

O movimento hospitalista nos E.U.A. e a situação da Medicina Interna em Portugal

The hospitalist system in USA and Internal Medicine situation in Portugal

Pedro Abecasis*

Em 1996 Wachter e Goldman publicam um artigo no "New England"¹ em que, para além de introduzirem o termo "hospitalista", vêm desencadear uma série de reacções e abrir uma polémica que ainda hoje não está encerrada. O médico hospitalista é então definido como aquele que dedica muita ou a maior parte do seu tempo à vida hospitalar. Não é no entanto este conceito, que apenas constata uma prática crescente nos hospitais americanos, que provoca reacções tão exacerbadas, mas o facto de este novo modelo de médico hospitalar se propor "tomar conta" dos doentes internados nos hospitais substituindo aí os seus médicos assistentes.

Esta nova filosofia assistencial é contra a tradição americana em que o médico de família ou especializado em Medicina Interna, não só segue os seus doentes no consultório ou no domicílio, como também os continua a assistir quando são internados num hospital e mesmo quando são transferidos para Unidades de Cuidados Intensivos.

Este conceito de Medicina Interna radicalmente diferente do que se encontra em muitos países europeus, entre os quais Portugal, tem gerado muita confusão, devido ao domínio da cultura médica dos Estados Unidos e à quase exclusiva leitura das suas revistas e tratados de Medicina. A intensa reacção, observada desde logo nas cartas remetidas ao "Journal", deveu-se em grande parte a uma atitude corporativa dos "internistas" e médicos de família em que os interesses económicos não estavam seguramente ausentes.

Entretanto, e certamente porque o aparecimento deste novo "tipo" de médico correspondia a uma realidade no meio hospitalar dos EUA, surgem agora, publicados nos "Annals of Internal Medicine", uma série de artigos, retirados de uma conferência e dedicados ao chamado "movimento hospitalista" nos Estados Unidos.

Num destes artigos² é precisada a definição de médico hospitalista, que assenta em dois elementos. Em primeiro lugar o hospitalista aceita tratar, apenas durante o internamento no hospital, doentes que não lhe "pertencem" devolvendo-os aquando da alta aos seus médicos assistentes. Uma das forças destes novos especialistas reside no facto de eles se encontrarem no hospital ao longo do dia, coordenando assim da melhor maneira a assistência aos doentes e actuando, sempre que necessário, na hora e no local certo.

O segundo elemento é o tempo que o hospitalista dedica ao trabalho hospitalar, que é aqui definido como sendo um mínimo de 25%. Este "plafond" é para nós incompreensível mas deve também ser interpretado à luz dos hábitos instalados localmente e da atitude prudente de não os afrontar radicalmente. De resto, também aqui vários hospitalistas americanos têm proposto que este mínimo seja alargado, chegando alguns a considerar que devia ser de 100%³.

Atendendo a que o modelo de hospitalista corresponde em larga medida ao nosso internista, o que é que este movimento, que vai alastrando como mancha de óleo nos EUA, tem a ver com a situação da Medicina Interna no nosso país?

Por um lado pode dizer-se, de um ponto de vista "europeu", que o sistema de saúde americano mais não fez que adoptar o nosso sistema, abandonando conceitos e práticas assistenciais que a nós sempre nos pareceram aberrantes (como por exemplo o médico de família orientar diagnósticos e tratamentos nas Unidades de Cuidados Intensivos).

Mas, procurando uma abordagem mais profunda, não terá toda esta polémica motivos de reflexão para os internistas deste lado do Atlântico? E algumas das causas da entre nós tão falada crise da Medicina Interna não poderão ser melhor estudadas (e até eventualmente retirados alguns ensinamentos...) à luz da discussão dos problemas levantados pelo "movimento hospitalista"?

Vejamos então quais são os argumentos e os principais pontos de discórdia desta polémica.

Em primeiro lugar é referida a descontinuidade de cuidados provocada pela mudança de médico assistente com a correspondente perda de informação na admissão e na alta do doente. Temos de reconhecer que é nesta relação entre os chamados cuidados primários e cuidados hospitalares que se encontram muitos dos problemas e das áreas de possível melhoria da nossa Medicina Interna. As sugestões e os modelos praticados pelos hospitalistas para melhorarem esta área podem ser-nos úteis. Exemplos disto são a comunicação diária por "fax", aos médicos assistentes, do estado dos seus doentes internados nos hospitais e as medidas tomadas para melhorar a comunicação pessoal entre o médico de família e o hospitalista.

Outra objecção colocada é o alegado descontentamento dos doentes com a mudança de médico assistente durante o internamento (a falta que sentem do "seu" médico). É

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

Recebido para publicação a 16.06.99

curioso, no entanto, apontar que os estudos já feitos sobre este assunto^{4,6} indicam uma satisfação dos doentes com os cuidados prestados pelos hospitalistas, o que pode dever-se ao facto dos doentes sentirem uma maior disponibilidade destes médicos devida à sua maior presença no hospital.

Ainda outra crítica, e que também deve ser para nós motivo de reflexão, é a perda de contacto do médico de família com o meio hospitalar e os cuidados dos doentes agudos. Penso que no nosso meio este aspecto tem sido parcialmente resolvido com frequência pelos clínicos gerais das urgências hospitalares, mas seguramente que um maior intercâmbio (nos dois sentidos) poderia ser implementado.

Para prevenir o desgaste rápido ou “burn-out” dos hospitalistas é proposto um esquema especial de pagamentos e férias e ainda a incorporação no seu trabalho de alguma assistência no ambulatório, dentro e fora do hospital. Portanto, mais algumas sugestões a reter e observar com atenção os seus futuros desenvolvimentos.

É interessante a preocupação constante dos defensores do “movimento hospitalista” e particularmente dos que pretendem a sua transformação em especialidade, com os aspectos formativos e de investigação tendo em vista encontrar um nicho académico que justifique a sua existên-

cia⁷. Seja-me aqui permitido comparar esta preocupação com a que manifestei há alguns anos atrás quando afirmava em provas da carreira hospitalar: “Para que a Medicina Interna permaneça como especialidade autónoma, terá que desenvolver uma área e um modo de actuação específico, um currículo próprio e uma investigação de nível científico”.

Outra área em que é proposto o envolvimento dos hospitalistas são os cuidados médicos dos doentes cirúrgicos, tanto no pré-operatório como no pós-operatório. Também entre nós se trata de uma colaboração sempre prestada mas de limites mal definidos e, por vezes, foco de acasas discussões.

Finalmente chama-se a atenção para um aspecto que me parece merecer particular realce. É a colaboração que estes hospitalistas (entre nós os internistas) serão chamados a prestar em vários campos da organização hospitalar, tais como a implementação da garantia de qualidade, a gestão de algumas áreas ou a participação em comissões hospitalares especializadas. A sua presença permanente no hospital e a sua dedicação ao trabalho hospitalar indica-os naturalmente para papéis em que os seus conhecimentos do terreno possam ser aproveitados, assumindo aí naturalmente o hospitalista/internista posições de perito ou de liderança.

Bibliografia

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American Health Care System. *N Engl J Med* 1996;335:514-517.
2. Wachter RM. An introduction to the Hospitalist Model. *Ann Intern Med* 1999;130:338-342.
3. Boschert S. Ims form hospital-based “specialty”. *Internal Medicine News* 1997;30:15.
4. Freese RB. The Park Nicollet experience in establishing a hospitalist system. *Ann Intern Med* 1999;130:350-354.
5. Craig DE, Hartka L, Likosky WH, et al. Implementation of a hospitalist system in a large health maintenance organization: the Kaiser Permanente experience. *Ann Intern Med* 1999;130:335-339.
6. Wachter RM, Katz P, Schowstack J et al. Reorganizing an academic medical service; impact on cost, quality, patient satisfaction and education. *JAMA* 1998;279:1560-1565.
7. Kelly MA. The hospitalist: A new medical specialty? *Ann Intern Med* 1999;130:373-375.