

O papel do internista nos nossos hospitais e a situação dos serviços de Medicina Interna[#]

The role of the Internist in our hospitals and the current status of Internal Medicine Services

Ermelinda Pereira*, **José Ducla-Soares****, **Pedro Abecasis*****

Por iniciativa do Prof. Doutor Jacinto Gonçalves têm-se reunido periodicamente muitos dos directores de serviço de medicina interna da área de Lisboa e zonas limítrofes (ou seus delegados), com a finalidade de identificar as dificuldades que este sector hospitalar atravessa e incentivar a consciência crítica dessa situação por parte dos internistas e de outros grupos (médicos ou não). A finalidade exclusiva destas reuniões (a última das quais, a quarta, teve lugar a 16/01/2001) é a de criar condições subjectivas e objectivas que permitam a resolução dos problemas identificados e uma evolução positiva da prática da medicina interna.

O primeiro resultado prático desta iniciativa é agora tornado publico: um documento de análise da situação actual. Espera-se que possa determinar (por parte dos internistas e não só) um movimento de consciencialização crítica, o debate, a criação de objectivos de mudança e a mobilização na sua concretização, sem pressupostos de protagonismo ou liderança.

A situação da Medicina Interna e, particularmente, a situação que, no momento actual, se vive nos Serviços de Medicina, justifica uma tomada de posição firme e sem ambiguidades que alerte a opinião pública e leve quem, a vários níveis, detem o poder decisório a olhar para esta área da Medicina.

Algumas constatações simples podem servir de base a toda a argumentação que desenvolveremos.

1 – Internistas: quem e quantos somos

O internista é o produto de um treino específico orientado para os seguintes objectivos:

1. domínio cognitivo de um espectro tão largo quanto possível da medicina clínica, muito em particular das situações de envolvimento simultâneo de vários órgãos, aparelhos ou sistemas;

[#] 4ª reunião dos Directores de Serviço de Medicina de Lisboa 16 de Janeiro de 2001

* Directora do Serviço de Medicina III, do Hospital de Santo António dos Capuchos

** Chefe de Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santa Maria, Lisboa

*** Director do Serviço de Medicina I, do Hospital Egas Moniz

Recebido para publicação a 03/04/2001

2. capacidade de actuação em múltiplas áreas da medicina, sendo o limite ideal da sua actuação definido pelo esoterismo das condições ou pela necessidade de recurso a proficiências diagnósticas ou terapêuticas que lhe estejam vedadas, seja pelas exigências de destreza manual, seja pela necessidade de manejo muito frequente das situações;
3. capacidade de integração de dados provenientes de múltiplos especialistas;
4. orientação dos casos que carecem de abordagem multidisciplinar;
5. gestão funcional de equipas multidisciplinares;
6. capacidade de estabelecimento de protocolos de investigação como forma de responder a problemas não resolvidos da prática clínica.

A prática a que os internistas são sujeitos e a forma abrangente de encarar as suas actividades determinam algumas características que os diferenciam da generalidade dos especialistas a saber:

1. Maior capacidade de adaptação às mudanças da epidemiologia e das práticas clínicas. Cite-se, a título de exemplo, a diferenciação recente dos intensivistas, a adaptação às necessidades dos doentes com SIDA ou na formação de grupos de abordagem de temas emergentes que abrangem aspectos de múltiplas “especialidades clássicas”, como a nutrição, a hipertensão arterial ou a patologia do sistema nervoso autónomo, cujo manejo não é efectuado por outras especialidades;
 2. Melhor relação eficácia/custo sem, quebra da qualidade. Este aspecto não tem sido analisado entre nós, mas, nos países em que a contabilidade analítica está bem implementada, parece estar bem demonstrado*. Embora aceitemos que o funcionamento dos Serviços de Urgência deve assentar em corpo próprio, de características específicas, a verdade é que, na situação actual, não pode deixar de caber aos internistas um papel preponderante no funcionamento deste sector onde, necessariamente, devem assegurar a direcção funcional das equipas;
 3. Dada a sua formação geral são os médicos mais adequados para o ensino pré-graduado
 4. A amplitude da sua prática torna-os os interlocutores preferenciais, a nível hospitalar, dos clínicos dos Centros de Saúde, facto pouco explorado entre nós
- Nos últimos anos, a procura do internato de medicina interna tem diminuído, a favor da opção por especialidades mais atraentes. Entre as circunstâncias actuais que afastam os jovens médicos da especialidade de Medicina Interna, contam-se:

1. necessidade de maior tempo de maturação;
2. progressão profissional mais lenta;
3. menor possibilidade de actividade privada satisfatoriamente remunerada
4. estatuto de subalternização em relação a especialidades médicas, em particular:
 - a. estatuto dos serviços de internamento, que, em muitos hospitais centrais, isenta os serviços de especialidade da sobrelotação, agravando as condições assistenciais nos serviços de medicina;
 - b. frequência do serviço de urgência, de que algumas especialidades médicas se encontram afastadas;

* (N Engl J Med 1996;335:514-517, JAMA 1992;267:1624-1630, Am J Public Health 1989;79:1628-1632, JAMA 1995;274:1436-1444).

Quadro 1 - Internistas nos Hospitais e número de internos que iniciam internato de Medicina Interna

Anos	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ingressos no Internato				204	53	29	42	49	46	56	60	65
Especialistas de Medicina Interna	731	729	788	832	841	889	919	1.032	1.062	1.099		

c. necessidade de actualização permanente mais marcada e com inesgotável área de conhecimentos.

Estes factores têm determinado uma insuficiente procura da especialidade que, em nossa opinião, deverá ser rapidamente invertida mediante a adopção de medidas de discriminação positiva e outras de orientação do mercado de trabalho.

No Quadro 1 discriminam-se os números de ingresso no internato de especialidade e de médicos existentes nos hospitais, de graduação superior a interno de especialidade, isto é, assistentes eventuais, assistentes hospitalares e outros lugares do quadro (dados fornecidos pela Direcção Geral, de Recursos Humanos do Ministério da Saúde)

Embora sem dispor de dados estatísticos, é óbvio que este número se encontra desajustado em relação às actuais situações de trabalho, em particular atendendo aos seguintes factores:

1. envelhecimento do quadro, com inversão da pirâmide etária e carência de médicos para actuação em serviços de urgência, em particular nocturnos;
2. dispersão por ocupações que não são da sua competência profissional;
3. crescente imperiosidade de actualização “on line”, obrigada à contabilização destas tarefas no horário de trabalho;
4. número crescente de horas gastas em serviços de urgência externa e interna, com o necessário afastamento das actividades fulcrais de enfermaria;
5. número crescente de médicas na profissão, acarretando uma maior percentagem de médicos temporariamente indisponíveis;
6. taxas de ocupação reais francamente superiores às teóricas que serviram de base ao cálculo do número de assistentes hospitalares necessários.

2 - O que fazem os Internistas e quais são as suas condições de trabalho

As características dos internistas acima enunciadas deveriam levar a uma partição funcional clara nos hospitais:

- Internistas ocupados no manejo da enorme maioria dos doentes, actuando como consultores junto dos serviços de especialidade e em articulação com os centros de saúde e manejando técnicas diagnósticas ou terapêuticas;
- Especialistas ocupados no manejo de apenas um grupo muito restrito de doentes altamente complexos, na função de consultores junto dos serviços de medicina interna e na execução de técnicas diagnósticas e terapêuticas.

Ambos os grupos se deveriam ocupar, em proporção muito superior à actual, em tarefas como o estabelecimento de protocolos de actuação, controlo de qualidade, educação pós-graduada, etc...

Não é o que actualmente se verifica.

a) Na **Urgência** os Internistas são a principal força de trabalho das urgências hospitalares, nelas investindo grande parte do seu horário laboral. Esta actividade – ao contrário da de outras especialidades – é absorvente, desgastante e, na maior parte dos casos, implica horas extraordinárias para além do horário semanal. De resto, a participação de internistas na urgência, nas condições actuais, corresponde, de facto, a um mau aproveitamento da sua diferenciação.

A demora média dos doentes no Serviço de Urgência varia com a perspectiva de cada hospital e por vezes, mesmo de cada equipa médica. Pode variar entre algumas horas e alguns dias, com consequências graves para os doentes, não só a nível clínico (agravamento da situação clínica, atraso no seu seguimento), mas também na perspectiva dos cuidados humanizados (conforto, higiene, privacidade, etc.).

A população em geral tem uma acessibilidade fácil e directa às Urgências Hospitalares. Uma alta percentagem dos casos não são de facto urgências, mas, sim, as chamadas “falsas urgências”. Isto, de certo modo, é o reflexo de uma cultura, mas também do mau funcionamento do ambulatório quer nos Hospitais quer nos Centros de Saúde. O cidadão procura um local onde é visto por um médico, efectua exames complementares e é medicado seguramente no mesmo dia, “entupindo” a já sobrecarregada triagem. A Urgência é o local ideal para uma consulta médica desburocratizada, sem marcação e sem horário. Assim, é o Serviço de Urgência que continua a suprir as deficiências do ambulatório dos Hospitais e dos Cuidados Primários de Saúde.

As urgências internas hospitalares dos Serviços de Medicina também têm que ser asseguradas, implicando também aqui trabalho muito para além do horário oficial.

b) Nas **Enfermarias** assiste-se a uma mudança epidemiológica, sendo agora predominante um tipo de doente que necessita de internamentos cada vez mais exigentes em cuidados – idoso, em perda de autonomia, quase sempre acamado, com patologias múltiplas, necessitando de cuidados e técnicas diferenciados – e uma rotação de camas cada vez mais rápida em que, passada a fase aguda da doença, o doente tem alta

Assim, pode constatar-se que quem está presente nas enfermarias, diariamente e em trabalho constante, são mais uma vez os Internistas. E se, por a sua presença ser exigida em outras áreas de actuação, tal não acontece, não se pode esperar outra coisa se não uma baixa significativa dos padrões de qualidade assistencial.

c) Finalmente, a **área do Ambulatório**, que deverá corresponder a um volume progressivamente maior da assistência. Com a pressão das altas mais precoces, o encaminhamento dos doentes para as consultas externas torna-se mais frequente. Também um número cada vez maior de

Quadro 2 - Evolução dos internamento em Medicina Interna na Sub-Região de Saúde de Lisboa. (Hospitais Centrais e Distritais) Dados oficiais da ARSLVT.

Ano	Lotação	N.º Doentes Saídos	Demora Média	Taxa de Ocupação
95	1075	41840	9.0	96%
96	1201	44883	9.1	93%
97	1350	37222	11.3	80%
98	1369	39064	11.3	82%
99	1205	40900	10.7	93%
1º Sem 00	1227	20897	10.5	

doentes é encaminhado da urgência para estas consultas, com o intuito de evitar o internamento, mantendo, no entanto, alguma segurança no seguimento dos doentes. Um Serviço de Medicina não pode, hoje em dia, deixar de ter uma Consulta Externa dinâmica e que funcione sem listas de espera, tratando aí as situações crónicas complexas, mas também muitas agudas e mantendo uma relação estreita, sempre que necessário, com o sector do Internamento e da Urgência externa. As condições logísticas das consultas são, em muitos casos, deficientes - insuficiente apoio de secretariado, exames complementares morosos, processos clínicos distintos dos de internamento - obrigando ao desdobramento em múltiplas actividades e diminuindo o tempo útil para dedicar à actividade clínica.

Assim, é sobre os Internistas que recai uma percentagem muito significativa da actividade assistencial, dependendo em grande parte do seu desempenho a qualidade do funcionamento de qualquer hospital. No entanto, esta é uma espécie de face oculta, dificilmente mensurável nem traduzível nos apregoados índices de rendimento assistencial. Faça-se o contraponto com os chamados “centros de excelência” tão acarinhados pelas administrações hospitalares.

3 – Os números

Situação nas enfermarias

É do conhecimento de todos que o número de doentes internados nas enfermarias de Medicina Interna é muito elevado e corresponde a grupos etários cada vez mais elevados, com patologias múltiplas e problemas sociais complexos e de difícil solução.

Esta situação reflecte-se em taxas de ocupação muitas vezes superiores a 100% e em demoras médias elevadas, variando entre os nove e os onze dias, levando a internamentos em condições de indignidade humana inaceitáveis e, muitas vezes, a altas precoces e taxas de reinternamento elevadas. Os *Quadros 2, 3 e 4* sintetizam os dados referentes ao volume assistencial em internamento e urgência.

Na nossa opinião, são as seguintes algumas das razões para a situação que se vive no momento actual:

- Número insuficiente de camas para a população de doentes a assistir;
- Doentes pertencentes a grupos etários cada vez mais elevados, com múltiplas patologias, necessitando de internamentos mais longos;
- Aumento do número de doentes com patologia

infecciosa, nomeadamente infecção por VIH;

- Desvio de doentes em situação terminal ou com patologias “menos atraentes” das especialidades médicas para os serviços de medicina interna;
- Demora na obtenção de exames complementares de diagnóstico;
- Falta de Hospitais/Instituições para internamento de doentes não agudos;
- Deficiente articulação com os Centros de Saúde, impedindo a prática de uma assistência domiciliária eficaz e tratamento de doenças crónico-degenerativas;
- Dificuldade na articulação entre os parceiros sociais (saúde, segurança social, Misericórdias), levando a prolongados períodos de internamento, mesmo após a alta clínica.

O aumento do número de camas em 1997 deve-se à abertura do Hospital Fernando da Fonseca. A oscilação do número de doentes saídos nos anos de 97 e 98, apesar da lotação mais elevada, parece reflectir menor produtividade. No entanto, em 1999 a lotação voltou a diminuir para um número próximo do de 1996 e o número de doentes saídos e a taxa de ocupação são sobreponíveis.

Nestes números apenas estão incluídos os doentes admitidos nas Urgências dos Hospitais Santa Maria, São Francisco Xavier, São José, Curry Cabral e Capuchos, bem como nos respectivos Serviços de Medicina que recebem doentes provenientes destas Urgências. Os Serviços de Medicina recebem cerca de um quarto de todos os doentes internados na Urgência.

Situação na Urgência

Tomando como referência dados da DGS, o número total de urgências no país em 1990 foi de 5.205.166 e em 1996 de 6.120.419, o que corresponde a um acréscimo de 915.263 (18%). Os Serviços de Urgência dos vários Hospitais debatem-se, por isso, com 400 a 600 doentes diários (números referentes aos Hospitais Centrais da cidade de Lisboa, nomeadamente H. Santa Maria, H. São José e H. São Francisco Xavier).

4 – Propostas para a valorização da Especialidade de Medicina Interna

1 - Implementação de medidas de discriminação positivas aplicadas à área da Medicina Interna:

- a) Alocação de tempo para investigação e produção científica dentro do horário normal de trabalho;

Quadro 3 - Número de doentes admitidos em Medicina Interna nos Hospitais Centrais pelo Serviço de Urgência (Lisboa). Dados oficiais da ARSLVT.

Ano	Urgência Geral	N.º Total Doentes internados	N.º Doentes Internados Med. Interna	% de Doentes de Med. Interna
95	604333	-----	36878	-----
96	570585	-----	36034	-----
97	569165	100881	25026	24.8%
98	597529	104456	25538	24.4%
99	562251	109551	26526	24.2%

b) Chefia de equipas pluridisciplinares na Urgência obrigatoriamente feita por internistas;

c) Preferência dada aos internistas para as comissões técnicas hospitalares;

d) Introdução de regimes remuneratórios especiais. Atribuição de subsídio de risco (e aumento do número dos dias de férias) à Medicina Interna, mais que justificado devido às suas condições de trabalho e escandalosamente não previsto no projecto de lei apresentado pelo governo;

e) Criação de fundos para apoio a deslocações ao estrangeiro para cursos ou estágios profissionais.

2 - Defesa de um curriculum de técnicas próprias do Internista que o Internista legitimamente pode realizar: das várias biopsias à colocação de cateteres, alguns exames de Imagem (por exemplo ecografia, ecocardiografia, Doppler vascular), a monitorização ambulatória da pressão arterial, etc.

3 - Planificação e implementação de um “curriculum profissional de pós-graduação” de base regional ou nacional, como suporte da formação do internato de medicina interna e, de forma mais lata, da actualização nesta área.

4 - Recusa de nova diminuição do campo de acção da Medicina Interna (vd. AVCs e Geriatria), especialidade que pode tomar a seu cargo a maioria dos doentes internados.

5 - Redimensionamento dos serviços de medicina interna, de forma a adequá-los às necessidades reais do internamento.

Quadro 4 - Urgência nos Hospitais Centrais. Dados oficiais da ARSLVT referentes aos Hospitais dos Capuchos, de Santa Maria, de Curry Cabral, de São Francisco Xavier e de São José.

Ano	Urgência Geral	N.º De Doentes por Dia
95	604333	1655
96	570585	1563
97	569165	1559
98	597529	1637
99	562251	1540

6 - Redimensionamento dos quadros de medicina interna aos vários níveis da carreira médica, de forma a compatibilizá-los com as pesadas tarefas que lhes são exigidas, com o número real de doentes internados (taxas de ocupação médias anuais muitas vezes superiores a 120%) e com as novas funções que se prevêm para os médicos, nomeadamente as de articulação com os centros de saúde.

7 - Melhoria tão breve quanto possível **dos recursos logísticos e humanos** dos Serviços de Medicina:

a) Instalações e condições hoteleiras condignas;

b) Dotação de meios de diagnóstico e tratamento necessários à prática de uma Medicina Interna moderna;

c) Apoio de secretariado em quantidade e qualidade;

d) Apoio na área informática, ligação à Internet, equipamento das Bibliotecas dos Hospitais;

e) Alocação do número de enfermeiros necessários à assistência aos doentes, bem como fisioterapeutas, assistentes sociais, técnicos de ECG e venopunctores.

8 - Articulação mais eficaz e com melhor e mais rápida resposta **com a área do ambulatório** (Misericórdia e Segurança Social). Criação dos tão necessários Hospitais de Cuidados Continuados.

9 - Reorganização dos Serviços de Urgência, tornando-os adequados às funções próprias de hospitais secundários ou terciários e com horários de trabalho adequados.

10 - Incentivação da existência de escalas de Urgência Interna, imprescindíveis nas modernas instituições hospitalares de doentes agudos.

11 - Sensibilização das autoridades para a boa relação custo/eficácia da actuação dos Internistas.

12 - Divulgação junto dos estudantes de Medicina e médicos do Internato Geral do **papel central do Internista na actividade médica hospitalar**.

13 - Criação de condições que estimulem *de facto* a **fixação dos elementos mais válidos ao trabalho exclusivo** nos hospitais (Serviços a funcionar em pleno ao longo de todo o dia com apoio de secretariado e de meios auxiliares de diagnóstico, condições de trabalho e remuneração condignas, estímulo aos Serviços pelo cumprimento dos objectivos, eventual possibilidade de prática privada no hospital, etc...)

14 - Desenvolvimento de núcleos que recolham elementos sobre estas matérias e procedam à sua divulgação.

15 - Divulgação de documentos, relatórios, etc.