

Entrevista - Prof.^a Patrô – Residência Médica



Maria do Patrocínio Tenório Cavalcante

Prof.^a Associada da Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Secretária Executiva Comissão Nacional de Residência Médica - MEC/SESU (2009-2013).

1. Qual é a atual situação da residência médica no complexo HC-FMUSP?

A residência no complexo HC-FMUSP cresceu significativamente nos últimos anos e está bem consolidada, sendo bastante procurada por médicos do país inteiro. Isso porque tem aquilo que é essencial para um bom programa de residência médica: infraestrutura, corpo docente qualificado e demanda diversa e em bom número. De acordo com dados recentes, apresenta, senão todas, quase todas as especialidades médicas, que são 53 no total, e áreas de atuação, que são 54, reconhecidas atualmente no Brasil.

2. Quais são as limitações existentes nos programas e suas possíveis soluções?

Embora não esteja completamente a par da situação da residência aqui, houve algum tipo de limitação no que diz respeito à expansão do número de vagas que foram solicitadas em algumas áreas, como, por exemplo, radiologia e neurologia.

3. Que diferenças existem entre a residência daqui e as de outros locais do Brasil?

A residência da FMUSP é a mais antiga do Brasil. Embora existam controvérsias em relação ao tema, sendo que alguns dizem que a primeira surgiu no Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, ao analisarmos a história, percebemos que esse programa nasceu primeiro aqui, mas com o nome de internato, e depois no Rio, já com o nome de residência. Certamente, nessa trajetória de 1944 até hoje, houve momentos de revisão dos procedimentos realizados, mas há uma solidez que se formou com o acúmulo de experiência.

Além disso, temos um privilégio muito grande devido à

nossa boa infraestrutura, o que nem sempre observamos em diversos locais do Brasil, especialmente em hospitais filantrópicos e públicos. Durante muitos anos, diversos hospitais não receberam verbas para a manutenção e melhora de suas estruturas, e vemos, às vezes, toda a equipe que trabalha nesses locais em condições físicas inadequadas. O Hospital Universitário do Amazonas, por exemplo, está sendo reconstruído ao lado do antigo, já que não foi possível recuperar a instalação existente. Paradoxalmente, embora a estrutura física não seja a mais adequada, devido à alta qualidade dos profissionais atuantes e serviços oferecidos, as vagas de residência nesses locais são muito disputadas, com alta qualidade de capacitação profissional.

Já do ponto de vista metodológico, não existem grandes diferenças, pois a estratégia de ensino é sempre a aquisição de habilidades, competências e atitudes por meio do treinamento em serviço. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), nesse contexto, busca sempre um equilíbrio entre atender para aprender e atender para suprir a demanda. Para que haja o aprendizado, por sua vez, é necessária a demanda pela área em questão, a supervisão adequada e espaços para discussão em relação ao porque fazer ou não de determinada maneira.

4. Como podemos comparar a residência brasileira com a de outros países?

Essa é uma pergunta muito interessante. Sempre que posso vou a congressos de educação médica na Europa com grande expectativa de aprender com eles. Lá existe uma ampla diversidade cultural e mesmo socioeconômica, já que alguns países apresentam uma situação diferente quando comparados à Inglaterra e França, por exemplo. Além disso, diz-se que a residência médica nasceu a partir de uma experiência inicial na Alemanha, onde o norte-

americano que consolidou o programa nos Estados Unidos, em torno de 1890, estagiara previamente. Portanto, em que pese a Europa nesses aspectos, o que ouvi do representante dos médicos residentes, que fez uma ótima palestra no Congresso Europeu de Educação Médica de 2012, foi algo diferente do que temos no Brasil como modelo de gestão de residência médica. Isso porque, lá, os programas podem acontecer inclusive dentro de clínicas privadas, e não há uma regulamentação única que diga respeito, por exemplo, aos valores de bolsas, ficando o residente mais dependente daquele que o está acolhendo. A partir disso, o representante foi taxativo ao dizer que se torna difícil discutir com quem é o seu chefe, no dia-a-dia de sua formação, critérios de aprendizagem ou condições de trabalho, muito mais do que apenas o valor da bolsa, que ainda assim é muito superior ao praticado no Brasil.

Ouvindo os médicos europeus e considerando a legislação dos países que chamamos de mais desenvolvidos, ainda pesando a experiência que temos em receber médicos do exterior em estágios no Brasil, minha impressão é a de que o nosso internato é raro. Essa experiência pela qual o jovem médico passa oferece um aprendizado que o europeu, canadense ou norte-americano terá apenas na residência, tanto que nosso R1 nesses países é chamado de interno de primeiro ano. Isso provoca uma série de confusões ao discutirmos programas de residência brasileiros e estrangeiros, quando dizemos, por exemplo, que uma determinada especialidade fora dura 5 anos, mas esquecemos que os dois primeiros foram equivalentes ao nosso internato. Portanto, eles passam pela nossa fase de 5º e 6º ano apenas quando são R1 e R2.

Uma outra diferença entre a residência no Brasil, Canadá e Estados Unidos diz respeito à faixa etária. Nesses países, aqueles que terminam o curso de Medicina tem, em média, quase a mesma idade que nós ao final da residência, já que é comum terem realizado outros cursos ou trabalhado para ajudar nos custos da faculdade. Na Europa, entretanto, a sequência é mais semelhante à brasileira.

O que vejo, também, é que as condições de treinamento, em especial infraestrutura, são significativamente diferentes das brasileiras. A relação residente-preceptor, entendendo preceptor como qualquer profissional responsável pela formação do residente, e não o conceito de preceptor existente e conhecido no HC, parece-me que é mais simétrica na Europa, já que aqui é frequente ser rígida e muitas vezes quase de submissão, já que o preceptor aplica o mesmo modelo que teve durante sua formação na residência. Claro que deve haver uma hierarquia e respeito, pois tratamos de um processo de formação, mas estamos falando de uma simetria, e não de submissão. Devemos conquistar respeito pela qualidade de ensino e de formação e pelas oportunidades oferecidas. Essa relação residente-preceptor é muito importante na formação do médico, pois

influencia também na relação médico-paciente. Assim, devemos ter um cuidado especial nesse ponto.

5. A residência nesses países chega a ser obrigatória para a atuação do médico?

Concluído o curso de graduação, tem-se uma autorização provisória para o exercício da medicina, sendo que só ao término da residência se tem uma autorização ampla e definitiva para a prática profissional. No Brasil, tendo em mãos um diploma, apenas é necessária a inscrição em um Conselho Regional da área em que irá atuar.

Até há pouco tempo, talvez eu fosse bastante contrária à obrigação da residência para poder praticar medicina no país. Mas eu entendo que o CRM “definitivo” apenas após a residência médica pode favorecer o desenvolvimento desse segmento de educação. Por outro lado, fico com uma preocupação muito grande. Sem os médicos residentes, boa parte da população não teria acesso à saúde, tanto por sua atividade como residentes propriamente dita, como em plantões durante a noite, finais de semana ou feriados. Isso tem de ser muito bem pensado e planejado. Fui convencida pelos colegas do Congresso de Medicina de Família e Comunidade que a obrigatoriedade da residência para o exercício da profissão fortaleceria aquela especialidade médica, que hoje pode ser praticada tanto por quem tem como por quem não tem residência médica nessa área. Mas, outra vez, com planejamento para que uma parcela da população não fique sem atendimento.

Tenho um diapositivo que apresento pelo Brasil inteiro onde resumo que a residência médica, sem dúvida alguma, qualifica o profissional, havendo evidências científicas comprovando isso. A RM fornece um grande aprendizado e amadurecimento, pois estamos numa faixa etária que permite uma aquisição máxima dessas qualidades. Além disso, onde há residência médica também há qualificação do serviço médico, com melhora da assistência. Isso decorre da oxigenação de conhecimento, de demandas, que cria uma necessidade de aprimoramento para transformar o que era só assistência em ensino também. Assim há ganho para quem trabalha no serviço, para quem estuda lá e também para a população. A primeira evidência disso é observacional. Fui observadora da prova prática de ingresso aos programas de residência médica da UNIFESP do ano de 2011 para 2012. No primeiro dia ocorreu a prova para as especialidades de acesso direto, ou seja, a prova para os egressos da graduação. No segundo dia, as provas para aqueles que já tinham concluído Clínica Geral ou Cirurgia Geral. Pude ver um comportamento muito diferente, tanto nas situações mais estressantes como nas menos estressantes, muito mais apropriado naqueles que já haviam realizado os primeiros dois anos de residência. Depois, temos também evidências científicas. O Dr. Krikor Boyacian, ex-professor da UNIFESP, estudou médicos que haviam sido denunciados por má conduta na

especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Constatou-se que, daqueles, 70% não tinham residência médica. Assim, a residência médica, segundo colegas do Rio de Janeiro, é um requisito ético para a prática profissional.

6. No exterior, como se dá o ingresso nos programas de residência?

Como os países que chamamos de desenvolvidos são os que mais publicam, acabamos usando suas experiências como referência frequentemente. Contudo, precisamos lembrar, antes de mais nada, que estamos falando de países de dimensões muito menores, às vezes do tamanho de um estado brasileiro. Trabalhar na CNRM me deu muitas oportunidades, e pude ver o que o Brasil são realmente vários Brasis. Tenho um grande respeito pelos que trabalham com educação médica em todo nosso país, pois são muito dedicados e esforçados em lidar com as diferenças culturais existentes respeitando a diversidade, apesar de todos termos que atingir os mesmos objetivos de ensino.

Temos aqui uma realidade mais complexa do que a Inglaterra, por exemplo, onde o indivíduo procura ou sistema público ou o privado de saúde. No Brasil, temos o sistema público, privado ou conveniado. Outra diferença está na regulamentação mais rígida da formação de especialistas lá fora, exatamente para evitar falta ou sobrecarga em determinada área. Assim, a residência médica é importante do ponto de vista de estratégia pública de saúde, sendo que há sempre alguma tensão entre o olhar diferente do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação sobre esse mesmo tema. Em outros países, normatiza-se a forma de ingresso nos programas de residência médica, sendo que 30 a 40% das vagas são destinadas a especialidades da chamada área básica. No Canadá, por exemplo, em torno de 30% de todas as vagas de ingresso estão especificamente na Medicina de Família e Comunidade, que é uma maneira que eles entendem ser a apropriada para regular a formação de especialistas e também para qualificar os médicos. O indivíduo pode se especializar mais, se for seu desejo, mas fará isso na medida das oportunidades e necessidades do país.

Eu me lembro bem de uma situação em que um filho de um colega que morava na França veio para o Brasil em um estágio na FMUSP. Ele queria se especializar em Oftalmologia, mas sabia que na região da França onde moravam demoraria muito para novas vagas se abrirem nessa especialidade. Isso porque há regulação do número de vagas, que também varia com a região, podendo, por exemplo, não haver abertura por 5 anos.

No Brasil, o médico pode se tornar especialista fazendo residência médica ou prestando prova de título na Associação Médica Brasileira. Assim, existem dois meios diferentes, e também discussões sobre a unificação deles,

de modo a regular melhor a formação do especialista. É claro que, aqui, também deve haver diferença nas vagas entre diferentes regiões. São Paulo, por exemplo, tem grande concentração de médicos, no que pese ouvirmos com frequência que o que existe é uma falta. Na verdade, o que ocorre é uma má distribuição geográfica e também um desprestígio pelas áreas gerais. Assim, o que fazer para que mais médicos se tornem Clínicos Gerais, Cirurgiões Gerais, Pediatras, Médicos de Família? Acredito que deva existir uma carreira de Estado que valorizasse essas profissões de maneira diferenciada, e principalmente que nos sentíssemos seguros em optar por essas áreas, sabendo que haverá uma localização dentro do Sistema de Saúde que permitirá àquele que optar ter uma qualidade de vida adequada, como costumamos brincar, “apesar de ser apenas um médico geral” (coloco entre aspas por ser muito, muito complexo, ser um médico geral). De acordo com contas de 2011, estávamos perigosamente com pouco menos de 50% das vagas de residência em áreas gerais, com o agravante de que não se fica em Clínica Geral e Cirurgia Geral, que têm o menor contingente de vagas ociosas, pois são requisitos obrigatórios para as especialidades clínicas e cirúrgicas. O interessante é que tanto o sistema público como o privado desvalorizam a consulta médica e favorecem os procedimentos, sendo que permitem apenas 15 minutos por consulta, contrariando tudo o que aprendemos em semiologia médica.

7. Quais são as novidades em relação aos métodos de ensino na residência, como simulações?

Os laboratórios de habilidades não são amplamente difundidos pelo seu altíssimo custo, ficando restritos aos hospitais universitários, mas, de acordo com a literatura internacional, a simulação comprovadamente reduz os riscos e aumenta a segurança dos pacientes, embora não substitua a prática durante a formação médica. A segurança dos pacientes, por sua vez, é um conceito cada vez mais discutido, pois não adianta só ensinar, mas também é necessário garantir segurança, que não só trata de procedimentos invasivos, como primeiramente pensamos, mas também trata de trabalhar para reduzir a infecção hospitalar, por exemplo. Aprender a lavar as mãos no primeiro ano parecia brincadeira, mas é a ação mais importante para prevenir essa infecção, e ficamos muito gratos ao saber que a Comissão de Infecção Hospitalar do HC, ao realizar um estudo, descobriu que todos os residentes sabiam lavar adequadamente as mãos, e diziam que aprenderam ao longo da graduação. É um empenho que vale a pena e feito, de maneira divertida no primeiro ano, que precisa ser reforçado ao longo dos anos.

8. Como se colocam os três níveis de assistência à saúde na educação médica?

De um modo geral, o treinamento deve ocorrer nos três níveis de atenção à saúde. Mas é claro que o nível primário

é o local preferencial de treinamento da graduação. Isso em termos de uso de tecnologia, pois eu sempre acredito que a maior complexidade de ação esteja no nível primário. É importante compreender que primário não quer dizer menos. As palavras têm poder, e muito. Não podemos confundir “primário” como menos importante. Isso talvez justifique muita da confusão que vemos hoje no sistema de saúde. É uma desagregação da atenção primária, que precisa ser melhor construída.

O que se espera de qualquer médico, mais ou menos especializado, é que compreenda esses três níveis e os utilize de maneira apropriada, o que muitas vezes não é passado pelos preceptores, entendendo, mais uma vez, esses como quaisquer profissionais responsáveis pela formação do residente. Assim, não é porque se está na Cirurgia Cardiovascular que se pode desconhecer o nível primário ou secundário, porque o paciente, depois da alta, vai voltar para onde, senão para a comunidade? É ótimo que se conheça bem esse sistema e se troque informações diretamente. Nesse mesmo Congresso de Medicina de Família e Comunidade, ouvia como é fantástico quando o médico da atenção terciária, por conhecer o carimbo do médico da atenção primária, às vezes de maneira formal, devido à organização do sistema no município, e muito de maneira informal, se comunicam e fazem um planejamento conjunto da saída daquele paciente do nível terciário para o primário e vice-versa. Eu mesma vejo muito isso, tendo colegas que trabalham na Medicina de Família e Comunidade na zona oeste, e nos comunicamos muito, devido à proximidade de nossas origens. Gostaria de colocar que meus pacientes diabéticos e hipertensos do AGD que têm um médico de família nas suas regiões estão controlados em suas afecções mais prevalentes. Pude observar isso, embora não seja de forma sistemática, mas em casos isolados. Assim, os pacientes precisam vir menos para o HC, e muitas vezes agilizamos, por conversas e e-mail, essa demanda do sistema primário, trocando informações rapidamente quando percebemos que é necessário.

9. Em relação aos pré-requisitos para o ingresso na residência, existe alguma tendência de mudança?

Nesse sábado, vamos para mais uma reunião para discutir os pré-requisitos para a cirurgia. O Colégio Brasileiro de Cirurgias já vem promovendo essa discussão pelo país há mais de um ano, quase dois. Talvez a mudança maior não seja em relação à mudança dos pré-requisitos de cirurgia geral, mas a forma de ingresso nas especialidades cirúrgicas. O que observei foram discussões que dizem que dois anos de Cirurgia Geral não são suficientes para formar um cirurgião geral, mas como pré-requisito parece haver um consenso que são apropriados. O que se fala muito é que no segundo ano de residência, o médico se concentra mais no exame do que na sua atividade, diminuindo o aproveitamento daquele ano. Em função disso, está sendo

sugerido o ingresso chamado pré-otado. Assim, se quero fazer cirurgia plástica, por exemplo, eu faria, ao sair do sexto ano, uma prova diretamente para cirurgia plástica, naturalmente com conteúdo dos seis anos de graduação, com ênfase no internato, sabendo que os dois primeiros anos seriam de cirurgia geral. A vantagem está na redução dos custos com as provas e na redução do estresse, talvez com melhor aproveitamento dos dois primeiros anos. Em um Fórum de Hematologia e Hemoterapia, uma das várias reuniões para discussão marcadas com sociedades de especialistas, foram trazidos relatos dos residentes sobre sua formação. Dois pontos chamaram a atenção: os residentes não têm tanta preocupação com o tempo de duração da formação do especialista, sendo que os dois anos de clínica geral para eles, naquele caso, são essenciais para a formação na especialidade em questão, e esses dois anos são um tempo interessante para amadurecer e pensar melhor no que eu quero fazer a posteriori. Ou seja, voltando no exemplo da cirurgia plástica, nos dois anos de cirurgia geral, eu posso entender que essa não seja minha vocação e queira ir para outra especialidade cirúrgica. Então, essa seria a desvantagem que observamos mais fortemente. Além disso, existem também as questões pedagógicas, será que sabendo que eu vou para a cirurgia plástica eu me dedicaria menos à cirurgia geral? Isso eu acredito ser menos importante, pois é responsabilidade do preceptor impedir a passagem do residente para a especialidade, caso não tenha se portado da maneira mais adequada, ficando, então, mais um ano na cirurgia geral. Isso pode ser superado, mas o desejo de mudar a especialidade durante os dois primeiros anos ainda não. Outro aspecto cuja discussão é embrionária trata da avaliação em dois ou três momentos sequenciais durante a graduação, como forma parcial de acesso aos PRMs (obs.: após essa entrevista houve a aprovação da Lei 12.871/13 que traz novos aspectos nessa discussão).

10. Devido ao acúmulo cada vez maior de informações, existe a necessidade de aumentar o tempo de formação dos residentes?

De um modo geral, a discussão é pela ampliação da duração dos programas de residência, já que o conhecimento médico cresce a cada segundo. Mas devemos considerar que, embora tenham surgido novos métodos, outros desapareceram. E também não podemos desconsiderar o que aprendemos na graduação. É importante pensar na graduação e na residência conjuntamente. A ideia é estender a duração para aqueles que desejam, e não para todos. Assim, na Hematologia e Hemoterapia pode se optar por mais um ano de residência, que seria uma capacitação em hemoterapia, por exemplo, contudo, sem isso represente formar com tal lacuna os hematologistas. São as chamadas áreas de atuação ou ano-opcional, que são soluções intermediárias. Contudo, é importante sentar e ouvir todos os lados, ouvir as demandas do país. Será que realmente

todos os hemoterapistas devem fazer um ano adicional? Aí os professores são fundamentais também nas sociedades, gestores e estudiosos de regulação da assistência em saúde, que podem apresentar soluções para essas demandas, que são também sociais, pois faltam profissionais nessa área para atender a população.

11. Como está a situação da análise de curriculum para o ingresso na residência?

Essa é uma situação complicada, pois é o setor da prova que mais gera demandas judiciais pelo país afora, e há pessoas que defendem que ela deva desaparecer. Eu julgo que nós temos que aprimorar essa fase que talvez seja a mais importante, porque precisamos valorizar a graduação. Para planejar a residência, precisamos considerar esses seis anos de aprendizado. Não só avaliar o quanto se acertou ou errou na prova, mas também o quanto o aluno se dedicou durante a graduação. Isso em relação ao curriculum nuclear, obrigatório. Mas fico com alguns receios. É importante, por exemplo, fazer Iniciação Científica? Para mim sim, não tenho dúvida. Esse aluno adquirir conhecimentos e habilidades de como o conhecimento é gerado e crítica em sua atividade profissional futura. Esse é o objetivo da Iniciação Científica. Mas na hora do processo seletivo, onde se apresenta, para ser médico R1 de Clínica Médica, alguém com mais publicações que alguns docentes de algumas áreas, não que não seja importante, mas começo a me preocupar, pois está havendo um desvio da graduação. Se um indivíduo realmente realizou todas essas pesquisas, devemos pensar se ele cumpriu todos os objetivos da graduação de forma adequada. Será que não estamos diante de alguém com penduricalhos para pesquisa? Não estaríamos atrasando a formação de um excelente pesquisador? Lembro de um caso que, pelas contas da banca, o indivíduo tinha uma média de uma publicação a cada dois meses em revistas de ótimo impacto. Quem trabalha nessa área sabe que é impossível. Publicar um artigo por ano em uma revista de impacto já é excelente, pois são dois anos para levantar os dados e um ano para o *paper* ir e vir até ser publicado. Publicar durante a graduação deve ser estimulado, mas não pode ser supervalorizado. É importante saber uma língua estrangeira? Está nas diretrizes nacionais que precisamos saber uma língua estrangeira, mas não podemos pontuar quem fala inglês, francês, espanhol de uma forma diferente daquele que fala apenas inglês. A seleção deve priorizar o que está nas diretrizes curriculares, para que não tenhamos que tatear no escuro o médico que precisamos formar. O curriculum deve ser valorizado no que foi dado oportunidade igual a todos, que é curriculum regular e obrigatório. Foi um bom interno? O que é ser um bom interno? O que é ser um bom aluno?

12. Quais são as principais dificuldades encontradas pelo residente em sua formação?

Deixamos aberto um questionário de queixas de residentes

na CNRM. À medida que se vai respondendo, o relatório já vai sendo feito. O que nós observamos nas mais de 900 respostas até o momento, é que os residentes se queixam das condições de treinamento, como sobrecarga de pacientes, ausência de supervisão adequada, relação bastante ostensiva dos supervisores para com os residentes, incluindo até assédio moral. Em um dos itens desse questionário se pergunta se o residente sofreu assédio moral alguma vez, e, se positivamente, por parte de quem. Geralmente se responde que ocorreu por parte do supervisor mais próximo dele. Não é uma frequência de 100%, mas é preocupante porque está na casa dos 30 a 50%. Isso vem do fato de o preceptor não saber o papel dele, e então reproduzir modelos antiquados. Para melhorar sua função, estão em curso vários programas para melhorar a capacitação de preceptores para a residência médica. O Ministério da Saúde tem financiado vários desses cursos sediados no Hospital Sírio-Libanês, no Hospital Alemão Oswaldo Cruz. A Associação Brasileira de Educação Médica tem um de muito sucesso, que deve aumentar seu número de vagas anuais. Além disso, as queixas também se referem à infraestrutura e equipamentos deficitários. Tudo isso se configura na principal queixa, que é o não cumprimento do conteúdo programático a ser desenvolvido.

Em segundo lugar, está o valor da bolsa, que embora tenha sido reajustado, continua aquém do valor que os residentes consideram adequado para que se dediquem mais aos programas de residência que cumprem. Desde a minha época na residência esses valores já vem sendo questionados. Talvez se fossem dobrados, seriam suficientes para atender às necessidades básicas dos residentes. Os baixos valores praticados geram o que eu chamo de penduricalhos, porque começam as demandas por moradia e refeição. Não seria melhor pagar um valor mais apropriado? A CNRM tem uma série de paradoxos. Ela faz a gestão de toda a educação em residência médica, mas não da parte financeira, que é responsabilidade do Ministério da Educação para os hospitais federais, das Secretarias Estaduais (como em São Paulo), e dos municípios. Há ainda o financiamento filantrópico e privado. Não há governabilidade da CNRM nesse setor e, a discussão deve ser feita com todas as entidades que financiam a bolsa. Portanto, pode-se imaginar as dificuldades. Acredito que deveria ser elaborada uma lei federal normativa sobre o assunto, prevendo recursos.

13. Há alguma questão não abordada que a senhora julgue importante ser discutida?

Existe a questão da gestão da residência médica, que vale ser comentada. Eu costumo fazer um paralelo entre as comissões de graduação, que são bastante respeitadas dentro das instituições, e as de residência médica, que por uma questão histórica, não o são. Isso leva a uma perda de controle local, que, claro, vai repercutindo no sistema todo.

Originariamente, a residência médica do HC foi trazida por pessoas que estudaram o tema no exterior. Assim, o gestor conduzia o programa da maneira como ele acreditava ser a mais adequada, em um tipo de organização celular que perdeu por mais de 30 anos. Apenas em 1977 foi instituída a Comissão Nacional de Residência Médica, quando os médicos residentes conseguiram se comunicar nacionalmente, e transformaram a gestão fragmentada em uma gestão central. Isso porque o conjunto de residentes se sentiam escravizados, ou seja, a questão do trabalho preponderava sobre a questão da educação. A residência só é perfeita quando existe o equilíbrio entre essas duas pernas. E, nesses anos de chumbo, a carga horária era excessiva, havia assédio moral, renda ínfima e variável. Isso motivou a luta pelos direitos dos residentes nacionalmente na Associação Nacional dos Médicos Residentes, que redundou no decreto presidencial em 1977, criando a Comissão Nacional de Residência Médica, cuja função é a de regular e supervisionar os programas de residência médica no Brasil, situada no Ministério da Educação. Apenas em 1981 foi promulgada a Lei de Residência Médica no país. Essa história explica porque, até hoje, existem dificuldades dos gestores de residências médicas entenderem que sua participação ativa e efetiva na COREME é essencial, valorizando o papel do gestor

(coordenador) dessa comissão, que representa a filosofia de formação na instituição. Respeitados os limites da lei e da comissão nacional, há variações, claro, entre as diferentes instituições. Devemos discutir que ninguém quer introduzir pessoas externas no controle da residência médica. Esse modelo protege os gestores, preceptores e médicos residentes dos programas, havendo equilíbrio de proteção para todos os lados, se tudo ocorre bem. Continuo a insistir que as pessoas não fazem isso, não porque não querem, mas porque aprenderam de uma forma diferente e reproduzem. O impacto que um modelo tem é imenso, e demora algumas gerações para que seja modificado. Temos que entender que para trabalhar como gestor de um programa, é preciso ter tempo protegido para isso, ou seja, não posso fazer todas minhas tarefas de médico, professor, sem ser liberado durante um determinado período para realizar a gestão, que demanda reuniões com várias profissionais para a realização de interface, discussão, e sua representação regional e, depois, nacional.

Aqui, gostaria de fazer uma homenagem ao professor Paulo Elias, que publicou há vinte anos uma tese que continua atualíssima sobre residência médica, na qual discute a ambiguidade que existe em ser aluno e profissional ao mesmo tempo, entre outras que já discutimos previamente.