

## Medicina Interna – o futuro hoje\*

### Internal Medicine - The future today

João Sá<sup>f</sup>

Decidiu a Direcção da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna atribuir-me a responsabilidade de ser o conferencista no momento solene do festejo das suas bodas de ouro. Muito honrado com a preferência, e tendo plena consciência que nomes de referência da Medicina Interna portuguesa desempenhariam com mister e excelência esta espinhosa tarefa, resolvi não enjeitar o desafio e expor-lhes o resultado de alguma reflexão que, como interessado e interveniente, tenho feito acerca da nossa especialidade.

A Medicina Interna (MI) portuguesa e a Medicina nacional atravessam tempos de incerteza que mais não são do que réplicas de cenários instalados nos países com estádios de desenvolvimento superiores ao nosso.

Uma das questões cruciais é a da “definição geográfica” da MI, aparentemente confinada ao espaço que se situa entre a Medicina Geral e Familiar e as especialidades hospitalares de raiz médica que têm como missão a abordagem das patologias de órgão ou de sistema único. Como é sabido, a Medicina Geral tem-se ocupado da assistência extra-hospitalar aos doentes adultos, mas também às crianças e aos problemas da mulher grávida. As especialidades hospitalares, estreitadas no seu domínio e crescentemente tecnicizadas, permitem a obtenção de bons resultados nalgumas condições específicas.

E a Medicina Interna? Ela própria considerada classicamente uma especialidade hospitalar, pode responsabilizar-se pela abordagem sistémica e sistemática de quase todos os doentes, médicos e cirúrgicos, que ocupam as enfermarias, as unidades de cuidados diferenciados, os hospitais de dia e as consultas externas. A prática, claramente clínica e eclética (comprehensive, dizem os britânicos), tem como principais escolhos a imprecisão das suas fronteiras e a continuidade de cuidados, frequentemente ao longo de anos. Tanto na iniciativa pública como na privada, a despesa gerada pela actividade é quase sempre mais modesta quando confrontada com outras áreas de assistência. O internista é apelidado com frequência de Clínico Geral do Hospital, designação que tem despertado espontânea antipatia. Tenho especial

consideração pela velha designação inglesa de Physician-in-Hospital, que considero particularmente feliz, expressiva e definitiva. A sociedade portuguesa começa a deparar-se com um tipo de médico diferente a quem é atribuída uma designação menos comum - internista. E a questão surge inevitável? “Doutor, o que faz um internista?”

Semanas atrás, recebi no meu consultório um cidadão norte-americano, administrador de empresa de serviços, também com meio século de vida completo, que me procurou, não só para tentar esclarecer e resolver um quadro dispéptico pouco característico, como também para me constituir como zelador dos seus problemas de saúde durante a sua permanência no país. E disse “you will be my internist”. Devo referir que a matéria da consulta não se esgotou na queixa actual. O inquérito anamnéstico conduziu-nos às doenças anteriormente sofridas com relevância pretérita ou presente, às memórias clínicas de familiares próximos e, com enorme empenho do próprio, a alguns aspectos dos hábitos e da vida social - padrões alimentares, consumo de álcool, de tabaco e de substâncias de abuso (é conveniente lembrar de que se tratava de um homem pertencente à geração dos baby boomers do pós-guerra que andava pelos tweenties no fim da inesquecível década de sessenta), da prevenção através da realização dos exames médicos pré-configurados conhecidos pela designação de check-ups. Ao questioná-lo acerca dos cuidados médicos que habitualmente lhe eram dispensados no país natal, a resposta foi rápida e directa - visitava o seu internista de seis em seis meses! Não consultava um cardiologista que lhe adivinhasse os primeiros sinais de isquémia do miocárdio; não se perfilava um urologista encarregue de acompanhar a inexorável hipertrofia prostática ou lhe detectar em tempo útil um nódulo maligno; não intervinha o endocrinologista, aspecto particularmente curioso num doente a quem, nove anos antes, tinha sido extirpado um carcinoma folicular da glândula tiroideia; também não pontificava o psiquiatra, solicitável por quem exprimia tão contidamente ansiedade, seguramente decorrente de uma história pessoal e familiar recheada de incidentes oncológicos, associada a um exercício profissional intenso e exigente. Pontificava o internista, verdadeiro gestor clínico e, quase inevitavelmente, manipulador (no bom sentido) de uma relação médico-doente não exclusivamente fiduciária, seguramente sempre acessível e responsável por um conselho ou uma palavra amiga, tranquilizadores das tempestades do espírito e do corpo, e que tantas vezes são a chave do êxito clínico. Naturalmente, não desconheço que influências visíveis ou subterrâneas dos sistemas de financiamento da saúde desincentivarão naquele país o consumo de especialidades hospitalares, mas não sobram dúvidas sobre uma prática e um hábito de referência em primeira mão aos especialistas de formação difusa e prática alargada - os internistas -, curiosamente em desvantagem percentual demográfica nos E.U.A.

\*Conferência proferida durante a Sessão Comemorativa do 50º Aniversário da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, realizada na Sala de Actos da Faculdade de Ciências Médicas, em 14 de Dezembro de 2001

<sup>f</sup>Chefe de Serviço de Medicina Interna

Serviço de Medicina II do Hospital de São José, Lisboa

Presidente do Colégio de Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Creio que este exemplo permite caracterizar uma actividade que me ousou designar de “internismo”, termo que não parece constar nos dicionários clássicos e modernos da língua portuguesa.

Há meses, dispondo de alguns minutos livres entre consultas, resolvi folhear o meu primeiro livro de Medicina Interna, que adquiri há quase três décadas. Tratava-se da edição de 1971 do *Cecil's Textbook of Medicine*, cabendo a responsabilidade daquela edição a dois célebres clínicos norte-americanos: Walsch McDermott e Paul Beeson. Naturalmente, as conquistas da ciência médica nestas décadas estavam traduzidas nas alterações profundas do conteúdo e na arrumação das matérias que constatei ao consultar, nessa mesma noite, a última edição da mesma obra (21<sup>a</sup>), orientada por Lee Goldman e Claude Bennett. Ambos continuam a ostentar os títulos de Distinguished Professor and Chairman Department of Medicine. O primeiro capítulo do tratado, aquele que nós desprezamos enquanto jovens estudantes e internos, aumentou de extensão e, da abordagem exclusiva do tema sempre interessante - o médico e a sociedade - diversificou-se, tratando de problemas fulcrais como a infra-estrutura científica da Medicina, o papel do médico enquanto prestador de cuidados e cientista, o profissionalismo (um apelo fortíssimo) e o futuro dos sistemas de saúde. Na moderna edição foram introduzidas secções sobre ética, questões sociais da Medicina, biologia do envelhecimento, clínica geriátrica, bioestatística, interpretação de dados para a decisão clínica, o prognóstico, a actividade física, a violência e as drogas de abuso. A secção de genética humana foi claramente amplificada nas suas componentes básicas e clínicas. Ao lado da drepanocitose, da fibrose quística, do défice G6PDH, da disautonomia familiar e da hipercolesterolemia familiar heterozigota, surgem dezenas de doenças por alteração herdada das proteínas transportadoras da membrana celular, do metabolismo das proteínas mitocondriais, dos lisosomas e dos peroxisomas. Muitas, talvez a maior parte, mercê dos progressos de diagnóstico laboratorial e da quebra da mortalidade peri-natal e infantil, são observadas em adultos; para algumas já está disponível terapêutica substitutiva dos enzimas deficitários. A terapêutica e o aconselhamento em genética humana completam esta secção.

Os exemplos multiplicam-se nos capítulos dedicados aos órgãos e sistemas: métodos de imagem (TAC, RMN, PET, cateterismos diversos, ecografias e suas variantes invasivas), nas novas doenças, (onde merece realce maior a infecção pelo VIH), na importância do laboratório de imunologia (realce para a importância da imunofenotipagem de células de linhagem hematopoética, que pode obrigar à mudança de um diagnóstico tido como certo em termos morfológicos e ao câmbio da terapêutica), a citogenética (no capítulo dedicado a uma doença frequente - a neoplasia do cólon e recto - aumentado nos problemas da etiologia e dos factores de risco, surge um apontamento sofisticado de

genética molecular - deleções dos cromosomas 17 e 18, mutações no 5º par - com significado confirmado enquanto indicadores de risco). Por último, mas não menos importante, a criação de uma nova secção dedicada à Medicina de Cuidados Intensivos.

De facto, os ensinamentos da consulta que relatei e as conclusões do exercício de comparação efectuado confirmam que o espectro funcional da M.I. está muito longe da deflactação. Podem ser tipificadas algumas áreas da actividade que vão de encontro às necessidades dos doentes de acordo com as regras da Medicina moderna, enriquecendo-a: a geriatria, a nutrição, a clínica dos estados de alcoolismo e tabagismo, a patologia pelas substâncias de abuso, a prevenção das doenças, a medicina do viajante, a clínica das doenças genéticas, a medicina do fim da vida, a emergência médica, a medicina intensiva, a epidemiologia, a bioestatística, a decisão em medicina, a informática em medicina, para citar só algumas.

O progresso científico e técnico tem vindo a gerar dependências e complementaridades interdisciplinares que devem ser reforçadas e rentabilizadas em favor dos doentes. O internista está, hoje, refém do laboratório, da imagiologia, da endoscopia e, cada vez mais, carece de opinião em algumas zonas com as quais está menos identificado. Não dispondo de bons meios de diagnóstico complementar, os categorizados clínicos do princípio e meados do século XX assentavam a sua prática sobre os inquéritos anamnésticos circunstanciados e um largo conjunto de manobras semiológicas. Possivelmente, reflectiam e discutiam demoradamente sobre as suposições diagnósticas que, frequentemente, não conseguiam comprovar in vivo. Não raramente, os diagnósticos eram decretados pela autoridade do mais velho e experiente. Paul Bruce Beeson, que acima citei enquanto editor do *Cecil's Textbook of Medicine*, Chairman e Professor de Medicina em Yale, ainda vivo, com 93 anos, concedeu a um dos seus antigos colaboradores uma entrevista notável publicada, há dois anos, no *Annals of Internal Medicine*. Nela, mostrou-se profundamente crítico em relação ao ensino médico da sua época de universitário, iniciada em 1928. Dizia a certo passo: “a nossa introdução à clínica médica, no terceiro ano, processou-se em consultas externas e enfermarias de hospitais universitários. O ênfase era colocado no exame físico, nessa época subvalorizado pelas novas técnicas de imagem. Seguramente, nenhum professor, em qualquer altura, nos lembrava que os doentes eram gente, com proveniências e problemas diversos. Eramos sujeitos a uma avalanche de aulas teóricas seguidas de ensino clínico em grandes anfiteatros” e, mais adiante, “os médicos assistentes e cirurgiões, a maior parte práticos não assalariados, ocupavam o tempo na enfermaria examinando cada doente e expondo-nos os achados. Raramente falavam com os doentes. Na realidade, quase ignoravam o doente como pessoa, actuando como se fosse um espécime para ensino”.

Ao ler algumas dos relatos de Beeson e pensando nalgumas das práticas actuais, não posso deixar de experimentar um sentimento de inquietude. Mas os antigos médicos, que empregavam rigorosamente o método clínico e sabiam e gostavam de conversar com os doentes, também eram virtuosos no espírito dedutivo, poderosos na argumentação (quase ao estilo da boa lógica jurídica), confiantes na discussão e nas conclusões. Hoje como ontem, diagnostica-se o que se sabe que existe e, por isso, é necessário cultivar o conhecimento médico perpetuamente através do estudo. Mas, hoje e em muitas situações, é fundamental comprovar a presunção diagnóstica, deixando à inferência provisória e ao empirismo terapêutico um espaço cada vez menor.

De todas as facetas do exercício da MI, os momentos de interacção com o doente assumem uma importância nuclear. Nesta fase, erros por excesso ou defeito, mais na atitude que na técnica, podem comprometer toda a eficácia do trabalho assistencial. Constitui uma missão prioritária das escolas médicas o ensino da entrevista médica, nas suas formalidades, nos métodos e na orientação. Os médicos devem procurar explorar cinco áreas na tarefa de conhecimento do doente: quem é este doente e qual a sua vida? O que é que este doente pretende do médico? Como é que ele sente a doença? Qual é o seu conhecimento, a sua percepção da doença? Quais os sentimentos perante a doença? A boa prática e o virtuosismo em comunicação são hoje, em época caracterizada por investimento em tecnologias e aceleração da actividade médica, requisitos fundamentais do bom internista. As palavras e a cumplicidade estabelecida na consulta ou à cabeceira permitem entender o doente. Mas não é possível conhecê-lo através da sonda do ecógrafo, da âmpola de Rx, da ocular do endoscópio, da apreciação do hemograma ou da exposição visceral após a abertura da parede torácica ou abdominal. A história clínica, em variante clássica adaptada aos tempos modernos, estará, hoje, porventura, a ser cultivada apenas por internistas e psiquiatras. Contudo, não deixa de ser o alicerce de todo o processo clínico. Em 1987, a revista *Archives of Internal Medicine* publicou um estudo prospectivo de análise da influência das três etapas fundamentais de estudo do doente (anamnese, exame físico e estudos complementares) na elaboração do diagnóstico. Cerca de 60% dos diagnósticos intuídos exclusivamente pela anamnese revelaram-se certos. A Medicina baseada na narrativa é um instrumento necessário, não só na clínica como no processo terapêutico, no ensino médico e mesmo na investigação.

Referi-me, acima, às complementaridades e à pluridisciplinaridade que, mais do que regra, deverão considerar-se uma doutrina do desempenho. As parcerias clínicas entre internistas e outros especialistas hospitalares de formação médica marcam a actividade médica do quotidiano, mais no hospital que no ambulatório. Aos especialistas devem ser solicitados pareceres e opiniões, e não exclusivamente exames complementares, como acontece com frequência

exagerada. Mas, infelizmente, alguns dos especialistas encontram refúgio (e seguramente sustento quando não fortuna) na realização exclusiva de um ou de um conjunto de exames. Este estado, que conduz a um empobrecimento cognitivo acentuado ao longo dos anos, transforma médicos em técnicos isolados de todo o trabalho clínico, mercê da sua hiper-especialização. “A medicina clínica ainda conserva algo da *techne* criada no Ocidente por Hipócrates? Continua a ser um saber prudencial, uma ciência do indivíduo, privilegiando a manifestação, o sintoma e o sinal, isto é, pode continuar a dizer-se clínica?”, interroga-se Manuel Silvério Marques, hematologista e filósofo da Medicina, na sua interessante obra *O Espelho Declinado*. Actualmente, após um Internato Geral de 18 meses e efectuado o exame nacional de acesso à especialidade, um médico com escassa experiência (seis meses de tirocínio em serviços de MI) pode escolher uma especialidade de raiz médica, seja a Cardiologia, a Pneumologia, a Gastrenterologia, a Endocrinologia, a Hematologia, a Nefrologia ou a Reumatologia. Iniciada a formação em especialidade, em muitas o apelo das técnicas torna-se inversamente proporcional ao gosto e à necessidade do desempenho da prática clínica. Em algumas especialidades têm-se verificado fenómenos incontroláveis de fraccionamento regidos por preferências individuais e normas de organização, que culminam num estado de balcanização funcional. Atingiu-se o extremo de existirem médicos sobre-especializados numa área ou num exame, ao longo de muitos anos, o que, para além de terrivelmente empobrecedor da individualidade médica, se torna muito dispendioso. Nos países ricos que dispõem de Medicina avançada, e que por tudo isso dão valor ao dinheiro, muitos exames complementares são realizados por técnicos (cuja formação é mais rápida e económica), sob a orientação de médicos.

Para o futuro, podem gizar-se duas estratégias reguladoras do hiper-especialismo:

a) de natureza administrativa, pela redução significativa e sustentada do número de vagas em especialidade, após estudo em âmbito de médio / longo prazo da dinâmica demográfica dos médicos, e ponderadas as necessidades das instituições hospitalares e de ambulatório; nesta opção, o figurino formativo actual permanece imutável;

b) de natureza científico-pedagógica, pela criação do modelo do Tronco Comum de Medicina caracterizado pelo cumprimento de um curriculum formativo comum, de dois ou três anos, para todas as especialidades de raiz médica; complementarmente, em mais três ou dois anos seria realizada a aprendizagem da especialidade.

O Tronco Comum permitiria a formação de médicos internistas especialistas e generalistas. Esta é outra designação não aceite por muitos internistas. Porém, considera-se generalista um homem ...”renascentista capaz de adquirir mais do que um conhecimento superficial sobre interesses muito diferentes”, definição que, aplicada à tipo-

logia médica, se associa à pluripotencialidade. Parecendo uma fórmula mais pedagógica, lógica e flexível, o Tronco Comum dotaria o futuro especialista de uma formação clínica sólida, um bom prelúdio ao desempenho em qualidade de uma especialidade. Outra das vantagens seria a constituição de um pool de internistas capazes de exercer com segurança nas várias áreas de actividade clínica. A organização hospitalar em departamentos complementaria esta estratégia, definindo espaços comuns - as enfermarias, salas de reuniões, salas de trabalho, os gabinetes de consulta externa - e espaços para actos especializados - os blocos de exames (funcionais, em endocrinologia, de endoscopia em gastroenterologia; por exemplo).

Um dos argumentos apontados em desfavor do Tronco Comum é o do risco de desertificação da Medicina Interna não especializada. Isto é, todos os internos de MI em Tronco Comum teriam a possibilidade de frequentar uma especialidade, abandonando, a curto prazo, a prática clínica ecléctica. Mas o planeamento e a definição de um número de postos de especialidade hospitalar de acordo com uma estratégia dependente das intenções da instituição e seus clientes potenciais, aliada a incentivos profissionais, financeiros e sociais, evitaria a instalação de desvios. Nos Estados Unidos da América, tem sido desenvolvido um esforço neste sentido. Aos internistas gerais, quase em vias de extinção no fim dos anos 80, têm sido disponibilizados contratos vantajosos, particularmente em zonas mais distantes das grandes cidades e o rácio internistas gerais versus internistas especializados tende a inverter-se. A criação do Tronco Comum em Medicina é obrigatória no respeito por uma directiva da Comissão Europeia e da União Europeia de Médicos Especialistas. Curiosamente, não foi adoptada nos países do Sul da Europa. Entre nós, o conceito foi introduzido há muitos anos pelo Dr. António de Barros Veloso, mas o debate necessário ainda não teve lugar. Acerca desta matéria, tomo a liberdade de alertar para o interesse do artigo “A Formação em Medicina Interna: o Generalista e a Subespecialização”, da autoria do Dr. José Poças, internista do Hospital de São Bernardo, Setúbal publicado há um ano na revista *MEDICINA INTERNA*. Nele está contida uma proposta de reestruturação curricular da MI que vai seguramente ser tema de discussão nas redefinições conceptuais que se adivinham a curto prazo.

Os Cuidados Intensivos e a Emergência Médica são dois temas quentes da actualidade. A Medicina Intensiva mais não é do que a clínica dos doentes em estado crítico e há muito ultrapassou o modelo semi-mecanizado da reanimação médica, que caracterizou os primeiros tempos e tão bons resultados produziu na recuperação de doentes em paragem cárdio-respiratória. Em Cuidados Intensivos, o diagnóstico requer ainda mais capacidade - os doentes habitualmente não fornecem história e pouco colaboram no exame objectivo. A prontidão da resposta às metamorfoses dos quadros clínicos instáveis requer que o médico seja

um decisor rápido e seguro. Não chega porém indagar e corrigir o distúrbio fisiológico agudo. A investigação etiológica deve ser conduzida a bom termo para que se apliquem com sentido as terapêuticas disponíveis. No actual Programa de Formação do Internato de Medicina Interna são disponibilizados seis meses (extensíveis a 12) para o tirocínio em Cuidados Intensivos, o que não acontecia no anterior plano de estudos. Mas, a indefinição da carreira de intensivismo, aliada a algum desgaste que muitos podem sentir após alguns anos de prática, não tem encorajado o aparecimento de vocações e, actualmente, uma percentagem muito significativa das UCIs polivalentes e médicas debatem-se com problemas gravíssimos de recrutamento médico. Esta é uma disciplina de especialidade a ser acolhida ao Tronco Comum formativo.

As urgências e emergências hospitalares, em sobre-utilização permanente, mobilizam os internistas, deslocando-os das suas áreas funcionais por períodos de tempo inaceitáveis. É certo que o especialista ou o interno de MI serão, por formação, os médicos mais aptos para a prática da triagem. Mas a selecção dos doentes na admissão dos bancos ou nos balcões vai separá-los em dois grupos: os que, estando gravemente doentes, são internados (a minoria) e os que, vendo excluída a existência de uma condição clínica preocupante, são devolvidos ao ambulatório, onde a acessibilidade aos cuidados e, infelizmente, a sua qualidade estão longe de possuir padrões razoáveis. Portugal não dispõe, no momento actual, de um número de internistas que consiga guarnecer continuamente serviços de urgência em aproximadamente 90 pontos diferentes do país (tantos quantos os hospitais com urgência). O problema não é exclusivamente português. A publicação americana *The New Economics of Care* designa como “ilhas de Ellis” hospitalares os departamentos de emergência. Entre 1995 e 1999, a taxa de admissão de doentes pela urgência subiu de 37,6% para 41,3%. Em 1999, o Patient-Mix foi o seguinte: 70,8% de admissões por doença médica, 19,9% para cirurgia e 9,3% por outras causas. Esta tão pronunciada diferença explica-se pelo encaminhamento de muitas situações de cura cirúrgica para as áreas de ambulatório hospitalar. Perante a mais que previsível exaustão de recursos humanos nas urgências (tenho testemunhos de que muitos hospitais estão em rotura, não existindo internistas em número suficiente para assegurar as escalas), impõem-se algumas soluções. Uma delas poderá passar pela constituição de equipas de clínicos gerais para as tarefas de pré-triagem e triagem, o que já foi posto em prática por algumas instituições e poderá dinamizar o ambulatório extra-hospitalar pela atribuição de responsabilidades de encaminhamento e seguimento dos doentes sem critérios para internamento hospitalar. Na urgência, o internista chefiará a equipa, será consultor para os casos complexos e assegurará a charneira entre o banco e o departamento de Medicina. A divulgação dos cursos de reanimação cárdio-respiratória e de suporte avançado

aos grandes traumatizados vai, seguramente, constituir o fundamento da criação de mais uma área de especialidade, enxertada sobre o Tronco Comum, que os especialistas de MI partilharão com outras especialidades. A sua área de actuação terá sede na urgência hospitalar externa, expandindo-se a todo o hospital em caso de emergência.

A possibilidade de investigação clínica em ambulatório de doentes crónicos ou agudos, e a acessibilidade aos exames complementares (infelizmente, ainda muito deficiente), aliadas à indisponibilidade de leitos e a pressões de natureza económica, tenderão a deslocar progressivamente o esforço médico das enfermarias para as consultas externas. Constata-se, também, e o fenómeno amplificar-se-à seguramente num futuro à vista, a utilização plena da capacidade existente nos hospitais de dia, onde também serão tratados doentes não oncológicos.

A consultadoria a serviços não médicos é uma das mais interessantes tarefas do internista, possivelmente uma das mais relevantes nos nossos dias. Requerendo conhecimento, comunicabilidade e disponibilidade, esta função tenderá a ocupar uma parcela de tempo cada vez mais significativo, se considerar o crescente desinteresse dos cirurgiões pelos problemas não cirúrgicos dos doentes cirúrgicos. Este é um trabalho silencioso que, ao contrário do efectuado em consultas e enfermarias, não tem sido submetido a qualquer sistema de medição que permita determinar a sua relevância nas cargas de trabalho dos médicos.

Finalmente, é de prever que, tal como em outros países, os internistas se possam dedicar exclusivamente à clínica extra-hospitalar. A influência crescente das iniciativas privadas na área da saúde poderá exercer, neste âmbito, uma influência substantiva, a que se aliará o crescente desencanto pelo exercício da Medicina Hospitalar nos estabelecimentos públicos.

Os serviços de MI são hoje organizações muito complexas. A dispersão assistencial e arquitectónica, a gestão dos recursos humanos, a falta de resposta das instâncias da assistência social e os constrangimentos económicos, são algumas das dificuldades visíveis. Também por isso, são necessárias lideranças médicas fortes, na personalidade e na técnica. Mas a teia legal que preside ao funcionamento das instituições não contribui para o bom sucesso da tarefa. Tome-se como exemplo o Decreto-Lei 73/90 de 6 de Novembro. Aos médicos de topo da carreira médica hospitalar são atribuídas as funções de todos os outros a que se somam as de dinamização da investigação científica e da gestão da qualidade. Como se poderão incentivar médicos a ocupar direcções de serviço a troco de complementos de 10% sobre a remuneração da dedicação exclusiva em horário de 35 horas semanais? Como solicitar elevadas responsabilidades, se a lei não autoriza explicitamente algumas das funções imprescindíveis à boa gestão? Não há uma palavra sobre a subordinação hierárquica ao director dos intervenientes não-médicos do serviço - enfermeiros,

técnicos, auxiliares, administrativos. Os serviços de MI tendem a ser governados em regime de presidencialismo bicéfalo que só não tem causado graves problemas porque o bom senso e a cortesia têm imperado como regra de relacionamento entre as partes. Como se poderá, à luz daquele e doutros diplomas, incentivar o bom médico e penalizar o mau, designado por muitos de “funcionário público licenciado em Medicina”? Como se aceita a existência de horários de 35 horas semanais numa época de aceleração da actividade hospitalar? Como pode o director, enquanto gestor do serviço, estabelecer acordos de colaboração com entidades externas, contratualizar produtos como receptor ou fornecedor (ensino pós-graduado e continuado, assistência em áreas específicas, complementaridades), contratar elementos válidos e excluir os maus prestadores? E os serviços não merecem a atribuição anual de parcelas orçamentais para o ensino, a actualização e a investigação (que tão esquecida está)?

Hoje a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) celebra o seu quinquagésimo aniversário. E esta é a idade da maturidade. Está por isso esta Sociedade, e tem-no provado, em condições para dar o seu contributo institucionalmente enérgico para o estudo e a solução dos problemas que atrás me limitei a enunciar. As sociedades científicas têm, como é sabido, diversas funções e objectivos. As tarefas de representação e de promoção de eventos científicos credíveis, que respondem às exigências de marketing e de financiamento, são porventura as mais simples. As funções formativas (actualizações, cursos, planeamento da formação) e de agência (elaboração de documentos-guia, recomendações, participação em acções de acreditação e auditoria) são mais complexas e essenciais. Se se excluírem alguns (poucos) momentos de crise profunda, os médicos portugueses não têm por hábito alimentar sustentadamente o espírito e a prática do associativismo científico. A SPMI tem constituído uma plataforma de discussão e de acção que merece todo o nosso respeito, apoio e dedicação.

Termino renovando os meus cumprimentos e votos de felicidades aos corpos gerentes da SPMI, ao seu Presidente e a todos vós sócios, colegas e amigos.

Muito obrigado