

Residente Graduado en el Instituto de la Voluntad – Los Requisitos Deseo, Movimiento y Superación

Max Grinberg e Tarso Augusto Duenhas Accorsi

Instituto do Coração (InCor), São Paulo, SP - Brasil

Residente, ese joven mago que transforma un bolso en equipaje. Residente, ese nómada que se hospeda – menos un inquilino y más “uno de la familia”. Residente, esa célula madre pluripotente, trabajador plural, aprendiz singular. Residente, ese adolescente del ser médico, presagio de madurez profesional.

Son seis las competencias y las habilidades para la formación del médico brasileño indicadas por las Directrices Programáticas Nacionales del Curso de Graduación en Medicina del Ministerio de Educación¹: (a) atención a la salud; (b) toma de decisiones; (c) comunicación; (d) liderazgo; (e) administración y gestión; y (f) educación permanente.

Después de seis años de graduación, el recién recibido, imperativo de sí mismo, ingresa en un Programa de Residencia Médica, pretendiendo fronteras avanzadas del referido sexteto. Éste se exige repercutir a Aristóteles (384-322) en escenarios mutantes – (...) *es haciendo que se aprende a hacer aquello que se debe aprender a hacer* (...). La misma persona, muchos significados de médico, infinitos papeles como residente y preocupaciones de la profesionalización²⁻⁴, todo sucede muy rápido.

El residente acumula *expertise* al cuidar más de desenlaces de comorbidades de que casos de libros⁵. Es una colección sin catálogo – más esencias, menos predeterminaciones. Con esa finalidad, él se articula a las rutinas de los servicios como eje conductor de los sucesivos rituales de pasaje que suceden según principios, reglas y normas institucionales^{4,6}.

El residente aspira florecer para sí las novedades de los pacientes, las cuales son repeticiones para los colegas más experimentados, en una atmósfera de jerarquía y respeto mutuo.

El borde del lecho – pequeño espacio, grandes oportunidades – es, pues, el hábitat instigador del residente. Le exige determinación. Despierta la palabra clave del léxico del recién recibido: *¡Voluntad!*

La voluntad lo arrastra a la solidez del aprendizaje, firmeza para enraizar los cimientos de su residencia. Ésta trae la

idealización del fuero íntimo del residente en la metonimia: *Residente en el Instituto de la Voluntad (R-InVo)*.

El *Instituto de la Voluntad* es la proyección de aprendizaje autoinstituido por el residente y debe incluirse como fuerte vínculo científico, cultural, moral, social y humano en la sistematización del ecosistema-residencia. Este instituto es bienvenido en los programas de residencia médica.

El *Instituto de la Voluntad* da equivalencia a los buenos propósitos de la institución de la salud. *Ser R-InVo*, a diferencia de estar residente, presupone:

- a) adquirir una mirada emprendedora;
- b) ir más allá de la obligación;
- c) dar movimiento al conocimiento;
- d) pasar en limpio lo ya adquirido;
- e) descubrir inéditos;
- f) frecuentar distintos recortes de los servicios;
- g) entranarse en los subsuelos de la información, del esclarecimiento y del conocimiento;
- h) enraizar cada vivencia de ciencia y de humanismo;
- i) constatar reciprocidades de utilidad (el *mi paciente* y el *mi médico*);
- j) expresar juicio de indispensabilidad (*del paciente para sí y viceversa*).

El R-InVo puede afirmarse, mostrarse y, sobre todo, exponerse en la carrera de obstáculos, etapa a etapa. Él se vincula, accede a realidades y transforma el diploma universitario en creencia para la sociedad.

El R-InVo se anima “residiendo” en el borde del lecho con ritmo propio de flujos y contraflujos. Se comporta residente-resiliente³, flexibilidad que evita deformaciones permanentes.

El R-InVo se escurre por entre las grietas técnico científicas de la interfase tripartita: R-InVo-paciente, R-InVo-supervisor, R-InVo-bibliografía. Éste se infiltra en las problemáticas y transforma carencias en vivencias. Él sabe que atender las necesidades de su paciente es la atención más eficiente a sus propias necesidades.

El R-InVo goza de interdisciplinaridad⁷; reclama claridad y perfeccionamientos en el sistema; vela por la calidad de la vida personal⁸; equilibra los pesos de la ciencia, que no deja de lado la duda, y de la tecnología, que pretende el dominio

Palabras clave

Residencia médica, bioética, educación médica.

Correspondencia: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 04 / 21A - 05663-020 - São Paulo, SP - Brasil
E-mail: grinberg@incor.usp.br, max@cardiol.br

Artículo recibido el 31/07/08, revisado el 26/08/08 y aceptado el 26/08/08.

de la certeza.

El R-InVo no es un estereotipo. Él expande un *curriculum* “estandarizado” para un proceso educacional “con su propio estilo”. El R-InVo personaliza su vivencia del sexteto de las Directrices Programáticas, a saber:

a) Atención a la salud. El R-InVo proporciona atención básica y atención a las complejidades. Él distingue actitudes para emergencia, urgencia o electividad. Él reorganiza vivencias terapéuticas para el ámbito de la prevención y la rehabilitación. El R-InVo llega al frente del paciente, corriendo atrás de la perfección, que es su límite superior, del cual no puede ir más allá, y no debe quedar pasos más acá⁹.

b) Toma de decisiones. El R-InVo vislumbra las zonas grisáceas de la suficiencia de autonomía dada por el aprendizaje ya adquirido, las cuales indican no tomar decisiones sin discusión previa. Él distingue solamente el permiso del paciente o su familiar al ser informado y aclarado sobre una elección real frente a las opciones presentadas. El R-InVo se previene de la idolatría a la alta tecnología hermanada a la iconoclasia del simbolismo del estetoscopio.

c) Comunicación. El R-InVo se comunica por medio del dialecto del borde del lecho y de modo no verbal (postura, gestos, expresión fisonómica etc). Él representa un medio de comunicación al reunir mensajes para el paciente, captadas de la propedéutica, de la bibliografía y de los supervisores.

d) Liderazgo. El R-InVo coordina actividades del borde del lecho y reclama lo combinado en una red de necesidad de intervenciones. Él intermedia la difusión de conocimientos de la situación clínica, se anticipa a los riesgos, minimiza iatrogenias y hace adaptaciones en pro de la beneficencia. El R-InVo construye confianza con el paciente y sus familiares. De ese modo, el R-InVo desarrolla la visión sistémica y amplia del líder. El R-InVo premia el ser responsable que reside en él, y no se ve actuando por el recelo de la punición. Él sabe que *Si no lo hago así, me llamarán la atención o seré procesado* es un pensamiento pernicioso que desconcentra sus valores y reduce la autoestima. El R-InVo protege su conciencia de ciudadano.

e) Administración y gestión. El R-InVo se involucra con la gestión del borde del lecho y desarrolla aptitudes para administrar la atención en sus aspectos multiprofesional, infraestructural y sistema de salud. Él se mueve en interdependencia con el ecosistema, asumiéndose tanto cosechador de seguridad como sembrador de confianza en la atención a la salud.

f) Educación permanente. El significado del *Instituto de la Voluntad* se perpetúa a lo largo de la actividad profesional, dando valor a la autoevaluación. Éste vale para la autoestima y como ejemplo para los colegas. El R-InVo refuerza la pertinencia de la concesión del título de Master (modalidad Maestría profesional) al final de la Residencia Médica, como lo propone el Proyecto “Universidad Nueva”. Umbral de una carrera en la escuela del borde del lecho. El R-InVo no se ve perteneciente al presente, porque su desempeño venidero depende de lo que éste hace y de lo que no hace, cada actuación se transforma inmediatamente en pasado. La sustentabilidad del futuro se fundamenta en la estratificación de los casos¹⁰. El R-InVo valoriza la heurística del borde del

lecho – *el paciente como el texto a ser interpretado* (OSLER, 1849-1919). Él adhiere a una paráfrasis a Michel Foucault (1926-1984): *el borde del lecho como sala de aula*.

En resumen, el desempeño del R-InVo se compromete con un decálogo de voluntades:

1. ¡Hágalo! Hacer es desafío catalizado por la *voluntad*.
2. ¡Aprenda con los errores! Recuerde que médicos con *voluntad* inventaron la correlación anátomo-clínica; simbolízela como expresión del camino del acierto.
3. ¡Tenga dudas! Las dudas son indicadores de la *voluntad* de aprender.
4. ¡Distinga tipos de fracaso! Aquellos relacionados al hecho de la Medicina ser el límite superior del ser médico, y no aquellos asociados a deficiencias personales, institucionales y del sistema de salud, están por encima su *voluntad*.
5. ¡Sea un camaleón en el ecosistema del programa! *Chamaelèon nosocomialis*, en analogía a *mus nosocomialis* (BERARDINELLI, 1903-1956), nombre elegante para “ratón de hospital”
6. ¡Valorice la humanidad en común! Sea un humano con *voluntad* de cuidar como humano. No todo lo que reluce para el médico es oro para el paciente.
7. ¡Considere la anamnesis y el examen físico como su cepillo de dientes! Tenga siempre *voluntad* de tener el suyo propio.
8. ¡Comuníquese de modo simpático y no sea impreciso! La *voluntad* de aclarar al paciente y a sus familiares perfecciona el diálogo. Evite ser “prospecto de riesgos/beneficios”, pondere sobre el “terrorismo” de ciertas comunicaciones.
9. ¡Viole el secreto de la enfermedad, no el secreto del enfermo! Esta *voluntad* hipocrática es patrimonio del ser médico.
10. ¡Cuide bien de sí mismo! Sea un espejo para su paciente, no piense: *haga lo que digo, no lo que hago*. Sea su propio portavoz. Inclúyase en la vida profesional sin excluirse de la personal. ¡Siéntase permanentemente de guardia contra el *burnout*, una horizontal en la atención a los riesgos de la insalubridad emocional y un especialista en el reconocimiento de sus expresiones subclínicas!

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

Vínculo Académico

No hay vínculo de este estudio a programas de post grado.

Referencias

1. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [Acesso em 2008 set 10]. Disponível em http://www.redeunida.org.br/diretrizes/docs/Medicina_Resolucao_0401.pdf.
2. Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 1988; 109: 154-61.
3. Nogueira-Martins LA. Residência médica: estresse e crescimento. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
4. Chaudhry SI, Holmboe E, Beasley BW. The state of evaluation in internal medicine residency. *J Gen Intern Med*. 2008; 23: 1010-5.
5. Grinberg M. Acaso da beira do leito, caso da bioética. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: e257-e261.
6. Plauth WH, Pantilat SZ, Wachter RM, Fenton CL. Hospitalists' perception of their residency training needs: results of a national survey. *Am J Med*. 2001; 111: 247-54.
7. Grinberg M. Decisão mecânica ou biológica. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: e132-e143.
8. Demaria AN. Of cardiologists, future and past. *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51: 2370-1.
9. Meers C. Cruel choices: autonomy and critical care decision-making. *Bioethics*. 2004; 18: 104-19.
10. Grinberg M. Conheço & aplico & comporto-me: identidade bioética do cardiologista. *Arq Bras Cardiol*. 2004; 83: 91-5.