

Medicina Interna: O Passado, O Presente e O Futuro. A Visão do Interno

Internal Medicine: The Past, The Present and The Future. The View of The Resident

Torcato Moreira Marques (<https://orcid.org/0000-0003-2820-3259>)

Resumo:

O presente artigo é um exercício de reflexão um interno sobre a evolução da especialidade, desde o seu passado, passando pelo presente e pensando o futuro. Tem como objectivo promover a reflexão e discussão interpares sobre a evolução da especialidade, os objectivos comuns para o futuro e, ainda, a importância da revisão das necessidades de formação e curriculares nesta especialidade.

Palavras-chave: Currículo; Internato e Residência; Medicina Interna/educação.

Abstract:

The present article is a reflexion exercise from the resident point of view about the evolution of the speciality, since its past, going through the present and thinking about the future. The goal is to promote the reflexion and discussion between peers about the evolution of the speciality, the common goals for the future and also the urgent need for a revision of the training and curriculum in this medical field.

Keywords: Curriculum; Internal Medicine/education; Internship and Residency.

Preâmbulo

A história da medicina moderna é indissociável da história da Medicina Interna (MI). Considerado o pai da medicina moderna William Osler, no longínquo século XIX, revolucionou a forma de se praticar e ensinar medicina, explorando a importância da semiologia numa época em que a anamnese era a principal ferramenta diagnóstica. Ao reconhecer a associação entre sinais e sintomas e patologias, permitiu desenvolver a arte do exame físico levando a que ainda hoje em dia uma miríade de síndromes e patologias carreguem o seu nome como epónimo.

Este crescimento no conhecimento semiológico em conjunto com grande habilidade na colheita de história clínica e, assim, na conclusão diagnóstica leva a que seja, ainda hoje em dia, reconhecido como o pai da Medicina Interna. Foi desde esta altura que se reconheceu como nova especialidade esta diferenciação médica capaz de reconhecer processos fisiopatológicos e microbiológicos à data emergentes, relacionados com a doença, capazes de tratamento médico. Não faziam parte do seu espectro doenças pediátricas, obstétricas e cirúrgicas. Esta evolução como especialidade base deu-se até ao século XX, altura em que o desenvolvimento tecnológico e, consequentemente do conhecimento, deixou de permitir que a figura do internista abarcasse todas as novas áreas do saber, começando então a surgir subespecialidades focadas em áreas mais limitadas da medicina o que, juntamente com o evoluir de técnicas terapêuticas e de diagnóstico, aliciou grande parte das gerações de clínicos que surgiram.¹

Este fenómeno levou à diminuição das áreas de intervenção dos internistas, mas simultaneamente a uma desumanização da medicina com o desinteresse pelo contacto humano com o doente, através da semiologia e anamnese.

Fruto deste crescimento ultra especializado de subespecialidades médicas surgem, já no século XXI, dificuldades na abordagem ao doente por ausência de visão abrangente que facilite o diagnóstico e gestão do quadro clínico, sobretudo em populações mais envelhecidas e com múltiplas patologias crónicas, enquanto se torna cada vez mais imperiosa a sensatez na requisição de exames complementares de diagnóstico. Volta então a surgir a necessidade de se recuperar a figura do Internista como médico polivalente e agregador, não apenas no diagnóstico como também na realização de técnicas em diversos contextos do meio hospitalar – internamento, urgência, consulta e hospital de dia. A especialidade, reconhecida oficialmente em Portugal nos anos 80 foi produzindo clínicos com competências diversas cujo *curriculum* variava conforme as necessidades e características pessoais e do local de formação. Uns acabaram por abrir serviços de novas subespecialidades, outros ainda desenvolveram conhecimentos na área do doente crítico e cuidados intensivos havendo ainda aqueles que se mantiveram como internistas gerais. Apesar da indiscutível necessidade desta figura, a fragmentação da especialidade em novas subespecialidades que, ainda hoje em dia vão surgindo, torna cada vez mais difícil o papel do

Unidade Funcional de Medicina Interna do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal.

DOI: 10.24950/PV/203/21/3/2021

internista, sobretudo nos modelos de gestão que vigoram na maioria dos hospitais e centros hospitalares do país, que não aproveitam a possibilidade de ter a MI como especialidade central na instituição. Avança noutros países, como por exemplo nos EUA, o papel do médico com papel puramente hospitalar muito semelhante ao papel do internista, o *hospitalista*,^{2,3} com grande desenvolvimento nas últimas décadas. Apesar de actualmente haver em Portugal uma tendência de desenvolvimento dos internistas no conhecimento de uma área ou patologia específica, a formação geral do internista não se desenvolveu formalmente. Mantém-se como pilar fundamental a relação médico doente, a semiologia e a anamnese contando, talvez de forma permissiva, que a quantidade de actos retornará em qualidade. Para além da formação em doente crítico, essencial para a prática clínica comum no contexto de um internista, que avanços concretos se verificaram nas últimas décadas? Não haverá outras áreas do saber, fundamentais a um médico que se quer abrangente e no centro da decisão? Ainda que a história natural da doença não tenha mudado, não mudou a forma como a abordamos e, por isso, não deve mudar o nosso treino?

O Passado

Desde a instituição da MI em Portugal como especialidade que o treino dos internistas se tem centrado no doente. A portaria dos anos 80 que regulava o internato da MI, fixava já nessa data 60 meses como sendo o tempo mínimo necessário para a formação do internista, não incluía estágios obrigatórios, mas sim a possibilidade de até 18 meses em formação em estágios parcelares em outras especialidades médicas,⁴ com intuito de aprofundar e complementar o conhecimento adquirido durante o trabalho nas suas enfermarias. A formação era esmagadoramente centrada no trabalho de enfermaria, urgência e consulta, sempre junto do doente, com enfoque na semiologia, anamnese, diagnóstico e terapêutica. Cedo a abordagem ao doente crítico se reconheceu como fundamental na formação dos internistas, assim como alguns procedimentos técnicos necessários ao diagnóstico e terapêutica. Na altura em que não havia a disponibilidade de tantos e inovadores meios complementares de diagnóstico, algumas das técnicas como é o caso de biópsias hepáticas transcutâneas, eram realizadas em enfermarias de MI. Começavam a desenhar-se os limites do que seria a área de acção da MI e algumas subespecialidades, sendo esta uma altura em que muitos se diferenciaram em áreas mais específicas do saber, vindo a acompanhar o surgimento de novas subespecialidades e mesmo integrando a abertura desses mesmo serviços. Era nesta altura ainda possível obter dupla titulação em Portugal.

O Presente

Temos na actualidade um plano de formação semelhante ao que tínhamos há 20 anos atrás.⁵ Dos 60 meses de formação

em MI, 42 são em ambiente de enfermaria de Medicina Interna, com 6 meses de formação obrigatória em doente crítico e até 12 meses de formação em áreas opcionais de interesse do interno com comprovado valor para a formação nesta especialidade. Apesar da global estabilidade no plano formativo, parecem ter evoluído as capacidades que um internista deve possuir para desempenhar as suas funções com mais qualidade. Estamos hoje em dia assoberbados com internamentos de uma população geriátrica com descompensações de doenças crónicas, quadros respiratórios e cardiovasculares graves e incapacitantes, assim como neoplasias com necessidades de intervenção que se percebe mais eficaz quanto mais precoce. Prestamos cada vez mais consultoria, mesmo como elementos diferenciados em áreas específicas da Medicina Interna e assumimos papéis cada vez mais permanentes em serviços cirúrgicos. Integram ainda os internistas as equipas supostamente, multidisciplinares dos serviços de urgência, onde acabam por ser a pedra basilar da sua organização e funcionamento.

Apesar da vasta área de influência, não constam ainda no programa de formação a obrigatoriedade de treino diferenciado em radiologia básica, electrofisiologia cardíaca, geriatria, cuidados paliativos, urgência/emergência e ultrassonografia como meio complementar ao exame físico.

Baseamos assim a formação e desenvolvimento em áreas de cada vez mais relevância para o internista, em trabalho pós-laboral, em cursos não patrocinados, em conhecimento empírico e pouco estruturado.

Mantém-se a premissa que treino do internista tem de ser o desenvolvimento de capacidades de amplo raciocínio clínico, destreza na anamnese e avaliação semiológica com vista ao diagnóstico clínico e orientação terapêutica. É incontestável que sim e, apesar de assistirmos cada vez mais ao declínio desta arte pela crescente dependência de exames complementares de diagnóstico, não podemos fugir da importância destas competências. Mas serão estas suficientes nos dias que correm? Poderemos manter o brio da especialidade com base no que foi o passado e não com olhos postos no futuro?

O Futuro

A MI tem agora, mais do que nunca, de olhar para o futuro. É preciso assumir a importância da Medicina Interna como especialidade pilar nos hospitais e centros hospitalares, desde o primeiro contacto do doente até ao momento da alta e ainda em acompanhamento no ambulatório.⁶ É importante que se admita, de uma vez por todas, que, especialmente os serviços cirúrgicos precisam de apoio da MI, não apenas para intercorrências durante a estadia hospitalar dos doentes, mas também para que os actos cirúrgicos sejam realizados nas melhores condições clínicas e a sua convalescença hospitalar seja livre de complicações e, ainda, que as suas doenças crónicas olvidadas muitas vezes nestes internamentos, não sejam motivo de recorrência da necessidade de intervenção

cirúrgica. Faltam unidades de cuidados intermédios ao cargo desta especialidade, com capacidade de gerir e tratar doentes com múltiplas patologias e com necessidade de terapêuticas não invasivas, permitindo a melhor orientação de doentes médicos, o descalamento de doentes das unidades de cuidados intensivos e o apoio a especialidades cirúrgicas. Trata-se não apenas de valorizar a especialidade do ponto de vista clínico, mas perceber que esta tem peso no bom funcionamento hospitalar e impacto fundamental financeiro palpável.⁷

E não sendo as finanças a nossa responsabilidade, são boas contas o que permite que um hospital ou centro hospitalar tenha recursos para melhores condições de trabalho e consequentemente melhor prestação de cuidados, desenvolvimento de projectos e crescimento científico.

O relatório do projecto “Um futuro para a Saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian destacava já em 2016 a importância da presença de uma especialidade generalista nos hospitais portugueses dizendo que “A evidência sugere que os melhores cuidados de saúde são prestados por médicos com uma formação generalista, como ocorre na medicina interna, e fazendo parte de equipas multidisciplinares alargadas, que envolvem doentes e prestadores de cuidados de saúde (...)”.⁸ Mas apesar de ser uma especialidade generalista, com uma grande abrangência nas suas capacidades e plano de actualização, chegarão as directrizes actuais da formação em Medicina Interna para formar este tipo de clínico?

European Federation of Internal Medicine (2015): *European curriculum of Internal Medicine*.⁹ O próprio regimento do colégio da especialidade de medicina interna, revisto e actualizado em 13 de Janeiro de 2020,¹⁰ toca em alguns pontos necessários para a melhoria dos serviços e formação, mas, ainda assim, é pouco ousado nos desafios a que se propõe. Estabelece um período máximo de três anos para “Possibilitar o treino necessário à execução de todas as técnicas diagnósticas consideradas úteis ao exercício da especialidade, incluindo a realização de exames invasivos por punção, recolha de material bióptico dos diversos órgãos, colocação de cateter venoso central e drenos pleurais, ventilação não invasiva, entubação orotraqueal, suporte avançado de vida, exames de imagem (como ecocardiografia ou ecografia abdominal/torácica(...)), ou outras técnicas diagnósticas”. Não deveríamos já ter incluído como obrigatória a formação em todos estes campos? Ou continuaremos a perder técnicas e capacidades para outras especialidades, tornando-nos apenas em “médicos gestores”, deixando escapar os mais jovens cada vez mais interessados nestas áreas técnicas de apoio ao diagnóstico e terapêutica? Define ainda, com o mesmo espaço de tempo, que se torne impreterível que em todos os serviços haja “apresentação de trabalhos em reuniões nacionais e internacionais, bem como publicações em revistas ou livros”. Ora, não é importantíssimo que se envolva, de imediato a MI e os seus médicos, quando interessados, em actividade científica, que se fomente a progressão na carreira académica com doutoramentos e

investigação clínica? A resposta a esta última pergunta é sim e também não. E talvez se responda com outra pergunta. Não estará na altura de definir um *curriculum* para a formação do internista que queira também ser cientista, não deixando que nenhuma das áreas seja prejudicada? A investigação e a clínica andam de mão dada e estamos para trás em comparação a outros parceiros europeus nesta matéria. E a urgência? Queremos perdê-la para uma nova especialidade? A verdade é que muitos de nós a vêm como um problema e não uma oportunidade. Mas será essa razão para que deixemos de ter o internista como fundamental nos serviços de urgência?¹¹ De qualquer forma, para estar e estar bem, é preciso formação, que de momento não há.

Visto e revisto, temos 60 meses de formação, com 42 passados em enfermagem de MI. Seis meses em ambiente de cuidados intensivos que são essenciais - e como interno não acredito que menos tempo de formação nesta área seja suficiente para um internista - e se deveriam manter, contando ainda com 18 meses de estágios opcionais. Ora, enquanto não posso defender, como interno, que se reduza o tempo de estágios opcionais, haverá com certeza espaço para dentro da totalidade do tempo de formação, espaço para desenvolver competências *de forma organizada e formal* em geriatria, cuidados paliativos, urgência/emergência e técnicas e capacidades fundamentais na actualidade - “*ecografia à cabeceira*” como apoio ao exame físico e diagnóstico, ecocardiografia, ventilação não invasiva, etc. - ou mesmo tempo dedicado à investigação clínica ou outra vertente da carreira académica ligada à área das ciências médicas. Precisamos de definir um *curriculum* exigente e rigoroso, mas que respeite também os interesses pessoais, deixando de lado arcaísmos de “*obrigar*” indiscriminadamente ao desenvolvimento de currículo académico àqueles que nele não têm interesse, privilegiando nestes a clínica e outros aspectos relacionados com o dia-a-dia junto do doente e, naqueles com apetência na investigação e academia, valorizando sem pudor os seus projectos e contributos para a ciência.

Admito assim, do ponto de vista do interno, a necessidade de se definir o futuro pretendido para a especialidade agarrando a oportunidade de nos firmarmos como o pilar do sistema de saúde a nível hospitalar, não largando as áreas de influência que actualmente possuímos e, com este plano em mente, redesenhar o plano de formação para que se possa de forma exigente e rigorosa garantir o desenvolvimento de capacidades adequadas à actualidade.

Trabalhem para devolver à Medicina Interna o seu reconhecimento e atractividade, trazendo-a para o século XXI, não esquecendo o passado, mas sempre de olhos postos no futuro. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Toracto Moreira Marques – torcato.marques@chlc.min-saude.pt
Unidade Funcional de Medicina Interna do Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal.
Rua de Santa Marta 50, 1169-024 Lisboa

Received/Recebido: 21-05-2021

Accepted/Aceite: 25-06-2021

Publicado / Published: 21 de setembro de 2021

REFERÊNCIAS

1. Rede de Referência Hospitalar. Medicina Interna [consultado março 2021] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
2. Merli GJ, Harrop CM. Continued evolution of hospital medicine. *Eur J Intern Med.* 2019;66:25-26. doi: 10.1016/j.ejim.2019.06.013.
3. Freed DH. Hospitalists: Evolution, evidence, and eventualities. *Health Care Manag.* 2004;23:238-56. doi: 10.1097/00126450-200407000-00008.
4. Portugal. Diário da República n.º 298/1982, 3º Suplemento, Série I de 1982-12-28. Portaria 1223-B/82 de 28 de Dezembro
5. Portugal. Diário da República, 1.ª série—N.º 149—3 de Agosto de 2010. Portaria n.º 614/2010 de 3 de Agosto
6. Kramer MH, Bauer W, Dicker D, Durusu-Tanriover M, Ferreira F, Rigby SP, et al; Working Group on Professional Issues; European Federation of Internal medicine. The changing face of internal medicine: patient centred care. *Eur J Intern Med.* 2014;25:125-7. doi: 10.1016/j.ejim.2013.11.013.
7. Tanriover MD, Rigby S, van Hulsteijn LH, Ferreira F, Oliveira N, Schumm-Draeger PM, et al; Working Group on Professional Issues, European Federation of Internal Medicine (EFIM). What is the role of general internists in the tertiary or academic setting? *Eur J Intern Med.* 2015;26:9-11. doi: 10.1016/j.ejim.2014.11.004.
8. Fundação Calouste Gulbenkian. Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisbon: FCG; 2016.9. Miller A, Fleet Z. The future of internal medicine: a new curriculum for 2019. *Br J Hosp Med.* 2018;79:225-8. doi: 10.12968/hmed.2018.79.4.225.
10. Ordem dos Médicos. Regimento do Colégio da Especialidade de Medicina Interna [consultado março 2021] Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/regimento-do-colegio-da-especialidade-de-medicina-interna/>
11. Ordem dos Médicos. A Medicina Interna e a urgência médica em Portugal [consultado março 2021] Disponível em: [consultado março 2021] Disponível em: <https://ordemosmedicos.pt/a-medicina-interna-e-a-urgencia-medica-em-portugal/>