

RESIDÊNCIA EM COLO-PROCTOLOGIA

Um estudo compreensivo

Francisco Floripe Ginani¹

RESUMO

O autor faz uma análise retrospectiva da residência em Colo-Proctologia fundamentado em informações bibliográficas e dados obtidos junto à Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

Inicia tecendo considerações históricas sobre a introdução da Residência Médica em Colo-Proctologia e, em Cirurgia Geral por extensão, descrevendo os passos dados em direção de sua oficialização, o contexto da pós-graduação do país, e a situação atual dos Programas de Residência Médica em Colo-Proctologia.

No Brasil, a cirurgia foi a primeira que instituiu o regime de Residência na especialização em Medicina, sendo que a Colo-Proctologia teve seu primeiro programa implantado em 1953³.

Extraordinário evento para a especialidade ocorreu em 1935, na Inglaterra, quando Frederick Salmon fundou o Sr. Mark's Hospital, para doenças anorretais, marca de referência da Colo-Proctologia no mundo. Foi lá, por exemplo, que Joseph Mathews estagiou durante um ano e, ao retornar aos Estados Unidos, em 1887, introduziu a proctologia⁵.

Foi por essa mesma época que, naquele país, procedia-se um tipo de treinamento cirúrgico, com cerca de um ano e meio de duração, passando-se quatro meses no Hospital, em regime de Residência. William Halsted, em 1889, no Departamento

de Cirurgia do John Hopkins Hospital, inspirado em sua formação alemã, desenvolveu o sistema, nomeando ao assumir a Cátedra, residentes que haviam sido seus internos. O efeito prático da experiência refletiu significativamente na elevação do gabarito técnico do cirurgião, que passou a ser muito disputado para preenchimento das funções tanto de ensino como de chefias dos Hospitais mais categorizados. No entanto somente em 1927 que a Associação Médica Americana começou a credenciar os primeiros programas⁸.

No Brasil, a Colo-Proctologia começou a ser praticada em 1913, no Rio de Janeiro, por Raul Pitanga Santos, que conseguiu instalar na Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas, o primeiro ambulatório da especialidade. Mais tarde, ele veio a exercer na mesma Faculdade, como Professor Titular, a primeira Cátedra de Colo-Proctologia da América do Sul. Idêntico caminho seguiu Sílvio D'Ávila, fundador e primeiro presidente da SBCP, Professor de Colo-Proctologia da Faculdade de Medicina Souza Marques. Vários serviços foram criados por todo o país, de onde se destacaram professores e profissionais de elevado gabarito⁵.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em 1945, criou a primeira residência em Ortopedia e, em 1948, o HSE

1 Professor Assistente da Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UNB – Brasília-DF. Titular da SBCP

implantou-a na Cirurgia Geral, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Urologia. No ano seguinte, na USP, foi criado o programa de Oftalmologia.

Historicamente, no ano de 1953, o HSE organizou a primeira residência em Colo-Proctologia do país, provavelmente do cone Sul. Isso fez com que vários outros hospitais, universitários ou não, e, mesmo clínicas privadas, adotassem igual política, sensibilizados tanto pela elevação do padrão técnico-científico, como pela grande oferta de graduados pelas escolas médicas, pelas deficiências do sistema de Internato e, ainda, pelas condições do mercado de trabalho.

A residência era considerada como ponto culminante do treinamento médico-profissional e como melhor forma do exercício irrestrito da profissão, aceitando-se sem questionamentos a melhora proporcionada à assistência médica ao paciente, ao ensino e à pesquisa.

Os programas de residência médica foram dessa forma surgindo, fazendo com que Instituições de gabarito formulassem suas próprias normas e regulamentos, que embora eficazes, careciam de um sentido de coordenação e organização. Foi então que, em 1964, por ocasião da Segunda Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), realizada em Poços de Caldas, MG, que educadores médicos brasileiros definiram a residência como uma forma de ensino pós-graduado pela qual o médico recém-formado, no cumprimento de um programa específico, deve aperfeiçoar-se no exercício da profissão, trabalhando em regime de dedicação exclusiva, em serviços hospitalares universitários ou não, sob orientação de professores ou outros médicos de reconhecida competência, de experiência amadurecida e de elevado conceito do ponto de vista ético: constitui a Residência o mais aconselhável dos meios para a formação do especialista^{1 0}. Esta definição veio a ser ratificada pela Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), por ocasião do seu II Congresso Nacional, realizado no Rio de Janeiro, em 1967. Devido a crescente importância da residência, a Associação Médica Brasileira incluiu o médico residente como sócio, em categoria especial correspondente⁶. A AAMB e a ANMR chegaram a esboçar normas e estabelecer requisitos mínimos para o credenciamento de programas, que infelizmente, não chegaram a serem postos em prática³.

O reconhecimento oficial da residência médica

Em 20 de junho de 1977, os Ministros da Educação, Saúde e Previdência e Assistência Social

encaminharam ao Exm^o Sr. Presidente da República exposição de motivos, submetendo a sua consideração projeto do Decreto que regulamenta os Programas de Residência Médica (PRM). Consideravam a residência como um ponto básico na formação do médico como profissional de alto nível, do professor e também, do pesquisador em medicina^{1, 2}. Através do Decreto n^o 80.281⁷, de 5/9/77, foi regulamentada a RM nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Medicina Preventiva e Social, ao mesmo tempo que criava a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Essa Comissão, cujo regimento interno foi aprovado em 1978, tem poderes amplos para credenciar programas de Residência, ditar normas, requisitos e critérios mínimos para essas atividades, e supervisioná-las no âmbito das próprias Instituições de Saúde em que se processam essas atividades. Trata-se de uma Comissão com participação de outros Ministérios, de representantes de entidades da classe médica, inclusive da ANRM^{1 5}.

Em 18 de fevereiro de 1981, através da Resolução n^o 01/81^{1 4} a CNRM definiu as especialidades médicas credenciáveis com acesso direto ao Programa da própria especialidade que são: Anestesiologia, Anatomia Patológica, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Radiologia. A Colo-Proctologia foi considerada na mesma Resolução, com outras 29 especialidades médicas, como credenciáveis "após devida avaliação e conciliado o julgamento com os requisitos mínimos estabelecidos pelas Resoluções 04/78^{1 2}, normas gerais e requisitos mínimos, e 05 e 08/79^{1 3}, objetivos fundamentais". Finalmente o Exmo. Sr. Presidente da República sancionou a Lei n^o 6.932, de 07/7/81, oriunda do Poder Legislativo, dispondo sobre as atividades do Médico Residente, e estabelecendo o prazo de 9/1/82 para submeterem à aprovação pela CNRM, vedando o uso desta denominação para programas não aprovados. Essa lei além de estipular a carga horária semanal de treinamento, determinava o valor da bolsa de estudos e, que os Certificados de Conclusão de Treinamento em Programas credenciados constituía comprovante legal junto ao Sistema Federal de Ensino e Conselho Federal de Medicina.

A partir de janeiro de 1982 passou a ser exigido, para o início de qualquer programa, a análise prévia de um projeto realizado pela Assessoria Técnica da CNRM. Em dezembro de 1982 foi aprovada a regulamentação da Residência na maioria das especialidades cirúrgicas acima referidas. A Resolução 04/83 que determina os critérios mínimos

exigidos para as 29 especialidades aprovadas, estipula a sua adequação até 1985. Para todos os programas o credenciamento é válido por cinco anos, renováveis a critério da CNRM e, por interesse da Instituição^{1 5}. A Secretaria Executiva da CNRM é responsável pela avaliação constante dos programas através das visitas de verificação feita por professores designados e treinados para essa função.

Residência – Mestrado – Doutorado – Especialização

A residência médica assim criada e regulamentada, fez com que o Conselho Federal de Educação (CFE) revisse as normas estabelecidas e definidas para o credenciamento dos Cursos de Mestrado e Doutorado que vigoravam desde o Parecer 977/65. Vale dizer que essa Resolução quando baixada, encontrou, na área médica, uma situação não presente nos outros campos profissionais, qual seja, um Programa de Pós-Graduação bem elaborado, mas não oficializado – a Residência Médica, e, um novo Programa, também de Pós-Graduação, com objetivo diferente, agora oficial – o Mestrado e o Doutorado. O Parecer nº 576/70, do mesmo Conselho, recomendava que “os cursos de Pós-Graduação em Medicina serão ministrados a Médicos em regime de residência e dedicação exclusiva”. Isso ainda não foi suficiente para reconhecer a finalidade dos Cursos de Mestrado e Doutorado na formação de docentes e pesquisadores, e a Residência, na de especialistas, cujos objetivos embora diferentes não são antagônicos. Concluiu-se, portanto, que a integração desses programas era importante e que, observando-se as características peculiares da formação médica, a Residência constitui pré-requisito não só ao exercício profissional médico qualificado, como também ao docente e pesquisador em medicina, tornando-se indispensável aos cursos de Mestrado e Doutorado⁶.

Em 1981 a CAPES e CNRM constituíram grupo de trabalho para estudar sobre equivalência entre residência médica e mestrado, recomendando que os portadores de diploma de residência com interesse na carreira docente, deviam realizar complementação em pedagogia e metodologia científica, podendo, preenchida essa formalidade, inscrever-se no Doutorado^{1 5}.

A Resolução nº 14 do CFE de novembro de 1977, revogada pela Resolução nº 12, de outubro, de 1983, regulamentam os cursos de aperfeiçoamento e especialização, também considerados forma de pós-graduação “sensu lato”, de acordo com o parecer do conselheiro Newton Sucupira, já

que tem “objetivo técnico-profissional específico, sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade. A meta seria a do domínio técnico-científico de determinada área do saber ou profissão, para formação do profissional especializado”. A Resolução nº 1.082 do CFE, de março de 1982, determina normas para Registro de Qualificação de Especialistas, nos CRMs, dos certificados de conclusão dos Cursos de Especialização nas áreas de Medicina, não entendidas como a Residência Médica^{1 5}. A Resolução 1.086/82 do CFE determina critérios e exigências para aquisição do Registro de Especialista Qualificado.

PRM em Colo-Proctologia: Realidade de Hoje

Do início da análise dos primeiros processos de credenciamento de PR em junho de 1979, a dezembro de 1983, a CNRM reconheceu 1.006 programas desenvolvidos em 158 Instituições, sendo 693 (68,8%) localizadas na região Sudeste (**Tabela 1**). A maioria, 588 (58,4%), estava credenciada, sendo que o restante, estava em fase de verificação ou de elaboração do relatório final.

Até agosto de 1984, 10 programas (0,9%) formalizaram pedido de credenciamento conforme as normas estabelecidas pela CNRM, sendo 6 (60%) credenciados, e 4 (40%) apresentavam deficiências. Deles, 80% situam-se na região Sudeste, 10% na região Centro-Oeste e 10% na região Sul (**Tabela 3**). Dois outros programas solicitaram credenciamento, sendo um na região Centro-Oeste e outro na região Sul, ambos devendo ser analisados no próximo ano. Não existem PRM nas regiões Norte-Nordeste. O número total de residentes desses programas é de 23, e o número de preceptores-supervisores é de 50.

Os 383 PRM existentes em cirurgia oferecem 2.742 vagas para residentes, sendo que 0,8% dessas, são de Colo-Proctologia. Nas 131 Instituições que implantaram 383 PRM, a cirurgia geral é maioria (28%), vindo a Colo-Proctologia com 2,1%³.

Considerando que 8.000 novos médicos são formados anualmente pelas 76 Faculdades de Medicina do país, e que os médicos que ingressam nos PRM são recém-formados, estima-se que a cirurgia geral contribui com 15% das vagas – 55% em Cirurgia Geral e 45% em Cirurgia Especializada³. Desse percentual, a Colo-Proctologia colabora com 0,81%.

A maior expansão dos PRM ocorreu em 1982, quando 50% dos programas foram implantados. A maioria das Instituições que oferecem programas de residência pertencem à rede do INAMPS, sendo apenas dois ligados a Universidades.

Tabela 1 – Situação dos Programas de Residência Médica/Região

Situação	Região						%
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total	
Credenciado	1	45	357	83	34	520	51,7
Cred/Exigência	–	24	162	23	5	214	21,3
Diligência	1	30	150	28	34	234	24,7
Tramitação	2	–	9	2	–	13	1,3
Cred/Excepcion.	–	–	13	1	–	14	1,4
Cred./Provisório	–	–	2	–	–	2	0,2
Total	4	99	693	137	73	1.006	100,0

Fonte: Secretaria Executiva da CNRM – Dezembro – 1983.

Tabela 2 – Programas de Residência Médica em Proctologia

Instituição	Dados do processo	Ano de pedido de credencia-mento	Carga horária total		Número de residentes	Número de preceptores e supervisores	Situação atual
			R1	R2			
Hospital Naval Marcílio Dias-RJ		1981	3.564	3.564	1	3	Credenciado
Hospital dos Servidores do Estado-RJ		1982	3.024	3.024	7	3	Credenciado
Hospital Geral de Jacarepaguá-RJ		1981	2.870	2.870	2	3	Credenciado com exigência
Hospital de Ipanema-RJ		1982	3.000	3.000	4	6	Credenciado
Hospital da Lagoa-RJ		1982	2.800	2.800	1	5	Credenciado com exigência
Hospital do Andaraí-RJ		1982	2.880	2.880	3	7	Diligência
Hospital Central do IASERJ-RJ		1979	3.000	3.000	1	11	Credenciado
Hospital Brigadeiro Heliópolis-SP		1981	2.880	2.880	2	3	Credenciado com exigência
Hospital das Clínicas da UFGO		1980	3.160	2.220	1	5	Credenciado
Fund. Fac. Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre-RS		1982	3.120	3.120	1	4	Credenciado
Hospital Geral de Goiânia*		1985	2.880	2.880	–	–	Projeto
Hosp. Universitário PUC/RS*		1985	2.880	2.880	–	–	Projeto

* Estes programas serão iniciados em 1985

Fonte: Secretaria Executiva da CNRM

A residência em Colo-Proctologia tem como pré-condição a realização de treinamento em área

básica de cirurgia, para o qual recomenda-se que os candidatos sejam egressos do internato rotatório

nas áreas básicas. Exige-se pelo menos um ano em cirurgia, julgando-se importante que seja estendido para dois anos.

A Resolução n^o 4/83, que dispõe sobre os requisitos mínimos dos PRM das especialidades médicas, enfatiza entre outros pontos, que para efeito de credenciamento e reconhecimentos, os programas das especialidades devem ter a estrutura teórico-prática de acordo com as exigências básicas. Assim sendo, a programação de 1985 já deve observar o estabelecimento na citada Resolução.

Considerações finais

A Colo-Proctologia tem assumido uma posição cada vez de maior importância na cirurgia. A crescente procura de especialização pelos médicos recém-formados, os ditames das regras do mercado de trabalho, somados a uma maior incidência de patologias anorretocólicas, numa sociedade mais longeva, e em desenvolvimento técnico-industrial, colocam a nossa especialidade com maiores responsabilidades. O presente trabalho tem por objetivo, com os subsídios apresentados, continuar a discussão sobre o tema da Pós-Graduação na Colo-Proctologia, observando a complexidade da proposta do modelo de especialista que buscamos, e o emaranhado das relações com o meio, com a legislação, com a política de saúde, da educação e, em geral do país.

SUMMARY

The authors makes a review on proctology training, based both on medical literature referen-

ces and data provided by Executive Secretary of the National Medical Residency Committee.

He starts making historical remarks on the beginning of Colo-Proctology training, describing the steps taken towards its official recognition, the context of the post-graduation medical studies in the country, and the actual status of the Medical Residency Programmes in Colo-Proctology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBOSA H, BARICHELLO AW, GINANI FF, VIANNA AL & SOUZA JAG – Metodologia do Ensino de Residência em Cirurgia Geral. Rev Col Brasil Cir, 3:232, 1976.
2. BARBOSA HA – Residência em cirurgia geral. Residência Médica, 1: 37, 1979.
3. BARBOSA H, VIANNA AL & MENDELSSOHN P – Residência em cirurgia no Brasil. Rev Col Brasil Cir, 3:91, 1984.
4. BMEGER GH – O Desenvolvimento da cirurgia. Lu Sabiston Jr. D.V. Tratado de Cirurgia. Interamericana, vol. I, 1979.
5. CUTAIT DE – O Ensino da Colo-Proctologia. Revista da AMB, 27: 334, 1981.
6. Documentos do Ensino Básico – MEC-DAV. Ensino Médico no Brasil. Doc. n^o 3 – Internato e Residência, 97: 122, 1976.
7. Decreto n^o 80.281, de 5/9/77, D.O.U., 9/9/77.
8. HILÁRIO JO – O ensino médico nos Estados Unidos. MEC – Série II, vol. I, Rio de Janeiro, 1964.
9. Parecer CFE n^o 4.431/76 – Normas para a Residência Médica como requisito prévio ao Mestrado e Doutorado. Residência Médica, 1: 21, 1979.
10. Pós-Graduação em Medicina. Residência Médica, 1: 12, 1979.
11. Resolução CFE n^o 11/77. Estabelece Normas para o Credenciamento de Cursos de Pós-Graduação. D.O.U. 1/7/1977.
12. Resolução CFE n^o 4/78. Estabelece Normas Gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento da RM. D.O.U. 9/11/78.
13. Resolução CFE N^o 5/79 – Estabelece os objetivos e regulamenta a residência nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia-Obstetrícia. D.O.U. de 25/8/79.
14. Resolução CFE N^o 01/81 – Estabelece as especialidades Médicas credenciáveis como programa de RM e dá providências adicionais. D.O.U. de 23/2/81.
15. SOUZA EG – Interação entre Residência Médica/Especialização/Mestrado e Doutorado.