

## Iniciação Científica, Residência Médica e Investigação Clínica

*Undergraduate Research, Medical Residency and Clinical Investigation*

Max Grinberg e Antonio Carlos Bacelar Nunes Filho

Instituto do Coração - InCor HC FMUSP, São Paulo, SP - Brasil

*“Conhecimento perigoso é aquele que se acumulou muito mais rapidamente que a sabedoria necessária para gerenciá-lo,”*

Van Rensselaer Potter, 1967

Senso de observação é atributo-condição que o médico desenvolve e aproveita para reconhecer complexidades e variabilidades. O fortalecimento a partir da assistência modela articulações com a pesquisa. Nesse contexto, as investigações clínicas projetam-se com mais visão interdisciplinar e menos viés metodológico reducionista.

A aquisição da visão de bom observador é favorecida, na formação do médico, pela sinergia da tradicional iniciação assistencial com a chamada iniciação científica. A concomitância realça o benefício de o estudante de Medicina comprometer-se tanto com a produção quanto com a aplicação do conhecimento, evitando portar-se segundo uma hierarquia predeterminada de saberes. Muitos seguirão a rota da beira do leito, outros serão atraídos pela bancada, não poucos percorrerão ambos os caminhos, de modo transitório ou permanente.

A iniciação científica na Medicina brasileira, cujo registro de nascimento data da criação do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)<sup>1</sup>, é oportunidade pedagógica para o estudante estar perto de lições “particulares” do orientador, matéria-prima para aprender como obter e como fazer análise crítica de dados e fatos, desde voluntários ou não<sup>2</sup>. A complementaridade em relação à prática assistencial qualifica a formação de recursos humanos na área da Saúde.

Praticar desde cedo, como “línguas nativas”, o dialeto da assistência e o dialeto da pesquisa, facilita a emissão e a recepção que comunicam experiências decorrentes de projetos formulados e experiências espontâneas do atendimento às necessidades do paciente. Quem é assim treinado durante a graduação agrega vantagens profissionais, pois a convivência com a tensão existente entre ambas atividades robustece a

habilidade para fazer tradução simultânea - ou melhor, tradução consecutiva - entre perguntas provocativas desde a beira do leito e respostas com nexo advindas do laboratório. É valioso aprender a dar destaque para a pesquisa estratégica, aquela que avança as fronteiras do conhecimento ganhando aplicação prática. Dificuldades de sustentabilidade acadêmica, contudo, provocam heterogeneidades entre os programas de iniciação científica existentes nas Instituições de Ensino Superior do Brasil.

Os afazeres de residente trazem um hiato com atividades de pesquisa; contudo, o decorrer desses afazeres é ocasião para apreciar de perto determinados recursos do currículo oculto dos programas bem qualificados. Eles constituirão alicerces para a opção de continuidade da pós-graduação após a conclusão da Residência Médica. A mentalização dos pilares precisa deixá-los fincados na estrutura organizacional dos Serviços frequentados, pois, sem os nexos, o uso subsequente da memória do vivenciado para o encadeamento ficaria prejudicado.

Em Cardiologia, a clínica de Valvopatia possui uma natural redução de sotaques entre assistência e pesquisa. A razão é que, ao longo do tempo, as classificações de dimensão do efeito e de estimativa de certeza das diretrizes de conduta sobre doença valvar derivaram fundamentalmente de observações de especialistas e estudos de caso, o que traz notória superposição entre laboratório e beira do leito. De fato, três dentre quatro recomendações das Diretrizes ACC/AHA-2006 sobre Valvopatia<sup>3,4</sup> apresentam nível de evidência C (opinião de especialistas), destacando-se que se associam a alto percentual universal de reprodução de utilidade e eficácia.

Em decorrência, o estágio em Valvopatia do Programa de Residência em Cardiologia é exemplo de um observatório com tradição, alçado pela coesão do mérito científico com a *expertise* clínica, para que o agora residente em especialidade no âmbito do Sistema Único de Saúde, mais amadurecido nas formulação de estratégias (plano mental) e em tomada de decisão (ato concreto), capte premissas da continuidade do aprendizado das duas linguagens. A visão oferecida contribui para o reforço da percepção sobre os benefícios do trabalho intersetorial entre assistência e pesquisa por mesmas mãos, no mundo real da Medicina, para se tornar um cardiologista seguro. Pela perspectiva do Serviço, ele abre os olhos para o valor científico da concepção de uma observação sistematizada que faz o médico que assiste “entrar no tubo de ensaio” junto com o paciente. E, o mais relevante, ele “torna seu” o que recolhe das experiências, essencial para crescer, amadurecer e acreditar no seu trabalho. Não menos importante, a aquisição das convicções precisa estar adaptada à sua personalidade, pois o jovem médico, no trabalho de ajuste entre individualidade, integridade e realização, costuma bloquear certas espontaneidades do seu interior para cumprir-

### Palavras-chave

Internato e residência, bolsas de estudo, estágio clínico, pesquisa.

Correspondência: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 04/21A - Paraisópolis - 05663-020 - São Paulo, SP - Brasil

E-mail: max@cardiol.br, grinberg@incor.usp.br

Artigo recebido em 18/09/10; revisado recebido em 11/01/11; aceito em 11/01/11.

se cópia do modelo de compromissos profissionais admitido como determinante de mais segurança para o paciente.

Se o residente entende que tudo isso vale a pena<sup>5,6</sup>, manter-se clínico (o objetivo da Residência) e com interesse em futuros mergulhos nos fundamentos da inovação em ciência (investigador clínico pós-Residência), há valor num Serviço híbrido, que dá prioridade pedagógica ao cuidar de paciente e, ao mesmo tempo, desenvolve investigação clínica. A valia está em auxiliá-lo a intuir o quanto é imprescindível mentalizar o direcionamento sobre quatro ligações: a) foco; b) orientador; c) método; d) prática<sup>7</sup>.

O foco corresponde à área de interesse que a passagem pelos vários estágios atrai e estimula o residente a conectar uma linha de pesquisa, que poderá lhe trazer mérito científico, exposição na literatura e respeito dos colegas. Metas precisam ficar claras e o papel participativo, bem definido. A seleção da subespecialidade dentro do extenso interesse científico da Cardiologia é multifatorial, incluindo gosto pessoal, admiração por orientador/Serviço, oportunidade de inclusão e destaque da literatura da época. Uma ideia da distribuição atual do foco pode ser obtida pela análise dos títulos das teses de doutorados defendidas por ex-residentes. No período de 2004 a 2010, a defesa de tese de doutorado de 39 ex-residentes do Programa de Residência em Cardiologia no InCor correspondeu às seguintes áreas de interesse: Doença coronariana 15 (37%), Valvopatia 5 (13%), Doença hipertensiva 5 (13%), Insuficiência Cardíaca 4 (10%), Arritmia 3 (8%), Dislipidemia 3 (8%), Pesquisa básica 2 (7%), Congênito 1 (2%) e Geral 1 (2%).

O orientador materializa-se para o orientando numa seleção de afinidades com um colega mais experiente, capacitado e inserido num sistema organizado, incluindo a empatia que estimula a inclusão, a admiração pela capacidade de aprumar inclinações contraditórias e enxergar além do óbvio, o apreço pelo amparo quando parece que “nada vai certo”, que asseguram credibilidade para dar definições ao quarteto representado por tarefa/limites/excelência/prazos.

Dessa maneira, o orientador deve, idealmente, expressar certos atributos: 1- ser alguém em quem o jovem respeita e confia, incluído no conceito que boa liderança parte do bom conhecimento; 2- retribuir a confiança, demonstrar boa vontade com a interação provendo senso de afiliação, e não priorizar o proveito próprio; 3- interessar-se por reconhecer as falhas do

orientando, prover as devidas superações, aprimorar ideias e planos, sugerir incorporações, fazer aflorar latências, ajudar a delinear um estilo, respeitando as potencialidades individuais de manejo das necessidades; 4- plena vigência de entusiasmo pela especialidade, o que empresta vivacidade à execução das tarefas; 5- sinalizador das lacunas da especialidade desde os casos em discussão; 6- revelador dos segredos do equilíbrio entre a prática da assistência e da pesquisa e do valor do trabalho em equipe; 7- arauto das dificuldades operacionais mais comuns na concepção do projeto, aprovação ético-científica e subsídio à pesquisa; 8- postura ética.

O treinamento em determinados métodos é superficial durante a Residência; contudo, algum interesse previsto pode levar o residente a ficar atento ao que a ele se refere, em consonância com a necessidade assistencial para o seu paciente. Quanto à prática, o período da Residência provê sinalizações de requisitos críticos, incluindo atitudes com pessoas, quer os voluntários, quer os pesquisadores associados, maneiras de focar as questões clínico-científicas, definição do objetivo, qualificação de métodos, envolvimento multidisciplinar e razões advindas da literatura. Reflexões motivadas pelo cotidiano da Residência sobre esses dois atributos contribuem para que o residente que aspira realizar investigação clínica vá construindo salvaguardas a desvios ético-científicos que poderiam tornar pretensões pró-vida em ameaças à mesma. Nesse aspecto do *por que fazer* e do *como fazer*, vale muito que o “cenário Belmont”<sup>8</sup>, a reunião dos princípios de beneficência, respeito humano e justiça que dão clássica sustentação ética à pesquisa em voluntários, componha igualmente a proteção ao paciente à beira do leito assistencial no cotidiano do residente.

### 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. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Manual do Usuário (baseado na Resolução Normativa 019/2001). [Acessado em 2010 set 3]. Disponível em: <http://www.iac.sp.gov.br/pibic/Manual%20do%20PIBIC>.
2. Montes GS - Da implantação de uma disciplina de Iniciação Científica ao currículo nuclear na graduação em medicina na USP. Revista Brasileira de Cardiologia. 2000;2(2):70-7.
3. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon AC Jr, Faxon DP, Freed MD, et al - ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing Committee to Revise the 1998 guidelines for the management of patients with valvular heart disease) developed in collaboration with the Society of Cardiovascular Anesthesiologists endorsed by the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions and the Society of Thoracic Surgeons. J Am Coll Cardiol. 2006;48(3):e1-148.
4. Grinberg M. E(TI)cosistema da cardiologia diretriz, mecenas do estado da arte. Arq. Bras. Cardiol. 2007;89(5):e136-e62.
5. Grinberg M, Accorsi TAD. Residente formado no instituto da vontade: os requisitos desejo, movimento e superação. Arq Bras Cardiol. 2009;93(2):e42-4.
6. De Mets DL, Califf RM. Lessons learned from recent cardiovascular clinical trials: part II. Circulation. 2002;106(7):880-6.
7. Lyketsos CG. Research training during psychiatric residency: a personal reflection. Acad Psychiatry. 2001;25:31-3.
8. Lebazqz K. Reflections on the Belmont Report 30 years later. Monitor. 2008;22(5):67-8.