

Residente Formado no Instituto da Vontade – Os Requisitos Desejo, Movimento e Superação

Resident Graduated at the Institute of Will: the Requisites - Aspiration, Movement and Prevailing Over

Max Grinberg e Tarso Augusto Duenhas Accorsi

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

Residente, esse jovem mágico que transforma uma bolsa em bagagem. Residente, esse nômade que se hospeda – menos um inquilino e mais “um da família”. Residente, essa célula-tronco pluripotente, trabalhador plural, aprendiz singular. Residente, esse adolescente do ser médico, prenúncio da maturidade profissional.

São seis as competências e as habilidades para a formação do médico brasileiro apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina do Ministério da Educação¹: (a) atenção à saúde; (b) tomada de decisões; (c) comunicação; (d) liderança; (e) administração e gerenciamento; e (f) educação permanente.

Após os seis anos de graduação, o recém-formado, imperativo dele próprio, ingressa em um Programa de Residência Médica, pretendendo fronteiras avançadas do referido sexteto. Ele exige-se repercutir Aristóteles (384-322) em cenários mutantes – (...) *é fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer* (...). A mesma pessoa, muitos significados de médico, infinitos papéis como residente e estresses da profissionalização²⁻⁴, tudo acontece muito rápido.

O residente acumula *expertise* ao cuidar mais de casos de comorbidades do que casos de livros⁵. É uma coleção sem catálogo – mais essências, menos predeterminações. Para tanto, ele articula-se às rotinas dos serviços como eixo condutor dos sucessivos rituais de passagem que acontecem segundo princípios, regras e normas institucionais^{4,6}.

O residente almeja florescer para si as novidades dos pacientes, as quais são repetições para os colegas mais experientes, em uma atmosfera de hierarquia, coleguismo e respeito mútuo.

A beira do leito – pequeno espaço, grandes oportunidades – é, pois, o habitat instigante do residente. Exige-lhe determinação. Desperta a palavra-chave do léxico do recém-formado: *Vontade!*

A vontade arrasta-o para a compacidade do aprendizado, firmeza para enraizar os alicerces de sua residência. Ela traz

a idealização do foro íntimo do residente na metonímia: *Residente no Instituto da Vontade* (R-InVo).

O *Instituto da Vontade* é a projeção de aprendizado auto-instituída pelo residente e deve ser incluído com forte vínculo científico, cultural, moral, social e humano na sistematização do ecossistema-residência. Esse instituto é bem-vindo aos programas de residência médica.

O *Instituto da Vontade* dá equivalência aos bons propósitos da instituição de saúde. *Ser R-InVo*, diferente de estar residente, subentende:

- a) adquirir um olhar empreendedor;
- b) marchar além da obrigação;
- c) dar movimento ao conhecimento;
- d) passar a limpo o já adquirido;
- e) descobrir inéditos;
- f) freqüentar distintos recortes dos serviços;
- g) entranhar-se nos subsolos da informação, do esclarecimento e do conhecimento;
- h) enraizar cada vivência de ciência e do humanismo;
- i) constatar reciprocidades de utilidade (o meu paciente e o meu médico);
- j) expressar juízo de indispensabilidade (do paciente para si e vice-versa).

O R-InVo pode afirmar-se, mostrar-se e, sobretudo, expor-se na corrida de obstáculos, estágio a estágio. Ele vincula-se, acessa realidades e transforma a certificação pela Universidade em crença para a sociedade.

O R-InVo anima-se “residindo” à beira do leito com ritmo próprio de fluxos e contrafluxos. Comporta-se residente-resiliente³, flexibilidade que evita deformações permanentes.

O R-InVo escorrega-se por entre as fendas tecno-científicas da interface tripartite: R-InVo-paciente, R-InVo-supervisor, R-InVo-literatura. Ele infiltra-se nas problematizações e transforma carências em vivências. Ele sabe que atender às necessidades do seu paciente é a atenção mais eficiente às suas próprias necessidades.

O R-InVo usufrui da interdisciplinaridade⁷; cobra clareza e aperfeiçoamentos no sistema; zela pela qualidade de vida pessoal⁸; equilibra os pesos da ciência, que não dispensa a dúvida, e da tecnologia, que pretende o domínio da certeza.

Palavras-chave

Residência Médica, Bioética, Educação Médica.

Correspondência: Max Grinberg •

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

Artigo recebido em 31/07/08; revisado em 26/08/08 e aceito em 26/08/08

O R-InVo não é um estereótipo. Ele expande um *curriculum* “face única” para um processo educacional “com a sua cara”. O R-InVo personaliza a sua vivência do sexteto das Diretrizes Curriculares, a saber:

a) Atenção à saúde. O R-InVo provê atenção básica e atenção às complexidades. Ele distingue atitudes para emergência, urgência ou eletividade. Ele reorganiza vivências terapêuticas para o âmbito da prevenção e reabilitação. O R-InVo chega à frente do paciente, correndo atrás do estado da arte, que é o seu limite superior, do qual não pode ir além e não deve ficar passos atrás⁹.

b) Tomada de decisões. O R-InVo enxerga as zonas cinzentas da suficiência de autonomia dada pelo aprendizado já adquirido, as quais sinalizam não tomar decisões sem prévia discussão. Ele distingue tão-somente a permissão do paciente ou familiar ao informado e esclarecido de uma real escolha ante as opções apresentadas. O R-InVo precavê-se da idolatria à alta tecnologia geminada à iconoclastia do simbolismo do estetoscópio.

c) Comunicação. O R-InVo comunica-se por meio do dialeto da beira do leito e de modo não-verbal (postura, gesto, expressão fisionômica etc.). Ele representa uma mídia ao reunir mensagens para o paciente, captadas da propedêutica, da literatura e dos supervisores.

d) Liderança. O R-InVo coordena atividades da beira do leito e cobra o combinado em uma rede de necessidade de intervenções. Ele intermedeia a difusão de conhecimentos da situação clínica, antecipa-se a riscos, minimiza iatrogenias e faz adaptações em prol da beneficência. O R-InVo constrói confiança com o paciente e os familiares. Desse modo, o R-InVo desenvolve a visão sistêmica e abrangente do líder. O R-InVo premia o ser responsável que nele reside e não se vê atuando pelo receio da punição. Ele sabe que *Se assim não fizer, serei chamado a atenção ou processado* é um pensamento pernicioso que desconcentra seus valores e reduz a auto-estima. O R-InVo protege a sua consciência de cidadão.

e) Administração e gerenciamento. O R-InVo envolve-se com a gestão da beira do leito e desenvolve aptidões para gerenciar o atendimento em seus aspectos multiprofissional, infra-estrutural e sistema de saúde. Ele movimenta-se em interdependência com o ecossistema, assumindo-se tanto coletor de segurança quanto semeador de confiança na atenção à saúde.

f) Educação permanente. O significado do *Instituto da Vontade* perpetua-se ao longo da atividade profissional, dando valor à auto-avaliação. Ele vale para a auto-estima e como exemplo para os colegas. O R-InVo reforça a pertinência da concessão do título de Mestre (modalidade Mestrado profissional) ao final da Residência Médica, como proposto no Projeto “Universidade Nova”. Umbral de uma carreira na escola da beira do leito. O R-InVo não se vê pertencente ao presente, porque o seu desempenho vindouro depende do que ele fez e do que ele não fez, cada atuação faz-se imediatamente passado. A sustentabilidade

do futuro alicerça-se na estratificação dos casos¹⁰. O R-InVo valoriza a heurística da beira do leito – *o paciente como o texto a ser interpretado* (OSLER, 1849-1919). Ele adere a uma paráfrase a Michel Foucault (1926-1984): *a beira do leito como sala de aula*.

Em suma, o desempenho do R-InVo compromete-se com um decálogo de vontades:

1. Faça! Fazer é desafio catalisado pela *vontade*.
2. Aprenda com os erros! Lembre-se de que médicos com *vontade* inventaram a correlação anátomo-clínica; simbolize-a como expressão do caminho do acerto.
3. Tenha dúvidas! As dúvidas são indicadores da *vontade* de aprender.
4. Distinga tipos de insucesso! Aqueles relacionados ao fato de a Medicina ser o limite superior do ser médico, e não aqueles associados a deficiências pessoais, institucionais e do sistema de saúde, sobrepõem a sua *vontade*.
5. Seja um camaleão no ecossistema do programa! *Chamaelèon nosocomialis*, em analogia a *mus nosocomialis* (BERARDINELLI, 1903-1956), charme para rato de hospital.
6. Valorize a humanidade em comum! Seja um humano com *vontade* de cuidar como humano. Nem tudo que reluz para o médico é padrão-ouro para o paciente.
7. Considere a anamnese e o exame físico como sua escova de dente! Tenha sempre *vontade* de possuir a própria.
8. Comunique-se de modo simpático e não seja vago! A *vontade* de esclarecer ao paciente e aos familiares aperfeiçoa o diálogo. Evite ser “bula de riscos-benefícios”, pondere sobre o “terrorismo” de certas comunicações.
9. Quebre o segredo da doença, não o sigilo do doente! Essa *vontade* hipocrática é patrimônio tombado do ser médico.
10. Cuide bem de si! Seja um espelho para o seu paciente, não reflita: *faça o que eu digo, não o que eu faço*. Seja seu próprio porta-voz. Inclua-se na vida profissional sem se excluir da pessoal. Sinta-se de plantão permanente contra o *burnout*, um horizontal na atenção aos riscos da insalubridade emocional e um especialista no reconhecimento das suas expressões subclínicas!

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

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.