

Residência médica em cirurgia geral no Brasil - muito distante da realidade profissional

General surgery residency in Brasil – very far from real practice

ELIZABETH GOMES DOS SANTOS, TCBC-RJ¹

R E S U M O

O autor apresenta a organização atual da Residência Médica em Cirurgia Geral no Brasil desde sua implantação, suas várias modificações até chegar ao modelo atual. Discute suas dúvidas e idéias sobre questões tais como o melhor modelo para a residência em cirurgia geral, a diminuição da procura da Cirurgia Geral como especialidade e suas causas.

Descritores: Descritores: Residência Médica em Cirurgia Geral. Educação. Ensino.

“Given one well-trained physician of the highest type he will do better work for a thousand people than 10 specialists”

William J. Mayo - 1920

INTRODUÇÃO

Após seis anos Coordenando um Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, constatei que os alunos do curso de graduação em Medicina em seus vários níveis, e mesmo os residentes desconhecem o assunto quase totalmente. Eles sabem que é preciso “fazer residência” e que a relação candidato/vaga aumenta a cada ano. Na opinião da maioria se não fizerem um curso preparatório, as possibilidades de conseguirem a tão sonhada vaga se torna mínima. Entretanto, eles desconhecem como a residência médica começou, quais suas origens, suas leis e suas regulamentações.

O primeiro grande nome da cirurgia, na era da moderna Medicina é William Stewart Halsted. Considerado até hoje um dos maiores cirurgiões dos Estados Unidos da América do Norte, Halsted nasceu em Nova York em 1852 e até morrer em 7 de setembro de 1922 viveu totalmente dedicado à prática e ao ensino da cirurgia. Halsted percebeu que o ensino da cirurgia após a graduação, feito através da exposição direta à prática médica (prática clássica: aprendiz-mestre) era falho e ineficiente. A partir dessa observação estabeleceu novos métodos para um treinamento especializado e supervisionado e mais eficaz o qual

denominou “Residência” porque os médicos realmente moravam no hospital. Foi dele a ideia pioneira em 1889 da implantação do primeiro programa de treinamento profissional em serviço hospitalar, no Johns Hopkins Hospital, onde se tornou o Chefe do Serviço no ano seguinte¹.

A história da Medicina e da Cirurgia no Brasil começa efetivamente com a vinda da família real para o Brasil, em 1808. Até então quem quisesse ser médico precisava ir para a Europa. Com a comitiva de D. João VI veio o Dr. José Correia Picanço, pernambucano, cirurgião-mor do Reino, formado pela Escola Médica de Montpellier. Foi ele quem ajudou D. João VI a inaugurar em 18 de fevereiro de 1808, em Salvador, a primeira escola médica do Brasil, a Escola Anatômico-Cirúrgica e Médica da Bahia, hoje, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Em novembro do mesmo ano, logo após sua chegada ao Rio de Janeiro foi implantada a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro que posteriormente passou a ser a Universidade do Brasil e atualmente é a Escola de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, iniciando-se dessa forma o ensino Universitário no Brasil².

Por volta de 1948, assim como acontecera nos Estados Unidos na época de Halsted, havia no Brasil, no Rio de Janeiro e em São Paulo, por parte de proeminentes cirurgiões, a preocupação com a formalização do treinamento da cirurgia após a graduação. Assim, o Prof. Mariano de Andrade no Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro e o Prof. Alípio Correa Neto no Hospital de Clínicas em São Paulo idealizaram os primeiros programas de residência médica em cirurgia no Brasil, porém ainda sem a metodização e regulamentação que só aconteceram posteriormente.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ - BR.

1. Coordenadora do Programa de Residência em Cirurgia Geral HUCFF-UFRJ.

Em 5 de setembro de 1977 ao assinar o decreto 80.281 o então Presidente da República General Ernesto Geisel sancionou a criação da Residência Médica que foi definida como "modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob forma de curso de especialização caracterizada por treinamento em serviço funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional"³.

A Residência Médica (RM) obedece a leis e regulamentações próprias e só pode receber essa designação o programa de treinamento credenciado pelo Ministério da Educação (MEC). Está diretamente subordinada à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) que obedece à Secretaria de Educação Superior (SESu). Essa, por sua vez, está ligada ao Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação³.

A RM confere ao médico, após seu término, o Certificado de Especialista na área cursada.

Em 1987 foram criadas as Comissões Estaduais, formadas pelos coordenadores gerais dos diversos programas de residência de todos os hospitais e cada unidade hospitalar passou a ter sua Comissão de Residência Médica (COREME) constituída pelos coordenadores de cada programa oferecido pela unidade.

Os programas de residência têm aspectos comuns, entre eles: início no primeiro dia de fevereiro, carga horária anual mínima de 2280 horas distribuídas em sessenta horas semanais, incluídas 24 horas de plantão e 24 horas de folga, vinte e oito dias consecutivos de férias, licença maternidade de quatro meses, (a residente deve completar posteriormente a carga horária e tem sua bolsa mantida). Os residentes devem ser avaliados anualmente através de prova escrita/oral e trimestralmente pela "escala de atitudes" idealizada pela CNRM. Para ser credenciado, um programa deve preencher requisitos mínimos como possuir regimento interno, oferecer alojamento e alimentação, possuir biblioteca com assinatura de periódicos nacionais e estrangeiros, oferecer remuneração sob forma de bolsa de estudos. Na cirurgia um dos requisitos é que haja um residente para cada cinco leitos na unidade de internação e um preceptor com carga horária de 40 horas para cada seis residentes ou um de 20 horas para cada três³.

O credenciamento dos programas também obedece a uma sistematização. Primeiramente a unidade o solicita, e quando concedido, inicialmente o é pelo tempo de duração do programa, após o que é realizada uma avaliação e, se aprovado, o programa é credenciado em caráter definitivo e a cada cinco anos é reavaliado por representantes da CNRM³.

Até chegar à formatação atual, a Residência Médica em Cirurgia Geral (RMCG) passou por várias transformações. Em maio de 2002, a CNRM após discussão em plenário, decidiu que haveria programas de acesso direto e programas com pré-requisitos. Os programas de acesso direto são os das grandes áreas básicas da medicina: Cirurgia Geral (CG), Clínica Médica (CM), Pediatria, Ginecolo-

gia/Obstetrícia (GO) e Medicina Preventiva (MP). Com pré-requisito em Cirurgia Geral temos as especialidades cirúrgicas: C. Plástica, C. Torácica, C. Vascular, C. Pediátrica, Urologia, Proctologia e Cancerologia Cirúrgica.

A duração do programa C.G. é dois anos. Após esse período, a CNRM autoriza um ano complementar para aprofundamento de conhecimentos nas áreas de atuação: Videolaparoscopia e Trauma, ambos com duração de um ano.

As áreas de atuação, assim como as especialidades, foram definidas e publicadas através da resolução nº. 1666 de 2003 pela Comissão Mista de Especialidades, em convênio firmado entre a CNRM, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina³.

O acesso aos programas é feito através de concurso público e consta de duas ou três etapas (Tabela 1), a critério da instituição.

Se a instituição optar por realizar entrevista e/ou análise de currículo, essa etapa deverá ser registrada em mídia para, se necessário, dirimir qualquer dúvida que possa surgir quanto à lisura da entrevista.

O acesso ao R3, opcional em áreas de atuação, também é feito através de concurso público com as mesmas etapas, mas o conteúdo exigido é somente em Cirurgia Geral.

Toda a estruturação da RM em Cirurgia Geral foi definida pela CNRM. Assim, dentro das 2280 horas anuais foi estabelecido que 25% devem ser cumpridos no Centro Cirúrgico, 25% na unidade de internação e 15% em Emergência/Urgência. Quinze por cento para ambulatório e 10% para parte teórica. Os 10% restantes do tempo pode ser destinado ao que o Coordenador do Programa julgar mais conveniente. O conteúdo programático da parte teórica também é definido pela CNRM e distribuído em aulas teóricas, apresentações de seminários, de discussão de casos e de artigos publicados. Foi também a CNRM quem determinou que o R1 deverá auxiliar 48 operações de médio porte e realizar 24. O R2 deverá realizar 48 operações de grande porte e auxiliar 24. Os estágios obrigatórios, cada um deles com duração de 30 dias são em C. Torácica, C. Vascular, C. Plástica, C. De Cabeça e Pescoço, C. Pediátrica, Proctologia, Urologia, Técnica Operatória e Emergência e podem ser realizados a critério do Coordenador do Programa no R1 ou no R2. Os rodízios em CG, do Aparelho Digestivo, Coloproctologia e Emergência devem ser distribuídos igualmente no R1 e no R2.

Para as áreas de atuação, o conteúdo do programa é o específico da área³.

O Brasil tem atualmente (até o envio deste trabalho) 176 escolas médicas em atividade, e sessenta e uma aguardando reconhecimento pelo MEC para funcionamento, divididas em federais, estaduais, municipais e privadas, estas em maior número (101)⁴. Em 2008, foi oferecido um total de 17.294 vagas para o primeiro ano do curso médico. (Tabela 2).

Pela análise da tabela 2, percebe-se que, se todas as vagas do primeiro ano médico forem preenchidas, 32,14% dos formandos não farão residência médica. Há,

Tabela 1 – Etapas do concurso para especialidades de acesso direto.

Prova	Número de questões	Peso na avaliação
Objetiva (obrigatória)	100 questões - áreas básicas	50%
Prática (opcional)	Com paciente	40 a 50%
Avaliação de Currículo ou entrevista		Máximo de 10%

Tabela 2 - Relação Vagas 1ºano médico / 1º ano Residência (Fonte - MEC).

Regiões	Vagas 1ºano Curso Médico	Vagas 1º ano RM	Relação aluno/residente
Norte	1.462	369	3,96
Nordeste	3.456	1.522	2,27
Sudeste	8.960	6.449	1,38
Sul	2.476	1.722	1,43
Centro-Oeste	940	777	1,20
Total	17.294	10.872	

porém, um percentual de vagas ociosas, tanto nas escolas de medicina como nos programas de residência.

Em relação à CG, em 2008 foram oferecidas 1148 vagas para R1. Observando-se a tabela 3, conclui-se que a região sudeste detém o maior número de vagas para residência em CG. O mesmo acontecendo em relação às vagas para as áreas de atuação.

Vimos observando ao longo dos anos um declínio no interesse dos recém-formados pela Cirurgia Geral. Esse não é um problema exclusivamente brasileiro. Nos Estados Unidos, Canadá e na Europa observa-se o mesmo fenômeno. A cada ano, menos recém-formados escolhem como carreira, a Cirurgia Geral, que deixou de ser vista como especialidade^{5,6}.

O aparecimento de novas tecnologias, como a videocirurgia e a robótica, que demandam treinamento especializado e demorado para ganho e habilidades contribuiu para mostrar que havia uma deficiência no treinamento, o tempo de formação do cirurgião tornou-se insuficiente⁷.

Na definição do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), "o Cirurgião Geral é o médico com o conhecimento da doença, do diagnóstico e do tratamento das enfermidades tratáveis por procedimento cirúrgico, principalmente no que concerne às urgências. Sua formação deve prepará-lo para a execução das intervenções básicas de todas as especialidades"⁸. Baseado nessa premissa e, preocupado com as graves falhas do sistema vigente de formação de cirurgiões e por desejar para o Cirurgião Geral o mesmo trata-

Tabela 3 - Região geográfica/Vaga R1 CG (Fonte - MEC).

Regiões	Vagas para Cirurgia Geral
Norte	55
Nordeste	166
Centro-Oeste e DF	88
Sul	195
Sudeste	647

mento dado às demais especialidades cirúrgicas, o CBC apresentou à CNRM uma proposta de mudança para o programa. Após muita discussão, em 14 de Outubro de 2004, o MEC anunciou a decisão de aumentar a duração da Residência em Cirurgia Geral. Foi criada então a Cirurgia Geral - Programa Avançado (PA), com duração de dois anos e com pré-requisito a Cirurgia Geral. A intenção na criação desse programa, com conteúdo programático mais profundo, é a formação de profissionais altamente qualificados. Mas surpreendentemente a CG – Programa Avançado não foi considerada uma nova especialidade^{3,7}.

Poucos hospitais foram credenciados para oferecer esse programa e somente alguns da Região Sudeste foram contemplados com o credenciamento. (Tabela 4).

O resultado dessa oferta em relação aos dois programas é a migração de recém-formados de todo o país para a Região Sudeste, os quais na maioria das vezes não retornam aos seus estados de origem após o término da residência. Embora não haja dados estatísticos que possam

Tabela 4 – Distribuição das vagas do Programa Avançado (Fonte - MEC).

Estados	Nº Hospitais Credenciados	Nº Vagas Oferecidas/Hospital
São Paulo	5	17 vagas
Minas Gerais	3	20 vagas
Rio de Janeiro	1	4 vagas

comprovar, observa-se um número grande desses profissionais na Região Sudeste muitas vezes em empregos de baixa remuneração, acarretando um esvaziamento de profissionais treinados em outras regiões do país.

Tomando-se o HUCFF-UFRJ* como exemplo (Tabela 5) verifica-se que houve um declínio na procura pela residência em Cirurgia Geral, comparando-se 2007 e 2008. Por outro lado, em relação ao Programa Avançado houve um discreto aumento na procura, o que deve ser interpretado com cautela, visto ser o HUCFF-UFRJ o único hospital no Rio de Janeiro credenciado para o PA.

Segundo Maker⁹ a carreira de todo cirurgião começa com a Residência em Cirurgia Geral, ou deveria. Dados publicadas pelo MEC revelam que nem todas as vagas são preenchidas. Como já salientado anteriormente, esse fato tem sido verificado nos últimos anos e não é exclusivo do Brasil. Entre as razões encontradas para esse êxodo está em primeiro lugar a procura de melhor qualidade de vida. A CG, no período de formação e mesmo depois de completada a residência, tem uma carga horária que dificulta a conciliação com a vida privada e implica em altos níveis de tensão quase permanentes o que leva o indivíduo ao desgaste. Isso, somados ao parco retorno pessoal, e ao tipo de prática atual dependente em grande maioria, de seguradoras de saúde, faz da C.G. uma especialidade pouco ou quase nada atrativa atualmente¹⁰. O fator econômico (leia-se remuneração aviltante) também tem sido um importante obstáculo na escolha da especialidade. A transformação da C.G. em pré-requisito para outras especialidades cirúrgicas acabou por desvalorizar o Cirurgião Geral uma vez que o indivíduo que opta por fazer uma especialidade cirúrgica, ao final, acaba com dois títulos de especialista. A Cirurgia Geral é a base de toda a área cirúrgica e deve ser ensinada a todos aqueles que optam por especialidades cirúrgicas. No entanto parece injusto que aquele cirurgião que se dedica à Cirurgia Geral como especialidade tenha o mesmo título de qualificação que os especialistas de outras áreas cirúrgicas. A queda da qualidade dos programas e o declínio progressivo do sistema público de saúde que não oferece ao profissional condições mínimas para exercer sua especialidade e compromete o treinamento em cirurgia são fatores coadjuvantes no desinteresse pela especialidade. A falta de modelos profissionais competentes, proficientes, éticos a serem seguidos também é fator de grande relevância. Todos esses fatores em conjunto têm desestimulado os recém-formados na escolha da Cirurgia Geral como carreira por criar dúvidas, gerar desrespeito e perda da credibilidade profissional¹¹. Segundo Rasslan¹², 45% dos residentes que terminam o Programa de Cirurgia Geral (dois anos) não têm acesso a uma complementação

do seu treinamento, seja no R3 opcional em área de atuação, seja no Programa Avançado, muitas vezes por total falta de interesse e estímulo do candidato, fato esse preocupante por favorecer a inserção no mercado de trabalho de jovens profissionais ainda despreparados, mas com título de especialista fornecido pelo MEC.

Diante desses dados surgem algumas questões:

1. o conteúdo programático (rodízios em especialidades) da Residência em Cirurgia Geral instituído pela CNRM deve ser mudado?

Essa questão tem sido discutida no Brasil e em outros países também existe essa preocupação. A discussão envolve quais especialidades devem ser parte do treinamento. Além disso, questiona-se, trinta dias é tempo suficiente para que o egresso da faculdade adquira um mínimo de habilidades nas Especialidades Cirúrgicas para sua vida prática futura?

2. quatorze meses de treinamento (24 meses menos dois meses de férias menos oito meses de rodízios) em Cirurgia Geral é suficiente para a formação adequada?

Como reconhecer o Cirurgião Geral? Na opinião de Férnadez-Cruz¹³ o conteúdo essencial para a formação do Cirurgião Geral deve ser profundo e abrangente. Ele mesmo porém tem dúvidas se é possível um residente adquirir as habilidades necessárias para ser qualificado como Cirurgião Geral, mesmo em um Programa de Residência em cinco anos, como nos Estados Unidos e Europa. Em relação ao Brasil, ao se constatar que um jovem cirurgião será possivelmente o único de plantão em alguma unidade de saúde no interior do estado ou em pontos mais afastados dos grandes centros, percebe-se claramente que o tempo atual de formação é insuficiente e não permite o desenvolvimento das habilidades necessárias para que esse médico assumira tal responsabilidade.

3. Os residentes de especialidades cirúrgicas devem ter o mesmo tipo de treinamento que aqueles que exercerão a Cirurgia Geral como especialidade?

Muito tem sido discutido sobre o assunto. Parece haver uma concordância por parte dos especialistas em áreas cirúrgicas e os cirurgiões gerais que todos que exercem a cirurgia em qualquer especialidade precisam e devem ser treinados nas bases da cirurgia. Mas concordam também que tal treinamento deve ser diferenciado daquele oferecido ao Cirurgião Geral. Muito ainda será discutido antes que se chegue à fórmula ideal de treinamento.

E a mais importante de todas:

4. Deve o Título de Especialista concedido pelo MEC ser o mesmo para quem faz 2, 3 e 4 anos de residência?

Em convênio celebrado entre o Conselho Federal de Medicina, a Associação Brasileira de Medicina e a

Tabela 5 – Relação candidato/vaga HUCFF-UFRJ 2007- 2008.

Cirurgia Geral	C. G. Programa Avançado
Relação candidato/vaga em 2007 = 29,67 / 1	Relação candidato/vaga em 2008= 7/1
Relação candidato/vaga em 2008= 26,83/1	Relação candidato/vaga em 2008= 4 / 1

* HUCFF-UFRJ – único hospital no RJ credenciado.

Comissão Nacional de Residência Médica foi criada a Comissão Mista de Especialidades, com poderes de determinar quais áreas de interesse da medicina serão reconhecidas como especialidades e quais serão consideradas apenas aprofundamento de conhecimentos, chamadas então Áreas de Atuação.

Ao criar a Cirurgia Geral – Programa Avançado o MEC reconhece que dois anos de treinamento em Cirurgia Geral não são suficiente para qualificar o Cirurgião, embora conceda a ele ao término do programa um Certificado de Especialista. Ao criar a CG-PA mas não reconhecê-la como Especialidade, a CNRM ao invés de estimular o treinamento do cirurgião, de valorizar o Cirurgião Geral, transformou o programa em algo desnecessário e sem valor. Se o Título é igual para quem faz os dois programas – Especialista em Cirurgia Geral- quais as vantagens de se fazer os dois?

E dúvidas:

1. Em tempos de subspecializações ainda há lugar para o Cirurgião Geral?

2. A Cirurgia Geral ainda é uma especialidade?

3. O Cirurgião Geral é aquele que faz o primeiro atendimento do paciente para em seguida chamar o especialista? Ou aquele que o transfere para uma unidade mais bem equipada onde haja especialistas?

4. Será o destino do Cirurgião Geral apenas as Emergências e o Trauma?

5. O século XX foi o Século dos Cirurgiões. Ficará o século XXI conhecido pelo declínio e desaparecimento desse especialista?

Muitos acreditam, Cirurgiões Gerais inclusive, que o exercício desse tipo de medicina não mais se admite nos dias atuais ou se existe, deve ser reservado para a população distante dos grandes centros onde a falta de infraestrutura hospitalar associada ao conhecimento pouco profundo do cirurgião de plantão ofereceria ao paciente “o máximo possível dentro de tais condições”. Acreditam ainda que não mais haverá o Cirurgião Geral como temos sido até os dias de hoje, mas gradualmente as gerações futuras trabalharão fragmentadas em várias subspecialidades. Há ainda aqueles que acreditam que no futuro haverá o “Cirurgião de Hérnias”, o “Cirurgião do Intestino Delgado”, o “Cirurgião da Parede Abdominal” e assim por diante. À medida que a cirurgia torna-se cada vez mais compartimentalizada, o conhecimento amplo e geral do cirurgião, que o torna capaz de efetivamente atender e tratar pacientes com doenças de várias áreas da cirurgia e principalmente os da urgência, não mais será adquirido e desenvolvido durante a residência médica, tornando-o então nessas situações, incapacitado para as decisões quanto às prioridades do atendimento do paciente¹³.

O futuro da Cirurgia Geral, como especialidade, e por que não dizer, do Cirurgião Geral, está seriamente ameaçado. Profissionais envolvidos com a formação de futuras gerações de cirurgiões afirmam, com unanimidade, haver uma grande necessidade de mudança na formatação do programa de residência, embora não haja unanimidade quanto ao tipo de mudança. As decisões que serão tomadas no sentido de modificar para melhor a Residência em Cirurgia Geral determinarão o futuro da especialidade. Os modelos de aprendizado da era pré Halsted, quando o interessado simplesmente “observava” seu mestre e aprendia passivamente em horas sem fim de trabalho árduo, são ultrapassados e já não mais podem ser utilizados. O programa de residência tem que ser sólido para que possa tornar o residente suficientemente capacitado. Uma formação ampla e profunda como requer a Cirurgia Geral demanda tempo e que o residente realize determinado número de procedimentos. Todo paciente, dos grandes centros urbanos e mesmo os das regiões mais distantes do país, merece e tem o direito de ser tratado por um cirurgião amplamente treinado¹⁴.

O objetivo final da Residência Médica em Cirurgia Geral é oferecer ao Residente, treinamento em Hospital com condições adequadas para que o futuro Cirurgião possa oferecer à sociedade o padrão máximo de excelência: um profissional bem treinado e capaz de pôr em prática, nos grandes centros e fora deles, de forma humanizada, as habilidades adquiridas nas mais avançadas tecnologias⁷.

Ser um cirurgião requer capacidade de liderança e de tomar decisões em tempo muito curto, além de grande controle emocional, muita auto-confiança, tenacidade e paciência, e mais do que tudo, total dedicação ao paciente. Para que ele possa exercer a Cirurgia Geral da melhor forma, é preciso resgatar alguns valores tais como uma remuneração adequada, respeito social, segurança no trabalho em conjunto com uma carga horária compatível com seu constante aprimoramento e sua vida privada.

A cirurgia é uma ciência dinâmica em constante evolução. O Cirurgião Geral não é meramente um técnico, não é só aquele que realiza operações, não é aquele que transfere os cuidados de um paciente para um especialista. Ainda que a Cirurgia Geral seja a base para o exercício das diversas especialidades cirúrgicas precisa ser vista como disciplina durante a graduação, e como Especialidade após¹⁴. Segundo Ritchie¹⁵, com quem concordamos “O Cirurgião Geral amplamente treinado possui grande valor....treinado dessa forma ele pode prestar cuidados totais ao paciente na grande maioria das doenças que requerem tratamento cirúrgico...” Como responsáveis e partes integrantes da formação de futuros cirurgiões, é nosso dever incentivá-los a desenvolver e cultivar o exercício da ciência e a arte da cirurgia com competência, qualidade e dignidade.

A B S T R A C T

The author presents the Residency in General Surgery in Brazil from its beginning with its changes until the present. She discusses her doubts and ideas about the best model to General Surgery residency programs and the decreasing search of General Surgery as a career and its causes.

Key words: Key words: Residency in General Surgery. Education. Teaching.

REFERÊNCIAS

1. William Stewart Halsted – Biografia. Disponível em <http://www.medbiography.blogspot.com> acesso em 13 de Julho de 2008.
2. História da Medicina no Brasil – Disponível em <http://www.brazil.ru/pt/medicina> e <http://www.hpcs.bvsalud.org> acesso em 13 de julho de 2008.
3. MEC – Ministério da Educação - Disponível em <http://www.mec.gov.br> acesso em 13 de Julho de 2008.
4. INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas - Disponível em <http://www.inep.gov.br> acesso em 13 de Julho de 2008.
5. Marshall JG, Karimuddin AA. Decline in Popularity of General Surgery as a career choice in North America: Review of Postgraduate Residency Training Selection in Canada, 1996-2001. *World J Surg.* 2003; 27(3):249-53.
6. Jesus LE. Ensinar Cirurgia: como e para quem? *Rev Col Bras Cir.* 2008; 35(2):136-40.
7. Santos EG. Cirurgia Geral: Essa Nova Velha Especialidade . Editorial-Boletim do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2004;123:1
8. Boletim Informativo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Jul-Agost-1974;68
9. Marker VK, Curtis KD, Donnelly MB. Surgical Rotations: The good, the bad and the ugly. *Current Surg,* 2005; 62(1); 122-6
10. Lewis FR. Surgical Fellowships and specialization. *Surgery,* 2002; 32(3):120-30
11. Craven JE. The Generation Gap in Modern Surgery. *Arch. Surg.* 2002; 137:257-8.
12. Rasslan S, Birolini D. Programa Avançado de Cirurgia Geral na Residência Médica. *Boletim do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.* Jan.Fev.Março 2008;137:6-7
13. Ritchie WP Basic certification in surgery by the American Board of Surgery (ABS): what does it mean? Does it have value? Is it relevant? A personal opinion. *Ann Surg.* 2004;139:133-9
14. Welch C, Allen C. Surgical Precision. *Arch Surg.* 2008; 143(11):1040-1.
15. Fernandez-Cruz L. Challenging times for General Surgeons. *Ann Surg.* 2004; 240(6):932-8

Recebido em 15/09/2008

Aceito para publicação em 15/11/2008

Conflito de interesse: nenhum

Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar esse artigo:

Santos EG. Residência Médica em Cirurgia Geral no Brasil - muito distante da realidade profissional. *Rev Col Bras Cir.* [periódico na Internet] 2009; 36(3). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

Endereço para correspondência:

Dra. Elizabeth G. Santos

E-mail: eligsant54@gmail.com