do Fêmur
Fraturas do Joelho
Fraturas do Tornozelo e Pé
Amputações e Próteses

Trauma Esportivo

Biomecânica Lesões Músculo-Tendíneas
Entorses, Fraturas Por Stress e Tendinites Relacionadas a Esporte
Reabilitação e Retorno à Atividade

Osteometabólicas

Distúrbios Congênitos e Osteogênese
Distúrbios Metabólicos e Endócrinos (Raquitismo, Escorbuto, Paget)
Doenças Reumáticas (Ar, Gota, Soroneg. etc.)

Artroscopia

Instrumental e Princípios de Artroscopia
Osteocondrites e Osteonecroses
Lesões Meniscais e Lesões Condrais
Artroscopias das Diversas Articulações



Serviços de treinamento

A SBOT contabiliza, em outubro de 2011, 131 serviços oficialmente credenciados para realizar o treinamento em ortopedia e traumatologia no Brasil. Esse número impressionante, que cresce e diminui continuamente ao longo dos anos (cresce mais do que diminui), foi alcançado por meio do imenso trabalho dos membros da Comissão de Ensino e Treinamento (CET), responsável por fiscalizar o funcionamento de todos eles. Aliás, o primeiro ato da CET, quando esta foi instituída, em 1968, foi justamente programar a visita aos principais centros de atendimento em ortopedia no país para fazer um levantamento da situação deles e credenciá-los oficialmente para treinar residentes.

Em 1968, a CET foi criada dentro da SBOT com o objetivo inicial de visitar os serviços. Naquele ano, ela tinha como integrantes João Delfino Michaelson Bernardo Alvarenga Rossi (mais conhecido como João Alvarenga Rossi), Geraldo Pedra e Donato D'Angelo. Os três estavam organizando o Plano Nacional de Residência Médica em Ortopedia, com a preocupação de melhorar o corpo clínico de ortopedistas do país. Em 1968, viajaram, ao que parece às próprias expensas, para vários estados para vistoriar os hospitais que já estavam treinando residentes. Rossi era de São Paulo, Pedra era de Minas Gerais e atuava em Goiânia e D'Angelo é de Petrópolis. Em 1969, os três admitiram Ivan Ferraretto (de São Paulo) à equipe, o que foi importante para auxiliar nos trabalhos.



Roberto Canto e Ivan Ferraretto, que se tornaria depois diretor da AACD (Associação de Apoio à Criança Defeituosa), examinando candidato ao TEOT

Vistoriados os serviços e iniciados os “programas oficiais de residência”, ou seja, os programas de residência com aprovação da SBOT, os residentes puderam prestar o primeiro exame de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) em janeiro de 1972, em Belo Horizonte. Em 2011, portanto, a SBOT realizou o seu 40º TEOT, e a CET completou 43 anos de atuação, o que demonstra a sua preocupação com a formação dos residentes, antes mesmo da titulação. Na era pré-TEOT, as comissões que trabalharam em 1969 e 1970 se juntaram, compondo uma CET com seis integrantes em 1971: afinal, tinham muito trabalho adiante.

Composição oficial* da CET nos anos iniciais

1968	João Delfino Michaelson Bernardo Alvarenga Rossi (1926-1994)
	Geraldo Pedra (1926-1994)
	Donato D'Angelo
1969	João Delfino Michaelson Bernardo Alvarenga Rossi (1926-1994)
	Geraldo Pedra (1926-1994)
	Donato D'Angelo
	Ivan Ferraretto
1970	Márcio Ibrahim de Carvalho
	José Paulo Marcondes de Souza (1914-1987)
	Aloysio Campos da Paz Jr.
1971	João Delfino Michaelson Bernardo Alvarenga Rossi (1926-1994)
	Geraldo Pedra (1926-1994)
	Donato D'Angelo
	Márcio Ibrahim de Carvalho
	José Paulo Marcondes de Souza (1914-1987)
	Aloysio Campos da Paz Jr.

* “Oficial” significa que estas pessoas assumiram a responsabilidade de cuidar da CET, e seus nomes constam em documentos internos. Porém muitos outros ortopedistas ligados à diretoria da SBOT ajudaram, e muito, a estabelecer a comissão e o TEOT.

Princípios do credenciamento

O princípio do trabalho era, e ainda é, verificar se o serviço dispunha de infra-estrutura física para treinar os residentes e pacientes em número e variedade suficiente, e também de condições e disposição para ensinar (e não somente explorar a mão de obra do residente). Ambulatórios, centro cirúrgico adequado, equipamentos em funcionamento, biblioteca, sala para aulas e apresentações de caso são alguns dos itens básicos de estrutura. Mas também é verificado se são praticados todos os tipos de procedimentos ortopédicos: exames de laboratório e de imagem, reduções in-cruentas em sala de gesso, cirurgias, visitas em enfermaria, consultas etc. É obrigatório que o serviço promova reuniões clínicas semanais para discutir com os residentes a condução dos casos do serviço. E, por fim, é analisado se todas as áreas da ortopedia geral e traumatologia são abordadas: básica, trauma, pediátrica e adulto. É preciso assegurar que o residente não seja forçado a escolher uma subespecialização precocemente, para que tenha um treinamento como generalista: depois de finalizada a residência, normalmente é comum se especializar numa ou outra área, como pé, mão, quadril. Até lá, precisa ser capaz de atender qualquer caso com qualidade.

Fica claro que não é qualquer hospital que dispõe, por exemplo, de pacientes, adultos e crianças; pacientes em situações eletivas, de urgência ou de recuperação, distribuídos nos setores de ambu-

latório, emergência e fisioterapia, (abrangendo todas as áreas da ortopedia) para atender aos requisitos mínimos da CET para o credenciamento. Geralmente, hospitais universitários ou de grande porte têm maior vocação para o treinamento. No entanto, são admitidas parcerias ou intercâmbios entre duas instituições para que os residentes possam ter acesso a uma maior variedade de casos ou a condições melhores de ensino teórico.



Eu e Camilo Xavier visitamos um serviço em certa ocasião, no Nordeste, que queria se credenciar, e pedimos para ver os livros que os residentes usavam. Mas ninguém encontrava as chaves da biblioteca! Deram a entender para nós que ela estava trancada, pois poderiam roubar os livros... porém ficou claro que a biblioteca não estava acessível para o residente. Perguntamos então ao chefe quantos residentes eles teriam. Ele olhou para nós e calculou: “temos sete dias na semana, então precisamos de sete residentes, sendo sete R1, sete R2 e sete R3... porque precisamos resolver o plantão!” Havia visões diferentes do que era ser um serviço credenciado...

Luiz Carlos Sobania



Integrantes da CET e colaboradores durante o 11o TEOT, de 1982:
José Raul Chiconelli, Luiz Roberto Marczyk, Matta Machado, Sérgio Rudelli, Luiz Carlos Sobania, José Paulo Marcondes de Souza, João Alvarenga Rossi, Camilo André Mércio Xavier, Celso A. Nadaline Simonetti





Tínhamos experiências muito interessantes nas vistorias aos serviços. Visitamos, Ingo Schneider e eu, um serviço no Rio de Janeiro, capitaneado por um professor famoso. Quando chegamos ao hospital, verificamos que os residentes não estavam, o bloco estava há dois meses em reforma, o hospital estava em greve há três meses, não havia arquivo. Fizemos um relatório em que recomendamos que a CET não credenciasse o serviço. Sabíamos que estávamos dando a cara a tapa. O professor cortou relações conosco, não nos cumprimentou mais durante muitos e muitos anos.

Arlindo Gomes Pardini Júnior



O Regimento Interno da CET é claro: o serviço de ortopedia, para ser credenciado pela SBOT para treinar residentes, precisa oferecer programação teórica (e não somente colocar o residente para trabalhar). O programa mínimo de residência tem de ser oferecido e os residentes têm de ser avaliados periodicamente, ao fim de cada estágio. Assim, o corpo clínico se obriga a ter médicos com título de especialista da SBOT, que tenham currículos adequados ao ensino, não somente à assistência. É a vocação pedagógica do serviço que o habilita a fornecer o curso de especialização que é a Residência Médica em Ortopedia.

Regimento Interno da CET

“...Art. 7º - O Serviço Credenciado deverá oferecer ao Residente em treinamento as seguintes atividades:

I) Curso teórico sobre Ortopedia e Traumatologia, ciências básicas aplicadas à especialidade e especialidades afins, de acordo com o programa mínimo elaborado pela CET;

II) Avaliações periódicas, no mínimo trimestrais, das matérias.

Parágrafo 1º - Nas cidades onde houver mais de um Serviço credenciado, o Curso Teórico poderá ser realizado em conjunto.

III) Reuniões clínicas semanais para apreciação diagnóstica e orientação terapêutica;

IV) Reuniões, no mínimo, mensais, para apresentação de trabalhos publicados em revistas da especialidade.”

Regimento Interno da CET

“... Art. 14- São condições para o credenciamento do Serviço de Treinamento:

I) Ser ou pertencer à Instituição legalmente constituída e de reconhecida reputação ética pelos órgãos competentes;

II) Ter, como Chefe do Serviço, membro titular da SBOT, há mais de cinco anos;

III) Ter membros do corpo clínico responsáveis pelo treinamento, portadores de títulos de Membro Titular da SBOT, com currículos profissionais adequados às funções educativas;

IV) Ter como coordenador da Residência o Preceptor Principal e este deverá ser Membro Titular da SBOT.

Parágrafo 1º - Os nomes e substituições dos Coordenadores deverão ser informados à CET.”



Houve uma época, na década de 80, em que começamos a ter o seguinte problema: alguns serviços que sabiam que não estavam formando bem seus residentes não os enviavam para fazer o TEOT, portanto esses indivíduos não eram reprovados e o serviço continuava com o credenciamento. Então começamos a determinar que 100% dos residentes listados como R1 teriam que prestar o TEOT ao final do R3.

José Carlos Affonso Ferreira

Vistorias e ética da avaliação

O Regimento Interno da CET, disponível no sítio da SBOT na internet, permite a todo serviço de ortopedia tomar conhecimento de todas as regras para solicitar o credenciamento inicial. Uma vez realizada a vistoria que comprove o cumprimento desses pré-requisitos, a CET compromete-se a comunicar a sua decisão final até 30 de novembro de cada ano. A transparência das normas também vale para os serviços que já são credenciados; afinal, eles são vistoriados novamente no mínimo a cada três anos, quando é comunicada a troca da chefia, quando da solicitação para aumento do número de vagas da residência ou se houver indícios (por denúncias) de que o treinamento ou a assistência naquele centro não está mantendo a qualidade anterior.

“A CET nunca visitou tantos serviços num único ano.”

Osvandré Lech, presidente da SBOT, no Jornal da SBOT, em 2011.



A CET se organiza para realizar as vistorias durante o ano, sempre com uma dupla de avaliadores por serviço, em algumas situações com três. Como atualmente são nove os membros da CET, cada vistoria é realizada por um membro mais experiente, que está na comissão há três anos, um colega que está atuando na CET há dois anos e um recém-integrado à comissão. São muitas vistorias (para abertura de serviços, para aumento de vagas e para fechamento) e o calendário é apertado: por isso, às vezes a CET pede ajuda aos “sombras” (membros da CET de mandatos anteriores que costumam auxiliar, com sua experiência, na realização do exame TEOT e outras tarefas da comissão).

A distribuição dos membros da CET que fazem cada vistoria obedece, em primeiro lugar, ao princípio ético: o Estatuto proíbe que o membro da CET vistorie serviços da chamada área de “conflito de interesse”, ou seja, na mesma cidade ou região onde mora e, principalmente, no serviço onde se formou, ou com o qual tem amizade. Excluída essa proximidade, os colegas são direcionados para locais para os quais tenham certa facilidade de transporte, tornando a visita mais prática.

“Muito do formulário atual de avaliação dos programas de residência médica em uso pela CNRM deriva daqueles que a SBOT criou e utiliza.”

Maria do Patrocínio Tenório Nunes, secretária executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em entrevista ao Jornal da SBOT, em 2011



Cada serviço deve ser vistoriado a cada três anos. Junte-se a isto as visitas originadas por trocas de chefe, aumento do número de vagas, denúncias que ocorrem e você terá uma idéia de quantas visitas temos de fazer ao ano. Sempre procuramos encaminhar ao menos dois vistoriadores a cada visita. Optamos geralmente por pessoas que não são da região do serviço ou que tenham algum grau de relacionamento com o preceptor ou o chefe do serviço.

André Pedrinelli

Moratória e descredenciamento

Duas situações podem colocar um serviço credenciado em situação de moratória, ou seja, um período em que está em risco de perder seu credenciamento: a primeira é uma visita de revisão que tenha evidenciado problemas com o treinamento. A segunda é um índice baixo de aprovação dos residentes daquele serviço no TEOT: mais que 50% dos residentes precisam passar no exame todo ano para que o serviço mantenha seu credenciamento.

Eliminar o credenciamento de um serviço significa agir em garantia da qualidade da assistência em saúde na área de ortopedia no país (na medida em que se impede que residentes sejam mal treinados). Isso também mostra que a SBOT zela pela qualidade do treinamento com rigor, e que

o descumprimento das normas não “acaba em pizza”: tem consequências. Somente em 2011, por exemplo, nove serviços no Brasil foram descredenciados, sendo três de São Paulo, dois do Rio de Janeiro, dois de Minas Gerais, um do Pernambuco e um do Rio Grande do Norte.



Os centros de treinamento ruins devem ser fechados, porém deixando-os em moratória eles têm chance de se corrigir antes. Se seu residente não sabe nada de trauma, faça alguma coisa, por exemplo um intercâmbio com universidade grande!

Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho

Porém o descredenciamento não acontece de repente. Quando um serviço se mostra deficiente, a CET concede um prazo para que ele possa corrigir as próprias deficiências, evitando a perda do credenciamento. A CET aponta quais são as áreas em que é preciso melhorar e o serviço se compromete a resolver os problemas. Em 2011, seis serviços foram colocados em moratória e estão revendo seu sistema de treinamento.



O Ministério da Educação verifica a qualidade das escolas, dá uma nota, e fecha as ruins. A SBOT analisa as que têm deficiências em certas áreas para que elas possam dar um jeito de suprir.

Walter Manna Albertoni

Avaliação dos programas de residência

Para o preceptor, a atividade de ensino é mais do que um dever já estabelecido por Hipócrates (“ensinarás a sua arte”): ensinar estimula a atualização constante de conhecimento, renovando as práticas e melhorando o discurso perante o cliente (paciente). No entanto, para que possa treinar seus residentes com qualidade, ele próprio e o seu serviço precisam ser avaliados frequentemente, como uma maneira de se garantir a qualidade do treinamento e do serviço prestado à população. Nesse contexto está o Projeto Recadastramento dos Serviços de Treinamento em Ortopedia e Traumatologia da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), iniciado em 2007 pela sua Comissão de Ensino e Treinamento (CET).

O objetivo do projeto era conhecer os Serviços de Treinamento em Ortopedia no Brasil, suas qualidades e fraquezas, conhecer os ortopedistas em treinamento e oferecer a eles oportunidades para

o desenvolvimento do programa em áreas pouco disponíveis. Foi criado um Protocolo de Avaliação de Serviço baseado nos critérios da CET e da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação).

As visitas aos serviços foram realizadas por 64 “recadastradores”, em 32 duplas, que avaliaram o programa em cada um dos 117 centros treinadores que havia na época, quanto a suas atividades de pesquisa e produção científica (com peso 1), sua infraestrutura e corpo clínico docente, as atividades realizadas de formação do residente e a avaliação do corpo discente (peso 2). Dessa maneira, foi possível verificar onde exatamente estavam as áreas em maior necessidade de desenvolvimento em cada serviço de ortopedia. Foram visitados e recadastrados 74 serviços na região Sudeste do Brasil, 19 serviços na região Sul, 15 na Nordeste, 8 na Centro-Oeste e 1 na região Norte.

Essa experiência permitiu a criação de um banco de dados com as avaliações e com o registro dos programas de residência que estavam em dificuldades (baixa avaliação). Assim, ano a ano, os centros de treinamento, auxiliados pela SBOT, podem verificar suas fragilidades e forças e modificar os seus programas de treinamento.

Wilson de Mello Alves Júnior



Wilson Mello, Donato D'Angelo, Jair Ortiz, Paulo Schott

TARO

O TEOT é um exame que avalia a qualidade do treinamento recebido pelo residente em ortopedia e traumatologia no momento em que ele termina a residência: só os “R3” podem fazer o TEOT. Como saber se um residente de primeiro ou de segundo ano estão recebendo um treinamento deficiente, antes que seja tarde demais? Para resolver esse problema, a SBOT decidiu implementar o Teste de Avaliação dos Residentes em Ortopedia, conhecido como TARO, que foi aplicado pela primeira vez em 1986. O TARO é realizado por todos os residentes (R1, R2, e R3) e serve para que o serviço se avalie também e possa corrigir as próprias falhas antes que o candidato passe pelo TEOT. O TARO também ajuda a SBOT a realizar um mapa da qualidade do treinamento em ortopedia no país, verificando as áreas com maior necessidade de suporte.

Atualmente, a Prova TARO tem 100 questões, com quatro alternativas, e é aplicada no serviço de treinamento. Compara os residentes de cada ano (R1, R2 e R3) com todos os residentes no mesmo ano no Brasil. Os dados são confidenciais e divulgados somente para cada serviço, para que tenha uma ideia da performance de seus alunos frente aos colegas de outros serviços. Dessa maneira, permite acompanhar a formação do residente enquanto ele ainda está em treinamento, e não somente ao final do programa, quando falhas na formação são difíceis de corrigir.

Wilson de Mello Alves Júnior



Roberto Ikemoto mostra exemplar da RBO em que consta o lançamento do TARO em 1986

O TARO é considerado uma prova difícil, até mais difícil do que a do TEOT: portanto, também serve para que o residente treine a realização de provas e saiba o que será cobrado dele em exames de residência, no TEOT e em concursos em geral. Os resultados, diferentemente do TEOT, não são publicados: são divulgados somente para os chefes de cada serviço, para que usem a informação junto a seus residentes, em favor do desenvolvimento do ensino, internamente.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Comissão de Ensino e Treinamento - Exame 2002

Candidato: 172

INSCRIÇÃO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Examinador: ☐ ☐ ☐

TRATAMENTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

INFANTIL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

ADULTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

BÁSICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

APLICAÇÃO GLOBAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Examinador: ☐ ☐ ☐

ASILEIRA DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Ensino e Treinamento - Exame 2002

2

Examinador ☐ ☐ ☐

RAA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

NTIL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

LTO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

CO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

GLOBAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Examinador: ☐ ☐ ☐

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Comissão de Ensino e Treinamento - TARO 2002

Nome: **Gustavo Marinho Vies**
Nº 0172
Serviço: **HOSPITAL DO SERVIDOR PUBL. MUNICIPAL ORTOPEdia**
Nº 007

R1 ☐ **R2** ☐ **R3** ☐ **R4** ☐ **MA** ☐ **R** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8** ☐ **9** ☐ **0** ☐

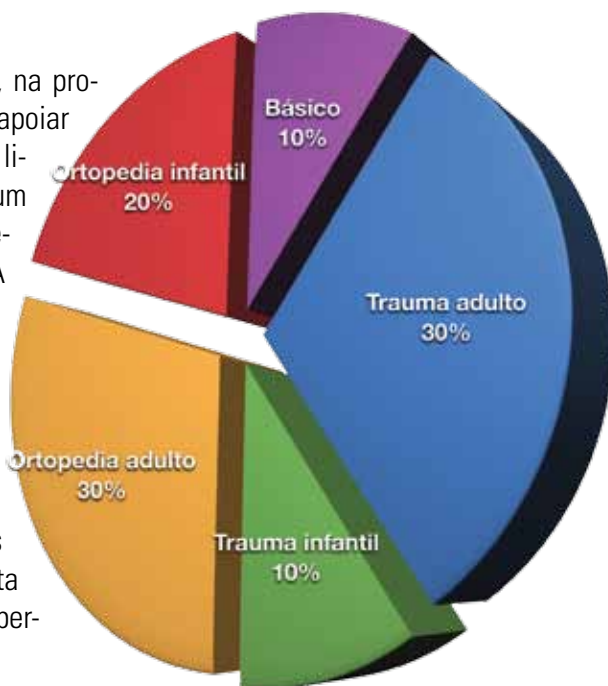
1 ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐ **7** ☐ **8**

A prova do TARO tinha 100 questões de múltipla escolha até 2001, mas passou a ter 250 em 2002, no formato “certo-errado-não sei”, em que uma questão errada anulava uma certa. Em 2007, as respostas voltaram a ser de múltipla escolha. Em 2008, o número de questões voltou a ser de 100. Outra diferença em relação ao TEOT é que, na prova do TARO, é fornecida a bibliografia para apoiar cada questão e o residente pode guardar o livreto das questões, entregando a prova num cartão de resposta. Assim, pode estudar depois e discutir com colegas e professores. A bibliografia sugerida foi crescendo ao longo dos anos: de meia dúzia de sugestões nos anos iniciais, para 100 leituras obrigatórias em 2009 e 2010.

Em 2011, o TARO foi realizado em 3 de agosto, às 18:00h. Mais de 1500 residentes de todo o Brasil participaram. A prova é feita simultaneamente, em cada serviço, com a supervisão dos preceptores ou chefes do serviço.

Outra diferença em relação ao TEOT é que, na prova do TARO, é fornecida a bibliografia para apoiar cada questão e o residente pode guardar o livreto das questões, entregando a prova num cartão de resposta. Assim, pode estudar depois e discutir com colegas e professores. A bibliografia sugerida foi crescendo ao longo dos anos: de meia dúzia de sugestões nos anos iniciais, para 100 leituras obrigatórias em 2009 e 2010.

Em 2011, o TARO foi realizado em 3 de agosto, às 18:00h. Mais de 1.500 residentes de todo o Brasil participaram. A prova é feita simultaneamente, em cada serviço, com a supervisão dos preceptores ou chefes do serviço.



“Tínhamos três residentes no Hospital das Clínicas. Hoje são 84... mudou um pouco...”

Manlio Napoli



A história do título de especialista em ortopedia

A SBOT é considerada hoje, e respeitada dentro do Ministério da Educação (MEC), como uma sociedade médica muitíssimo envolvida com o controle de qualidade da especialização em ortopedia, talvez a mais preocupada com isso. A SBOT foi uma das primeiras sociedades médicas brasileiras a elaborar e aplicar um exame de titulação, no caso o Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT), enquanto existem especialidades que, até hoje, baseiam a concessão do título somente na aprovação do residente. A aproximação entre SBOT e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) fez com que a sociedade se tornasse referência, um modelo nacional.

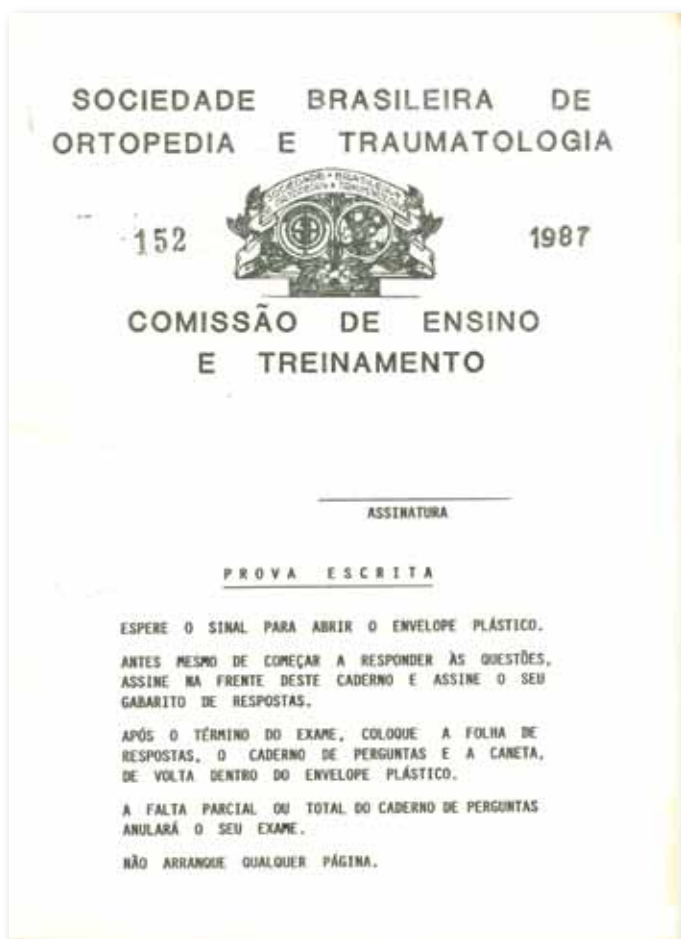
A filosofia do Geraldo Pedra, que era um sujeito muito acadêmico, era a seguinte: nós estamos fazendo certo. Se estamos exigindo, treinando o indivíduo, acompanhando, fazendo um exame, ele deve ser melhor que os outros. Então esses residentes vão aparecer, vai demorar um pouquinho, mas vai fazer uma diferença a nossa residência, que é melhor. Se não acontecer isso, é porque nós estamos errados.

Márcio Ibrahim de Carvalho, sobre a “concorrência” entre as especializações pela SBOT e pelo Ministério da Educação.

Conforme já abordado em capítulo anterior, houve época em que o residente tinha de optar entre fazer a residência recomendada pelo MEC ou a da SBOT, sendo que a do MEC lhe dava direito a ser contratado em serviço público. Por exemplo, há registro de que, em 2003, compareceram a um fórum da SBOT 121 chefes de Serviços Credenciados da SBOT e 107 do MEC. Na realidade, 88 eram cadastrados pelas duas entidades, 33 somente pela SBOT e 19 apenas pelo MEC. A SBOT, porém,



sempre lutou pela congregação com o Ministério e a Associação Médica Brasileira (AMB), o que fez com que o título de especialista passasse, finalmente, a ser concedido em conjunto. Em 2007, a CET (representada por Wilson Mello e Antonio Percope de Andrade) foi a Brasília para apresentar, à CNRM, uma ferramenta objetiva de avaliação de serviços credenciados. A partir de então, as vistorias passaram a ser conjuntas, MEC + SBOT (uma demanda que já existia desde 2005).



Pag. 13

de Moro extingue-se de maneira gradual dos 4 aos 6 anos de vida e é um elemento importante no diagnóstico da Braquial Obstétrica.

se da coluna o foco inicial começa pelo disco intervertebral, sendo responsável pelo pinçamento articular.

tíbia, para corrigir deformidade na doença. O melhor prognóstico quanto à recidiva se dá aos 8 anos de idade.

o plantar delgado é medial ao tendão de Aquiles, com sequelas de mielomeningocele, normal e toleram muito bem a tração.

nica aguda, quando os sintomas e o tratamento intensivo com agulhas e drenagem cirúrgica eficientes.

asos metafisários atravessam a principal fonte de voz.

o tratamento cirúrgico é indicado após a obtenção de resultados satisfatórios, afim de evitar deformidades da mão, na Pa- melhor prognóstico no paciente he-

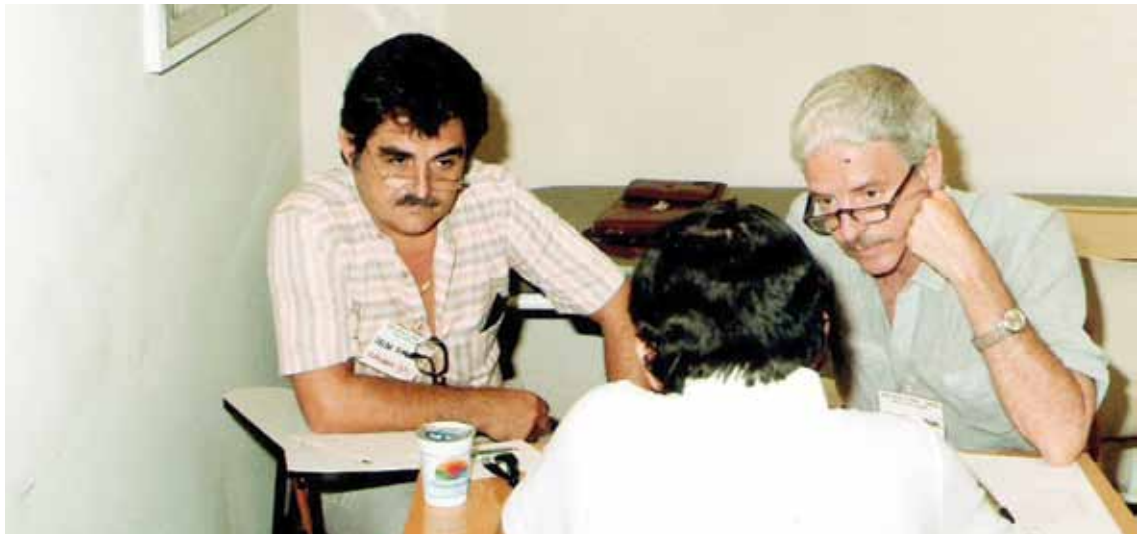
“Temos que fazer justiça aos pioneiros da CET. Em 2002 e 2003, fui convidado para apresentar, no Congresso Brasileiro de Oftalmologia, o que era a CET. Ninguém acreditou! Fomos exemplo para outras especialidades a respeito de como se faz um exame. Eles achavam que era coisa de outro mundo o que estávamos fazendo aqui, perguntavam como é que podíamos estar fazendo uma coisa dessas. E hoje já acabaram se envolvendo e fazendo. A CET da SBOT foi pioneira. Isso ocorreu graças à insistência de um grupo que, não tenha dúvida, era um grupo fechado, muito fechado, mas se não fosse, talvez não tivesse chegado aonde chegou.”

Walter Manna Albertoni

Hoje, o TEOT é exigido como critério de contratação pelos melhores hospitais, já que a SBOT conseguiu organizar, em nível nacional, o ensino da ortopedia. E atualmente a SBOT procura avaliar e conceder o credenciamento de hospitais que sejam também credenciados pela CNRM, eliminando, portanto, a duplicidade da chancela (embora existam hospitais credenciados somente pela SBOT).

“Numa ocasião, o MEC nos solicitou que fôssemos vistoriar um serviço de treinamento numa cidade satélite de Brasília. O hospital já tinha credenciamento do MEC, mas queria também ter a chancela da SBOT para treinar residentes. Fizemos a visita e verificamos que o centro atendia 99% de trauma, com um movimento enorme, que havia várias equipes, uma para cada dia da semana, mas que não se encontravam nem faziam reuniões clínicas. Não havia uma diretriz de conduta. Então queríamos credenciar o serviço por causa da tentativa de aproximação com o MEC, mas não havia condições. Havia muitos anos que se vinha tentando essa aproximação. Mas chegávamos num impasse, porque nem sempre os hospitais credenciados por eles satisfaziam as exigências da CET e, além disso, eles não tinham um exame final para quem fizesse residência no serviço deles. Propusemos que os residentes que fossem treinados em serviços do MEC fizessem o exame da SBOT, mas eles não concordaram. Durante muitos anos vivenciamos esse problema. E esse hospital de Brasília não foi credenciado. Isso afastou novamente o MEC da SBOT durante alguns anos.”

Arlindo Gomes Pardini Júnior



Celso Simonetti e Arlindo Pardini examinando candidato

“A relação da SBOT com a CNRM tem se estreitado e é excelente. Trabalhamos conjuntamente para aprimorar a formação em Ortopedia. Respeito muito a SBOT que, de maneira madura e responsável, é vanguarda em termos de avaliação de egressos (avaliando não só conhecimento, mas habilidades e atitudes), por meio de sua famosa e atualmente copiada prova de título, fonte de inspiração para as provas práticas de ingresso nos Programas de Residência Médica (PRMs).”

Maria do Patrocínio Tenório Nunes, secretária executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em entrevista ao Jornal da SBOT, em 2011

A Comissão de Ensino e Treinamento (CET)

A história que se conta neste livro é, também, a história da Comissão de Ensino e Treinamento (CET) da SBOT. Como se verá pelos inúmeros casos e anedotas sobre seus membros e sobre a realização do TEOT, desde que foi fundada, em 1969, a CET sempre se destacou na sociedade como um

de seus organismos mais importantes: até essa época, a SBOT se reunia em torno do Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia (CBOT), mas a partir do nascimento da CET, uma vocação essencial da SBOT surgiu no cenário da medicina brasileira, que era o de zelar pela qualidade da ortopedia e da assistência ao trauma no país por meio do treinamento dos especialistas. A comissão naturalmente revestiu-se de grande notoriedade.



Matta Machado, Rossi e Affonso Ferreira na década de 80, na época em que o exame era feito na Unicamp

Notoriedade, no entanto, que não era superior à sua própria capacidade de trabalho. A CET é a comissão que mais dedica tempo e expertise voluntariamente à SBOT: suas reuniões, realizadas religiosamente todo mês, durante um final de semana inteiro de imersão, exigem que seus membros se afastem da família e do consultório por nada menos um mês inteiro por ano. Se somadas todas as horas de trabalho nas provas, vistorias, as comunicações por telefone e internet, as apresentações em congressos de outras áreas, esse tempo de dedicação aumenta. O membro da CET faz um verdadeiro casamento com a SBOT durante o seu mandato.



Sobania, Franco, Affonso Ferreira, Paccola, Köberle, Carazzato: CET em reunião de trabalho

Na década de 1980, a CET passou a ter sete membros, com mandatos que variaram de três a quatro anos, de maneira que a composição sempre se altera aos poucos: os mais experientes dão lugar aos mais novos. Enquanto alguns saem, outros ficam para preservar o sistema de trabalho. Antigamente, a escolha dos nomes era feita pelo presidente da SBOT. Atualmente, o Regimento Interno determina que a CET tenha nove membros titulares, oriundos de Serviços Credenciados indicados pelo presidente da SBOT e referendados pela Comissão Executiva, com mandato de três anos. O presidente da SBOT indicará o presidente da CET e os cargos de vice-presidente, secretário executivo e secretário adjunto são definidos pelos membros da CET. Cada membro, inclusive o presidente, pode participar de dois mandatos no máximo (ou seja, ser reconduzido ao cargo uma vez). O secretário executivo deve residir no estado onde está localizada a sede da SBOT (São Paulo).



A planilha de vistoria que temos considera características regionais para fazer exigências. Mas mesmo assim há situações que não permitem o credenciamento do hospital. Em certa ocasião, visitamos um serviço no Nordeste, Santili e eu, e tivemos uma reunião particular com os residentes. Geralmente, há um residente mais “revoltado” que começa a falar, e aí todos se soltam. O R2 reclamou que nunca havia colocado um gesso, nunca tinha visto uma fratura de punho ou tíbia. Claro que esse serviço não pôde ser credenciado. Em outra visita, num hospital da região Norte, com o Sobania, fomos conhecer o pronto-socorro, que era tido como espetacular, o “socorrão”. Ficamos horrorizados. Era um galpão enorme e muito quente, com fraturas expostas no corredor, pessoas tomando banho do lado...

Marco Antonio Percope de Andrade

Essas pessoas são as que norteiam os rumos do ensino da ortopedia no Brasil, na medida em que determinam o que deve ser ensinado e como e que deve ser cobrado dos residentes. Assim, ao mesmo tempo em que precisam ter vocação para o ensino, reconhecimento e respeito pela ciência, também têm, com a CET, uma grande oportunidade de estudar, renovar os próprios conhecimentos, aprofundá-los. Aprende-se muito na CET, e este é um depoimento unânime de todos os que dela já participaram: a experiência é sempre vista como um privilégio.

Reuniões a portas trancadas

Um privilégio do ponto de vista científico, de atualização, e também pessoalmente: todos os que se dispõem a participar logo percebem que o “casamento com a SBOT” que o mandato exige permite uma convivência muito próxima entre os membros da equipe. Por precisarem discutir todas as questões da prova todos os anos, revendo sua formulação, a escolha dos itens que entram ou não no exame a cada ano, a bibliografia adequada e atualizada, a quantidade de horas dedicada às reuniões é enorme, o que possibilita cenas normalmente não vistas nas reuniões de diretoria ou de funcionários da SBOT: piadas, sarros, desabafos, um sapato que sai do pé, uma caixa de caquis trazida do sítio de um, um trote na esposa de outro, o calor obrigando o trabalho de cueca. Descontração. Ainda mais porque as reuniões são realizadas a portas fechadas, trancadíssimas. Muitas reuniões foram realizadas nas residências, com apoio “logístico e gastronômico” das esposas: dona Jane, casada com Márcio Ibrahim de Carvalho, ficou famosa por ajudar por muitos anos, em Belo Horizonte, com os comes e bebes e também com a datilografia e organização das questões e dos resultados das provas.



Ikemoto, Bonavides, João Matheus, Jamil, Vicenzo, Wagner, João Baptista, Façanha: caquis trazidos para a reunião de trabalho em 2011



A CET, depois de algum tempo de convivência, vira uma família. É uma coisa impressionante a intimidade que a gente tem dentro da CET. Quando entrei para a CET eu me julgava incompetente para pertencer à comissão, que reunia a “elite intelectual” da ortopedia brasileira. Na primeira reunião, fiquei mudo. Pensei “puxa, essa questão que estão fazendo é muito difícil!...” De repente, o Malta declara que havia feito uma nova questão, que era assim: “A síndrome de Jacu é caracterizada por...” Que “síndrome de Jacu” era aquela? Pronto, todos caíram na gargalhada e eu me senti em casa.

Arlindo Gomes Pardini Júnior

A respeito desse ar de “clube fechado”, aliás, cumpre lembrar que a “a elite da SBOT”, a CET, também já foi vista como “esnobe” por titulares da SBOT que não são membros. Não é para menos: ninguém entra nem passa perto da porta de uma sala de reuniões da CET sem ser autorizado. O véu de mistério tem motivo: o sigilo das questões da prova nunca foi quebrado, e a CET assegura que vai continuar assim. Os membros assinam um acordo de cavalheiros de jamais permitir a abertura ou visualização das questões por não membros, com exceção da secretária que assessora as reuniões. Quando a sede da CET mudou-se para São Paulo, os computadores eram separados da rede da SBOT, e cada vez que alguém batia na porta da sala, era preciso esconder questões, fechar livros.

O único episódio de ameaça ao sigilo, lembrado por Luiz Carlos Sobania, foi o de um ano em que, ao recontar as provas escritas após a aplicação, a CET notou a falta de uma: alguém carregou uma

prova “de lembrança”, depois de ter sido examinado. Como as questões se alteram todo ano, o exemplar serviu para estudo, no máximo.



Clima de descontração em reunião da CET

Como todos têm que aprovar, por unanimidade, todas as questões da prova, isso acaba gerando muita intimidade mesmo durante as reuniões. Às vezes, ou você mata o colega, ou fica amigo!

Marco Antonio Percope de Andrade





Secretárias da CET

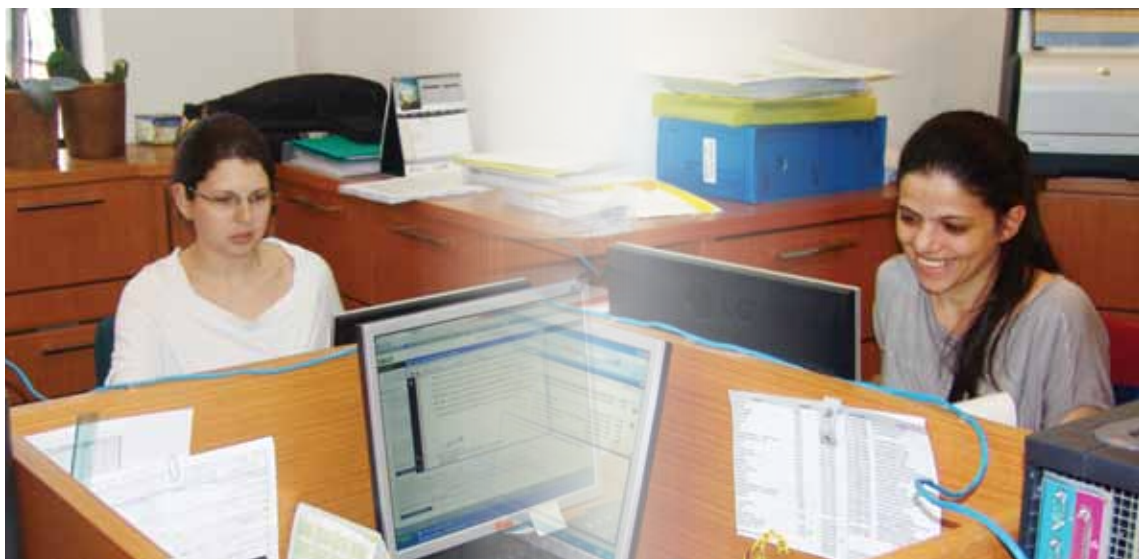
Lilian Ferreira, de 1983 até 2002

Silvana Lopes, de 2002 a 2008

Mariana Lima Seabra desde 2008.

Fabiana Ramalho S. Machado desde 2010

Lilian Ferreira, secretária da CET por 19 anos



Mariana Seabra e Fabiana Machado, atuais secretárias, na sala da CET

O sigilo sempre foi uma das coisas mais bem guardadas pela CET. Em Campinas, a guarda dos documentos ficava sob a responsabilidade da secretária Lilian Ferreira, inclusive a caixinha do banco de questões. Nada saía de Campinas. Para corrigirmos as provas, íamos à sede da IBM, que nos ajudou muito com o TEOT. O computador, na época, ocupava uma sala inteira, muito refrigerada. Ficávamos ali a noite inteira, bem agasalhados, digitando as perguntas, e só de manhã conseguíamos tirar alguma conclusão. Para manter o sigilo, o técnico de computação que nos ajudava era chamado somente no dia da correção, e ficava trancado conosco na sala do computador. A gente dava para ele o pagamento e uma garrafa de uísque e dizia-se que, depois de acabar com a garrafa no TEOT, ele sumia de Campinas por uma semana.

Arlindo Gomes Pardini Júnior

O exame

Uma das características peculiares do exame do TEOT é que, desde o princípio, ele não se limitou a ser uma prova escrita. A SBOT queria examinar os candidatos quanto aos seus conhecimentos teóricos e também sua real capacidade de clinicar e operar, de relacionamento e expressão, de maneira que o TEOT sempre se compôs de uma prova escrita e uma prova prática (oral, pelo menos),

e sempre se exigiu a apresentação de um trabalho científico na forma de artigo. Também passou a ser exigido que o candidato mostrasse ser capaz de realizar um exame físico em ortopedia. Assim, o TEOT sempre teve, basicamente, uma parte escrita e uma parte prática, cuja composição variou com o tempo, com cada prova tendo um determinado peso na nota final do candidato.

Ao longo das quatro décadas de realização, foram adicionadas várias avaliações práticas, interativas e até gincana, como será descrito mais pormenorizadamente nos próximos capítulos. Várias experiências foram feitas, com uso de álbuns de fotografias, peças anatômicas, slides, computadores, televisões, vídeo-cassete, telão, CD-ROM. A prova escrita também se modificou ao longo do tempo, tanto no número de questões quanto no formato das respostas: múltipla escolha ou com alternativas “sim/certo”, “não/errado” e “não sei”, com partidários de ambos os sistemas sempre debatendo sobre qual seria a melhor opção.

Na nossa época de participação na elaboração do TEOT, a CET já estava informatizada. Mas, para garantir o sigilo das questões, tínhamos acordo de jamais transmitir nenhuma delas pela internet. Cada um levava as suas questões para a CET, que já tinha Silvana Lopes como secretária, e quando uma questão era corrigida e aprovada, ia para o computador da Silvana somente. Ninguém mais tinha acesso a esse computador, que ficava trancado a sete chaves, numa sala da CET na sede da SBOT.

Marco Antonio Percope de Andrade



Exame oral sendo realizado no ginásio, na década de 80

A CET está sempre procurando se renovar e se atualizar. O exame nunca foi o mesmo, foram feitas muitas modificações e era uma discussão sempre constante.

Arlindo Gomes Pardini Júnior



Candidato fazendo exame oral com imagens em vídeo em televisão individual

“

A qualidade e a consistência do Exame da SBOT é um exemplo que precisa ser seguido e a Ortopedia precisa compartilhar com as demais sociedades médicas. Os ortopedistas brasileiros se agregam cada vez mais em torno da SBOT basicamente porque sentem a importância da condução de um trabalho sério como a obtenção do seu Título de Especialista. Isso só aumenta o valor da nossa atividade e fará com que sejamos melhor remunerados pelo nosso trabalho.”

José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Médica Brasileira, em 2007, para o Jornal da SBOT

”

41º TEOT: composição das avaliações

Exame	Valor	Peso
Exame Escrito	40%	4,0
Exame Oral	40%	4,0
Exame Físico	10%	1,0
Exame de Habilidades	6%	0,6
Trabalho Científico	4%	0,4
Nota mínima para aprovação	60%	6,0

Comissão de Ensino e Treinamento

ADELSON BRUNO DE ARAÚJO

Informamos os resultados finais obtidos por V.Sa. no Exame para Obtenção do Título de Especialista, desta Sociedade, realizado nos dias 23 e 25 de janeiro de 2003 na cidade de Campinas.

CET - EXAME 2003				Nota (0 a 10)	Peso	Pontos
Prova Escrita (total de 250 questões)						
CERTAS (C)	ERRADAS (E)	Não Sai (NS)	Questões Validas (C + E)			
184	73	23	194 - 73 = 91	3,24	4	1,30
Trabalho Científico (notas de 0 a 2)						
8,5				2,50	1	0,25
Prova Oral (total de 40 conceitos)						
Suficiente		Insuficiente				
23		17		5,75	4	2,3
Exame Físico (total de 8 conceitos)						
Suficiente		Insuficiente				
7		1		8,75	1	0,88
RESULTADO DO EXAME				MÉDIA FINAL		4,72

Classificação: 356ª

Resultado: **REPROVADO**

E contamos com a sua participação no exame do próximo ano.

Confirmação,

Dr. Jair Ortiz
Secretário Executivo do CET da SBOT

PROTOCOLO
14 FEB 2003
COORDENADOR GERAL DA SBOT
DR. J. L. F. FERNANDES

O exame evoluiu, adotou e descartou ferramentas tecnológicas, e as comissões foram aprendendo, umas com as outras, as experiências que deram ou não certo. Novas modalidades de teste (como o interativo, por exemplo, ou o exame de habilidades, em 2011) são aplicadas num ano experimentalmente e, uma vez aprovadas pela CET, passam a ser obrigatórias e a compor a nota no ano seguinte.

No exame de 2012, por exemplo, está sendo oficializada uma avaliação que foi implementada experimentalmente em 2011 (não valia pontos) e que deu muito certo: a prova de habilidades. Idealizada para mensurar a destreza manual dos cirurgiões, empregou protótipos, desenvolvidos especialmente para o exame, que permitiram ao candidato mostrar uma técnica de osteossíntese e outra de sutura de tendão. A prova de habilidades teve tanto sucesso que a CET decidiu implantá-la definitivamente.

Este livro, de certa forma, oferece a oportunidade de se fazer um registro dessas experiências em conjunto, de maneira que se possa olhar para elas criticamente. A visão sobre uma ou outra solução varia conforme a pessoa que dá seu testemunho, mas existe um consenso inabalável de que o TEOT como um todo sempre foi e ainda é um dos melhores exames de especialidade do Brasil e do mundo, ao ponto de ser elogiado por colegas ortopedistas de outros países que vêm ao Brasil para observar a sua aplicação todo janeiro, e pela CNRM. Também são convidados membros de outras especialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB).

É um evento e tanto. Uma nova diretoria da SBOT toma posse, e realiza as primeiras reuniões do ano, definindo o planejamento estratégico, sempre durante o exame do TEOT, em Campinas. Assim,

o dia do TEOT hoje tem várias funções: avaliar o residente, permitir reuniões e discussões científicas entre examinadores e observadores (internos e externos), congregar a diretoria da SBOT e esta com os demais titulares e, por que não, reunir os amigos.

Ano	Número	Cidade	Presidente da CET
1972	TEOT 1	Belo Horizonte (MG)	Márcio Ibrahim de Carvalho
1973	TEOT 2	Belo Horizonte (MG)	Márcio Ibrahim de Carvalho
1974	TEOT 3	Belo Horizonte (MG)	Márcio Ibrahim de Carvalho
1975	TEOT 4	Belo Horizonte (MG)	Aloysio Campos da Paz Júnior
1976	TEOT 5	Belo Horizonte (MG)	José Henrique Matta Machado
1977	TEOT 6	Belo Horizonte (MG)	José Henrique Matta Machado
1978	TEOT 7	Belo Horizonte (MG)	José Henrique Matta Machado
1979	TEOT 8	Ribeirão Preto (SP)	Camilo André Mércio Xavier
1980	TEOT 9	Ribeirão Preto (SP)	Camilo André Mércio Xavier
1981	TEOT 10	Ribeirão Preto (SP)	Camilo André Mércio Xavier
1982	TEOT 11	Ribeirão Preto (SP)	Camilo André Mércio Xavier
1983	TEOT 12	Ribeirão Preto (SP)	Camilo André Mércio Xavier
1984	TEOT 13	Campinas (SP)	José Carlos Affonso Ferreira
1985	TEOT 14	Campinas (SP)	José Carlos Affonso Ferreira
1986	TEOT 15	Campinas (SP)	José Carlos Affonso Ferreira
1987	TEOT 16	Campinas (SP)	José Carlos Affonso Ferreira
1988	TEOT 17	Campinas (SP)	Luiz Carlos Sobania
1989	TEOT 18	Campinas (SP)	Luiz Carlos Sobania
1990	TEOT 19	Campinas (SP)	Luiz Carlos Sobania
1991	TEOT 20	Campinas (SP)	Gottfried Köberle
1992	TEOT 21	Campinas (SP)	Gottfried Köberle
1993	TEOT 22	Campinas (SP)	Arlindo Gomes Pardini Júnior
1994	TEOT 23	Campinas (SP)	João Gilberto Carazzato
1995	TEOT 24	Campinas (SP)	João Gilberto Carazzato
1996	TEOT 25	Campinas (SP)	João Gilberto Carazzato
1997	TEOT 26	Campinas (SP)	João Gilberto Carazzato
1998	TEOT 27	Campinas (SP)	Márcio Carpi Malta
1999	TEOT 28	Campinas (SP)	Márcio Carpi Malta
2000	TEOT 29	Campinas (SP)	Márcio Carpi Malta
2001	TEOT 30	Campinas (SP)	Márcio Carpi Malta
2002	TEOT 31	Campinas (SP)	Walter Manna Albertoni
2003	TEOT 32	Campinas (SP)	Walter Manna Albertoni
2004	TEOT 33	Campinas (SP)	Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho
2005	TEOT 34	Campinas (SP)	Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho
2006	TEOT 35	Campinas (SP)	Flávio Faloppa
2007	TEOT 36	Campinas (SP)	Arnaldo José Hernandez
2008	TEOT 37	Campinas (SP)	Marco Antonio Percope de Andrade
2009	TEOT 38	Campinas (SP)	Wilson Mello
2010	TEOT 39	Campinas (SP)	Alberto Naoki Miyazaki
2011	TEOT 40	Primeira fase descentralizada e segunda em Campinas	João Baptista Gomes dos Santos



O grande mérito da prova de habilidades é que irá provocar um redimensionamento em todos os Serviços que vão estudar como treinar o residente para a prova e isso afetará de maneira positiva a formação do futuro ortopedista.

André Pedrinelli



O local do exame

Por ter caráter sigiloso, o TEOT sempre deu à CET uma grande autonomia para o trabalho e para tomar decisões. A rotina da CET transcorre, durante o ano, de forma independente da rotina da SBOT. Enquanto o CBOT é realizado em uma cidade a cada ano, o TEOT sempre esteve sediado por longos períodos numa mesma cidade, onde se organizava a logística necessária à aplicação de um teste com a seriedade e sigilo que tem.

Tanto a parte escrita e como a parte prática do TEOT sempre foram realizadas juntas em janeiro, num único final de semana, inicialmente, de 1972 a 1978, em Belo Horizonte, no prédio da União Cultural Brasil-Estados Unidos. Os primeiros TEOTs tinham cerca de 50 candidatos, com somente um examinador por candidato ainda. Tendo sido fundada por um mineiro (Márcio Ibrahim de Carvalho), era natural que a sede da CET fosse em Belo Horizonte, onde ocorreram os primeiros sete exames. Em Minas também foi editada a Revista Brasileira de Ortopedia (RBO) naquela época.

De 1979 a 1983, o TEOT foi aplicado em Ribeirão Preto. Antes de ir a Ribeirão Preto, o TEOT quase foi trazido para a capital, já que a maioria dos residentes era de São Paulo. Porém, o TEOT jamais foi realizado na capital paulista: de 1984 até hoje, mesmo com a sede da CET mudando-se para a sede da SBOT em São Paulo, o TEOT vem sendo realizado em Campinas.



A minha “carreira” de 37 anos como examinador começou em Belo Horizonte, no segundo exame. O chefe disse: o Marcondes foi para o primeiro exame, você vai para o segundo. Fui de Fusca, dirigi 500 km de Ribeirão Preto até lá, por estrada de terra.

Gottfried Köberle, sobre o trabalho voluntário dos examinadores do TEOT

Os motivos pelos quais o TEOT mudou de cidade duas vezes aparentemente não foram registrados em papel. Na memória dos que estavam presentes nessas transições, aparecem várias razões, provavelmente especulativas: o TEOT teria saído de Belo Horizonte e ido a Ribeirão Preto apenas por influência e desejo de Camilo André Mércio Xavier. Teria depois ido a Campinas, por exemplo, por causa da proximidade de um dos seus membros com executivos da empresa IBM, que auxiliou na informatização do exame. Também teria ido para Campinas por causa da dificuldade de transporte para Ribeirão Preto. Teria ido para Campinas somente para não ir a São Paulo... enfim. A elucidação do real ou dos reais motivos vai ficar para uma segunda oportunidade. O que importa registrar aqui é que José Carlos Affonso Ferreira inaugurou uma fase de tamanha dedicação à CET e ao TEOT em Campinas, que o início da “fase Campinas” do TEOT é considerado como um verdadeiro “reinado” de Ferreira. Uma época em que, como se verá pelas histórias que são relatadas adiante, Campinas se organizou para receber ortopedistas de todo o Brasil, tanto do ponto de vista de logística quando cientificamente. Muito do *modus operandi* da CET ainda utilizado hoje foi instituído e mantido pela equipe de Affonso Ferreira, mesmo quando ele não era presidente da CET.

Foi uma amizade muito grande com colegas de vários locais e um sentimento único, que cada um de nós carregava, de ter feito um exame de alto nível. O trabalho em grupo, a amizade e o objetivo final de prestar serviço é tão grande que isso toma conta de todo mundo. Esse é o espírito da CET. É tentar mostrar muito, mostrar o melhor a cada ano, a cada ano vir melhor. A CET está baseada na amizade, no companheirismo e na vontade de fazer bem aquilo a que a gente se propõe. Essa é a marca que eu guardo da CET. E juro que não vou revelar onde fica aquela tatuagem secreta que todos os membros da CET têm. A gente se sente elite. Cultural e intelectual.

Marco Antonio Percope de Andrade

Desde 1984, portanto, o TEOT foi realizado integralmente em Campinas, parte teórica e prática. A grande novidade no 41º TEOT (2012) é a realização do exame em duas fases: a escrita, de caráter eliminatório, acontece em locais mais próximos do residente: em Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba e Recife. Essas cidades foram escolhidas com base em estudo do exame dos últimos anos que mostrou que a maioria dos R3 está concentrada nas proximidades desses locais, e que só a região Norte não será atendida, pois tem apenas três serviços credenciados. Os membros

da CET levarão pessoalmente as provas às Regionais da SBOT onde serão aplicadas, de maneira a garantir o sigilo do exame.

Com a descentralização, os candidatos podem se deslocar menos para a participação no TEOT, e os examinadores e observadores, que também fazem a prova, aproveitam essa oportunidade. Médicos do corpo clínico dos Serviços Credenciados de treinamento também podem participar dessa fase sem precisar viajar para Campinas. Somente os aprovados na fase escrita, aplicada em 1º dezembro (ou seja, que tenham acertado no mínimo 50% da prova), é que precisam ir a Campinas, em 13 e 14 de janeiro de 2012, para o exame prático. O TEOT é obtido com nota mínima de 6,0, e é válido por cinco anos (após esse prazo, o ortopedista deve fazer recertificação). Assim, o exame oral, físico e de habilidades pode ser aprimorado, com economia de recursos e agilidade. O TEOT jamais havia sido realizado em duas fases antes e espera-se que o custo de aplicação do exame caia bastante com a medida.

“

A CET deve muito a José Carlos Affonso Ferreira. Ele foi um baluarte da CET.

Arlindo Gomes Pardini Júnior

”



Affonso Ferreira e Paccola com Rudah Jorge, diretor clínico do hospital São Vicente, em Passo Fundo, na vistoria para aprovação do serviço

Dificuldades e erros

Como não poderia deixar de ser, com um exame de abrangência nacional, que começou com pouco mais de 50 candidatos e hoje está em mais de 500 por ano, as provas do TEOT foram se aprimorando e a CET, aprendendo com os próprios erros. Porque, claro, erros houve. Nada grave ou que tenha chegado a prejudicar alguém, até porque a CET conseguiu resolver os problemas em tempo (à custa

de muitas noites mal dormidas e coronárias provocadas ao limite). Os membros da CET que deram depoimentos para este livro têm histórias curiosas, engraçadas e emocionantes a respeito dos “acidentes de percurso” que foram ocorrendo ao longo dos anos. Algumas delas serão dispostas ao longo do livro, outras, que não puderam ser totalmente detalhadas, poderão ser registradas futuramente.

Num dos anos em que participamos da CET, houve um episódio potencialmente grave. Estávamos na transição entre correção por ficha [de leitura ótica] e correção direto no computador. Um funcionário da SBOT se esqueceu de fazer a correção de algumas das provas orais de sexta-feira à tarde. Quando o resultado já estava pronto para ser afixado, nós resolvemos dar uma olhada para procurar os nomes de alguns candidatos que conhecíamos e percebemos que alguns, de quem esperávamos ótima colocação, haviam sido reprovados. Todos com a letra inicial G. Voltamos atrás e percebemos que as notas do exame físico desses residentes não haviam sido computadas, o que resultava na sua reprovação, com a soma da nota final. Conseguimos, de última hora, voltar atrás, atrasar a divulgação da lista de aprovados e corrigir esse problema. São pequenas coisas que acontecem durante o TEOT e ninguém fica sabendo...

Marco Antonio Percope de Andrade

Algumas dessas histórias têm a ver com mudanças de sistemas de avaliação. Sempre que se tentou implantar alguma nova ferramenta (por exemplo, das fitas de vídeo para o CD-ROM, ou da prova impressa para o computador), houve alguma dificuldade: transporte de peças anatômicas em malas, queda de energia, placas de computador que quebraram, disquetes perdidos, “bugs” que eliminaram uma das notas de todos os candidatos com letra G (isto foi corrigido antes da divulgação da nota), algazarra de candidatos na rua (com direito a polícia).



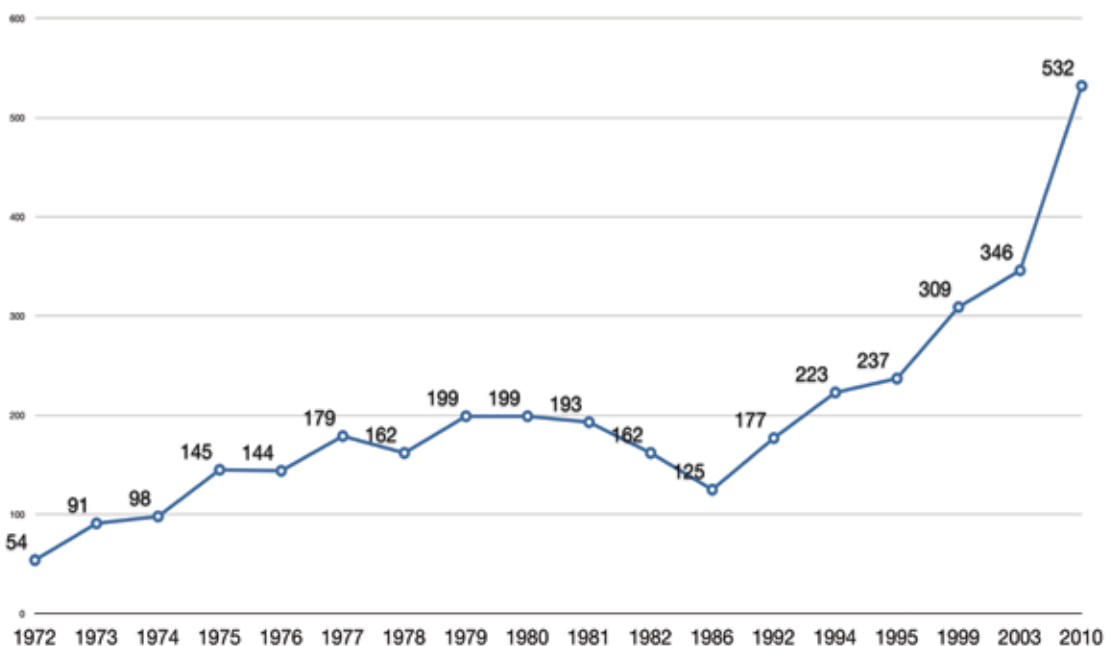
A cada TEOT, acontecia um problema diferente, maior ou menor, um novo desafio para a CET. Houve um ano, depois que tudo estava informatizado, em que houve falha no transporte dos arquivos em disquete (um deles foi esquecido). Não era um número grande de candidatos, 10 ou 12, e a notícia era boa: pessoas que não haviam sido classificadas passaram a ser aprovadas depois de passadas as fichas que haviam ficado de fora. Mas foi preciso telefonar para todos. Havia quem não acreditasse que “o dr. Tarcísio, presidente da CET”, estava na linha.

Quando acabava a prova, a comissão se fechada com o povo da informática para analisar os resultados e decidir a nota de corte. Todo mundo ficava esperando “os homens da CET” chegarem com o resultado na hora do jantar, as mulheres todas arrumadinhas. E aí eles apareciam, descabelados, sem banho, cheios de papéis na mão com os resultados para divulgar.

Jair Ortiz, secretário executivo da CET em 2003, em depoimento para este livro, em 2011.

O sistema de leitura dos volantes de resposta da prova escrita, por exemplo, era suscetível a erro. Apesar de facilitar muito a correção das centenas de provas, não havia um mecanismo de segurança que garantisse que todos os resultados estavam sendo lidos na folha, nem se todas as fichas de avaliação haviam entrado na leitora. Em 2003, houve um caso de um candidato do Rio de Janeiro que foi muito bem na prova mas, na nota final, foi reprovado. Verificaram que não havia sido lida toda a folha de respostas dele. Isso podia ter ocorrido com outros candidatos, então o estresse se espalhou entre os membros da CET. Ao conferir os resultados, foram encontradas 10 a 12 pessoas cujos resultados podiam estar errados. Pedro Péricles não dormiu telefonando para as famílias, e não sossegou enquanto não falou com todas. Todos os resultados foram revistos, e a classificação final, que geralmente saía no domingo à noite, precisou sair depois de uma semana. Em 2004, mudaram o sistema.

Número de aprovados no Exame de Título de Especialista da SBOT



TEOT 2011

612 candidatos pré-inscritos

→ 570 confirmados

- 460 de Serviços Credenciados da SBOT
- 8 de Serviços Credenciados pelo MEC
- 96 de exames anteriores (repetentes)
- 6 candidatos independentes



A prova escrita

A prova escrita do exame de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) é parte muito importante da avaliação final: sempre dividiu, junto com o exame oral, os dois maiores pesos. E, se na prova oral pode haver alguma subjetividade do examinador, a prova escrita é essencialmente objetiva. Ela avalia os conhecimentos do candidato, sua capacidade de raciocínio e de interpretação de situações sobre ortopedia. O residente sabe que precisa estudar muito e estar atualizado para poder responder corretamente à maioria das questões, que sempre foram numerosas: de 100 a 250 ao longo da história do TEOT.



Alvarenga Rossi era um gênio, e como todo gênio, confuso. Discutir uma questão com ele levava uma tarde inteira. Ele era importantíssimo na CET, mas era difícil para fazer a parte escrita.

Arlindo Gomes Pardini Júnior

O número de questões, o seu formato e a sua formulação têm uma história muito particular dentro do TEOT. As modificações de sistema sempre foram objeto de muita discussão entre os membros da CET, examinadores, observadores, sombras e diretoria da SBOT. Todos têm uma opinião (ou várias opiniões) a respeito de cada modalidade de prova e as análises estatísticas, nos últimos anos, tentaram oferecer à SBOT uma posição mais clara do poder discriminatório da prova (ou seja,

o poder de separar os bons dos maus ortopedistas) e de cada questão especificamente. Um capítulo deste livro vai tratar dessa “avaliação da avaliação”. Mas ainda que se tenha chegado a um formato, utilizado hoje em dia, que se acredita ser o mais eficiente do ponto de vista da seleção, é importante conhecer o percurso histórico da prova e as considerações éticas, e por que não dizer políticas, dos integrantes da CET sobre a prova escrita de cada época.

A IBM nos ajudou muito a informatizar o TEOT. O exame acabava à noite, levávamos as provas para a IBM, que abriam seus computadores para nós, e os técnicos passavam a madrugada trabalhando para soltar as notas todas.

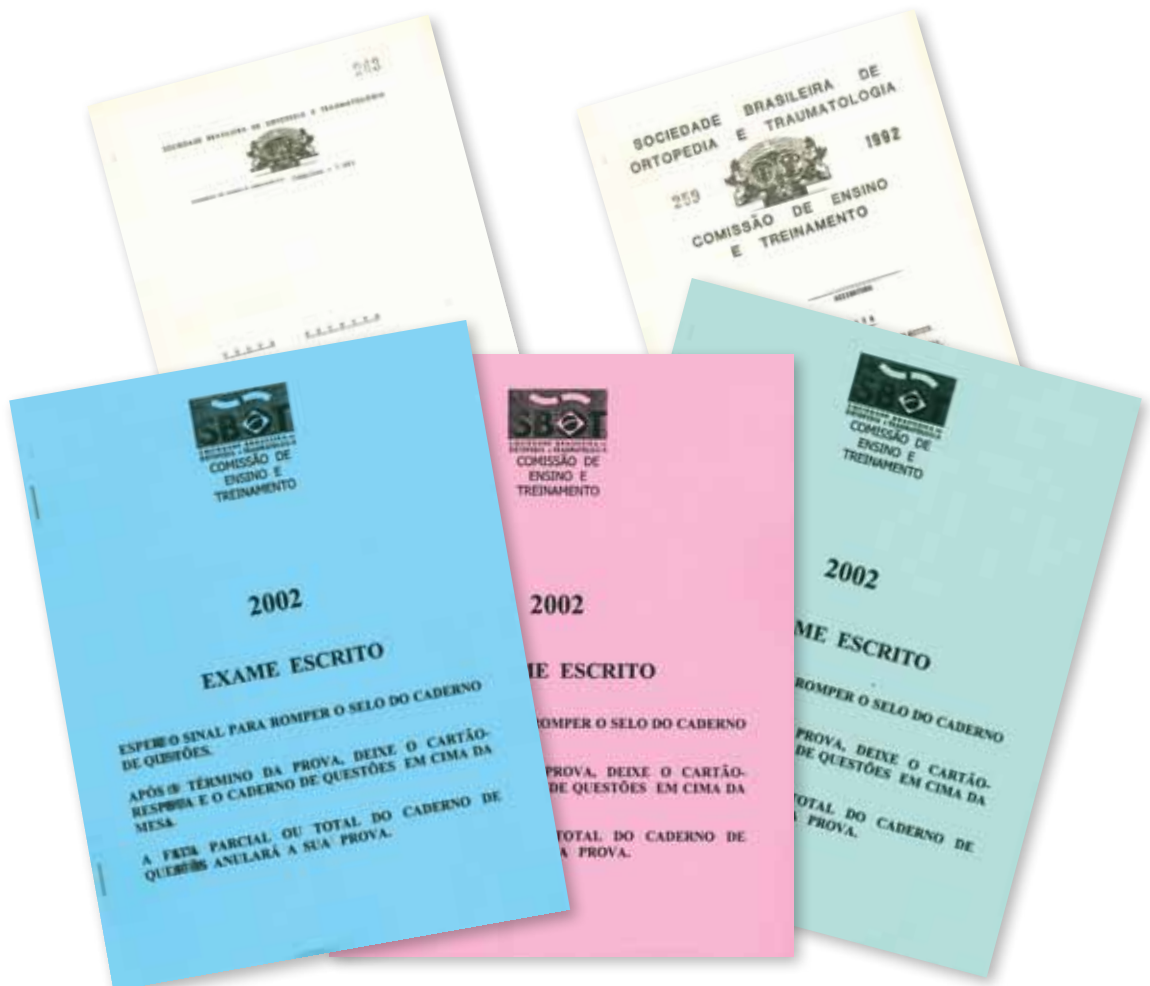
Márcio Ibrahim de Carvalho

A prova escrita do TEOT nunca foi dissertativa. De alguma maneira, os candidatos sempre tiveram alguma alternativa a selecionar sobre cada questão, de maneira que sempre houve um gabarito fechado e certa facilidade de se corrigir e fornecer a lista de aprovados. Em capítulo anterior, já falamos sobre o sigilo que sempre protegeu o gabarito e as questões em si (ou seja, havia a preocupação de não se deixar vaziar o gabarito, mas também a prova em si, de maneira que a formulação das perguntas só podia ser passada de uma turma de R3 para outras pela memória). O sigilo sempre foi, para os membros da CET, uma questão de honra.



Nos primórdios, quando as reuniões ainda eram organizadas em Belo Horizonte por Márcio Ibrahim de Carvalho, tudo era feito na ponta do lápis. Literalmente. Em reuniões intermináveis, os membros da CET elaboravam, discutiam e aprovavam, sempre por unanimidade, as questões, e, uma vez finalizada a prova, elas eram datilografadas e mimeografadas pra serem distribuídas aos candidatos. O que mudou dessa rotina com o tempo foi só o jeito de escrever e armazenar as questões: da datilografia para o computador, do mimeógrafo para a impressão off set, do banco de questões em fichários para os hard disks. Mas o tempo empregado na formulação de cada questão é o mesmo: a dedicação dos membros da CET sempre foi enorme com a prova escrita.

A Comissão História da Ortopedia Brasileira (CHOB) foi criada em 2011 e recebeu, como uma de suas missões para o ano, realizar o levantamento de documentos históricos da Comissão de Ensino e Treinamento (CET) e dos Serviços Credenciados de treinamento em ortopedia do Brasil. No arquivo da CET foram localizadas cópias das provas ou gabaritos do exame de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) de 1983 a 1990 (12ª a 19ª TEOTs), depois de 1992 a 2000 (21ª a 29ª TEOTs) e de 2002 (31ª TEOT) até hoje. Isso quer dizer que o número e o formato da prova pôde ser documentado objetivamente nesses anos. Com relação aos outros anos, a história aqui registrada do exame escrito se baseia na memória dos integrantes da CET que contribuíram com esta publicação dando seus depoimentos. A CHOB espera, nos próximos anos, poder coletar, organizar e preservar mais documentos que registram a história da CET e da SBOT como um todo.



Correção e estatística

As perguntas mudaram, as alternativas mudaram e o jeito de apresentar as respostas também mudou ao longo do tempo: no início, as pouco mais de 50 provas eram corrigidas uma a uma. Conforme o número de candidatos cresceu, porém, foi necessário adotar sistemas de correção automatizados e menos sujeitos a erro. Foram adotados os cartões perfurados, com leitura automática. Adiante, os volantes, parecidos com os de loteria. Finalmente, foi adotado o sistema de computador, em que cada candidato tinha a sua máquina para fazer a prova, sem uso de papel, respondendo tudo em tela. O exame escrito deixou de ser realizado com lápis e papel: passou a ser aplicado em mais de 300 computadores em rede que permitiam a coleta imediata das alternativas selecionadas pelo candidato. Isso facilitava uma análise estatística precisa do conjunto de respostas de todos os candidatos a cada ano, e a realização de uma avaliação crítica do poder de discriminação da prova e de cada questão. A adoção do computador também permitiu melhor controle da segurança da prova, já que o desvio ou perda de cópias das provas impressas ficou dificultado. Por fim, no ano de 2011 (41ª TEOT, 2012), com a descentralização da prova escrita do TEOT, voltou-se a utilizar os volantes, de maneira que a prova pudesse ser levada a cada Regional da SBOT por um membro da CET.

1973

Nome **Nota** **Nota**

Nome Geral do Exame 72,0 66,5

Nome-Preço Exame 70,0 70,0

Nome Exame Oral 70,0 70,0

Nome-Serviço Universitário 70,0 66,5

Nome-Serviço Não 70,0 66,5

Nome de Nota de cada uma das disciplinas

1- Prof. Dámar Castor - 7,5

2- Prof. J. H. Netto Machado - 7,5

3- Dr. Aracilino Dias - 7,5

4- Prof. Alair R. Alves - 8,1

5- Prof. José Chinnell - 7,8

6- Prof. Comp. Pires - 7,5

7- Dr. Nelson Antonio - 7,1

8- Prof. José Lacerda Filho - 8,7

9- Prof. Maria Rodas - 8,7

10- Dr. Cláudio Borges - 7,0

11- Prof. Jorge Faria - 7,7

12- Prof. Marlon Lemos - 8,4

13- Dr. Teo Figueiredo - 7,5

14- Prof. M. H. Nagel - 7,8

15- Dr. Marcelo Nagib - 8,7

16- Prof. Gedilso Xavier - 8,0

17- Prof. Geraldo Pires - 7,6

18- Prof. José Rodrigues - 7,6

19- Prof. J. F. Marcondes de Sousa - 7,3

20- Prof. Gustavo Veridiano - 8,5

21- Dr. Lúcia Tereza A. Lopes - 8,0

22- Prof. Danilo D'Amorim - 8,0

23- Prof. Celso Simões - 10,0 (1)

24- Dr. Alípio Gomes de Faria - 8,0 (1)

25- Prof. Lúcia Gláucia Faria - 8,0

1973

Nome **Nota** **Nota**

Nome Geral do Exame 72,0 66,5

Nome-Preço Exame 70,0 70,0

Nome Exame Oral 70,0 70,0

Nome-Serviço Universitário 70,0 66,5

Nome-Serviço Não 70,0 66,5

Nome de Nota de cada uma das disciplinas

1- Prof. Dámar Castor - 7,5

2- Prof. J. H. Netto Machado - 7,5

3- Dr. Aracilino Dias - 7,5

4- Prof. Alair R. Alves - 8,1

5- Prof. José Chinnell - 7,8

6- Prof. Comp. Pires - 7,5

7- Dr. Nelson Antonio - 7,1

8- Prof. José Lacerda Filho - 8,7

9- Prof. Maria Rodas - 8,7

10- Dr. Cláudio Borges - 7,0

11- Prof. Jorge Faria - 7,7

12- Prof. Marlon Lemos - 8,4

13- Dr. Teo Figueiredo - 7,5

14- Prof. M. H. Nagel - 7,8

15- Dr. Marcelo Nagib - 8,7

16- Prof. Gedilso Xavier - 8,0

17- Prof. Geraldo Pires - 7,6

18- Prof. José Rodrigues - 7,6

19- Prof. J. F. Marcondes de Sousa - 7,3

20- Prof. Gustavo Veridiano - 8,5

21- Dr. Lúcia Tereza A. Lopes - 8,0

22- Prof. Danilo D'Amorim - 8,0

23- Prof. Celso Simões - 10,0 (1)

24- Dr. Alípio Gomes de Faria - 8,0 (1)

25- Prof. Lúcia Gláucia Faria - 8,0

Certo, errado e não sei

O documentos arquivados mostram: em 1983, a prova teve 162 questões, e respostas com três alternativas: verdadeiro, falso e não sei (mais conhecido por todos como “certo, errado e não sei”. Em 1984, as alternativas se mantiveram, porém a prova cresceu: 250 questões. Em 1994, houve uma tentativa de se eliminar o “não sei” da prova: as 250 questões tinham somente as alternativas “verdadeiro” e “falso” como possíveis. Foi no exame de 1995 que se abandonou o “não sei” e se iniciou o sistema de múltipla escolha de respostas, com alternativas de A a E, com 100 questões. Esse formato permaneceu até 2002. Hoje são quatro as alternativas.



O médico não pode correr risco com o paciente. A vantagem do “não sei” é que o candidato não perdia pontos quando assinalava essa questão. Se ele estava em dúvida, tinha que chamar um colega para opinar, a proposta é essa. O candidato, quando errava uma resposta, tinha uma resposta certa anulada. O que começou a acontecer é que havia candidatos com nota “negativa”! Se chutava demais, acabava ficando com zero, menos um! Mas com o “não sei”, os indivíduos que marcavam “não sei” na metade das questões às vezes ficavam à frente.

Jair Ortiz

- 096- O teste do ressaltado lateral (“jerk test”) é positivo nas lesões ligamentares ântero-VFN laterais crônicas do joelho.
- 097- No adulto, a luxação congênita bilateral do quadril não tratada (inveterada) e com dor, VFN tem indicação de osteotomia de apoio.
- 098- Os cuidados pós-operatórios nas fraturas diafisárias do fêmur, tratadas com haste medular ou com placa, inclui repouso no leito com o joelho estendido, por pelo menos 2 semanas, seguido de fisioterapia.
- 099- Exames radiográficos, com as coxofemorais em abdução e adução, são indispensáveis VFN para o planejamento das osteotomias para a coxartrose.
- 100- Na tuberculose osteoarticular a sinovite aumenta a atividade osteogênica da epífise, VFN determinando o aparecimento prematuro dos núcleos de ossificação.

- 096- No pé torto equinovaro congênito é necessária a liberação completa da subtalar, V-F para a desrotação total do calcâneo e redução das articulações talocalcaneonavicular e calcaneocubóide.
- 097- As curvas compensatórias da escoliose congênita podem progredir mais e pro V-F duzir deformidades mais graves que a da curva primária.
- 098- Tufos de cabelo, lipomas, nevus ou depressão na pele são sinais externos de V-F disrafismo espinhal, que podem acompanhar as escolioses congênitas.
- 099- Os efeitos da osteomielite aguda variam com a idade do paciente, devido às V-F diferenças do suprimento sanguíneo periosteal.
- 100- Em crianças até 2 anos de idade, o Haemophilus Influenzae constitui um agente V-F etiológico importante para osteomielite.

O que há por trás dessa mudança de formato é muito mais do que gosto pessoal ou facilidade de formulação. Há uma questão política muito importante. A prova com apenas três alternativas (uma das quais, ainda por cima, era “não sei”) parece fácil a um candidato desavisado, mas na verdade não era. Isso porque, durante muitos anos, a regra (que não está escrita nos gabaritos das provas, mas fazia parte do método de contagem de pontos de cada candidato) era que, para cada questão respondida de maneira incorreta, seria anulada uma questão certa. Assim, se o candidato errasse 10 questões, não perdia 10 pontos, mas 20. A exigência sobre o jovem médico era de que se esforçasse em dobro -- mesmo que ele não ganhasse o dobro de pontos quando acertasse.

Um francês que veio nos ajudar com a prova falou: “quem quer um médico que fala não sei”? E a gente dizia: você está errado.

Gottfried Köberle

A única saída para evitar a guilhotina da anulação de pontos era marcar a alternativa “não sei”. Diante de uma afirmação qualquer, o candidato tinha o direito de ficar inseguro e assumir, perante a SBOT, que não sabia dizer se uma dada afirmativa era verdadeira ou falsa. Os defensores desse sistema usam como argumento a obrigação que o médico teria de assumir a própria ignorância, em prol do paciente. Em situações clínicas do dia a dia, melhor reconhecê-la e pedir ajuda a colegas do que adotar uma conduta incorreta. O problema é que o candidato mais conservador acabava levando vantagem: entre dois residentes que tivessem o mesmo nível de conhecimento sobre um assunto, aquele mais ousado, que arriscava mais, perdia mais pontos (pela anulação da certa), enquanto o que usava mais o recurso do não sei podia sair na frente (pois não perdia pontos, mas também não ganhava). Nem sempre aquele que “chutava” se dava mal. Os que “não sabiam” estavam saindo na frente.

A primeira providência do Carazzato, em 1993, foi acabar com certo, errado, não sei. Chamamos especialistas em concursos, como o vestibular da Fuvest, para nos ajudar, e eles “meteram a boca” nesse formato e disseram que tinha que ser prova com questões de múltipla escolha, com cinco alternativas, com toda uma metodologia científica de como fazer a questão. E foi muito complicado. A gente fez de maneira absolutamente metodológica e científica, do jeito que o indivíduo ensinou. A grande característica da gestão Carazzato foi a melhora do exame escrito, no nosso tempo, que foi fantástica. Nos oito anos em que eu pude defender, eu defendi a múltipla escolha.

Wilson Roberto Rossi

Em vista dessa visão e do fato de que as tendências mundiais em educação apontavam para o modelo da múltipla escolha, a CET optou por adotar esse sistema na prova do TEOT. O certo, errado não sei ainda voltou a ser utilizado durante certo período, depois de ter sido usada a múltipla escolha, porém o formato com quatro alternativas vingou e é usado até hoje. Provou-se que essa prova discrimina melhor os candidatos que sabem mais daqueles que sabem menos.

Comparando duas pessoas com o mesmo nível de conhecimento: se uma fosse mais ousada que a outra poderia ter pior desempenho no exame escrito do que aquela que marcasse mais o “não sei” na prova. Consultamos um estatístico que nos mostrou que esse formato de respostas não discriminava muito os candidatos.

Marco Antonio Percope de Andrade

Formulação das questões e montagem da prova

Cada membro da CET tem a missão de formular um certo número de questões de sua subespecialidade para trazer às reuniões. Submetida ao olhar crítico dos colegas, a pergunta é reformulada várias vezes, até que deixe de apresentar margem para dúvida, para a possibilidade de mais de uma resposta. Isso exige dos membros da CET conhecimento profundo da sua própria especialidade e também conhecimento da ortopedia geral, de maneira a poder criticar os outros.

Além disso, a formulação da questão deve obedecer a certos princípios. A questão tem de ser discriminativa, ou seja, os bons alunos devem acertar e os maus alunos, errar. Com questões do tipo “pegadinha” ou aquelas que exigem saber de cor os rodapés dos livros, tanto os bons quanto os maus alunos erram. Por isso, esse tipo de questão tem de ser evitado. Por outro lado, questões muito fáceis também não são discriminativas, pois tanto os bons quanto os maus residentes vão acertar.



O exame deixou de ter aquelas notas de rodapé de livro muito difíceis, que não mostram nada pra gente. Uma prova de médio pra fácil era melhor. Prova fácil e discriminativa é melhor do que prova difícil.

José Luis Amim Zabeu

Se a questão em si contém alguma incorreção, seja de ortografia, gramática ou de conteúdo (por exemplo, uma vírgula mal posicionada ou um nome de osso redigido incorretamente) pode deixar o candidato confuso. Questões extensas demais podem ter esse efeito indesejado. Mesmo tendo conhecimento sobre o assunto, ele pode ser levado a errar se não compreender bem o que lhe é solicitado. É por isso que a CET revisa as questões do TEOT e do TARO durante o ano todo.

Para poder avaliar o conhecimento sobre um assunto, é preciso focar a questão em um só assunto, por exemplo o diagnóstico de uma afecção, a pergunta não pode abordar vários tópicos: diagnóstico, tratamento, complicações. Para cada ideia, uma questão diferente deve ser formulada. Por exemplo, se uma situação clínica é apresentada (uma criança com dor na perna após uma queda da bicicleta), apenas uma questão pode ser feita: sobre o diagnóstico (fratura? luxação? contusão?) ou o tratamento (gesso? cirurgia? conduta expectante?), mas não ambos.

Também já se sabe que deve ser formulada uma pergunta, com ponto de interrogação, e não uma afirmativa com reticências para o candidato completar. Assim, ele compreenderá o que lhe pedido mais rápido, ficará menos ansioso e perderá menos tempo para responder. Perderá menos tempo se as palavras e expressões desnecessárias forem eliminadas do enunciado e das alternativas. Quanto mais concisa a questão, melhor. “Paciente do sexo feminino”: quatro palavras. “Mulher”: uma palavra. “Caiu ao pisar em calçada escorregadia num dia chuvoso”: nove palavras. “Escorregou e caiu” tem três e já expressa que a paciente caiu de baixa altura.

Também é mais eficiente a questão que contém a ação (verbo) no seu enunciado principal, e não nas alternativas, que devem ser concisas. Um enunciado principal onde se lê apenas “Fratura de tíbia:”, com longas alternativas para o candidato ler pode ficar vago e não demonstrar claramente a intenção do avaliador. Por outro lado: “Qual deve ser o tratamento da fratura de tíbia?” é um enunciado.

Essa questão se desdobrará em até quatro alternativas, que precisam ser uma correta (claro), uma absolutamente errada, uma quase correta, uma quase absurda. Também pode haver uma assertiva correta com conclusão incorreta ou vice-versa. É grande a discussão ainda sobre o número ideal de alternativas: quatro ou cinco. As alternativas que são incorretas, ou seja, que não devem ser selecionadas pelo bom aluno, são chamadas de “distratores”.

Duas alternativas não devem se sobrepor, ou seja, conter a mesma ideia. Assim, evita-se a problemática situação de se ter duas possíveis respostas para a mesma pergunta. Também devem ter o mesmo tamanho, para que o candidato não opte pela maior, que lhe dá a ideia de ser a mais correta somente por ser mais longa. E alternativas como “todas as anteriores” ou a famosa “NDA” (nenhuma das anteriores) estão atualmente totalmente desaconselhadas nos concursos em geral. “Todas as anteriores” pode confundir o candidato que encontrou apenas duas possíveis, por exemplo, e “NDA” torna a questão como um todo inútil, pois não avaliou o conhecimento do aluno para assunto nenhum. Por fim, questões formuladas na negativa (por exemplo: “nesta situação clínica não se deve:...?”) são consideradas inadequadas.

Ao longo dos anos, portanto, uma comissão foi transmitindo à outra os conceitos sobre como formular ou não uma questão e como balancear melhor a prova como um todo. Assim, ao começar seu trabalho no início do ano, a CET já tem uma grade de perguntas para formular, uma “lição de casa” muito bem planejada, o que faz com que as reuniões fiquem cada vez mais produtivas e voltadas para o que interessa: a evolução da medicina e da assistência em ortopedia.

Exemplo de grade sendo preenchida ao longo do ano para compor a prova do TEOT

100 questões	Trauma adulto	Trauma infantil	Adulto	Infantil	Básico
Coluna					
Ombro/braço	Fratura do úmero proximal				
Cotovelo					
Antebraço					
Punho/mão			Síndromes compressivas		
Quadril					Biomecânica
Coxa					
Joelho					
Perna					
Tornozelo/pé					
Geral		Descolamento epifisário			



0 exame prático

O que dá mais personalidade ao exame para o Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT), o motivo pelo qual ninguém esquece de ter passado por ele, não são as difíceis 100 questões escritas, mas o exame prático. A maior parte das histórias sobre o TEOT (boas, tristes, engraçadas, curiosas) vem do exame prático, que é um dos únicos realizados por sociedade de especialidade no Brasil, e uma referência internacional.

Desde o início do TEOT, há 40 anos, a prova prática faz parte do exame. E, apesar de ter passado por mais reformas (de logística, de formulação de perguntas, de exigência) que a prova escrita, sempre se manteve com o princípio de ser um sistema de avaliação em que se usa a comunicação verbal para a mensuração dos conhecimentos adquiridos pelo aprendiz. E por que fazer isso?



A Comissão de Ensino e Treinamento da SBOT sempre teve o entendimento de que a comunicação oral domina a maioria das situações da prática profissional de um médico cirurgião. Desta forma, a prova prática do TEOT avalia o aluno em um contexto similar ao do ambiente de trabalho em que ele vai atuar: frente a frente com o colega ou com o paciente. Se por um lado é essencial que ele detenha as informações necessárias à sua prática médica (o que é avaliado pelo exame escrito), por outro não basta deter o conhecimento, mas saber se expressar e comportar-se de maneira

adequada. Isso é avaliado pelo exame prático do TEOT, que envolve uma fase oral e um exame físico sobre um voluntário, realizado na presença do examinador. Além disso, este ano foi também instituída a prova de habilidade cirúrgica, como se verá adiante.



O candidato que participa desse exame presencial, ao ver a diretoria, os examinadores, se aproxima da SBOT.

Arnaldo José Hernandez

A prova oral

Como em qualquer escola, uma prova oral consiste em defrontar o aluno com uma situação e exigir que ele expresse uma resposta sobre uma pergunta verbalizada na hora, de surpresa. O TEOT não foge a essa regra. O que lhe é peculiar é que a pergunta é feita sempre sobre uma situação clínica real, exposta por meio de uma fotografia ou vídeo de paciente, uma radiografia (ou outro exame de imagem) ou mesmo uma reprodução de lâmina de histologia. São situações de trauma, ortopedia do adulto e ortopedia pediátrica. O candidato tem de responder as perguntas que dois examina-

dores fizerem sobre as imagens, exibidas por seis minutos. São, portanto, 10 situações clínicas para serem discutidas, durante uma hora. Os examinadores registram a sua avaliação a respeito do desempenho do candidato em aparelhos de votação (chamados "keypads"). E a nota vai compor a pontuação final do candidato, junto com o exame físico e as outras provas a que ele é submetido.



É fácil imaginar que a maneira de expor o candidato a essa imagem tenha mudado ao longo dos últimos 40 anos. Em primeiro lugar, porque o número de candidatos cresceu, de cerca de 50 no exame inicial para centenas atualmente. A logística necessária para se expor esses candidatos às mesmas condições de resposta, sem privilegiar um ou outro, precisou se adequar ao tamanho do público. A começar pelo número de examinadores: em Belo Horizonte, por exemplo, cada candidato era avaliado por somente um examinador, numa salinha fechada.

Quanto maior o número de examinadores aos quais o candidato é exposto, melhor, porque você tira o erro: se você passa por 2, 4, 6, 8, 20, você tem menos chance de ter um erro.

Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho



Óbvio também que a tecnologia, evoluindo, prestou assistência ao TEOT nesta parte do exame: a história da prova oral do TEOT revela muito da evolução da reprodução de imagens de que dispomos hoje. Há 40 anos, as imagens eram mostradas em papel para o candidato: ampliações de fotografias, radiografias originais, exibidas no negatoscópio, tudo ele podia manusear, apontar. A partir de 1983-84, porém, quando o exame se mudou de Ribeirão Preto para Campinas (quando inicialmente era realizado no Ambulatório de Ortopedia da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp), passou-se a reproduzir as fotos em radiografias em vários álbuns, como o que aparece na foto abaixo, de maneira que o candidato não punha mais a mão em material original.



Carlos Giesta examinando na época do álbum tipo “cadinho”

São famosíssimos os “álbuns da CET”: apanhados de imagens encadernadas com espiral, que foram usados durante muitos anos, passados de uma comissão à outra com extremo cuidado, e guardados mesmo após a mudança de tecnologia: se algo desse errado, sempre haveria os álbuns para se recorrer e fazer o exame acontecer, debaixo de chuva, sem luz, sem computador. O candidato tinha seis minutos para olhar cada imagem e responder as perguntas. O tempo era cronometrado individualmente, na época em que os candidatos ficavam em saletas ou boxes separados uns dos outros. Depois, quando o exame se mudou para um ginásio poliesportivo, a troca era marcada com uma buzina ou sino, para todos terminarem ao mesmo tempo.

Os álbuns evoluíram para a projeção de slides. José Carlos Affonso Ferreira e sua equipe, ao longo de 12 anos de CET, montaram uma enorme coleção de diapositivos, com doações de colegas e produção independente, nas próprias clínicas e serviços credenciados onde trabalhavam os membros da CET. Os slides eram projetados lado a lado, um com a questão, outro com a imagem a ser observada pelo candidato. A troca era feita a cada seis minutos e os candidatos ganhavam uma folha em branco, que eles mesmos numeravam para anotar as respostas. Esses slides estão preservados pela SBOT e mostram que a CET tinha conexões com vários serviços, inclusive internacionais, que emprestavam casos interessantes para comporem a prova.

A produção desses slides era trabalhosa (e cara): era necessário fotografar o tópico a ser questionado em cromo e mandar revelar. E também era preciso fotografar a pergunta ou proposição daquela questão: durante certo tempo, isso era feito com datilografia, depois com “Letraset” e, por fim, telas de computador com as frases aparecendo no monitor eram fotografadas para depois serem transformadas em slides. Uma vez revelado, não havia como modificar, se havia erro: só fazendo de novo. Tudo artesanal, nada da era Powerpoint.



Affonso Ferreira recebe, de Mello e Fontenelle, homenagem especial de toda a CET por sua longa e intensa dedicação ao exame TEOT



Slides produzidos pela equipe de José Carlos Affonso Ferreira ou recebidos como doação de colegas

Em 1993, ainda na Unicamp, o exame oral já era feito com fitas de vídeo, em sistema VHS, exibidas em televisões (no início, em preto-e-branco), alugadas, dispostas na frente de cada candidato. Uma central rodava o vídeo em cima de um tablado. Por este método, a fita exibia uma imagem continuamente por seis minutos e aí trocava automaticamente (não havia necessidade de cronômetro portanto). Eram quatro fitas sendo exibidas nas 12 rodadas de exame oral. Os integrantes da CET contam sobre a dificuldade de se realizar a edição linear dessas fitas: cada uma tinha uma hora de duração (10 situações clínicas de 6 minutos cada), mas tomava muitas horas de trabalho nas ilhas de edição de vídeo, fora a captura das imagens. Além disso, a ameaça de chuva colocava em pânico a CET: o exame ainda era feito numa quadra, com cobertura precária. Diz-se que os vizinhos conseguiam assistir o exame se quisessem, e que tempestades chegaram a arrancar o telhado. A qualidade das imagens foi melhorando, ainda no formato VHS, e as fitas foram se multiplicando: no final já se tinha 12 fitas, 12 provas diferentes. O exame oral do TEOT foi feito em VHS até 1998.

“Dava um trabalhão danado. Ocupávamos uma ilha de edição perto da Unicamp para editar as fitas. Para produzir uma fita de seis minutos, levávamos três horas. Era assim: grava uma radiografia em AP. Depois grava de perfil. Emenda. Se a emenda não ficasse boa, tínhamos que gravar de novo. Para fazer uma questão, era uma tarde!”

Wilson Roberto Rossi

Na gestão de Márcio Malta, a CET conseguiu dar mais um passo adiante: o exame multimídia, com CD-ROM. Essa transposição tomou dois anos de trabalho até que pudesse ser feita com segurança. Já havia computadores pessoais de qualidade, e a CET começou a digitalizar e captar novas imagens (eram mais de 100). As 12 fitas de VHS couberam num CD. Em 1999, um computador transmitia, para vários monitores, as imagens do CD-ROM.

“A prova tinha que ser equilibrada, mesmo a prova oral. As 12 provas tinham de ser diferentes entre si e montar a grade inicial de tópicos era difícil. Montar o banco de imagens exigiu tempo e muito trabalho.”

Márcio Carpi Malta



Em 1999 foi a primeira vez em que o exame oral foi feito com o computador. Foi a pior experiência da minha vida na SBOT. A noite mais difícil que eu passei na minha relação com a SBOT. Carlos Mesquita me chamou e me pediu para voltar para a CET. Um dos motivos era para implementar o exame multimídia. Trabalhamos dois anos para conseguir. Contratamos o Departamento de Imagem da Unicamp, que já cuidava do exame na época da televisão. Eles é que cuidavam da transmissão das imagens do ‘palquinho’ para as TVs, ainda na época do ginásio poliesportivo da Unicamp. A gente passou o ano todo trabalhando com eles, que precisaram comprar um cabeamento especial para instalar os monitores, e insistimos demais que o sistema deveria estar pronto com 24 horas de antecedência. O exame é na sexta-feira, então teria que estar pronto na quinta de manhã. Eles foram enrolando a gente... os típicos caras de informática. Quando chegou a véspera do exame, às nove horas da noite (o exame oral seria no dia seguinte ao meio dia, com a prova escrita de manhã), chovia em Campinas de cachorro beber água em pé, tudo alagado. Nós no colégio às nove da noite, fomos rodar o exame... e não rodou. Eu não entendo nada disso, mas o Cecchia e o Rames já tinham naquela época muita liberdade com informática. Os caras disseram que havia uma placa que não era compatível. Pensamos: como pode? Eu pensei: “vou para casa, tomo um porre, durmo, amanhã peço demissão e nunca mais volto aqui. Não vai ter exame”. Rames pegou o telefone e ligou para um assessor dele e perguntou sobre a tal placa. O sujeito respondeu que a chance de achar uma placa daquelas em São Paulo seria de mais ou menos 1 pra 1 milhão. ‘Você não vai achar’, ele disse. E nós sete lá, um olhando para a cara do outro... Vocês [referindo-se a Hernandez, candidato naquele ano] já no hotel... e não tinha exame. E aí, como faz? Não tinha mais nada, não havia segunda opção. Aí o sujeito da Unicamp que tinha feito a chatice de não montar o exame com antecedência, foi para a Unicamp com os técnicos dele de noite, e quando foi por volta de meia-noite chegou de volta com uma placa que arrumaram lá. Deram um jeito e fizeram uma placa nova. Colocaram para rodar, o exame rodou. Mas tinha um problema: para o exame inteiro, só tinha um computador. E não tinha no-break. Se desse algum problema... Cheguei no hotel de volta às 11h30 da noite e encontrei o Sobania... ele olhou pra mim e perguntou ‘o que é que está havendo?’ Cobra criada, a gente se conhecia há muito, ele sacou logo que havia algum problema. Eu disse: ‘você nem imagina. Vamos ter que fazer o exame com um computador só.’ Foi uma experiência que não desejo pra ninguém. Passei muito aperto, fiquei muito desesperado.

Márcio Carpi Malta



“Achávamos que tinha que haver um monitor para cada candidato. A gente sempre defendeu isso, para que o residente pudesse apontar com o dedo, dar mais intimidade à coisa, assim como quando você vê um raio x com negatoscópio. Parte dos monitores funcionava, parte não. Metade entrou em cores, um terço em preto e branco, e em alguns a imagem simplesmente não entrava. A rede não estava aguentando. Já era meia-noite, o exame era no dia seguinte de manhã, a chuva caindo, um barulho tão forte que não se ouvia o que outro falava. É na hora do desespero que você envelhece... Não tinha plano B. Só o álbum, o álbum sempre estava lá. Just in case. Resolveram quando já eram duas da manhã, e nós tínhamos que estar de volta às seis para abrir tudo.”

Wilson Roberto Rossi

Depois da era das TVs individuais, veio o telão. E o que todos pensam que foi pensado para ser uma inovação, na verdade, segundo conta Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho, foi um improviso. A falsa inovação revelou-se uma evolução, porque deu certo e foi bem aceita, mas na verdade o telão foi arranjado às pressas num ano de tentativa fracassada de uso de monitores de computador. A exibição das imagens deu mais certo na tela grande e, como se revelou uma alternativa mais barata do que o aluguel de dezenas de monitores, a CET resolveu adotar.

“Estávamos com o exame prontinho, e na hora de testar, à tarde, não funcionou. Chamamos a firma e demos prazo até 11 horas para resolverem. Não rodou. Tomamos a iniciativa de dizer “para, tira tudo”, e pusemos o telão. O cara dizia “até amanhã cedo eu consigo”... Mas havíamos assumido a responsabilidade perante a Comissão Executiva. Dissemos que não: o prazo era aquele, porque se não funcionasse, não havia mais tempo de colocar o telão. E arrumamos o telão durante a noite.”

Walter Manna Albertoni

Por que seis minutos?

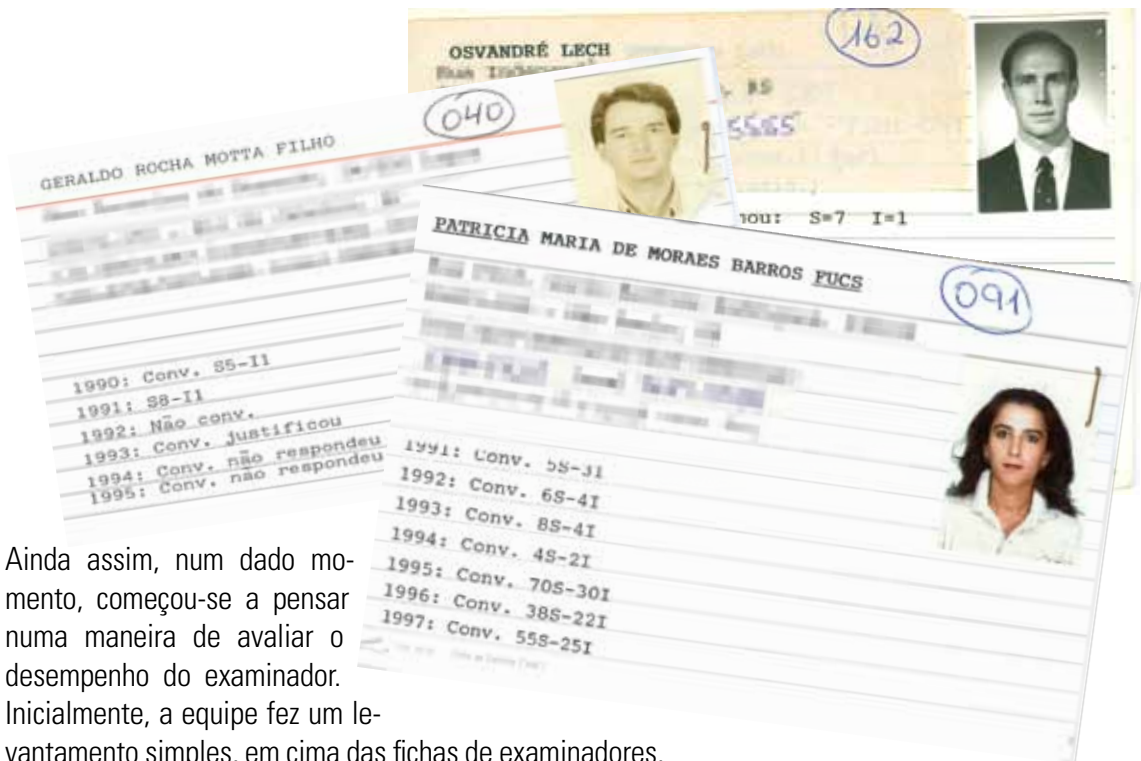
Por que, afinal, se estabeleceu como de seis minutos o tempo máximo permitido para o candidato dar a resposta sobre uma determinada situação clínica que lhe é apresentada no exame oral? Poder-se-ia dizer que esse intervalo consagrou-se como ideal: nem curto demais, nem longo demais, e também que, num intervalo de uma hora, era assim possível avaliar um total, redondo, de 10 quadros clínicos. Parece perfeito, não é? Mas, na verdade, Jair Ortiz relembra o acaso que deu início à consagração dos seis minutos:

“Foi por causa da ampulheta do Professor João Rossi! Não sei se alguém já citou isso, mas seria bom para todos saber. Por que é que se chegou aos seis minutos? Isso foi uma das ideias do Professor Rossi. O exame oral era realizado em salas separadas no início (não havia ainda um ambiente único e um sininho ou uma buzina tocando para troca simultânea dos quadros). Então ele inventou a solução: uma ampulheta de areia. O examinador ficava com a ampulheta em cima da mesa, a areia ia caindo, ia passando o tempo... e ocorre que terminava de cair aos seis minutos! Quando o examinador olhava e havia caído toda a areia, mudava a página do livrinho, virava a ampulheta de ponta cabeça, começava a cair areia de novo, e contavam-se os seis minutos novamente... A ampulheta dele tinha seis minutos.”

Os examinadores: temidos e adorados

Hoje em dia, mais de 300 examinadores participam de cada exame oral no TEOT, em duplas, em rodízio. Também participam alguns observadores que, no ano seguinte, podem ser indicados por seus chefes para serem examinadores. Os examinadores, por participarem do TEOT durante vários anos seguidos, adquiriam, com o tempo, fama de “bonzinhos” ou de extremamente exigentes e intolerantes, os “carrascos”. A pecha se espalhava e fazia com que os candidatos não quisessem ser examinados por este ou aquele. O curioso é que, passadas algumas décadas, alguns ficaram com uma fama um pouco... confusa. Por exemplo: Manlio Napoli é tido por alguns como “a mãezinha” e por outros como muito exigente e durão. Outros tidos como anjos depois se revelaram avaliadores exigentes. Fato é que, nos tempos iniciais, quando cada candidato era questionado por apenas um examinador, a “fama” dele dependia mais da impressão do candidato individualmente (que espalhava o seu parecer à saída da prova).

Depois de certo tempo, passou-se a utilizar duplas de examinadores, como uma maneira de diminuir a subjetividade da avaliação. A instituição das duplas de examinadores, montadas habilmente por Luiz Carlos Sobania de forma mais equilibrada (com um “mãezinha” e um “durão”) diminuiu o medo dos residentes de enfrentar certos examinadores no TEOT. Sobania é reconhecido por todos por sua capacidade de conhecer a personalidade dos examinadores para saber “quem combinava com quem”. E fez isso por muitos anos.



Ainda assim, num dado momento, começou-se a pensar numa maneira de avaliar o desempenho do examinador. Inicialmente, a equipe fez um levantamento simples, em cima das fichas de examinadores, cruzadas com a reprovação de candidatos. Verificou que de fato havia examinadores incapazes de reprovar residentes. Suas avaliações estavam muito discrepantes da média (de uma curva de normalidade esperada também para os examinadores). Sobania então colocou o seu expertise a serviço da objetividade: em consulta com um programador, conseguiu expor qual era a sua lógica de decisão para montagem das duplas de examinadores: por exemplo, não juntar dois examinadores do mesmo serviço, ou que tivessem diferença muito grande de idade. O programa que foi montado a partir dessa árvore de decisão traz uniformidade na avaliação em 80% dos casos.



Osmar Avanzi, Irmo Morelli e o surpreso candidato

A CET estudou a “personalidade dos examinadores” e passou a compor melhor as duplas, deixando de convidar os examinadores cujas avaliações estivessem muito discrepantes dos demais. Uma renovação de 10% ao ano do corpo de examinadores foi proposta, promovendo-se observadores no lugar dos examinadores que eram excluídos. Hoje, o candidato é examinado por duas duplas, em duas rodadas de exame oral.

Já na época do Dr. Rossi se começava a achar que precisávamos fazer uma avaliação do examinador. Tinha um examinador mais bonzinho, e um examinador mais bravo, e aí o que acontecia? Tinha o sujeito que “empilhava” a nota. Quando era de 0 a 10, ele empilhava tudo no 5, 6, não saía dessa faixa. O examinador tido como “mau” dava a nota mais baixa, o “bonzinho” dava a nota mais alta, e tinha um cara que ficava no “meio”. O professor Rossi começou a falar que a gente tinha que avaliar o examinador.

Jair Ortiz

Orientação aos examinadores

Foi necessário encontrar um recurso para conferir objetividade à avaliação oral. Se por um lado a imagem que se mostrava ao candidato era padronizada (ou na forma dos famosos “álbuns”, ou nos slides, ou pelas TVs), igual para todos, o que se considerava essencial sobre ela variava conforme a dupla de examinadores. Sobram histórias, por exemplo, de examinadores especialistas em determinadas áreas que tentavam ver, num ombro, os conhecimentos do candidato sobre... pé. Apenas porque dominavam melhor um assunto que outro. O que era perguntado ficava a critério do examinador.

Fomos a Brasília para uma reunião e, no caminho, eu contei a eles: o mais mãezinha é o professor Napoli, ele não reprova ninguém. Chamamos o professor e contamos que estávamos fazendo aquela avaliação, e que havíamos descoberto “mãezinhas” e “carrascos”, que reprovavam todo mundo... Perguntamos o que ele achava que deveríamos fazer. E ele respondeu: ‘não convida mais, Sobania! Não convida mais!’ Mas, por essa lógica, ele seria o primeiro a não ser mais convidado...

Luiz Carlos Sobania

FALA DO EXAME FÍSICO

POR FAVOR, NÃO TENTEM IDENTIFICAR OS CANDIDATOS.

O CANDIDATO JÁ ESTÁ IDENTIFICADO NO CARTÃO-RESPOSTA. NÃO SE PREOCUPEM COM ELE.

PREENCHAM, A LÁPIS, O NÚMERO DO CARTÃO PLÁSTICO REFERENTE À QUESTÃO QUE FOI SORTEADA PELO CANDIDATO.

PREENCHAM, SEMPRE A LÁPIS, SEUS PRÓPRIOS NÚMEROS (QUE CONSTAM DE SEUS CRACHÁS) NO CARTÃO-RESPOSTA CORRESPONDENTE.

POR FAVOR, NÃO DEIXEM PARA DAR OS CONCEITOS NO FINAL DA PROVA; PARA EVITAR ALTERAÇÕES DO JULGAMENTO, OS CONCEITOS DEVEM SER EMITIDOS AO FINAL DE CADA CICLO DO EXAME FÍSICO.

OBRIGADO

1º DÍGITO	2º DÍGITO
B (BÁSICO)	A. ANATOMIA B. BIOMECÂNICA C. EMBRIOLOGIA D. METABOLISMO E. PRINCÍPIOS F. SEMIOLOGIA
A (ADULTO)	G. ADQUIRIDO H. CONGÊNITO I. DEGENERATIVO J. FISIOPATOLOGIA K. INFECÇÃO L. TUMOR M. TRAUMA N. PRINCÍPIOS
I (INFANTIL)	
U (UNIVERSAL)	

3º DÍGITO
A. CINTURA ESCAPULAR B. OMBRO C. BRAÇO D. COTOVELO E. ANTEBRAÇO F. PUNHO G. MÃO H. CINTURA PÉLVICA I. QUADRIL J. COXA K. JOELHO L. PERNA M. TORNOZELO N. PÉ O. COLUNA CERVICAL P. COLUNA DORSAL Q. COL. LOMBO-SACRA R. GERAL

Com o passar do tempo, a SBOT passou a orientar melhor os examinadores, ao ponto de entregar-lhes um completo manual de conduta, mostrando como se portar frente ao candidato, que perguntas fazer e quais não fazer. Desta maneira, a CET conseguiu evitar queixas a respeito de possíveis “proteções” ou “perseguições” aos candidatos.



O sistema de avaliação também mudou bastante com o tempo, dos vagos “S” (suficiente) e “I” (insuficiente) para notas, com pesos diferentes, e hoje são notas que vão de A a D. O que sempre foi preservado é que o candidato nunca soubesse na hora se havia acertado ou não. O examinador não pode deixar transparecer para o residente se ele está ou não acertando, e, nos primeiros anos de TEOT, havia até uma peça de madeira que foi feita somente para o examinador esconder do candidato as suas anotações de avaliação. A ideia é que o residente não saiba a nota que está levando até a receber a classificação final do TEOT, de maneira que complete sua prova oral. A informática ajudou até nisso: em janeiro de 2006, cerca de dois anos depois de ter sido instalado o sistema de telão, também foi implantada a avaliação eletrônica, de maneira que o examinador envia seu voto por um toque de rádio, sem uso de papel. A nota é imediatamente computada no sistema informatizado de classificação.

A experiência de ter sido examinador da SBOT, nem que por apenas um ano, é sempre relatada como positiva por quem já participou do TEOT. Alguns examinadores, como Gottfried Köberle, são verdadeiros recordistas: todo ano aparecem em Campinas para dar sua contribuição voluntária à CET. Divertem-se, aprendem, se atualizam, reencontram os colegas, fazem política.

“O candidato pode ter a percepção de não estar indo bem no exame, mas saber, não sabe. Eles de modo geral têm uma percepção errada, se equivocam. Acham que foram muito mal quando estão indo bem e vice-versa.

Márcio Carpi Malta



“

"O Sistema de Avaliação Interativa diminui a possibilidade de erros."

”

Flávio Faloppa

O exame físico e outras modalidades

Além de precisar tomar decisões clínicas e diagnósticas frente a imagens que lhe são mostradas no telão, o candidato ao título de especialista em ortopedia também é exposto a outras experiências práticas. A primeira a ser instituída além da prova oral foi o exame físico. O ortopedista precisa saber examinar o doente e no TEOT precisa mostrar como realiza cada manobra.

E quem são esses "pacientes"? Gottfried Köberle conta que os primeiros foram nada menos que os amigos de seu filho, Marcos. Na época com 14 anos, ele reuniu meia dúzia de colegas para servirem de "cobaia" nos primeiros TEOTs. Depois, a CET arrumou várias maneiras de reunir adultos e crianças para serem examinados pelos candidatos, na maioria cadetes do exército, que recebiam uma diária para ficar à disposição do exame, e alimentação. Em 2005, por exemplo, 31 soldados participaram.



O exame físico hoje é realizado pelo candidato em um “paciente”, sendo a situação avaliada por uma dupla de examinadores da CET. Este é o momento em que a CET tem condições de verificar se o residente conhece a propedêutica, e como se porta perante o paciente. Ele compõe 10% da nota total do candidato, e portanto pode fazer grande diferença entre passar ou ficar para trás.

“Eu estava corrigindo as folhas de resposta do exame que foi feito sobre as peças de cadáver. Uma das questões pedia para nomear um nervo, e percebi que metade dos candidatos respondia que era o nervo ulnar, e metade que era o mediano. Eu dizia: “não é possível! Assim não dá!”, e resolvi olhar a peça. Quando fui ver, havia um barbantinho amarrado no lugar errado.”

Gottfried Köberle



Cunha, Ortiz e Mello conferindo a logística do exame físico

“O primeiro exame interativo foi testado com os examinadores e observadores. No TEOT seguinte, passou a ser um dos exames que compunham a avaliação final dos candidatos. Esta modalidade de exame foi integrada ao exame escrito quando ele evoluiu para o formato eletrônico. O exames físico e oral também mudaram, de cartão de leitura óptica para o voto eletrônico.”

Silvana Lopes

Além do exame físico, outras experiências foram tentadas pela CET, mas algumas não foram adiante. Um exemplo foi uma espécie de “gincana”, em que o candidato tinha de fazer a prova oral, vendo os slides, porém numa contagem de tempo mais ágil. Em outra época, os integrantes da CET utilizaram peças de cadáveres para solicitar aos candidatos que identificassem detalhes da anatomia. A viabilidade técnica e logística desse sistema, claro, era limitada.

O exame interativo foi implantado pela CET em 2003. Frente a um computador, o candidato não tinha a chance de deixar uma pergunta difícil para responder depois: só progredia na prova à medida que respondia questões de anatomia, fisiologia e biomecânica. Tinha peso 0,6 na avaliação geral. Em 2005, já não era mais aplicado.

“Nosso raciocínio era de que, se pudéssemos informatizar, chegaríamos a um ponto de não precisar trazer examinador para o exame. Seria um custo zero, em termos de viagens. Fariamos a prova escrita, o interativo, e estávamos conversados. Quando você faz os grandes vestibulares, não tem um professor na frente para examinar. É tudo feito com máquina. No próprio exame da residência médica, fazemos a prova escrita e a prova de habilidades. Mas o grande negócio era ser olhado no olho e dizer “olha, fui examinado pelo fulano”... todo esse folclore ficou. Tradição. Mas se falarmos em termos de selecionar, para mim selecionaria igual, ou talvez melhor, porque vimos que havia momentos em que havia discrepância entre examinadores, há examinador que não está preparado... Não sei.

Walter Manna Albertoni



Em 2011, a prova de habilidades passou a ser obrigatória (já tem peso na nota no TEOT 41). Consta da avaliação de conhecimentos de técnicas operatórias e destreza manual em exercícios práticos de procedimentos ortopédicos e traumatológicos, por exemplo suturas e técnicas de osteossínteses. O candidato será avaliado por uma dupla de examinadores da SBOT.

Do candidato ao TEOT também é exigido que se familiarize com o método científico. Todos os residentes têm de realizar um estudo com o objetivo de apresentá-lo para publicação em uma revista científica. Assim, devem cumprir as normas atuais de redação de artigos científicos e entregá-lo, já no ato da inscrição para o TEOT, para que a SBOT avalie seu conteúdo. A aprovação para publicação numa revista ou pelo Projeto Diretrizes do Conselho Federal de Medicina conferem notas maiores nesta avaliação, que tem peso 0,4 no TEOT.



“Concordo com Albertoni que, se o exame oral fosse substituído totalmente pelo interativo, tecnicamente ficaria melhor, pois sai a subjetividade. Mas isso também tira o contato do candidato com a sociedade. Será que a gente quer tirar a subjetividade? Não sei se vale a pena.”

Márcio Carpi Malta





O exame físico é uma prova de vital importância para a ortopedia, já que cerca de 80% dos diagnósticos ainda são feitos com base na história e no exame físico criterioso.





O dia do exame, a logística e a festa

O exame para o Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) é hoje o segundo maior evento organizado pela SBOT todo ano. Em número de participantes, perde somente para o Congresso Brasileiro (CBOT), mas tem um peso enorme, que ultrapassa, hoje, os limites de uma prova de título e torna-se uma grande oportunidade de reunião, da diretoria inclusive: é no TEOT, em janeiro, que uma Comissão Executiva passa o bastão a outra.



Reunião e transmissão de cargos entre diretorias da SBOT durante o TEOT 2011



Como acontece com cada um dos componentes do exame (prova escrita, prática etc.), a produção do evento em si também foi evoluindo e se profissionalizando. Não podia ser diferente: se no início reunia cerca de 150 pessoas, incluindo candidatos e examinadores, hoje, é evento para uma multidão. Que precisa comer, beber, sentar confortavelmente, ter segurança, instalações adequadas e até se divertir. Além de fazer a prova.

Tudo isso já era necessário antes, nos primórdios do TEOT. Mas, naquela época, a organização era artesanal: tudo era datilografado, enviado pelo correio, os examinadores eram “cadastrados” num arquivo de fichas em papel, com fotos 3 x 4 cm grampeadas e anotações a mão. Quando o exame mudou-se para Campinas, e a CET ganhou uma secretária, Lilian Ferreira, e uma sede (no início, uma sala dentro da universidade, depois uma sala maior, alugada, e por fim uma casinha).

A organização melhorou. Os livretos das provas eram datilografados e impressos numa gráfica da Unicamp. A partir de 2000, já foi possível fazer mais de uma prova diferente (com cores diferentes) e, quando o exame mudou-se para o hotel Royal Palm Plaza, já eram quatro provas. Lilian conta que isso e a presença de vários diretores da CET passeando na sala impediam a “cola”: “ninguém tinha coragem”.



Fiscais examinam candidatos durante a prova escrita em 2011

Depois de ser realizado em Belo Horizonte e em Ribeirão Preto com poucos candidatos e examinadores, o exame foi crescendo e mudou-se para Campinas, já necessitando de espaço maior. Primeiro, era realizado no Hospital das Clínicas da Unicamp, usando os ambulatórios, e depois foi transferido para o ginásio da universidade, onde a CET teve muitos problemas com a chuva, comum em janeiro. Um vendaval que destelhou o ginásio obrigou a mudança, às pressas. Wilson Rossi conta que foi muito difícil encontrar um novo espaço disponível, pois as escolas eram pequenas ou estavam fechadas, em férias. Encontrou o Colégio Sagrado Coração de Jesus, uma escola de freiras, e teve certo trabalho para convencê-las a liberar o espaço para a SBOT. Depois de ser realizado por alguns anos no colégio, o exame mudou-se para o hotel Royal Palm Plaza, onde é realizado até hoje.



Jair Ortiz e Lilian Ferreira organizando o TEOT

A secretária da CET cuidava de tudo: desde a organização das questões da prova escrita, produzidas pela comissão, até o lanche para os examinadores

e candidatos, com frutas que ela comprava pessoalmente no Mercado de Campinas. A CET dizia que Lilian não podia ficar doente, pois centralizava grande parte das soluções que faziam o exame acontecer em janeiro, para que nada saísse do controle, e conhecia todo mundo na cidade.

“

Sou cunhada de José Carlos Affonso Ferreira, e perdi meu marido muito cedo. Quando o exame mudou-se para Campinas, ele me convidou para trabalhar com a CET, e foi um período maravilhoso. Eu ficava nervosíssima nos dias do exame, mas adorava o meu trabalho. Não tinha computador. Fazia tudo com a minha máquina de escrever, que era uma IBM formidável. Mas tudo era datilografado individualmente. Eu conhecia todo mundo, fiquei amiga dos chefes de Serviços Credenciados, tinha amizade com muita gente. Após a mudança para o hotel, o TEOT foi ficando mais pessoal e menos artesanal. Os últimos dois anos já não foram tão gostosos. Quando a CET ganhou uma sede em São Paulo, enviei pra lá todo o material que tinha e os arquivos, e me desliguei da SBOT. Foi uma fase muito importante da minha vida.

”

Lilian Ferreira

Naturalmente, com o tempo, tudo se profissionalizou: o exame acontece chova ou faça sol, e mesmo que alguém fique doente. A realização do TEOT está sob responsabilidade da CET, mas esta conta com a colaboração de vários tipos de empresas fornecedoras. A principal, que cuida do exame há mais de 10 anos, é a Caprioli, capitaneada por Alexandra Caprioli, empresária e líder na área de turismo e eventos na região de Campinas, e que já se tornou uma “especialista em TEOT”. Listas das despesas envolvidas na realização do evento são também uma mostra das numerosas providências que precisam ser tomadas para que tudo dê certo (e para que as histórias de madrugada insones sejam menos frequentes). Trabalha-se muito para produzir um dos melhores exames de título do Brasil, mas o controle sobre os detalhes é muito maior.



Alexandra Caprioli, organizadora do evento, ladeada por Marcos Musafir e Márcio Passini

Despesas envolvidas na organização do TEOT: exemplo de 2008

Locação do espaço (anfiteatros e salas do Royal Palm Plaza)
Hospedagem de examinadores
Hospedagem de membros da CET, diretoria e funcionários SBOT
Hospedagem de colaboradores e convidados
Locação de computadores e monitores
Locação de geradores de energia
Recepcionistas e equipe de atendimento
Transporte, locação de automóveis, pedágios e passagens aéreas
Locação de rádios
Serviços de programação em informática e digitalização
Organização do evento
Comunicação visual e projeto de sinalização
Análise estatística
Segurança
Gráfica (impressão de provas e impressos de sinalização)
Locação de macas e mesas para exame físico
Remuneração e alimentação dos cadetes
Material de escritório, cartuchos de impressão, embalagens
Alimentação (jantar, churrasco), bebidas e decoração
Bebedouros e galões de água
Placas e prêmios de homenagem
Serviços de filmagem e fotografia





Fazíamos a prova em Campinas num ginásio coberto por um telhado de zinco. Sempre chovia, e muito, e tínhamos que cobrir os monitores para não molhar. O barulho era tremendo.

Arlindo Gomes Pardini Júnior.

A explosão do bueiro da Unicamp

Depois da aplicação do exame escrito, e antes mesmo do exame oral, no dia seguinte, a CET providenciava a destruição das provas. Todos os livretos impressos (menos um, que ficava para arquivo confidencial) eram enviados para incineração ainda na sexta-feira, e quem cuidava disso em Campinas, durante muitos anos, foi Lilian Ferreira e o motorista que prestava serviços à CET, conhecido como o "Zé". Num certo ano, o Zé resolveu, por conta própria, queimar os exemplares dentro do campus da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o que não era o hábito. O problema é que jogou a papelada num bueiro onde havia escape de gás. A explosão jogou longe a tampa e fez um barulho tão grande, que tornou a história famosa.

Quando fui para Campinas pela primeira vez havia somente um voo da Vasp à noite. Para voltar para casa não tinha voo. Tinha que ir a São Paulo de carona ou ônibus e pegar o Electra da Varig para ir embora para casa. Do bolso.

Márcio Carpi Malta

O exame de 1995 todinho planejado e montado, marcado. Examinadores convidados, data marcada, todos os candidatos já inscritos, tudo certinho. Segunda semana de janeiro: exame na Unicamp. No último final de semana de novembro, deu um daqueles vendavais, aqueles temporais de verão, e destelhou a Unicamp, parte do ginásio e o centro de convenções. No dia seguinte, alguém da Unicamp me ligou cedinho me dizendo que todos os eventos que estavam agendados nos próximos seis meses estavam suspensos. Era dia 30 de novembro, o exame ia ser feito em janeiro, e eu não tinha onde fazer o exame. Aí eu envelheci 10 anos em dois dias. Falei: e agora? Pra onde é que eu vou? E não podia ir pra São Paulo, eu sei que São Paulo ia me socorrer, mas não queria dar o braço a torcer. Iriam dizer: “está vendo? Esse exame era pra ser em São Paulo”... Mas eu disse: não! Vai ser aqui em Campinas. Eu era o secretário executivo, que era quem assumia o exame. Saí atrás de local, procurando, suspendi tudo, dois, três dias só para ir atrás disso. Era uma época muito ruim, comecei ver ginásios. Tinha que ter um ginásio, tinha que ter uma quadra, tinha que ter lugares para exames físicos, tinha que ter espaço para exame escrito, sala de aula. Comecei a ir atrás de clubes, de colégios, mas era péssima época para colégio, porque um estava fazendo exame, outro já estava de férias. Fui ver Dirceu, fui ver Imaculada, fui na Escola Comunitária Notre Dame. E tinha lugares que já estavam até fechando, em prova, não me deixavam entrar, não achavam o diretor. A esta altura, eu tinha duas ou três pacientes freiras que eram do Coração de Jesus, pacientes minhas, velhinhas simpáticas com artrose. Lembrei que tinha visto uma delas duas semanas antes, no consultório, boazinha, e falei: “as irmãs do Coração de Jesus! É pra lá que eu vou!” E fui. Uma delas era vice-diretora, e eu disse: “Irmã, só Deus e a senhora podem me salvar”. Expliquei que ia ser muito importante a prova ir para o colégio, cheguei com uma caixa de bombom pra ir agradando de início —você conquista com flor ou pela boca—, e conseguimos o colégio. Foi maravilhoso, foi ótimo, foi muito bom, mas o exame teve que ser arrumado em um mês e pouco. Foi o primeiro exame do Laredo, que estava entrando pra SBOT, todo mundo na expectativa se ia dar certo, ou se não ia dar certo. Na primeira manhã, o exame correu bem, na sexta-feira, correu tudo bem. Laredo fumando feito um doido, andando pra lá e pra cá a manhã toda. Ele corria mesa a mesa e estava tudo bonitinho: tinha exame no ginásio, exame escrito nas salas de aula, exame físico em outro espaço, não se cruzavam. A logística foi muito bem bolada. No final da manhã, eu perguntei pro Laredo: Professor, gostou do lugar? Se está aprovado, já gostaria de fazer reserva de data para o ano que vem, pra não correr o risco. O que o senhor achou?” Ele respondeu: “Está ótimo, maravilhoso. Pode reservar para os próximos 20 anos e, se as freiras criarem confusão, pago adiantado. Fazemos aqui nos próximos 20 anos.”

Wilson Roberto Rossi

Patrocínio

Como vimos, o TEOT deixou de ser um exame produzido por poucas pessoas para poucos candidatos para envolver centenas de colaboradores ligados à SBOT: em 1996, eram previstos 297 candidatos e 220 examinadores, para se ter uma ideia (sem contar funcionários da SBOT). O problema é que havia uma grande resistência em se pedir patrocínio de empresas para um evento que deveria ser absolutamente imune à interferências externas, independente. Não poderia haver desconfiança de que qualquer membro da CET aceitou favores ou benesses. A CET tinha de ser 100% independente e autônoma. (Aliás, um dos motivos alegados por vários membros da CET para não permitir a transferência do exame de Campinas para São Paulo era justamente “conservar a independência”, ou seja, manter a rotina de produção das provas e do evento em si isolada dos assuntos da SBOT.)

Na minha época, eu sugeri: por que a gente não pega um metalheiro para assumir... Quase me mataram. “Isso não pode!!” disseram. Ah, não sei pode...

Gottfried Köberle

Controvérsias à parte, o exame, que continua em Campinas, já envolvia um investimento considerável quando era produzido, artesanalmente, no colégio. Os contratos e demonstrativos de despesas demonstram custos de aluguel do espaço e móveis do colégio, lanches, almoços e remuneração

para os militares do exame físico, gráfica, camisetas, macas com lençóis descartáveis, rádios comunicadores, aluguel de TVs, recepcionistas e motorista, jantar e outras, como o serviço de informática para o sistema da prova e correções. Este último item custava caro, pois o sistema tinha de dar o resultado da prova escrita no último dia, portanto havia menos de 72 horas para fazer a leitura de todas as provas e classificação. O custo do aluguel do espaço do colégio e equipamentos subiu consideravelmente em três anos. E quando passou a ser realizado no hotel Royal Palm Plaza, como seria de se esperar, subiram ainda mais.

É histórica a dedicação voluntária dos examinadores do TEOT. Eles viajavam e comiam às próprias custas. Alguns iam e voltavam de São Paulo no mesmo dia para evitar a despesa. O primeiro a quebrar esse paradigma foi, de acordo com o depoimento de membros da CET dessa época, José Laredo, que começou, timidamente, a aceitar patrocínio de empresas somente para pagar a estadia dos examinadores. E, ainda assim, discreta: nada de estandes, nada de presentes, nada de sugestões de prescrição. A única coisa permitida era a colocação de banners de boas-vindas aos examinadores. E o patrocínio cobria somente a hospedagem: o restante do exame precisaria continuar sendo sustentado com o valor das inscrições, como sempre.

Laredo deu um grande passo. Ele abriu para que tivéssemos um certo patrocínio, disfarçado, aceitou o patrocínio do laboratório para pagar estadia dos examinadores. Ele queria pagar a estadia dos examinadores do próprio bolso, mas aceitou patrocínio, o que, no exame, traduzia-se da seguinte maneira: não podia ter estande, não ia dar caixinha de remédio pra ninguém, eram só uns banners de orientação do exame, “bem-vindo”, exame físico pra cá, exame escrito pra lá, a escada está aqui... E nos banners tinha o nome do laboratório. Só. E se quisesse dar brinde, era pra dar no quarto do hotel, na cama do examinador, uma caixinha de chocolate com o nome do laboratório.

Wilson Roberto Rossi

A profissionalização também ocorreu, naturalmente, à medida que os participantes passaram a usar o TEOT como ponto de encontro, um evento de reunião de especialistas fora do Congresso Nacional de Ortopedia e Traumatologia (CBOT). Os examinadores e candidatos ao TEOT já encontravam dificuldades para encontrar hospedagem em Campinas naquela época, e Alexandra Caprioli precisava encontrar flats e outras opções para o pessoal, que ficava espalhado pela cidade (gerando custos de transporte inclusive). O evento inclusive começa com reuniões de diretoria da SBOT, onde ocorre a passagem de cargos e responsabilidades de um presidente a outro. Esses eventos paralelos, além do TEOT em si, exigiam melhores condições de hospedagem e alimentação para todos.

Há 10 anos, tudo acontece no mesmo local, o Royal Palm Plaza, numa evolução natural da história do TEOT. Várias visitas técnicas ao hotel e um estudo de viabilidade foram feitos antes do fechamento do contrato, inicialmente de cinco anos, para verificar se a infra-estrutura da empresa, recém-inaugurada, daria conta do exame. E a CET, sem perder sua autonomia e isenção, administra patrocínios para vários tipos de despesas para dar conta de atender a 570 candidatos (número de confirmados no TEOT 40, em 2011). Em compensação, o examinador come bem, o candidato sabe como se movimentar dentro dos espaços do hotel, que é bem sinalizado, as regras são expostas claramente, o sistema de informática funciona, sem apagões, e um exército de funcionários cuida para que tudo dê certo. E dá certo, todo ano, a cada ano com melhorias e novidades que exigem mais planejamento, como o exame de habilidades e a descentralização da prova escrita.

Foi difícil conseguir o colégio, e quase perdemos tudo no primeiro exame! O que aconteceu? A gente fazia correção no mesmo dia. O exame correu bem, foi ótimo, todo mundo satisfeito e feliz, puxa vida! Veio a hora de divulgar o resultado, e pensamos: onde vamos divulgar? No colégio, claro: todo mundo vai estar lá, vão saber que fizeram o exame lá, então é óbvio que o resultado vai ser divulgado lá, certo? Fizemos a correção da prova, trouxemos aquelas folhas com os resultados. Um dos lados do colégio tinha portões de madeira, que fechavam à noite. Pregamos os resultados nos portões grandes. O problema é que algumas pessoas viram esse movimento e foram olhar, e dali a pouco parecia um enxame de abelhas no local: gente que a esta altura já estava bêbada começou a fazer balbúrdia na frente do colégio, jogando garrafas para o alto e com muito barulho. As freiras, lá dentro, não sabiam o que estava acontecendo, não tinham ideia, achavam que iam ser violentadas, que iriam invadir o colégio. Chamaram a polícia. Foram atrás de mim no jantar da SBOT pedindo que eu desse um jeito naquela turma, porque estavam destruindo o colégio. Eu saí do jantar feito um doido, sem saber o que estava acontecendo, voei para o colégio e ainda peguei o rabo da festa. Pedi pelo amor de Deus que saíssem dali, calassem a boca, ficassem quietos, porque estavam assustando as freiras. Sosseguei um pouco a turma, a polícia veio e falei: está todo sob controle. Apaziguei a turma para eles poderem ir embora. A partir daí as freiras disseram que nunca mais iriam permitir que a SBOT fizesse isso outra vez. Eu já tinha garantido a data do ano seguinte, mas elas disseram que estava tudo cancelado. Deu muito trabalho e custou muito chocolate convencê-las a nos aceitar de novo...!

Wilson Roberto Rossi



A ansiedade é estampada no momento de buscar o nome na lista de aprovados



Por muitos anos fui a única examinadora mulher no TEOT, e isso trouxe algumas dificuldades... Era muito difícil achar alguém para dividir o quarto duplo de hotel que a SBOT oferecia aos examinadores! Eu sempre precisava pagar a hospedagem extra para ficar sozinha no quarto. Um dos TEOTs eu examinei grávida de nove meses, e foi difícil aguentar o calor na Unicamp... Quem me salvou foi a Lilian Ferreira, que abriu uma exceção à proibição de entrada na única sala onde havia ar condicionado, a sala da prova escrita. Fiquei menos desconfortável...

Patrícia Maria Moraes de Barros Fucs.

Exame SBOT 2003



Amenities

- Esclaremos hospedando todos os examinadores no Hotel The Royal Palm Plaza Resort. Caso desejem viajar na família o hotel possui ampla área de lazer a disposição dos acompanhantes.
- O patrocínio será somente para os examinadores, e este ano é somente de duas diárias, com entrada no dia 23 (quinta-feira) para dia 24 (sexta-feira) e de 24 (sexta-feira) para dia 25 (sábado). Ficará por conta de cada examinador eventuais diárias extras.
- As duas diárias para examinadores serão patrocinadas pelas empresas que apoiem nosso evento, a condição do patrocínio é que a acomodação seja compartilhada em apto duplo com outro examinador. É importante que vocês façam a sugestão do nome do colega com quem você gostaria de compartilhar o apartamento (contato: e-mail do formulário e por preferência).
- Os examinadores que desejarem permanecer no hotel de 25 (sábado) para 26 (domingo) terão que mencionar esta diária adicional no formulário para que possam ter disponibilidade de reserva e diárias aos preços promocionais. Aqueles que não reservarem com antecedência estarão sujeitos tanto a disponibilidade de acomodações como aos preços de tabela do hotel.
- Caso o examinador não queira dividir o apto ele poderá escolher outras opções tais como, ficar sozinho num apto single, compartilhar apto com observador ou ainda ficar no apto com esposa e filhos, nestes casos haverá valores complementares a pagar que constam da tabela alugada, uma vez que somente a parte do examinador é patrocinada.
- Na chegada ao hotel será exigido um cartão de crédito (jornada antecipadamente o número do cartão na ficha de inscrição) para garantia de pagamento dos seguintes itens:
 - Complementações de diárias (em caso de apto single ou de casal com a esposa ou filhos);
 - Diárias adicionais de sábado (dia 25) para Domingo (dia 26) nas diárias anteriores ao patrocinadas pelo evento;
 - Extras de caráter pessoal tais como refeições fora do programa, frigobar, telefones, lavanderia, estacionamento, etc.

O sistema do The Royal Palm Plaza é que os aptos estarão disponíveis para entrada a partir das 17:00 horas do dia 23 (quinta-feira). Os Examinadores que chegarem antes deste horário, terão as suas bagagens colocadas no guarda-volumes até que o apartamento esteja disponível. O check out (saída) será no dia 25 (sábado) até as 13:00.

Quando o exame terminar, os examinadores que não forem permanecer no hotel até domingo deverão deixar o apto antes de irem ao churrasco de confraternização.

O churrasco do Schmidt: os companheiros na “toca do tigrão”

Em 1981, João Rossi era o responsável pela organização do exame do TEOT. A equipe era formada por colegas de várias cidades, que se reuniam em Campinas (SP) para essa finalidade. Com o objetivo de proporcionar momentos de descontração e companheirismo, o Roberto Schmidt Neto, o “Schmidtão”, reunia na sua residência esse grupo de trabalho para um churrasco, que até hoje possui um ritual de perfeição: pedaços milimetricamente cortados, grande variedade de carnes e saladas, complementos exóticos e um chope à germânica obtido “no capricho”, de forma profissional.

Os anos foram passando e a tradição do churrasco do Schmidtão aumentou, a ponto de ser necessário instituir duas noites para a atividade; nas quartas era limitado à equipe da CET e esposas, e nas sextas para um grupo de “habitués” bastante heterogêneo, já que nunca existiu convite formal ou grupo fechado. Os principais frequentadores, em lista incompleta, são: Napoli, Osny, Maradei, Celso Toledo, Camanho, Franco, Bertol, Dirceu, Tarcisio, Falavinha, Roberto Canto, Zumioti, Guarniero, Paccola, Pedro Tucci, Ferrareto, Bitar, Túlio, Edison Antunes, Itiro, Baldy, Edgard, Carazatto, Arnaldo Hernandez, Egydio, Guarniero, Celso Gomes, Walter Targa, Márcio Malta, Osvandré.

Naquele fórum informal se discute de tudo: política, futebol, sociologia, música, artes e tendências em geral. A ortopedia também é debatida, mas sem grande ênfase. Os pontos de vista são distintos e sempre respeitados. Como numa tribo, a opinião dos mais velhos é ouvida com atenção. A tradição se mantém cada vez mais forte nesses anos todos.

A tradição de se reunir para a tertúlia anual, celebrando a amizade e a boa cozinha na Rua do Expedicionário, em Souza, informalmente conhecido como “Toca do Tigrão” (uma referência ao

seu time do coração, o Ponte Preta, de Campinas) acaba prevalecendo. A esposa Marta e as filhas Leonora, Sabrina e Marina, juntamente com o “Schmidtão”, são anfitriões perfeitos para aquela noite quente e (quase sempre) chuvosa de janeiro. O grupo de colegas agradece a hospitalidade da família Schmidt. A CET patrocina o evento há vários anos.

Aquele era um grande conagraçamento. Todo mundo ficava esperando pelo churrasco do Schmidt.

Arlindo Gomes Pardini Júnior.



Schmidt e Osvandré, Franco, Edgard, Paccola, Canto

E o grande grupo de jovens candidatos ao TEOT também agradece, já que o clima de descontração e harmonia certamente influi de forma positiva no momento dos examinadores distribuírem as notas no dia seguinte!

A gente chegava a Campinas na terça-feira, para preparar o exame, e havia um churrasco do Schmidt só para os membros da CET na quarta-feira. O “churrascão” era no último dia do exame.

Marco Antonio Percope de Andrade

Informática

A informática foi se introduzindo na vida da CET gradativamente. No lado do controle dos examinadores, já houve grande avanço: das fichas de cadastro de examinadores datilografadas na velha IBM de Lilian Ferreira aos bancos de dados, aos tropeços a CET conseguiu organizar seu dia a dia de convites, confirmações, desistências, número de rodadas de participação. No lado da prova, inicialmente as enormes máquinas da IBM foram usadas para gerar relatórios de notas, permitindo à CET estabelecer a nota de corte de aprovação e a lista de classificados, afixada no último dia do exame. Leitoras óticas de cartões permitiram automatizar o processo de correção, evitando erros que a conferência manual poderia gerar. Mais tarde, já com computadores pessoais, os sistemas criados especialmente para a CET permitiram não somente preparar as questões, apresentá-las de forma interativa ao candidato, evitando o papel, como também realizar análises estatísticas do poder discriminatório de cada questão e de cada exame (deste assunto, Wilson Mello trata especialmente em outro capítulo). Hoje, grande parte da rotina do departamento de Tecnologia da Informação da SBOT, em São Paulo, é dedicada ao TEOT.



A festa da aprovação

Os momentos finais da experiência de fazer o Exame para Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT): os residentes, aglomerados em frente às listas, até hoje pregadas nas paredes, telefonam para os parentes de seus celulares de última geração para dar a novidade. Passaram no TEOT, são especialistas, são ortopedistas. Seus preceptores e professores, com seus crachás de examinadores, agora podem comemorar junto deles. A festa é familiar: crianças, esposas, maridos, todos participam da festa do TEOT.





0 exame em outros países

José Luis Amim Zabeu

A formação médica em Ortopedia ao redor do mundo tem realidades distintas. Após a graduação médica, cada país tem seu próprio modo de selecionar e treinar o futuro ortopedista. Dentro de um contexto histórico, observa-se que a formatação de entidades que orientem, fiscalizem e forneçam acreditação aos serviços de residência em ortopedia é um processo demorado, em constante aprimoramento. Hoje observa-se a tentativa de padronização de programas mínimos, adequados à formação e condizentes com a realidade da saúde pública de cada país. Porém, as dificuldades são inúmeras: capacidade técnica e financeira dos serviços, a organização das sociedades de especialidades, a interferência, positiva ou negativa, dos órgãos federais, até questões políticas e ideológicas que envolvem o conhecimento médico e seu aprendizado. A seguir, daremos alguns exemplos de como alguns países se organizam para fornecer a especialização ao cirurgião ortopédico, até para que se tenha algum tipo de comparação com o que é realizado no Brasil.



Estados Unidos

A residência em ortopedia nos Estados Unidos da América (EUA) é realizada ao longo de cinco anos. O residente de primeiro ano americano, equivalente ao R1 brasileiro, é chamado de PGY-1 (First Postgraduate Year). Antes do ano 2000, o PGY-1 poderia estar sob orientação do programa de cirurgia geral do serviço, porém a partir de então o programa é integralmente supervisionado pelo serviço de ortopedia.

A seleção é bastante competitiva, visto que há um crescente interesse pela especialidade. Hoje são cerca de 700 formados em cirurgia ortopédica ao ano, sendo um pouco mais de 12% a parcela de mulheres. Em 2009, eram cerca de 3.400 os residentes de ortopedia em treinamento naquele país. Por volta de 4% de médicos americanos ativos são ortopedistas.

Hoje existem em torno de 150 programas de residência e 170 fellowships nos EUA. Como curiosidade, em 1962 eram 360 os programas de treinamento americanos, embora com número total de residentes bem menor. Após o término do treinamento, muitos residentes fazem aprimoramentos específicos em uma subespecialidade (fellowship) de um ano ou dois de duração.

Historicamente, os americanos começaram a se organizar para definir programas de especialização em cirurgia ortopédica com a fundação do American Board of Orthopaedic Surgery (ABOS) em 1934. Em 1953, foi constituído o Residency Review Committee (RCC) de ortopedia, com participação do ABOS e da seção ortopédica da American Medical Association (AMA). Em 1973, juntou-se a este comitê a American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). Este organismo tripartite se mantém ativo, sendo composto por três membros de cada parte e um representante de residentes, sendo constantemente renovado (máxima permanência individual de seis anos). Todos são voluntários.

São eles que definem as diretrizes dos programas de ortopedia por todo o país, os quais passam por acreditação periodicamente.

A acreditação é o processo que determina se um programa de residência é compatível como o padrão estabelecido, sendo atualmente realizada pelo RCC e aprovada pelo ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education). Quem avalia os residentes individualmente após sua formação é o ABOS, enquanto o RCC lida diretamente com os serviços. De modo similar, o médico, ao final de sua graduação, é avaliado pela ABMS (American Board of Medical Specialties).

Existe uma entidade independente, a ACORE (Advisory Committee on Orthopaedic Resident Education), formada pela ABOS, American Orthopaedic Association (AOA), Association of Orthopaedic Chairmen e AAOS, que faz visitas periódicas aos serviços para identificar suas qualidades e fraquezas. Ao menos uma vez a cada cinco anos, cada serviço deve responder ao formulário do RCC com informações sobre seu programa de residência, sendo em seguida vistoriado presencialmente. Esse formulário pede detalhes sobre atividades científicas, relatório de cirurgias realizadas pelo residente e currículo atualizado de residentes e assistentes.

O RCC define os serviços que devem ser descredenciados por inconsistências em seus programas, mantidas após passarem por período probatório. Não define, no entanto, quantos programas devem coexistir, algo que é prerrogativa do ACGME, sob orientação do governo federal, a partir de políticas educacionais e de saúde.

Os principais questionamentos americanos atualmente envolvem critérios de admissão à residência, qual o melhor método de acompanhamento dos serviços, como avaliar simultaneamente habilidades que envolvem cognição (conhecimento médico), afetividade (relacionamento interpessoal) e coordenação psicomotora (destreza cirúrgica), além do tempo necessário dedicado a essa formação.



Reino Unido (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales)

Após cinco anos de faculdade e dois de foundation (equivalentes ao internato brasileiro), chamados de F1 e F2, são sete a oito anos de treinamento como residente de ortopedia (surgical training, indo do ST1 ao ST8) no Reino Unido. A especialidade é conhecida como Trauma and Orthopaedic Surgery. Ao final, o residente presta a prova de especialidade (CCT – Certificate of Completion of Training) e se torna autorizado a praticar ortopedia como consultant. A subespecialização é feita durante um ano (como o R4 brasileiro), porém por vezes sendo incorporado ao ST8.

Todas as fases do aprendizado médico britânico é controlado pelo General Medical Council (GMC). Como exemplo, em 2010, foi publicado um manual de 209 páginas detalhando todos os aspectos do programa de residência, a respeito de como formar o currículo mínimo e o que esperar de cada fase do programa (disponível em http://www.gmc-uk.org/T_O_Curriculum_2010.pdf_32486107.pdf).



Alemanha

O curso médico alemão tem seis anos, como no Brasil. A especialização em ortopedia e traumatologia envolve mais seis anos, sendo dois de Common Trunk, que envolve princípios básicos de

cirurgia e quatro de cirurgia específica de ortopedia e traumatologia.

Durante essa especialização, os médicos trabalham como assistentes em clínicas ou hospitais reconhecidos pelas câmeras federais e estaduais de médicos (em alemão: Bundesärztekammer [federal] e Landesärztekammer [estadual]) como instituições de ensino e formação de ortopedistas. Na sua maioria, essas instituições são hospitais universitários.

Curiosamente, até alguns anos atrás ortopedia e traumatologia eram especializações diferentes na Alemanha, tendo sido unificadas em 2005.



Colômbia

Após a graduação em medicina, o candidato colombiano a ortopedista deve fazer o serviço social obrigatório (entre seis e doze meses) e ter o título de médico geral. A residência dura quatro anos, sendo que a maioria dos residentes busca subespecialização, esta com duração de um ano. O país dispõe de 11 programas para tal.



Espanha

Na Espanha, a especialidade é denominada como cirugía ortopédica y traumatología, sendo o residente denominado MIR (Médico Interno Residente), termo cunhado em 1978, quando da regulamentação de treinamentos em serviço no país. O Ministério de Sanidad y Consumo de España é responsável por acreditar os serviços responsáveis pela residência. A residência em ortopedia tem duração de cinco anos.



França

O residente busca, na França, obter o diploma de especialização (DES, Diplôme d'études spécialisées de chirurgie orthopédique et traumatologie). A residência dura cinco anos, sendo divididos em dois períodos; o primeiro, de dois anos, chamado de conhecimentos gerais, envolve atividades em outras especialidades cirúrgicas (vascular, digestiva, neurocirurgia, urologia) e noções básicas de ortopedia e traumatologia. O segundo, de três anos, já denominado DES, envolve três semestres de cirurgia ortopédica adulta, um semestre de ortopedia pediátrica e outros dois semestres novamente em especialidades complementares (plástica, cardiovascular, neurocirurgia), definidas pela disponibilidade local e por indicação dos preceptores. Ao final do décimo semestre, é realizado um trabalho de dissertação que valerá para sua aprovação como especialista.



Portugal

A ortopedia em Portugal demorou a se estabelecer como especialidade. Vale a pena conhecer o relato do Dr. José Botelho, em 1971, quando da inauguração do antigo Hospital de São Lázaro, em Lisboa, lembrando as dificuldades encontradas (disponível em: <http://sites.google.com/site/augustomartinsortopedia/história-da-ortopedia-nos-hcl>). O primeiro serviço de ortopedia no país somente foi oficializado em 1953, época da criação da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (fundada em 1950).

Em Portugal se realiza um ano de Internato Médico após a graduação em medicina, cuja entrada se faz por concurso nacional. Após o primeiro ano (chamado de Ano Comum), de formação geral, entra-se na Área Profissional de Especialização, com duração de seis anos para ortopedia. Por todo este período (sete anos), o médico em especialização é conhecido como Médico Interno.



Índia

São três os anos de treinamento. Não há um currículo padrão para o residente, embora diretrizes gerais estejam disponíveis no Medical Council of India (MCI) e National Board of Examination (NBE). A entrada na residência médica se dá por exames de alto grau de dificuldade, uma vez que a especialidade é uma das mais requisitadas no país.

Ao final de seu treinamento, o residente deve escrever uma tese ou dissertação, que é apresentada para uma banca universitária ao final do treinamento, onde é avaliado quanto à teoria, clínica e destreza manual. Quando aprovado, recebe o grau de Master of Surgery (MS) em ortopedia.

A maioria dos serviços de residência não têm ligação com escolas médicas e o treinamento é ministrado de acordo com a realidade de cada serviço, o qual, por sua vez, prioriza problemas clínicos específicos de sua área geográfica. Isso dificulta o aprendizado de subespecialidades que não sejam realizadas no serviço.

Agradecimentos:

Dr. John Charity

Dr. Marcelo Mercadante

Dr. Maurício Kfuri Jr.

Sr. Christoph Schmidt



Avaliação do processo de avaliação

Wilson de Mello Alves Júnior

A formação de um médico ortopedista de qualidade é um processo que sempre envolve “avaliação”. Quando avaliamos um processo, enxergamos valores e fraquezas e por isso a avaliação envolve mudanças. As mudanças melhoram a qualidade do processo e isso melhora a qualidade do ensino, melhora a qualidade do ortopedista. A consequência pode ser uma melhora do atendimento médico. No processo de formação de um ortopedista, devemos avaliar os residentes, avaliar os Programas de Treinamento e finalmente avaliar nossos processos de avaliação.

Para a avaliação dos residentes, a Comissão de Ensino e Treinamento (CET) da SBOT tem dois exames: o TARO (Teste de Avaliação do Residente em Ortopedia) e o TEOT (Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia). Esses exames já foram discutidos em capítulos anteriores. Basicamente são exames de avaliação de conhecimento e de habilidades. O TARO dá ao Serviço de Treinamento uma avaliação do desempenho do seu residente em relação a outros residentes de outros serviços no Brasil e mostra áreas de conhecimento que podem estar mais fracas no seu programa de treinamento. O TEOT avalia o residente no final do seu treinamento, seu conhecimento, raciocínio clínico e habilidades, concedendo o Título de Especialista para aqueles que foram aprovados.

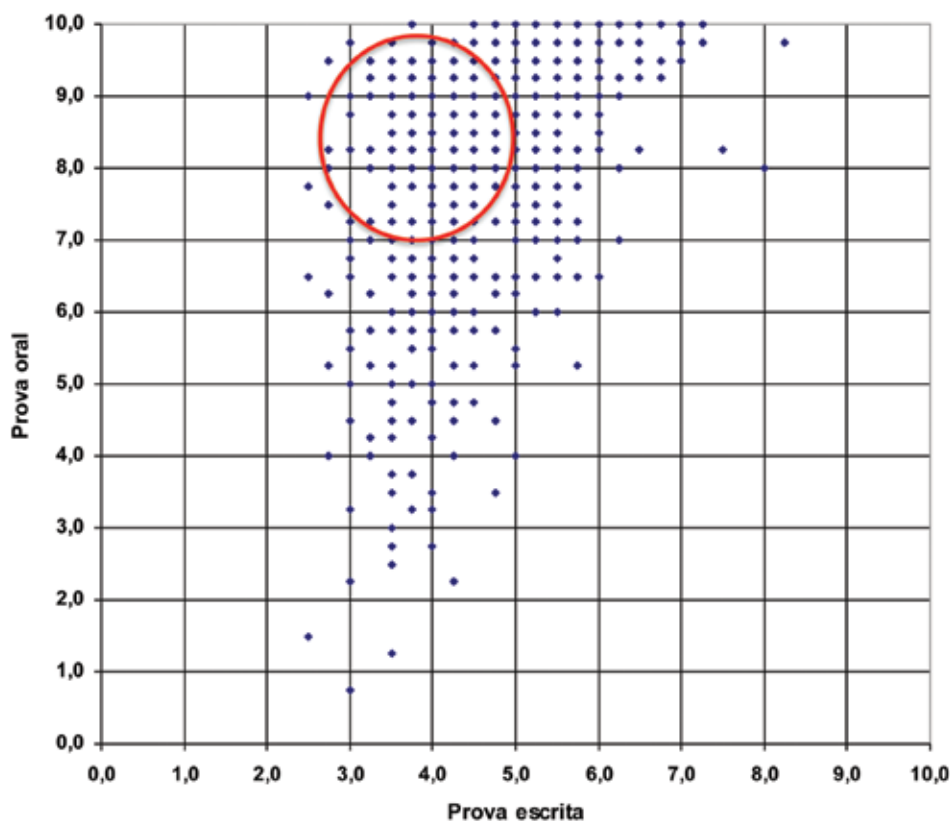
Os programas de treinamento foram avaliados nas suas fraquezas e valores através do Projeto Recadastramento. Todos os Serviços de Treinamento em Ortopedia da SBOT foram visitados e foram colhidos dados que mostraram as qualidades de cada um deles. Isto motivou a CET e a Comissão de Educação Continuada (CEC) a oferecerem aos serviços material de ensino a distância via internet, livros e material didático para ajudar na formação de seus residentes. Esse é um processo que deve ser dinâmico e contínuo para que o aprimoramento seja constante e progressivo.

A avaliação do processo de avaliação é elo que falta para que todo o programa de treinamento possa evoluir. Assim, para avaliar o TEOT, foi contratada a Comvest (Comissão Permanente de Vestibulares da UNICAMP). O Prof. Renato H. L. Pedrosa, coordenador da Comvest, com grande experiência em processos de avaliação de conhecimentos, foi o consultor no TEOT. A ideia é avaliar a prova escrita e a prova oral para saber seu poder de discriminação de candidatos. O objetivo do TEOT é selecionar os candidatos que tenham conhecimento adequado para a prática da especialidade. Assim, a avaliação da prova de 2007 mostrou que a prova escrita era muito difícil, gerando uma média baixa, e a prova oral era muito fácil, gerando uma média alta, o que significava que a correlação entre as provas não era adequada. A consequência era a perda do poder de discriminação.

Essa análise motivou uma mudança na elaboração do exame de 2008, com elaboração de questões mais adequadas no exame escrito, elevando a média desta prova e mudanças na coleta de notas no exame oral, fazendo com que a correlação entre as provas melhorasse. Isso pode ser visto nos gráficos 1 e 2. O ideal é que haja uma melhor correlação entre as provas: a prova escrita avalia

basicamente conhecimento e a oral avalia raciocínio clínico. Melhor correlação, melhor discriminação. O gráfico 3 mostra a correlação entre as provas: o ideal é que os pontos plotados formem uma elipse e não o triângulo como neste caso. Os candidatos dentro do círculo tiveram notas baixas no exame escrito e alta no exame oral, portanto falharam em uma das provas e não deveriam ser aprovados no exame. A melhora da correlação entre as provas elimina o círculo vermelho.

Dispersão de notas Prova escrita X Prova oral 2008

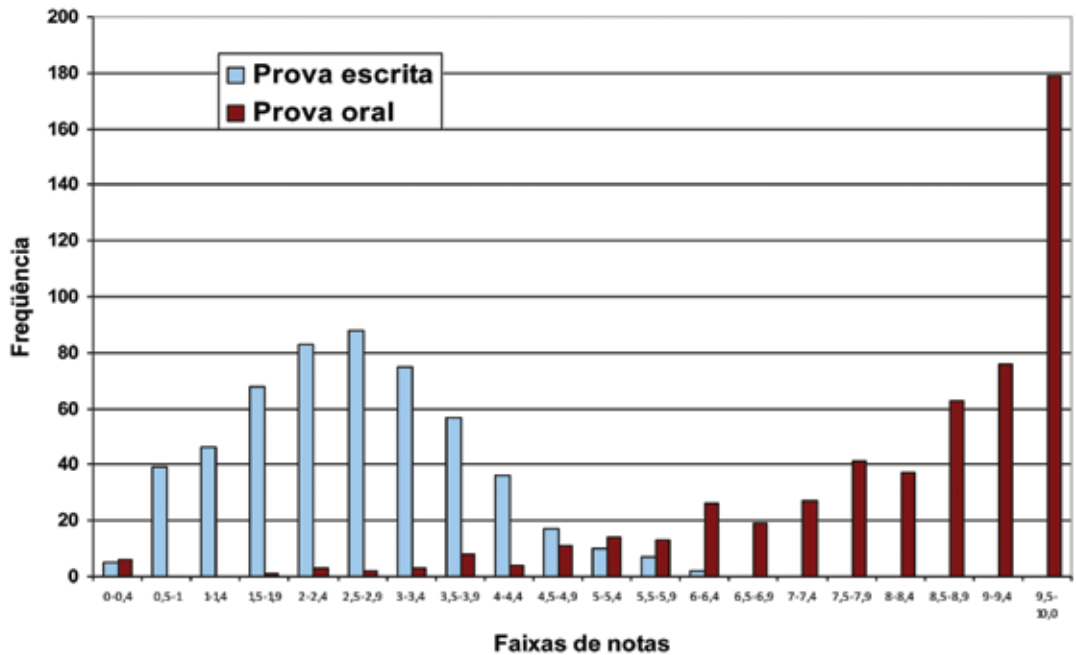


Outra avaliação importante foi a das questões da prova escrita. Utilizando-se da Teoria de Resposta ao Item, foi avaliado o grau de dificuldade e o grau de discriminação de cada questão. Assim consegue-se encontrar, nas 100 questões do exame escrito, as melhores e as piores. O gráfico 4 mostra a pirâmide das questões. São boas as que estão dentro do círculo vermelho, pois têm alto grau de discriminação e têm grau de dificuldade adequado e menor chance de acerto casual. São questões que avaliam conhecimento de forma adequada.

Estudos deste tipo permitem uma evolução no processo de elaboração de provas, tornando-as mais justas para a seleção dos residentes com melhor formação. Conhecer o poder de cada questão permite a construção de um banco de questões ao longo do tempo, tornando as provas mais homogêneas e comparáveis de ano a ano. Assim, a CET aprimora a própria prática continuamente, permitindo que o TEOT continue a excelente prova de título de especialista que é.

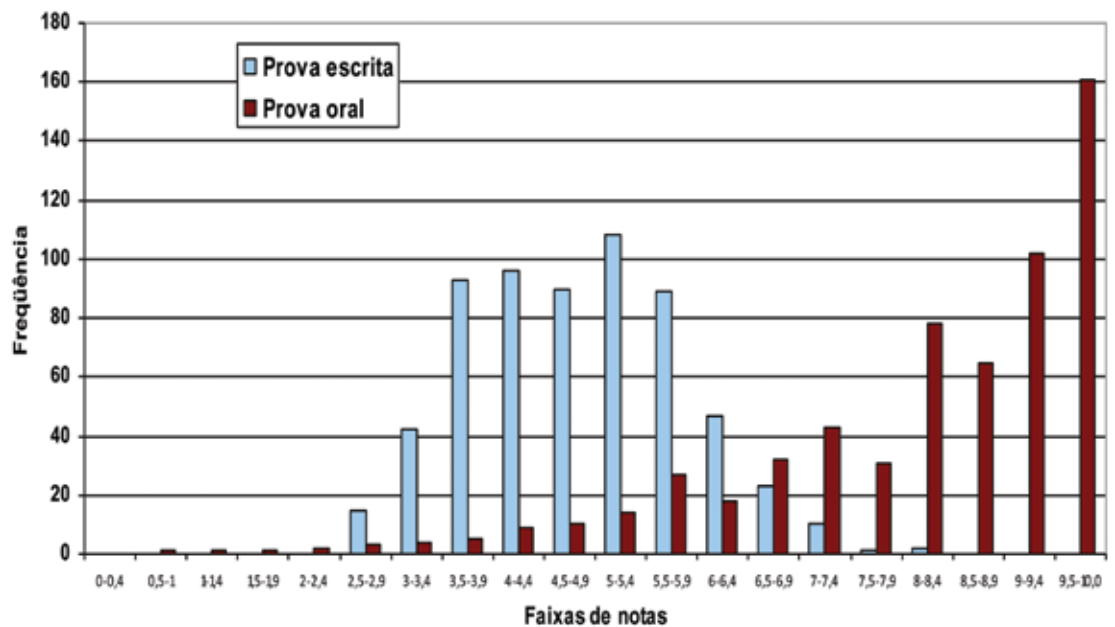
Distribuição das notas - 2007

Prova escrita e Prova oral

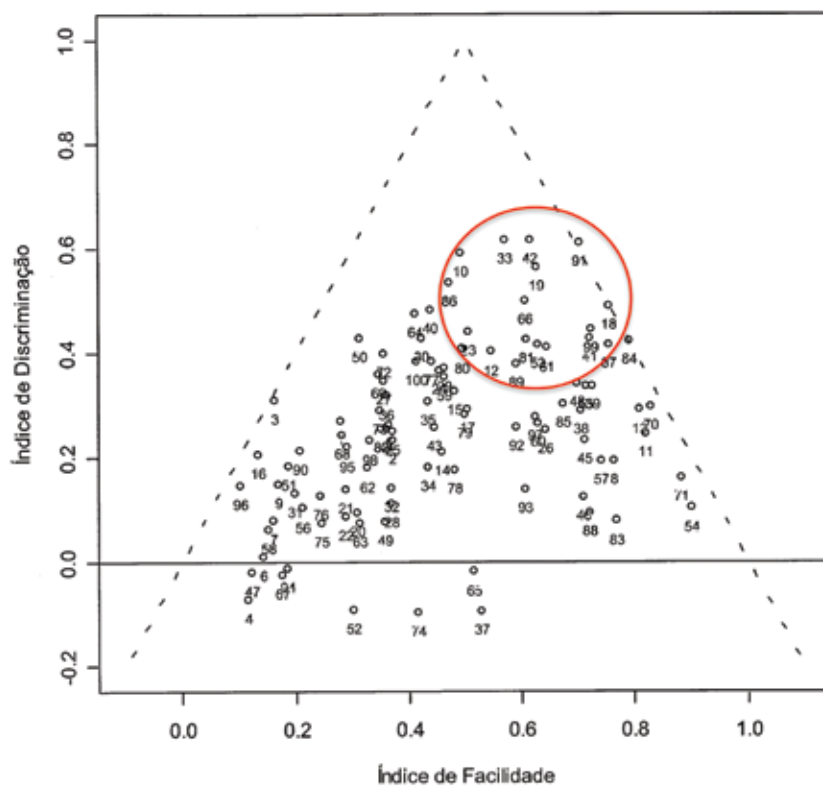


Distribuição das notas - 2008

Prova escrita e Prova oral



SBOT 2008 - Prova objetiva





Examinadores e observadores do TEOT até 2011

A SBOT, pela primeira vez em sua história, decidiu realizar um agradecimento público pelo trabalho precioso dos examinadores e observadores que auxiliaram na aplicação do exame para o Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT). Esta que é uma das melhores provas de especialização do mundo não poderia acontecer por 40 anos sem falhas não fosse pela dedicação voluntária desses colegas. A lista a seguir traz nomes de ortopedistas de várias gerações, especialidades, regiões do país e experiências acadêmicas, que viajam todos os anos para examinar os residentes e garantir a qualidade do ensino e da assistência em saúde no país, ao selecionarem somente os melhores para começarem sua atuação especializada no Brasil.

Ao longo de quatro décadas, a SBOT e também a Comissão de Ensino e Treinamento (CET) mudaram de sede algumas vezes, mudaram várias vezes seus sistemas eletrônicos administrativos internos, mudaram suas equipes muitas vezes. Antes da década de 1980, as listas não eram informatizadas. Por esses e outros motivos, alguns nomes podem ter se perdido: a SBOT pede desculpas se este é o seu caso. Alguns convidados para participar do TEOT como examinadores ou observadores não confirmaram suas presenças em alguns anos, o que pode ter feito com que seus nomes não estejam na lista, mesmo que tenham aparecido de última hora no exame. Muitos colegas de fato auxiliam o TEOT mesmo que não tenham sido oficialmente convidados. A eles e aos “sombras” (os examinadores mais experientes, que todos os anos ajudam a CET com seus conselhos e trabalho voluntário nas vistorias e no dia do exame), a SBOT reserva um agradecimento especial.

O TEOT sempre inspirou uma deliciosa e saudável competição entre os candidatos e também entre os examinadores e observadores: além de discutirem sobre quem tirou primeiro lugar na prova em cada ano, eles também disputam o número de participações voluntárias como examinadores (e alguns chegaram a 37!). Como seria impossível apurar exatamente o tamanho e a importância da contribuição de cada um, a listagem a seguir é democrática: está em ordem alfabética, de maneira que a nossa homenagem será a mesma para os mais velhos e os mais novos, os mais e menos titulados, os que moram mais perto ou mais longe. Todos ajudaram alguma vez, de alguma maneira.

Adailton Silva Reis
 Adalberto Bortoletto
 Adalberto Visco
 Adelio Cassalho Junior
 Ademir Antonio Schuroff
 Adriano Marchetto
 Afrane Serdeira
 Afrânio Donato de Freitas
 Aires Duarte Junior
 Airtton Rodrigues
 Akira Ishida

Alan Eduardo Sanches dos Santos
 Albert James Ambram
 Alberto Abussamra Moreira Mendes
 Alberto Arais Pydd
 Alberto Borges de Medeiros
 Alberto Hamra
 Alberto Naoki Miyazaki
 Alberto Tesconi Croci
 Alceu Gomes Chueire
 Alcides Durigan Junior
 Alcino Cochrane de Affonseca Neto

Alcino Miguel Alchaar Neto
 Alejandro Enzo Cassone
 Aleksei Dickow Sato
 Alessandro Janson Angelini
 Alessandro Paim
 Alessandro Rozim Zorzi
 Alessandro Ulhoa Rodrigues
 Alex Fabiano Dias Pinto
 Alex Guedes
 Alexandre Carneiro Bitar
 Alexandre David
 Alexandre de Almeida
 Alexandre de Bustamante Pallottino
 Alexandre Dias de Souza
 Alexandre Fogaça Cristante
 Alexandre Francisco de Lourenço
 Alexandre Francisco Lourenço
 Alexandre Froes Michelin
 Alexandre Guedes Marcolla
 Alexandre Kusabara
 Alexandre Masullo
 Alexandre Peixoto de Mello
 Alexandre Rosa Pagan
 Alexandre Sadao Iutaka
 Alexandre Takao Shiobara
 Alfeu Claudio Monteiro Piffero
 Alfonso Apostolico Netto
 Alfredo Alcantara Barreto
 Alfredo Sicalo Oborsky
 Almir Luiz Antunes Junior
 Aloisio Fernandes Bonavides Junior
 Alvaro Guimaraes de Lima
 Alvaro Rogerio Novaes Carneiro
 Amâncio Ramalho Jr.
 Ana Carolina Pauleto
 Ana Paula Simoes da Silva
 Anastacio Kotzias Neto
 Anderson Araujo Paiva
 Anderson Freitas
 Andre Bergamaschi Demore
 Andre Carlos Siqueira
 Andre Flavio Freire Pereira
 Andre Gaudencio Ignacio de Almeida
 Andre Kuhn
 Andre Lopes Quintas Alves
 Andre Luis Fernandes Andujar
 Andre Luis Marangoni
 Andre Luis Passos Cardoso
 Andre Luiz Cantao
 Andre Luiz de Campos Pessoa
 Andre Luiz Horta Barbosa
 Andre Luiz Paula de Lima
 Andre Luiz Pomar Couto
 Andre Mathias Baptista

Andre Mauricio Covino V. de Freitas
 Andre Nachiluk
 Andre Pedrinelli
 Andres Edgard Rodriguez Fuentes
 Andrey Sorilha
 Angelo Cortes de Oliveira
 Anna Carolina Pavelec Costa
 Antero Camisa Junior
 Antero Tavares Cordeiro Neto
 Antonio Altenor Bessa de Queiroz
 Antonio Augusto Couto de Magalhaes
 Antonio Augusto Pereira Dantas
 Antonio Barbosa Chaves
 Antônio Carlos Arnone
 Antonio Carlos Bernabe
 Antonio Carlos Canedo
 Antonio Carlos da Costa
 Antonio Carlos dos Santos
 Antonio Carlos Pinto Valadares Filho
 Antonio Eduardo G. Castro Malcher
 Antonio Egydio de Carvalho Jr.
 Antonio Eneas Rangel de Carvalho Junior
 Antonio Fernando dos Santos
 Antonio Luiz Goncalves Brandao
 Antonio Marcelo Goncalves de Souza
 Antonio Marcos Ferracini
 Antonio Olimpio da Silva Moura Costa
 Antonio Sergio Sousa Passos
 Antonio Vitor de Abreu
 Ari Digiacoimo Ocampo More
 Arildo Eustaquio Paim
 Arivan de Moraes Rodrigues
 Arlindo Gomes Pardini Junior
 Arlindo Ricon de Freitas Junior
 Armando Augusto de Almeida Teixeira
 Armando Romani Secundino
 Arnaldo Amado Ferreira Neto
 Arnaldo Bomfim
 Arnaldo Jose Hernandez
 Arnaldo Valdir Zumioti
 Arthur Cleber Telini
 Arthur Silveira de Figueiredo
 Ary Americo Araujo
 Ary da Silva Ungaretti Neto
 Augustin Malzac
 Augusto Braga dos Santos
 Augusto Cesar Monteiro
 Augusto Paulino Soares de Souza
 Augusto Romero Valdetaro
 Aurelio Frota Leitao Junior
 Auro Mitsuo Okamoto
 Ayres Fernando Rodrigues
 Benjamin Dutra Maledo
 Benno Ejnisman

Bernardo Couto Neto
 Bertrand Agra
 Bruno Livani
 Bruno Pinto Coelho Fontes
 Caetano Scalizi Junior
 Caio Augusto de Souza Nery
 Caio Fernando Vicente da Silva
 Caio Goncalves de Souza
 Caio Guedes Moreira da Silva
 Caio Zamboni
 Camilo Gomes e Souza Neto
 Cantidio Salvador Filardi Filho
 Carlos Alberto Almeida de Assunção
 Carlos Alberto da Costa
 Carlos Alberto de Souza Araujo Neto
 Carlos Alberto dos Santos
 Carlos Alberto Montovani Costa
 Carlos Alberto Moreira Kopke
 Carlos Alberto P. de Sant'Anna Filho
 Carlos Alexandre Botelho Do Amaral
 Carlos Alexandre de Oliveira
 Carlos Andre Trench de Souza
 Carlos Antonio Garrido
 Carlos Augusto de Mattos
 Carlos Augusto Finelli
 Carlos Cesar Vassalo
 Carlos Eduardo Algaves Soares Oliveira
 Carlos Eduardo Antonelli Franklin
 Carlos Eduardo Ferreira Fernandes Lopes
 Carlos Fontoura Filho
 Carlos Gomes Ferraresi
 Carlos Gorios
 Carlos Henrique Fernandes
 Carlos Henrique Maçaneiro
 Carlos Henrique Ramos
 Carlos Henrique Ribeiro Do Prado
 Carlos Magno Pinheiro Do Carmo
 Carlos Roberto Garcia
 Carlos Roberto Schwartzmann
 Carlos Roberto Stuart de Araujo Almeida
 Carlos Santiago Marin Postigo
 Carlos Tucci Neto
 Carlos Vicente Andreoli
 Carlson Bastos Binato
 Carolina Paz Munoz Donoso
 Cassiano Leao Bannwart
 Cassio Augusto de Mello Rusconi
 Celia de Conti Zanellato
 Celio Elias
 Celso Augusto Nadaline Simoneti
 Celso Herminio Ferraz Picado
 Celso Kiyoshi Hirakawa
 Celso Massaschi Inouye
 Celso Silva de Toledo

Celso Telmo dos Santos Gomes
 Cesar Antonio de Quadros Martins
 Cesar Augusto Baggio Pereira
 Cesar Prado de Souza
 Cesar Rubens da Costa Fontenelle
 Chang Chia Po
 Cibebe Maria Orsolini
 Cintia Kelly Bittar
 Clark Masakazu Yazaki
 Claudemir Aparecido Ferdinando
 Claudio de Oliveira
 Claudio Freitas Siqueira Mendes
 Claudio Gholmia
 Claudio Henrique Barbieri
 Claudio Monteiro de Barros Arantes Junqueira
 Claudio Pena Gonçalves
 Claudio Roberto Martins Xavier
 Claudio Santili
 Claudio Sollaci
 Claudio Wanderley Luz Saab
 Claus Dietrich Seyboth
 Cleber Antônio Jansen Paccola
 Cleber Ferreira Moreira
 Cleber Jesus Pereira
 Constantino Jorge Calapodopulos
 Cristian Gollo de Oliveira
 Cristian Stein Borges
 Dacio de Moraes Gonçalves
 Dagoberto de Oliveira Campos
 Dan Carai Maia Viola
 Daniel Balbachevsky
 Daniel de Souza Carvalho
 Daniel Marun Coutinho
 Daniel Pinho de Assis
 Daphnis Goncalves de Souza
 Davi de Podesta Haje
 David Nicoletti Gumiero
 Dayan Jose de Oliveira Esteves
 Decio Cerqueira de Moraes Filho
 Decio Costa de Sousa Aguiar
 Decio de Conti
 Delio Eulalio Martins Filho
 Dennis Barbosa
 Dennison Moreira da Silva
 Devair de Santana Junior
 Dilamar Moreira Pinto
 Dino Kussakawa
 Diogo Rath Fingerl Barbosa
 Dirceu Bellizzi
 Dirceu de Andrade
 Djalma Carlos de Araujo Junior
 Domingos Savio de Souza Neri
 Donato D'angelo
 Dulce Helena Grimm

Edegmar Nunes Costa
 Edelmiro Torres Perez
 Eden Dal Molin
 Edgar Edmundo Obando Rojas
 Edgard dos Santos Pereira Jr.
 Edgard Eduard Engel
 Edie Benedito Caetano
 Edilson Forlin
 Edilson Schwansee Thiele
 Edinaldo Cayres de Oliveira
 Edison Jose Antunes
 Edison Luis Dezen
 Edison Noboru Fujiki
 Edmilson Takehiro Takata
 Edson Barreto Paiva
 Edson Gomes da Silva
 Edson Minatel
 Edson Pudles
 Eduardo Alvaro Vieira
 Eduardo Angeli Malavolta
 Eduardo Antonio Rodrigues de Moraes
 Eduardo Barros Puertas
 Eduardo Benegas
 Eduardo da Frota Carrera
 Eduardo de Macedo Varela
 Eduardo Gil França Gomes
 Eduardo Gomes Machado
 Eduardo Luis Cruells Vieira
 Eduardo Rached
 Eduardo Rinaldi Regado
 Eduardo Sadao Yonamine
 Eduardo Souza Teixeira da Rocha
 Egon Erich Henning
 Eiffel Tsuyoshi Dobashi
 Elcio Andre Madruga
 Elcio Landim
 Elisa Maria Decaroli R. de Souza
 Elpidio da Graça
 Elson Sousa Miranda
 Elton Luis Ribeiro Bueno
 Emerson Canella Vallim
 Emerson Kiyoshi Honda
 Emilio Henrique Carvalho de Almendra Freitas
 Enguer Beraldo Garcia
 Ennio Cesar Alexandrino Coutinho
 Epitacio Leite Rolim Filho
 Eric Arruda Villela
 Erik Vecina
 Erika Meirelles Kalil
 Eriko Goncalves Filgueira
 Ernane Avelar Fonseca
 Ernest Alves Fialho
 Ernesto Fernando Rocha
 Ernesto Rodrigues Gama

Eugenio Bomfim de Barros e Azevedo
 Eulalia de Albuquerque Alves Firmo Rocha
 Evando Jose Aguila Gois
 Evandro Pereira Palacio
 Everson de Oliveira Giriboni
 Everton de Lima
 Fabian Equizetto Mulero
 Fabiano Bolpato Loures
 Fabiano Kupczik
 Fabiano Prata Nascimento
 Fabiano Reboucas Ribeiro
 Fabiano Ricardo de Tavares Canto
 Fabiano Scandiuzzi
 Fabio Alexandre Martynetz
 Fabio Anaute Nicolao
 Fabio Eduardo Ferreira Musa
 Fabio Henrique Do Couto Soares
 Fabio Janson Angelini
 Fabio Krebs Goncalves
 Fabio Lucas Rodrigues
 Fabio Pacheco Ferreira
 Fabio Peluzo Abreu
 Fabio Ribeiro Baiao
 Fabio Stuchi Devito
 Fabricio Lenzi Chiesa
 Fabricio Melo Bertolini
 Fausto Rossi Simoes
 Felipe Alves Do Monte
 Felipe Lins Rossi
 Felipe Paiva da Fonseca Rodrigues
 Fernando Antonio Mendes Façanha Filho
 Fernando Araujo Silva Lopes
 Fernando Baldy dos Reis
 Fernando Cesar Silva
 Fernando Furst
 Fernando Gomes Tavares
 Fernando Jose Santos de Pina Cabral
 Fernando Luis de Arruda
 Fernando Milton da Cunha
 Fernando Ruben de Ranieri da Silva Pereira
 Fernando Travaglini Penteado
 Flamarion dos Santos Batista
 Flavio Barbi Filho
 Flavio Dorcilo Rabelo
 Flavio Faloppa
 Flavio Leite Aranha Junior
 Flavio Marcio Lago e Santos
 Flavio Mattuella
 Flavio Moral Turibio
 Flavio Pinto de Toledo
 Flavio Porto Franco Piola
 Flavio Robert Sant'ana
 Francisco Americo de Almeida Silva
 Francisco Antonio Silverio Cafalli

Francisco Assis Pereira Filho
 Francisco Carlos Salles Nogueira
 Francisco Consoli Karam
 Francisco de Assis Juliano Martins
 Francisco Jose Nunes Cardoso
 Francisco Machado
 Francisco Matheus Guimaraes
 Francisco P. Pustiglione dos Santos
 Francisco Ramiro Cavalcante
 Francisco Robson de Vasconcelos Alves
 Francisco Sylvestre Godinho
 Frank Hudson Menezes de Carvalho
 Frank Naoaki Kodama
 Frederico Carlos Jana Neto
 Frederico Gustavo da Luz Ribeiro
 Frederico Paz Genuino de Oliveira
 Fulvio Nicolau Bechelli Filho
 Gabriel de Souza Lima
 Gabriel Paulo Skroch
 Gabriel Pimenta de Moraes Neto
 George Bitar
 Geraldo Ayala Pereira
 Geraldo Iuji Fudo
 Geraldo Rocha Motta Filho
 Gerson Muraro Laurito
 Giana Silveira Giostri
 Giancarlo Cavalli Polesello
 Gilberto de Castro Brandao
 Gilberto Denoziro Valadares da Silva
 Gilberto Ferreira Braga
 Gilberto Francisco Brandao
 Gilberto Hiroshi Ohara
 Gilberto Jose Caçao Pereira
 Gilberto Luis Camanho
 Gilberto Waisberg
 Gildasio de Cerqueira Daltro
 Gildo Moacir de Souza
 Giovanni Serrano Machado
 Giro Alberto Yoshiyasu
 Gisele Cristine Schelle
 Giuliano Ferigotti
 Glauber Jose de Melo Cavalcanti Manso
 Glauco Monteiro Cavalcanti Manso
 Glaucus Cajaty S. Martins
 Glaydson Gomes Godinho
 Gottfried Köberle
 Grimaldo Martins Ferro
 Guaracy Carvalho Filho
 Guilherme Antonio Silva Stratmann
 Guilherme da Silva Junior
 Guilherme Dottori Gaspar
 Guilherme Moura Colares
 Guillermo Oscar Hernandez Tierno
 Gustavo Alves de Mendonça
 Gustavo Coelho Goncalves de Abreu
 Gustavo de Almeida Nunes Gil
 Gustavo Francisco Vasconcelos Nascimento
 Gustavo Ghedini
 Gustavo Henrique da Matta Faria
 Gustavo Jose Labronici
 Gustavo Kaempf de Oliveira
 Gustavo Merheb Petrus
 Gustavo Pacheco Martins Ferreira
 Gustavo Sampaio de Souza Leao
 Gustavo Trigueiro
 Guydo Marques Horta Duarte
 Hamilton Camargo Ribas Filho
 Hamilton da Rosa Pereira
 Helencar Ignacio
 Helio Barroso dos Reis
 Helio Dehon Teixeira Barbosa
 Helio Gonçalves Ribeiro Filho
 Helio Jorge Alvachian Fernandes
 Helio Mandetta
 Helton Hiroshi Hirata
 Helton Luiz Aparecido Defino
 Henrique A. Berwanger de A. Cabrita
 Henrique Antônio Berwanger de Amorim Cabrita
 Henrique Ayzemberg
 Henrique Carlos Lazar
 Henrique Costa Barbosa
 Henrique de Barros Pinto Netto
 Henrique Melo de Campos Gurgel
 Henrique Ribeiro Gonçalves
 Herculano Soares Sabino Neto
 Hidero Sakaki
 Hilario Boatto
 Hilario Maldonado
 Hireno Guara Sobrinho
 Hugo Alexandre de A. Barros Cobra
 Hugo Pestana Mello Filho
 Humberto Mauro Martins Mendes
 Huron de Mello de Souza Meirelles
 Idemar Monteiro da Palma
 Ildeu Afonso de Almeida Filho
 Inacio Diogo Asaumi
 Ingo Schneider
 Irmo Humberto Morelli
 Isaac Sirota Rotbande
 Isnar Moreira de Castro Junior
 Italo Carvalho Ferraz
 Itibagi Rocha Machado
 Itiro Suzuki
 Ivan Chakkour
 Ivan Ferraretto
 Ivan Jose Blume de Lima Domingues
 Ivo Tetsuya Kitaoka
 Jader Wanderley Barros e Silva

Jaime Guiotti Filho
 Jair Moreira Dias Junior
 Jair Ortiz
 Jairo de Andrade Lima
 Jamil Chati Sobrinho
 Jamil Faissal Soni
 Jardelio Mendes Tôrres
 Javier Paz Gomez
 Jefferson Soares Leal
 Jeisner de Avilla Godoy
 Joao Alberto Maradei Cardoso Pereira
 Joao Alirio Teixeira da Silva Junior
 Joao Antonio Matheus Guimaraes
 Joao Antonio Rossi Machado
 Joao Baptista Gomes dos Santos
 Joao Carlos Belotti
 Joao Carlos Lima Souza
 Joao Carlos Nakamoto
 Joao Damasceno Lopes Filho
 Joao de Sousa Gaspar
 Joao Eduardo Barile Ascencio
 Joao Fernando Argento Pozzi
 Joao Fernando Saraiva
 Joao Gilberto Carazzato
 Joao Jose Sabongi Neto
 Joao Mauricio Barretto
 Joao Rodrigues de Oliveira Filho
 Joao Said Sallum
 Joao Wagner Junqueira Pellucci
 Joaquim Maluf Neto
 Joel Murachovsky
 Joilda Fontes Gomes
 Jonas Aparecido Borracini
 Jorge Alberto de Castro Veras
 Jorge dos Santos Silva
 Jorge Eduardo de Schoucair Jambeiro
 Jorge Gilberto Cipriano Mendes
 Jorge Liozi Yamashita
 Jorge Luiz Kriger
 Jorge Luiz Tramontini
 Jorge Mitsuo Mizusaki
 Jorge Pederneiras de Faria
 Jorge Ribamar Bacelar Costa
 Jorge Suman Vieira
 Joscelin Ribeiro dos Santos
 Jose Adolfo Davoli Nabas
 Jose Alberto Dias Leite
 Jose Alexandre Reale Pereira
 Jose Antonio Galbiatti
 Jose Antonio Guelli de Camargo
 Jose Antonio Pinto
 Jose Batista Volpon
 Jose Carlos Affonso Ferreira
 Jose Carlos Amaral Sousa

Jose Carlos Antonio Salomao
 Jose Carlos Barbi Goncalves
 Jose Carlos de Souza
 Jose Carlos Garcia Junior
 Jose Carlos Mizuno
 Jose de Sa Cavalcante Junior
 Jose Edilberto Ramalho Leite
 Jose Eduardo Grandi Ribeiro Filho
 Jose Eduardo Pessoa Teixeira
 Jose Eduardo Terreri
 Jose Felipe Marion Alloza
 Jose Giovanni Parreiras de Assis
 Jose Luis Amim Zabeu
 Jose Luiz Martirani Bernardi
 Jose Luiz Thadeu Pedreira da Silva
 Jose Luiz Villas Boas Novelli Filho
 Jose Marcio Alves Freitas
 Jose Maria Ribeiro de Sa
 Jose Mauricio de Moraes Carmo
 Jose Milton Pelloso Junior
 Jose Octavio Soares Hungria
 Jose Orrico Filho
 Jose Paulo Gabbi Aramburu Filho
 Jose Raimundo Franca
 Jose Raul Chiconelli
 Jose Renato Queiroga de Albuquerque
 Jose Ricardo Negreiros Vicente
 Jose Ricardo Pecora
 Jose Ricardo Thomaz Roso
 Jose Roberto Rossanez
 Jose Roberval de Luna Cabral
 Jose Sergio Franco
 Jose Soares de Azevedo Neto
 Jose Soares Hungria Neto
 Jose Viana de Souza
 Jose Vicente Pansini
 Jose Wilson Do Bonfim Lopes
 Jose Zaronir Ramalho Freitas Filho
 Josiano Carlos Valerio
 Juan Rodolfo Vilela Capriotti
 Julian Rodrigues Machado
 Julianio Campioni
 Julianio Silveira Luiz Vieira
 Julianio Valente Lestingi
 Julio Cesar Carvalho Nardelli
 Julio Cesar Gali
 Julio Cesar Ranzeiro Mathias
 Julio Marques de Carvalho
 Julio Paim Rigol
 Julio Rufino Torres
 Jung Ho Kim
 Junji Miller Fukuyama
 Juraci Rosa de Oliveira
 Jurandir Antunes Filho

Jurandy Silva
 Karlos Celso de Mesquita
 Kennedy Castro Santos
 Kiyoshi Arima
 Kodi Edson Kojima
 Kotoe Umeda
 Lauro Evaristo Bueno
 Lauro Machado Neto
 Lawrence Aquilles Paixao Garcia
 Leandro Guimaraes
 Lelio Carli Batista
 Leonardo Carbonera Boschin
 Leonardo Cortes Antunes
 Leonardo Dau
 Leonardo de Andrade Moreira
 Leonardo Felipe Leite
 Leonardo Heraclio Do Carmo Araujo
 Leonardo Pelucci Machado
 Leonardo Rosa da Rocha
 Leonardo Silluzio Ferreira
 Lilian Helena Dias
 Lin Yu Chih
 Lino Giavarotti Filho
 Liszt Palmeira de Oliveira
 Lucas Braga Jacques Gonçalves
 Lucas Leite Ribeiro
 Luciana Andrade da Silva
 Luciano Alves de Oliveira
 Luciano Augusto Reganin
 Luciano da Rocha Loures Pacheco
 Luciano Elias Barboza
 Luciano Miller Reis Rodrigues
 Lucio Flavio Biondi Pinheiro Jr.
 Lucio Honorio de Carvalho Junior
 Lucio Sergio Rocha Ernlund
 Luciola Assumpcao Alves
 Luciola Assuncao Alves
 Luis Anselmo de Matos Cardoso
 Luis Eduardo Adriano Japiassu
 Luis Eduardo Munhoz da Rocha
 Luis Fernando Zukanovich Funchal
 Luis Gustavo Gazoni Martins
 Luis Marcelo de Azevedo Malta
 Luis Renato Nakachima
 Luis Schiper
 Luiz Afonso Pereira
 Luiz Alberto Jardim da Motta Filho
 Luiz Alberto Michelutti
 Luiz Alvaro de Menezes Filho
 Luiz Angelo Vieira
 Luiz Antonio Callegari
 Luiz Antonio Chanquette
 Luiz Antonio Cordeiro de Loyola
 Luiz Antonio Martins Vieira

Luiz Antonio Munhoz da Cunha
 Luiz Antonio Vicente Mathias dos Santos
 Luiz Carlos Angelini
 Luiz Carlos Ferreira da Silva
 Luiz Carlos Koreyasu Porto
 Luiz Carlos Milazzo
 Luiz Carlos Ribeiro Lara
 Luiz Carlos Sobania
 Luiz Eduardo Cardoso Amorim
 Luiz Eduardo Moreira Teixeira
 Luiz Egidio Costi
 Luiz Felipe dos Santos Martins Filho
 Luiz Fernando Bonaroski
 Luiz Gustavo Dal'Oglio da Rocha
 Luiz Gustavo Silva Seixas
 Luiz Henrique Mandetta
 Luiz Henrique Tumolo
 Luiz Koiti Kimura
 Luiz Marcelo Bastos Leite
 Luiz Mario Bellegard
 Luiz Mauro Motta
 Luiz Otavio Sampaio Penteado
 Luiz Philippe Westin C. Vasconcellos
 Luiz Renato Brand
 Luiz Renato Drumond Americo
 Luiz Roberto Gomes Vialle
 Luiz Roberto Stigler Marczyk
 Luiz Sergio Marcelino Gomes
 Luiz Simbalista Neto
 Manlio Mario Marco Napoli
 Manoel Ilidio Pinto Pinheiro
 Manoel Loyola Andrade
 Manuel Joaquim Diogenes Teixeira
 Marcello Martins de Souza
 Marcello Oliveira Barbosa
 Marcelo Abagge
 Marcelo Andre Rocha Ostrowski
 Marcelo Araf
 Marcelo Back Sternick
 Marcelo Bezerra Mathias
 Marcelo Bueno Pereira
 Marcelo Camargo de Assis
 Marcelo Capela Gomes
 Marcelo Carvalho Krause Goncalves
 Marcelo Costa de Oliveira Campos
 Marcelo da Silva Scisinio Dias
 Marcelo de Azevedo e Souza Munhoz
 Marcelo de Pinho Teixeira Alves
 Marcelo Fernandes Tribst
 Marcelo Fregoneze
 Marcelo Hide Matsumoto
 Marcelo Hubner Neves
 Marcelo Itiro Takano
 Marcelo Lopes Fernandes

Marcelo Pires Prado
 Marcelo Rangel Pamfilio de Souza
 Marcelo Rezende da Silva
 Marcelo Salvador Filardi
 Marcelo Schmidt Navarro
 Marcelo Seiji Kubota
 Marcelo Tadeu Caiero
 Marcelo Tavares de Oliveira
 Marcelo Teodoro Ezequiel Guerra
 Marcelo Tomanik Mercadante
 Marcelo Ubirajara Carneiro
 Marcelo Vinicius Alves da Silva
 Marcelo Wajchenberg
 Marcelo Wescher Cury
 Marcelo Wiltemburg Alves
 Marcia Aparecida Sueko Arima
 Marcia Uchoa de Rezende
 Marcio Alves Cruz
 Marcio Benevento
 Marcio Carpi Malta
 Marcio de Faria Freitas
 Marcio de Oliveira Carneiro
 Marcio do Amaral Camargo Pedro
 Marcio Eduardo de Melo Viveiros
 Marcio Eduardo Kozonara
 Marcio Fernando Ap. de Moura
 Marcio Gali Ribeiro
 Marcio Garcia Cunha
 Marcio Ibrahim de Carvalho
 Marcio Issamu Oide
 Marcio Luis Guedes Bolognani
 Marcio Rangel Valin
 Marcio Raphael Pozzi
 Marcio Regis de Souza
 Marcio Schiefer de Sa Carvalho
 Marcio Theo Cohen
 Marco Antonio Ambrosio
 Marco Antonio Batista
 Marco Antonio de Castro Veado
 Marco Antonio Naslauskys Mibielli
 Marco Antonio Pedroni
 Marco Antônio Percope de Andrade
 Marco Antonio Rocha Afonso
 Marco Antonio Sarquis Ude
 Marco Antonio Schueda
 Marco Aurelio de Oliveira
 Marco Aurelio Rancanti
 Marco Aurelio Sertorio Grecco
 Marco Aurelio Telöken
 Marco Bernardo Cury Fernandes
 Marco Kawamura Demange
 Marco Tulio Costa
 Marco Tulio Lopes Caldas
 Marco Vinicio Sauberman

Marcos Alves Correia
 Marcos Antonio Almeida Matos
 Marcos Antonio Pereira Lima
 Marcos Antonio Tebet
 Marcos Aurelio Silveira
 Marcos Britto da Silva
 Marcos de Andrade Corsato
 Marcos Donato Franco de A. Serra
 Marcos Emilio Kuschnaroff Contreras
 Marcos Esner Musafir
 Marcos Henrique Ferreira Laraya
 Marcos Henrique Frauendorf Cenni
 Marcos Hideyo Sakaki
 Marcos Hono
 Marcos Jose Cortelazo
 Marcos Luiz Santarosa
 Marcos Noberto Giordano
 Marcos Paulo de Souza
 Marcos William Fridman
 Marcus Andre Costa Ferreira
 Marcus Aurelio Preti
 Marcus Vinicius Malheiros Luzo
 Marcus Vinicius Moreira
 Marcus Vinicius Mota Garcia Moreno
 Marcus Vinicius Shoit Yomura
 Maria Alice Garcia de Mello
 Maria Cecilia de Conti
 Maria Fernanda Silber Caffaro
 Mario Augusto Sereno Fernandes
 Mario Carneiro Filho
 Mario da Paz Alves
 Mario Dirani
 Mario Ferretti Filho
 Mario Henrique Loureiro
 Mario Jorge Lemos de Castro Lobo
 Mario Kuhn Adames
 Mario Massatomo Namba
 Mario Sergio Paulillo de Cillo
 Marisa de Souza e Silva Morelli Gironde
 Mark Deeke
 Marlus Eduardo Gunia Schiavon
 Marzo Nunes Santos
 Massami Matsuda
 Mateus Saito
 Matheus Braga Jacques Goncalves
 Mauricio Benedito Ferreira Caetano
 Mauricio de Araujo Allet
 Mauricio Etchebehere
 Mauricio Gonzaga de Castro
 Mauricio Jose Cicchelli de Sa
 Mauricio Kfuri Junior
 Mauricio Santos Gusmao
 Mauricio Wanderley Moral Sgarbi
 Mauro Batista Albano

Mauro dos Santos Volpi
 Mauro Duarte Caron
 Mauro Fagundes Dornelles
 Mauro Gualberto Coelho
 Mauro Jose Superti
 Mauro Luiz Fuchs
 Max Alves Cavalcante
 Max Rogerio Freitas Ramos
 Michael Simoni
 Michael Yuri Farias de Sa
 Miguel Akkari
 Miguel Lessa Gonçalves
 Miguel Sad Neto
 Mikael Borges
 Milton Valdomiro Roos
 Mohty Domit Filho
 Moises Cohen
 Moyses Elias
 Mucio Brandao Vaz de Almeida
 Murilo Antônio Rocha
 Murilo Reis Gonçalves
 Mustafa Ahmad Zoghbi
 Naasson Trindade Cavanellas
 Narcisio Severiano Do Nascimento
 Nei Botter Montenegro
 Nelson Alejandro Cuello Sena
 Nelson Elias
 Nelson Franco Filho
 Nelson Gennaro Junior
 Nelson Henrique Carvalho de Oliveira
 Nelson Hiroyuki Miyabe Ooka
 Nelson Keiske Ono
 Nelson Mattioli Leite
 Nelson Otsuka
 Nelson Ravaglia de Oliveira
 Nestor Muzzi Ferreira Filho
 Newton Antonio Tristao
 Ney Coutinho Pecegheiro do Amaral
 Nicola Archetti Netto
 Nicolas Gerardo Gomez Cordero
 Nilson Roberto Severino
 Nilton Mazzer
 Olavo Masakazu Hirashima
 Olavo Pires de Camargo
 Oscar Bertino de Almeida Oliveira Filho
 Osmar Avanzi
 Osmar Pedro Arbix de Camargo
 Osmar Valadao Lopes Junior
 Osny Salomao
 Osvaldo Andre Serafini
 Osvaldo Clinco Junior
 Osvaldo Guilherme Nunes Pires
 Osvaldo Jose de Conti
 Osvaldo Luiz Moraes da Silva

Osvandre Luiz Canfield Lech
 Oswaldo Heitor Nallin Junior
 Otaviano de Oliveira Junior
 Otavio Caraciolo Borba
 Pablo Moura de Andrade Lima
 Paolo Chimisso
 Patricia Maria de Moraes Barros Fucs
 Paulo Afonso Xavier Kuplich
 Paulo Bertol
 Paulo Cesar Faiad Piluski
 Paulo Cesar Ferreira Penteadado
 Paulo Cesar Villani
 Paulo Cesar Zuccon de Faria
 Paulo Cezar de Malta Schott
 Paulo Cezar Schutz
 Paulo Cezar Ventura Fonseca Monteiro
 Paulo dos Santos Dutra
 Paulo Ferreira Vicente
 Paulo Frederico de Carvalho
 Paulo Gessullo
 Paulo Gilberto Cimbalista de Alencar
 Paulo Giordano Baima Colares
 Paulo Guimaraes de Souza
 Paulo Gustavo Manhaes Rodrigues
 Paulo Henrique de Castro Correa
 Paulo Henrique Murtinho Couto
 Paulo Henrique Risk Martins
 Paulo Hernani Carneiro Mota
 Paulo Keniti Kume
 Paulo Masanori Taniguchi
 Paulo Randal Pires
 Paulo Roberto Barbosa de Toledo Lourenço
 Paulo Roberto Brum
 Paulo Roberto de Almeida Silveares
 Paulo Roberto dos Reis
 Paulo Roberto Santos Neto
 Paulo Roberto Vilaça Junior
 Paulo Rogerio Ferreira
 Paulo Rogerio Zanutto Salles
 Paulo Sergio Contador Miras
 Paulo Sergio dos Santos
 Paulo Sergio Fonseca
 Paulo Sergio Milan Robazzi
 Pedro Alberto Silverio de Oliveira
 Pedro Doneux Santos
 Pedro Francisco Tucci Neto
 Pedro Henrique Barros Mendes
 Pedro Ivo Ferreira de Carvalho
 Pedro Jose Labronici
 Pedro Jose Pires Neto
 Pedro Pericles Ribeiro Baptista
 Plinio Montemor
 Radanezi Potengy Junior
 Rafael Kennedy Gomes de Oliveira

Rafael Trevisan Ortiz
 Raimundo Nunes Lisboa
 Ralph Walter Christian
 Rames Mattar Junior
 Ramon Cano Garcia
 Raniero Magnabosco Laghi
 Regina Yumi Saito
 Remi Antônio Zardo
 Renato Amorim
 Renato Brito de Alencastro Graça
 Renato Cesar Sahagoff Raad
 Renato de Moraes
 Renato Joao Muniz Teixeira
 Renato Ribeiro Gonçalves
 Renato Souza Pinto
 Renato Tadeu dos Santos
 Rene Jorge Abdalla
 Reynaldo Jesus Garcia Filho
 Ricardo Affonso Ferreira
 Ricardo Alexandre Pinto Laranjeira
 Ricardo Britto Cotias
 Ricardo Cardenuto Ferreira
 Ricardo de Paula Leite Cury
 Ricardo Dizioli Navarro
 Ricardo Ezidio Andrade Bandeira
 Ricardo Fonseca Ribeiro
 Ricardo Horta Miranda
 Ricardo Jose Vercelli
 Ricardo Munir Nahas
 Ricardo Pinheiro dos Santos Bastos Filho
 Ricardo Rosito
 Ricardo Sanches Brosco
 Ricardo Souza e Silva Morelli
 Ricardo Sprenger Falavinha
 Ricardo Stival Fontoura
 Riccardo Gomes Gobbi
 Richard Armelin Borger
 Richard Luzzi
 Rickson Guedes de Moraes Correia
 Robert Meves
 Roberto Schmidt
 Roberto Androsioni
 Roberto Antônio Vigioli
 Roberto Antonioli da Silva
 Roberto Attilio Lima Santin
 Roberto da Cunha Luciano
 Roberto Dantas Queiroz
 Roberto Della Torre dos Santos
 Roberto Etsuo Fukuda
 Roberto Freire da Mota e Albuquerque
 Roberto Guarniero
 Roberto Kompatscher
 Roberto Luiz Sobania
 Roberto Reggiani

Roberto Ryuiti Mizobuchi
 Roberto Schmidt Neto
 Roberto Sergio de Tavares Canto
 Roberto Yukio Ikemoto
 Roberto Zeltzer
 Robinson Esteves Santos Pires
 Robson Paixao de Azevedo
 Rodrigo Arnold Tisot
 Rodrigo Barreiros Vieira
 Rodrigo Campos Pace Lasmar
 Rodrigo Castello Branco Manhaes Boechat
 Rodrigo de Andrade G. Peixoto
 Rodrigo de Oliveira
 Rodrigo Ernesto Montañó Perez
 Rodrigo Ferreira Montalvo
 Rodrigo Goncalves Pagnano
 Rodrigo Ilha Algarve
 Rodrigo Montezuma Cesar de Assumpcao
 Rodrigo Pereira da Silva Nunes
 Rodrigo Pereira Guimaraes
 Rodrigo Rezende
 Rodrigo Ribeiro Pinho Rodarte
 Rodrigo Sattamini Pires e Albuquerque
 Rodrigo Villas Boas Pinto
 Rogerio Carneiro Bitar
 Rogerio de Sousa Gouvea
 Rogerio Franco de Araujo Goes
 Rogerio Fuchs
 Rogerio Joao de Freitas
 Rogerio Maciel Nobre
 Rogerio Miranda de Melo
 Rogerio Naim Sawaia
 Rogerio Savoy Machado
 Romero Bezerra Cavalcanti Mendes
 Romeu Krause Gonçalves
 Romildo Merçon Amorim
 Ronaldo Jorge Azze
 Ronaldo Percopi de Andrade
 Ronaldo Silva de Oliveira
 Roni Azevedo Carvalho
 Rubens Antonio Fichelli Junior
 Rubens Barbieri Leme da Costa
 Rubens Salem Franco
 Rudelli Sergio Andrea Aristide
 Rui dos Santos Barroco
 Rui Jose Fernandes
 Rui Maciel de Godoy Jr.
 Rui Portugal
 Rui Sergio Monteiro de Barros
 Ruy Rocha de Macedo
 Salim Mussi Filho
 Samuel Ribak
 Sandoval Felicissimo Diniz
 Sandro Barbosa dos Santos Gomes

Sandro da Silva Reginaldo
 Sandro Marcilio Pereira Gomes
 Saulo Barbar
 Saulo Monteiro dos Santos
 Sebastiao Vieira de Moraes
 Sergei Taggesell Fischer
 Sergio Artur Manfredini Vianna
 Sergio Daher
 Sergio Damiao Santos Prata
 Sergio de Oliveira Bruno Belluci
 Sergio Delmonte Alves
 Sergio dos Santos Antonio
 Sergio Eduardo Vianna
 Sergio Lang
 Sergio Luiz Checchia
 Sergio Luiz Côrtes da Silveira
 Sergio Mainine
 Sergio Marinho de Gusmao Canuto
 Sergio Mendonça
 Sergio Nogueira Drumond
 Sergio Roberto Canarim Danesi
 Sergio Rocha Piedade
 Sergio Satoshi Kuwajima
 Sergio Silva Avila
 Sergio Swain Müller
 Sergio Yoshimasa Okane
 Sergio Zylbersztejn
 Sesnone Ferreira Alves
 Sidney Mathias Quintas
 Sidney Silva de Paula
 Silvio Luiz Borges Pereira
 Silvio Neupert Maschke
 Silvio Pereira Coelho
 Sizinio Kanan Hebert
 Stelio Galvao
 Susana dos Reis Braga
 Sydney Abrao Haje
 Sylvio Eduardo Reis de Castro Alves
 Takemitsu Yamamuti
 Takeshi Chikude
 Tarcisio Eloy Pessoa de Barros Filho
 Telmo Jose dos Santos Magalhaes
 Thomas Andreas Huber
 Tiago de Moraes Gomes

Tito Henrique de Noronha Rocha
 Toshiyuki Ujikawa
 Trajano Sardenberg
 Tulio Albuquerque de Moura Rangel
 Tulio Diniz Fernandes
 Tulio Pereira Cardoso
 Valdecir Volpato Carneiro
 Valdir Steglich
 Valter Penna
 Vanderson Antonio Barboza de Araujo
 Vania G. Davila
 Verônica Fernandes Vianna
 Vicente de Paulo Nogueira da Gama
 Victor Braulio Caiaffa
 Victor Marques de Oliveira
 Vilson Ulian
 Vincenzo Giordano Neto
 Vinicius Schott Gameiro
 Vitorino Secomandi Lagonegro
 Wagner Guimaraes Lemos
 Wagner Miyadi
 Wagner Nogueira da Silva
 Wagner Silveira Caiafa
 Walberto Kushiya
 Waldemar de Souza Junior
 Walter de Oliviera Villas
 Walter Hamilton de Castro Targa
 Walter Manna Albertoni
 Walter Meohas
 Walter Rodrigo Daher
 Walter Yoshinori Fukushima
 Wander Edney de Brito
 Wanderlei Ferreira Motta
 Wellington Farias Molina
 Wesley Max Ramos
 Weverley Rubele Valenza
 William Dias Belangero
 Wilson de Mello Alves Junior
 Wilson Roberto Rossi
 Wolf Akl Filho
 Wu Tu Chung
 Yussef Ali Abdouni
 Zartur Barcelos Menegassi



O desafio do TEOT segundo os candidatos

Osvandré Lech

A prova para obtenção ao Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia (TEOT) movimenta anualmente milhares de pessoas em todos os cantos do país e assumiu a vanguarda dentre as especialidades médicas brasileiras pela qualidade, retidão, avanço tecnológico. Todos os anos, em todas as residências médicas do país, na primeira reunião de orientação aos novatos, a expressão “estudem desde já para o TEOT” obrigatoriamente será mencionada pelos residentes mais veteranos, pelo instrutor, pelo preceptor, e pelo chefe de serviço. Não é assunto para o final da residência. É desafio já no primeiro dia!

A análise do desempenho dos residentes do serviço na prova de janeiro é realizada em março já na presença dos novatos. Quem foi bem, quem foi mal, quem acertou as de trauma, quem acertou as de ciências básicas. A conversa pode ser amena se o resultado foi o esperado, mas fica séria se houve alguma reprovação. Seríssima se o serviço entrou em moratória.

Três anos passam mais rapidamente do que se imagina. Plantões, ambulatorios, rotina hospitalar, centro cirúrgico, aulas, jornadas, congressos, extensa bibliografia, provas de avaliação, TARO (Teste de Avaliação do Residente em Ortopedia) para avaliar o desempenho de acordo com o ano de residência, cursos de imersão organizados pelas regionais. A expressão “TEOT” passa, ao longo da residência, a ocupar lugar cada vez mais central na vida do residente. Cada um deles reagirá de forma diferente frente a mais este desafio intelectual no início de vida profissional. Na prática, esta reação é o resultado do aprendizado em tenra idade, no convívio familiar, de como enfrentar pressões e decisões e também as experiências vividas em situações semelhantes ao longo da infância e adolescência. A estrutura do serviço de residência também contribui para tal reação. Por fim, a visão do professor como modelo, como orientador, como treinador é igualmente importante.

Este capítulo finaliza o livro trazendo depoimentos de diferentes ortopedistas de diferentes partes do país que realizaram o TEOT em diferentes épocas. Um “mix” imperdível de opiniões.

O exame para obtenção do título da SBOT é um evento marcante na vida dos ortopedistas. É o momento em que podemos concretizar o nosso sonho e corresponder às expectativas das pessoas que apostaram e investiram tanto em nós: nossos pais, nossa família, amigos e os nossos mestres da residência médica, que tanto se empenharam em formar e informar ortopedistas à altura desta honrada Sociedade. Durante o exame, é notório o cuidado, a organização, o respeito e a inovação na forma de avaliação do candidato; senti-me realmente prestigiado. Mas o melhor veio no dia seguinte, quando o resultado do exame saiu e eu realmente me senti inserido neste seleto grupo de profissionais, que admiro e que fizeram questão de me acolher tão bem desde o início. Vejo o exame como uma recepção de boas vindas dos amigos desta grande família que é a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Sou membro titular com muito orgulho. Um abraço a todos.

Alexandre Tietzmann

Campinas (SP)
TEOT 6969

O TEOT significou a minha afirmação como ortopedista. No já distante e quente janeiro de 1994, ao adentrar o ginásio da Unicamp, da parte de cima das arquibancadas podíamos ver todas aquelas dezenas de mesas alinhadas na quadra e tínhamos a sensação de que estávamos indo para um matadouro. O primeiro ano da prova de exame físico. A espera para ser chamado. A descida da arquibancada. Tudo era cercado de insegurança e apreensão. Mas, ao iniciar a prova oral, percebi que o que valia, e a prova ainda avalia, é apenas o conhecimento do candidato. Saí de lá com a sensação de era Ortopedista, com “O” maiúsculo. Com este título, além de me tornar membro da SBOT, pude fazer dois R4s no Brasil e dois fellows nos EUA. O TEOT abriu as portas do meu futuro. Muito me orgulho em ser membro titular da SBOT.

André Luís Fernandes Andújar

Florianópolis (SC)
TEOT 5435

É natural que ocorram leves processos de ansiedade antes de qualquer atividade do tipo de competição ou que ateste a capacidade física ou intelectual. Todas as reações normais de medo e de insegurança, se muito intensas, podem trazer influências negativas nos resultados de quaisquer testes de conhecimento. Com estes ensaios prévios ao TEOT, como se tem feito, atualmente, tem-se percebido uma melhora significativa do grau de conhecimento dos residentes. Secundariamente as aflições, dúvidas e preocupações excessivas são minimizadas. Parabéns à SBOT que vem trabalhando com seriedade para todos nós.

Arildo Paim

Belo Horizonte (MG)
TEOT 1695

Recordo como se fosse ontem, janeiro de 1986, fiz a minha prova de TEOT em Campinas; sempre relato com orgulho de pertencer a uma última turma de dois anos de residência em Curitiba, concorrendo com vários serviços já com três anos de preparação, e consegui, junto com mais quatro colegas do serviço, ficar entre os primeiros 17 colocados, não consegui obter o primeiro lugar, que eu queria, mas satisfeito com o décimo quarto. É uma sensação difícil de descrever; como residente, tendo a preocupação de não decepcionar as pessoas que acreditavam na nossa capacidade; preocupação de não atrapalhar um futuro que exige uma boa colocação na prova, ao mesmo tempo, o temor da tragédia de ser reprovado; lidar com o sentimento de receio, medo de falhar, abalar o orgulho, autoestima, a incerteza do futuro de não alcançar a meta traçada, a ansiedade de encarar o desafio, de competir e a vontade de vencer. Com o esforço, a dedicação, o sacrifício, enfim, a recompensa: “APROVADO”; surge sentimento de alegria, orgulho, autoestima, muita paz, a sensação do dever e a missão cumpridos e ter o reconhecimento de todos, sentindo-se um vencedor, um verdadeiro campeão do torneio após anos de preparação; diria, sim, a satisfação de ser aprovado no TEOT é tão boa quanto a satisfação de um orgasmo.

Chang Chia Po

Manaus (AM)

TEOT 1029

Há exato um ano, estava eu e amigos de residência em preparação final para a prova de título de especialista em Ortopedia e Traumatologia da SBOT. Tínhamos a consciência tranquila de ter feito, ao longo dos três anos de formação, todo o estudo e preparação necessária, mas concentrávamos neste último período, toda força e dedicação. Havia um misto de sensações: medo do resultado de uma prova; certeza do dever cumprido, de uma boa formação e de um compromisso contínuo com o paciente; e ansiedade de um futuro ainda incerto. O medo e ansiedade foram profiláticos. A prova em si retratou bem a realidade durante nossa prática diária, com casos e situações corriqueiras. Sem dúvida nenhuma, a sensação de vitória após a passagem, com um resultado favorável no TEOT, foi ímpar. O fortalecimento da classe, materializada na capacitação e aprendizagem dos seus integrantes, é fundamental para manutenção da qualidade dos serviços prestados, e prova disso é o teste de especialista em Ortopedia. A titulação, especificamente, concretizou minha formação complementar, hoje em cirurgia do Joelho no Hospital Madre Teresa, além de contato internacional em Lyon/França, via bolsa de estudos concedida pela EFORT para a SBOT, para especialização em Cirurgia Reconstructora e Ligamentar ao Nível do Joelho e Medicina Esportiva. Daqui para frente, novas sensações ainda por vir e novos obstáculos a ultrapassar.

Eduardo Frois Temponi

Belo Horizonte (MG)

TEOT 12265

A prova para o título de ortopedia e traumatologia é o objetivo de todo residente da área no país, mas nem todos têm idéia da importância desse momento antes de entrar na residência de fato. Foram três anos de aulas diárias e estudo continuado, sendo que a apreensão e a cobrança aumentavam conforme o tempo ia passando. Tudo isso culminou na saída do hotel para a prova em

Campinas, onde pude ver centenas de pessoas na mesma condição. Passei dois dias de intensa ansiedade e o resultado final daquele ano foi entregue com mais de 24 horas após ter deixado Campinas. Com o resultado dessa prova, tive a garantia da vaga na especialidade desejada – ombro e cotovelo no IOT, Passo Fundo –, e posteriormente a oportunidade de seguir como instrutor do serviço de residência no IOT, Joinville.

Gabriel El Kouba Jr.

Joinville (SC)
TEOT 11534

Tinha duas preocupações com a prova do TEOT. As duas referiam-se à prova oral. A primeira era o medo de esquecer a resposta no segundo seguinte à pergunta. Sabe aquele branco do nervosismo? E a segunda era um medo também, embutido em nós, residentes da época, sobre os examinadores. Que poderíamos ser examinados por algum ortopedista muito rígido, mal-humorado, e que isso pudesse nos prejudicar. Acabou que... não houve branco e não houve mau humor. As duas bancas foram ótimas. Os quatro examinadores foram atenciosos e éticos. Lembro em especial do Prof. Manlio Napoli, que conduziu as perguntas de uma forma calma e segura.

Giana Silveira Giostri

Curitiba (PR)
TEOT 4015

Desde o início da residência, há um enfoque na prova de obtenção do título da SBOT, primeiro pela necessidade de grande dedicação e preparo, assim como tudo que é envolvido, como além da possibilidade de realização de uma subespecialização, de fazer parte da Sociedade de Ortopedia e Traumatologia. Angústias e preocupações tornam-se frequentes pela extensa área a ser estudada, assim como o momento da prova do TEOT. Dentro disso, a parte mais angustiante é quando se vê a estrutura que é envolvida em torno do TEOT, como local, as bancas examinadoras e a quantidade de pessoas como o mesmo objetivo. Apesar do desconforto e medo inicial na realização da prova, tudo é recompensado quando ao final se obtém a aprovação, e a satisfação de confirmar o preparo, os estudos e dedicação realizados para exercer a ortopedia e traumatologia.

Gustavo Barboza de Oliveira

Brasília (DF)
TEOT 12299

O que significou o TEOT para mim? Na minha opinião o TEOT foi e será sempre a principal e mais importante avaliação da minha vida, pois ele é a etapa final do jornada que se iniciou com o vestibular e a etapa inicial da jornada que se inicia após o término da residência. Eu prestei a prova em 2005, no 34o TEOT, após realizar minha residência na PUC-Campinas, quando as questões eram “Certo, Errado e Não Sei” e uma errada anulava uma certa... O que elevava nossa ansiedade com o resultado final. Lembro da noite antes da prova: dormir era a missão mais difícil e, na quinta à noite, estávamos, eu e João, no coquetel

da CET para os examinadores esperando e depois comemorando, mas sem abusos, a aprovação na primeira fase... No sábado, após a aprovação final, mais uma noite sem dormir. A felicidade era indescritível, ao ponto de descermos a rampa do Royal virando cambalhotas... Hoje, como assistente e preceptor dos residentes do Hospital Celso Pierro (PUC-Campinas), eu vejo o TEOT como uma avaliação completa e com o maior grau de excelência que uma avaliação com este objetivo pode ter. Muito obrigado à SBOT e à CET por preparem esta avaliação, que ficará sempre na memória de todos nós que passamos por ela como o mais importante objetivo alcançado em nossa vida profissional, pois sem ele nada mais viria.

Gustavo Coelho G. de Abreu

Campinas (SP)

TEOT 9869

A prova para obtenção de título reúne expectativas acumuladas de três anos de residência para ortopedia, e em apenas dois dias são testados os conhecimentos acumulados. A ansiedade, nervosismos tomam lugar em todos os momentos desde a prova teórica até o final da prova de exame físico. Em alguns momentos desta jornada, a experiência dos examinadores contribuiu para diminuir a tensão e estresse presentes, fazendo com que os candidatos a título mostrem realmente conhecimentos capazes de aprová-lo. O bom relacionamento e a experiência da equipe de provas é essencial para o sucesso do candidato a obtenção do título do TEOT, sendo essa sensação inigualável na jornada da vida do ortopedista.

Isnard Alves Ferreira Jr.

Belém (PA)

TEOT 12345

Em Janeiro de 1986, eu e mais seis residentes de Brasília fomos a Campinas (SP) para realizar o 14º TEOT. Missão mais que importante devido ao fato de que os serviços de Brasília estavam em moratória imposta pela SBOT. Tivemos uma prova muito difícil, com 250 questões na prova escrita, 60 slides na prova prática e entrevista com duas autoridades da Ortopedia Brasileira. Ao terminar o exame, um peso enorme saiu de minhas costas, sabia que tinha sido aprovado. Conseguimos tirar a moratória dos serviços de residência e, com isso, tive inúmeras portas abertas para o início de minha profissão. Sem contar a valorização do meu currículo: onde eu o apresentava, o fato de ser membro titular da SBOT tornava tudo muito fácil e com muitas vantagens. Hoje em dia, a importância do TEOT ainda está muito maior. Valoriza o profissional e o qualifica a realizar uma subespecialidade. A evolução e crescimento da SBOT nos últimos anos a qualifica como uma sociedade que oferece inúmeras vantagens aos seus membros titulares. Revista de qualidade indiscutível, participação em sistema on-line de aulas, acesso ao Journal of Bone and Joint Surgery (JBJS), Congresso Brasileiro de alto nível e outras. Isso não só valoriza a SBOT mas muito mais os seus membros titulares, que a fizeram ser desta forma.

Joao Eduardo Simionatto

Brasília (DF)

TEOT 1432

Na linha dura imposta pelo falecido Prof. Nova Monteiro (do Hospital Municipal Miguel Couto, no Rio de Janeiro), tínhamos uma seleção prévia, através de provas e desempenho, dos residentes que seriam inscritos para realizar o exame do TEOT. Então, durante os três anos de residência, estudar muito e mostrar serviço eram condições essenciais para ser indicado a realizar a prova. A responsabilidade de ser aprovado e representar o serviço de treinamento podem gerar ansiedade e angústia, porém, para quem conseguiu aproveitar bem a residência e seu programa de estudo, naturalmente essas duas sensações são superadas quando se inicia o exame e a segurança vai aumentando, conforme o andamento de suas etapas. No final, com a aprovação e título conseguido, a satisfação e sensação do dever cumprido são altamente gratificantes. As portas se abrem, o reconhecimento é pleno e o continuísmo da educação fica dentro de cada um de nós.

Marcelo Soares de Vita

Rio de Janeiro (RJ)
TEOT 7139

A prova da SBOT foi um divisor de águas para mim: é quando a gente realmente tem que provar para os outros e para nós mesmos que todo o esforço realizado para chegar até esse momento não foi em vão.

Michel Bervian

Porto Alegre (RS)
TEOT 12057

Renovação e estímulo. É isso que sentimos ao sermos aprovados nesta árdua prova para membro titular da SBOT. Penso que ela serve para avaliar os novos profissionais que ingressam no mercado de trabalho e que atenderão as populações. Mais importante ainda, a prova avalia também os serviços que formam esses profissionais. Em muitos locais do país, parece ser um ótimo meio para diferenciar os profissionais. Respeito muito esta atividade da nossa SBOT.

Narcísio Severiano do Nascimento

Natal (RN)
TEOT 5356

O IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) de Passo Fundo inaugurou o ensino em 1980, quando assumi a única vaga. Como R1 fiz plantão “full time” e o meu R1 foi Marco Antônio Pereira dos Santos. Pertenci à geração “dois anos de residência”. Apreendi muito mais na prática do que na teoria com os excelentes Bertol, Gouveia, Saggin e Pozzi. No Hospital-Escola São Vicente, meus colegas foram o Pedro Juarez Calieron e o Edio Fontana, do Pronto Socorro de Fraturas. Não tínhamos a noção do que representava o TEOT, pois não mantínhamos contato com outros residentes. Na época, o título tinha pouco valor para quem queria “trabalhar no interior”, pois sequer existia ortopedista em número suficiente. Para “ficar no Serviço”, a exigência era a aprovação no TEOT.

Janeiro de 1982. Fui de Passo Fundo a São Paulo e daí para Ribeirão Preto. De ônibus. Tempos difíceis aqueles. Lembro-me do carinho com que nós, residentes, fomos tratados... Lembro-me do livrinho com imagens xerocadas para a prova oral. Lembro-me da prova teórica e suas respostas em cartão magnético. Lembro-me de fisionomias amigas do Márcio Ibrahim, do Camilo Xavier, do Carazatto. Lembro-me da típica agitação dos examinadores e da notícia da aprovação no honroso 18º lugar recebida muitos dias depois. Uma super-conquista! E já está fazendo 30 anos...!

Fui aceito no Serviço. Ajudei na implantação da cirurgia da mão, depois da cirurgia do ombro e investi grande energia na educação das novas gerações de residentes e fellows (os R4) inicialmente em Passo Fundo e depois em muitos outros locais e serviços.

De lá para cá aprendi muito sobre o significado do TEOT e sua importância no processo educativo da ortopedia brasileira. Décadas como examinador e como líder dentro da SBOT me permitiram acompanhar a melhoria do padrão de ensino, a profissionalização da prova, seus desafios e conquistas, seus acertos e erros.

Toda a vez que um examinador pergunta ao examinando “o que você está vendo naquela imagem?”, ou, “como é que você examina uma hérnia de disco L4-L5?” é a certeza de que a SBOT está realizando uma das suas mais importantes missões, a de educar os profissionais da melhor forma possível para que a população tenha um atendimento digno.

O TEOT é um dos “Big Five” da SBOT, junto com a Reunião com os Presidentes de Regionais, o Fórum de Gestão, o Fórum de Preceptores e o Congresso Brasileiro. Tenho orgulho do meu número obtido no distante 1982.

Osvandré Lech

Passo Fundo (RS)
TEOT 4299

Angústia, medo, ansiedade, apreensão, pressão, cobrança, insegurança. Todas essas palavras sem enquadram bem no vocabulário de um residente do terceiro ano em Ortopedia em relação ao TEOT. Manter o seu comprometimento com a residência e ainda agregar um esforço a mais nos estudos é tarefa bem difícil, sobretudo na reta final. Trata-se de um rito de passagem que definirá se todas as dificuldades e desafios dos últimos três anos valeram ou não a pena. Um fracasso nesta etapa pode implicar na perda dos últimos 10 anos de sua vida, se contarmos os seis anos de faculdade e os três anos de residência, e o peso do insucesso para toda uma vida. O impacto da grandiosidade da prova de título é, sem dúvida alguma, assustador. Aquele salão repleto de mesas, telões gigantescos, vários profissionais respeitadíssimos à sua frente. Haja controle para seguir em frente. Em contrapartida, a satisfação de ter alcançado o seu objetivo, tornar-se membro titular de uma sociedade reconhecida e respeitada pela sua idoneidade como a SBOT e iniciar com o pé direito uma nova trajetória é indescritível.

Philippe Eduardo Carvalho Maia

Belo Horizonte (MG)
TEOT 12359

A prova da SBOT resume três anos intensos de acúmulo de conhecimento e treinamento testados em apenas dois dias, que vão julgar sua capacidade em exercer sua profissão. Tanta responsabilidade, expectativa e a sensação de estar apostando três anos de trabalho árduo levam as emoções ao extremo, principalmente durante o teste oral, porém, o esforço dos examinadores e também o ato de começar a falar sem parar nos acalmam e essa sensação de estresse diminui consideravelmente já no começo da prova.

Rodrigo Pereira do Amaral

Florianópolis (SC)

TEOT 12247

No exato momento de sentarmos naquela cadeira, antes de iniciar a prova, a agitação e o barulho de centenas de candidatos e examinadores dão lugar a segundos de silêncio interior e de toda a trajetória percorrida até esse momento. É como um pássaro percorrendo todo um campo voando sem se importar com a cerca abaixo dele; e nesse momento lembramo-nos das pessoas mais queridas, que não estão mais conosco, mas que viveram a nossa trajetória e expectativa desde lá, no começo, e isso nos deu muita força, naqueles segundos, a continuar com os sonhos de seguir a carreira de médico ortopedista. A prova do TEOT tinha que ser, na teoria, apenas um detalhe. Claro, isso só foi constatado depois que passamos por todo aquele sufoco. Já tinha feito a prova escrita, 250 questões certas, erradas e não sei. Aprendi que deveria deixar em torno de 20% em branco, era o número cabalístico. Mas acabei deixando apenas 10%, e acho que me dei bem. Lembro-me bem da confusa prova prática, com projeção dupla de slides. Todos os 400 candidatos sentados em um ginásio da Unicamp e recebemos aquela folha em branco de papel para numerarmos todas as questões e correndo o risco de “pular” algumas que deixamos em branco ou não sabermos se os examinadores entenderiam nossos garranchos. Minha prova oral seria só no dia seguinte. Fui acompanhar um colega de residência que precisava trocar a data por motivos familiares e fazer naquele mesmo dia. Quando lá chegamos, ele conseguiu antecipar o exame e de surpresa também acabei antecipando a minha prova também. Esta sim foi bem silenciosa naquela salinha apertada, escura e sem ar condicionado. Mas a calma e solicitude dos examinadores fizeram com que aquele caderninho em espiral com 10 fotos em branco e preto tornasse tudo uma boa discussão de ambulatório. No fim, saí tão aliviado e ainda economizei toda uma noite de sofrimento e insônia, além do sarro em relação aos meus outros colegas de residência, que fariam a prova só no outro dia. Ao ser aprovado na prova do TEOT, ingressei em outro mundo, da Ortopedia e Traumatologia, e acho que só quem tem brilho nos olhos, pode enxergar o quão esse mundo nos proporciona em plenitude. Ah, a prova do TEOT...

Samuel Ribak

São Paulo (SP)

TEOT 3183



Bibliografia

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 02 /2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. DOU nº 95, de 19 de maio de 2006, Seção 1, páginas 23-36. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica. Residências em Saúde. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507. Acessado em 2011 (30 out).

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 5 de setembro de 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm. Acessado em 2011 (30 out).

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.562, de 15 de Setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, 15 de setembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7562.htm. Acessado em 2011 (30 out).

Bundes'arztekkammer. About the German Medical Association. Disponível em: <http://www.bundesaerztekkammer.de/page.asp?his=4.3569>. Acessado em 2011 (30 out).

Carvalho MI. [Carta a Samuel Ribak, datada de 12 de junho de 2011].

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.763/2005, de 16 de fevereiro de 2005. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº

1.666/2003, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. DOU de 9 de março de 2005, Seção 1, p. 189-92. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1763_2005.htm. Acessado em 2011 (30 out).

Correspondência da CET, impressa por computador, datada de 6 de maio de 1995, assinada pelo presidente, João Gilberto Carazzato, secretário Wilson Roberto Rossi, e mais Caio Augusto de Souza Nery, Cláudio Santili, Luiz Munhoz da Cunha, Mário Alves da Paz e Maurício Gonzaga.

Diplome Détudes Spécialisées de Chirurgie Orthopedique et Traumatologique. Disponível em: <http://www.sofcot.fr/Data/upload/pdf/desc.pdf>. Acessado em 2011 (30 out).

Elias PEM, Nunes MPT, Vieira MPT, et al. Especialização em serviços de saúde. Residência Médica. Disponível em: www.fm.usp.br/cedem/MSRelatorio23042005.doc. Acessado em 2011 (30 out).

Fundação Faculdade de Medicina. Fundador do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas será tema de palestra na FMUSP, nesta sexta-feira, dia 25. Disponível em: <http://extranet.ffm.br/saladeimprensa/releases26/2486fundadordoinstitutodeortopediaetraumatologiadohccseratemade.ashx>. Acessado em 2011 (30 out).

Gross RN, Greene J, Haynes R, Schafer MF. AOA symposium. Orthopaedic residency training: Are we meeting expectations? J Bone Joint Surg Am. 2008;90(2):429-37.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. História do HC. Presidentes do Conselho Deliberativo. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/historiahc/biografias.htm>. Acessado em 2011 (30 out).

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. História do HC. Os outros institutos. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/historiahc/institutos.htm>. Acessado em 2011 (30 out). Instituto Wilson Mello. Notícias. Wilson Mello recebe homenagem da SBOT. Disponível em: <http://www.iw-mello.com.br/noticia4.php>. Acessado em 2011 (30 out).

Intercollegiate Surgical Curriculum Programme. Introduction. Disponível em: https://www.iscp.ac.uk/home/curr_intro.aspx. Acessado em 2011 (30 out).

Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. 2005;57. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal57_21.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. 2007;74. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal74_38.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Kumar S, Tuli SM. Orthopedic education: Indian perspective. *Indian J Orthop*. 2008;42(3):245-6.

Luck JV Jr, Nestler SP, Simon MA. The Residency Review Committee for orthopaedic surgery. Establishing the standard for quality education. *J Bone Joint Surg Am*. 2001;83-A(3):466-72.

Maia ABS. História da ortopedia brasileira. Belo Horizonte: Santa Edwiges; 1986.

Natalini G, Amaral JL. 450 anos de história da medicina paulista. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2004.

Ortopedia. História da ortopedia nos HCL. Disponível em: <http://sites.google.com/site/augustomartinsortopedia/historia-da-ortopedia-nos-hcl>. Acessado em 2011 (30 out).

Pedra G. [discurso de abertura do CBOT]. *Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 1971;3(6): falta página inicial e página final.

Pedra G. [editorial]. *Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 1969;4:1-5.

Pitts D, Wallace A, Clarke N, Sher L, Reed M. Specialist Training in Trauma and Orthopaedics - 2009. Disponível em: http://www.gmc-uk.org/T_O_Curriculum_2010.pdf_32486107.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Reis FB, Mercadante MT. 75 Anos da SBOT. São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; 2010.

Relação de candidatos exame 1984-1993. [Volume encadernado com assinaturas dos candidatos ao TEOT].

Relação de candidatos exame 1994-1999. [Volume encadernado com assinaturas dos candidatos ao TEOT].

Ribeiro MAA. Apontamentos sobre Residência Médica no Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; 2011. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/6065/apontamentos_residencia_ribeiro.pdf?sequence=1. Acessado em 2011 (30 out).

Samilson RL. The orthopaedic residency review process. *J Bone Joint Surg Am*. 1982;64(2):265-9.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Associação Médica Brasileira. Comissão de Ensino e Treinamento. Edital. 41ª Exame para obtenção do Título de Especialidade em Ortopedia e Traumatologia. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/file/Edital_TEOT_2012_v2.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. CET. Exame supera expectativas. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2003;37:12. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal37_1.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Entrevista. Maior responsabilidade para a CET. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2003;39:3. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal39_3.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Entrevista. TEOT: porta de entrada na SBOT. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2005;59:3. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal59_23.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Ensino e Treinamento (CET) - Fórum da SBOT. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2009;88. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal88_51.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Gestão. Exame de Campinas é palco para a tomada de importantes decisões. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2004; 47: 6-7. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal47_11.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Na defesa das nossas ideias e ideais. Regimento interno da comissão de ensino e treinamento da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/home_comissoes.php?idSCM=64&mn=&lv=3&nb=Comissoes. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Na defesa das nossas ideias e ideais. TARO 2011 e TEOT 2010. Disponível em: <http://www.portalsbot.org.br/public/portal.php?idNOT=59&mn=&lv=3&nb=Noticias>. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Notas & Informações. TARO: prova de alto nível. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2003;43:10. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal43_6.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Perfil. Márcio Ibrahim de Carvalho. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2011;99:14. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/Jornal_da_SBOT_99_BAI-XA_63.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. TEOT. Exame informatizado. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2005;66:12. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal66_30.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. TEOT. Participantes elogiam organização. *Jornal da SBOT. Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia*. 2005;67:7. Disponível em: http://www.portalsbot.org.br/public/documents/journalsbot/jornal67_31.pdf. Acessado em 2011 (30 out).

Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. História da SPOT. Disponível em: http://www.spot.pt/historia_da_spot.asp?tipo=historia. Acessado em 2011 (30 out).

Wikipédia. Médico interno em Portugal. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Médico_interno_em_Portugal. Acessado em 2011 (30 out).

Três anos de estudos, sonhos e esperança de um futuro, uma carreira na especialidade. Estudar, estudar, estudar. Qual a medida certa? Estudar sem medidas. Vale a pena! Desperta habilidades, educa sensibilidades!

Prova escrita. Sistema de preenchimento para leitura ótica. É preciso saber fazer a prova: saber contar o tempo, pois deixar para o final é correria e se preencher uma errada, todas as subsequentes também estarão erradas. Uma questão errada anula uma certa: que medo! Qual era a tática correta? A tecnologia ajudou a avançar: até o ano passado, era só “clicar” na resposta na tela do computador, que informa o tempo restante exato, as questões ainda sem resposta, voltar questões com um clique, etc. Aprimorou a avaliação

Prova prática. Uma sala pequena e sem refrigeração. Dois examinadores e um caderno de 10 páginas com figuras em branco e preto. Suficiente ou insuficiente? Uma boa discussão dos casos, boa vontade dos examinadores. Depois, ginásio lotado, 250 pessoas aguardando em carteiras escolares, projeção dupla de slides na parede. O slide da esquerda com o enunciado, uma pergunta, e o da direita com uma foto, ou raio X. Aqueles que tiveram sorte de sentar na frente enxergaram melhor. Todos recebem uma folha de papel em branco. Uma voz rouca entoia: “escrevam seu nome e serviço e numerem de um a 50”. Seis minutos para cada questão, que mais pareciam décimos de segundo. “Aponte o diagnóstico, qual a face do osso, qual a estrutura da seta, qual a função”. As fáceis são preenchidas na hora. Mas e as duvidosas? Riscamos e escrevemos novamente, deixamos em branco... para lembrar, lá na frente... mas sem saber onde anotar a resposta. Como seria bom se, no futuro cada questão pudesse ter três ou quatro telas com enunciados e figuras coloridas... ou até vídeos, e que os examinadores pudessem nos avaliar com mais opções de notas (como A ao E). Opa! O futuro chegou, hoje!

O tempo lapidou o exame! Mas como projetar a prova do TEOT em 2035? O que a Comissão História da Ortopedia Brasileira (CHOB) vai escrever, em 2035, sobre o TEOT de 2012?



ISBN: 978-8588902121



9 788588 902121