

Residência Médica

“ *Aprendi muito com meus mestres,
mais ainda com meus companheiros,
mais ainda com meus alunos.*”

Talmude, Seleção de Theodore M.R. von Keller

O termo remonta ao tempo passado quando, recém-formados, médicos passavam a *residir* nos hospitais por períodos pré-determinados, para adquirir treinamento de habilidades que lhes permitisse atuar com maior segurança. Eram *residentes* da instituição em que atendiam os casos que para lá se dirigissem. Na verdade, antes da criação dos serviços de residência, por moção ou interesse próprio, estudantes cumpriam a função de, inicialmente *externos* (4º/ 5º ano) que ficavam encarregados dos piores serviços, os *internos* (6º ano) e os chefes de ala, já médicos, nas enfermarias, acompanhando as cirurgias com professores ou médicos do serviço nas áreas de seu maior interesse. Desta forma, adquiriam treinamento e, ao completar o curso, tinham incorporado habilidades que, hoje, só a residência médica pode propiciar.

Mudou o mundo. A população de estudantes nas faculdades, e o número delas aumentou incrivelmente, mais que o número de hospitais e da população, conseqüentemente, de pacientes. E as conseqüências? Não existe mais espaço para que estudantes e médicos reprisem antigos modelos. A bem da verdade, mudaram o direito e o respeito ao paciente. Antes, dizia-se, pela limitação de conhecimentos da fisiopatologia das doenças, de treinamento, dos métodos diagnósticos e dos métodos terapêuticos, que *médicos aprendiam errando*. Três aspectos merecem aqui ser citados. O primeiro diz respeito ao acesso universal à informação. Pacientes estão melhor informados, querem conhecer as opções diagnósticas e terapêuticas e os resultados que delas se pode esperar. Um exemplo palpável disto diz respeito às cirurgias endoscópicas, quando até cópias, em video, do que fazemos eles levam consigo. Outro, diz respeito aos direitos dos pacientes. Antes o médico pontificava absoluto. Era *dono* do paciente. Mudou a lei. Hoje, o paciente não é mais propriedade das vontades e/ou decisões de seus esculápios. Há menos

de quinze anos, o prontuário passou a ser propriedade do paciente. Somos mais vigiados e, devido a isso, temos mais cuidado com medicações, descrições cirúrgicas e com nossas anotações em prontuários. Sabemos que este é um instrumento a nos inocentar em caso de querelas. O terceiro é a necessidade de aprimoramento constante que precisamos ter, e não tem como ser diferente.

Diferente do passado, a concorrência para ser aceita e adquirir treinamento específico nos programas de residência médica é muito grande. Médicos, após terem sido internos e externos nas enfermarias, quando recebiam o *anel de esmeralda*, julgavam-se aptos a praticar medicina e poucos ficavam ligados aos serviços, indo praticá-las em cidades menores. Poucos procuravam realizar formação mais aprimorada, em centros maiores ou no exterior. Outros ainda, somente após completarem seus *estágios* nessas comunidades procuravam a especialização.

Com a concorrência e a cobrança de melhores desempenhos, houve a pressão e a necessidade de fazermos a formação formal antes de atuarmos no mercado de trabalho. E os programas de residência médica começaram a surgir, inicialmente acanhados, sem muitas normas ou programas. Aí surgiu a consciência da necessidade de colocarem-se normas e que elas fossem seguidas nacionalmente por todos aqueles que quisessem ter o reconhecimento de suas instituições como instituições oficiais. Surgiram normas e leis sociais para proteção e segurança dos médicos em suas formações de especialista. E chegamos ao estágio atual. Será o ideal ou apenas o possível?

A Diretoria