

Para aonde vai a Medicina Interna?#

Where is Internal Medicine going?

A. de Oliveira Soares*

Resumo

O interesse decrescente de jovens médicos pela especialização em Medicina Interna é sintomático duma crise que afecta este ramo da prática médica. Comentam-se algumas hipóteses explicativas do declínio do tronco basilar da clínica e levantam-se interrogações sobre o futuro da especialidade.

Palavras chave: *novos médicos, medicina interna*

Abstract

The decreasing interest of young doctors in internal medicine specialisation is symptomatic of a crisis that afflicts this branch of medical practice. A few hypothetical reasons for such a decline of the main stem of medicine are briefly commented on and some questions about the future of the speciality are raised.

Key words: *young doctors, internal medicine*

Nunca é fácil saber aonde se vai, isto é, o futuro, mas alguma coisa pode prever-se pela análise do onde e como se está, ou seja, do presente. No que respeita à Medicina Interna e ao nosso país, o diagnóstico da situação actual é de crise e os indicadores são múltiplos. Para dar um só exemplo, não houve nenhum pretendente às vinte e oito vagas do internato complementar oferecidas pelo Hospital de Santa Maria para o ano 2000. Claro que não se passa o mesmo em todas as instituições, mas a tendência declinante do número de candidatos a esta especialização começou a patentear-se há anos e é expressiva. Quais os porquês?

O que pode fazer-se para encontrar razões tem bastante de especulativo, mas também se fundamenta na observação e na experiência humana. Vejamos.

I - Estaremos perante uma nova geração médica desinteressada da Medicina Interna? Eu acho que sim, que muito poucos jovens olham a nossa especialidade com "apetite"

e encontro motivos:

A - *Receio de trabalho excessivo* As instituições têm falta de médicos-clínicos e começa mesmo a notar-se carência de médicos, em geral. Isto vai sendo reconhecido, após anos de contabilidade embusteira que argumentava com o número total de licenciados e não com o número real de praticantes. A grave barreira à entrada no Curso de Medicina foi a principal arma redutora da classe médica, adjuvada pelas aposentações e falecimentos. O que ficou, no presente? Ficou muito trabalho para os que sobrevivem e teimam em aguentar os hospitais e centros de atendimento, à custa de esforços tremendos. Os serviços de Medicina oferecem a esses resistentes enxurradas de doentes graves e trabalhosos que outras especialidades enjeitam, lavando as mãos, como Pilatos. Os acidentes vasculares cerebrais não são tratados na Neurologia, a insuficiência cardíaca terminal não é tratada na Cardiologia, os renais em hemodiálise que perderam o acesso vascular não aguardam nova intervenção em Nefrologia, nem as úlceras de pressão dos grandes inválidos são internadas na Cirurgia Plástica. A imensa maioria desses e outros casos penosos e de pouca esperança é para o internista, sobrecarregado, dividido pela enfermaria, pela consulta e pelos serviços de escala, submetido a horários cruéis e péssimas condições de exercício. Não há tempo para nada, a jornada laboral é uma luta contra-relógio. Ora, como disse Sir Theodore Fox, famoso editor do *The Lancet*, "com falta de tempo todos os médicos são maus"¹.

Houve grandes adeptos do trabalho mas duvido que se referissem à escravatura. Quando Sir William Osler proclamava aos seus alunos que ele é o segredo da vida porque "dá esperança ao jovem, dá confiança ao adulto e proporciona repouso na velhice"² não se referia, seguramente, ao trabalho em carga-limite.

B - Outro motivo de desencanto dos novos pela Medicina Interna é a *pouca disponibilidade para o estudo contínuo*. Foi também Osler que opinou que "ser médico não é tirar um curso, é estudar toda a vida"³. Isto aplica-se com grande relevância ao internista e a maior parte dos jovens médicos assustam-se com a perspectiva do estudo para sempre.

C - *O espectro de fracas remunerações* não atrai, igualmente. A Medicina Interna é, no âmbito institucional, uma das especialidades com mais baixo pagamento. Acontece que ninguém dos nossos dias gosta de ser mal remunerado. Vai longe o tempo em que se disputava a honra de se trabalhar de graça no "banco" de S. José e Sir Thomas Browne, mestre de William Osler clamava: "Que ninguém se aproxime do templo da Medicina com o espírito do lucro!"⁴. Felizmente que já é difusamente reconhecido que quem trabalha tem direito a ser pago.

D - Mais uma razão da falta de interesse dos médicos novos pela Medicina Interna é um *menor pendor humanista*. Neste campo parece, ter havido uma viragem cultu-

Intervenção no VII Simposium de Cuidados Intensivos, Núcleo de Estudos de Cuidados Intensivos da SPMI, 26-2-2000.

* *Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna*
Hospital de Santa Maria, Lisboa

ral. Afirmou Sir Arthur Mac Nalty que o alvo supremo do médico (leia-se internista) é “conhecer tão bem a alma do homem como o seu organismo”⁵. Em minha opinião, a geração jovem tem traços muito característicos e pouco propensos ao humanismo em sentido lato. É uma geração de raciocínio vincadamente mecanicista, muito hábil para procedimentos tecnológicos mas desatenta das Humanidades, pouco letrada, materialista e hedonista.

Em suma, uma carreira que oferece muito trabalho, estudo “*ad vitam*” e pouco dinheiro surge, aos olhos dos novos e tecnológicos médicos, como fatalmente desinteressante.

II - Uma Medicina actual que devora os médicos.

A época em que Paul Beeson, sucessor de Cecil-Loeb na direcção do célebre tratado, definiu a Medicina Interna como profissão de serviço muito antiga, conjugando aspectos de ciência e de arte, e recebendo público apreço, terminou. O mais negro prognóstico para a Medicina é talvez o de Danielle Gourevitch, professora da Escola Prática de Altos Estudos da Sorbonne: “A Medicina tecnológica e desumanizada de hoje não tem passado, não tem linguagem cultural, não tem filosofia, nem sequer tem livros - quantos médicos novos nada folhearam além de sebatas e fotocópias de apontamentos ? O século XXI testemunhará o triunfo dessa Medicina, mas também a substituição dos médicos por técnicos de saúde.”⁶

III - Uma população que desconhece a Medicina Interna.

O doente banal faz a escolha do médico segundo uma espécie de silogismo:

*um sintoma indicia um órgão ;
eu identifico o sintoma e o órgão;
como há um especialista para cada órgão,
eu sei escolher o especialista adequado.*

Não passa pela cabeça dum cidadão comum que a tumefacção dolorosa dum joelho pode dever-se a uma doença do sangue, não a um problema ortopédico, ou que a baixa de visão pode resultar duma afecção sistémica e não significar necessidade de óculos.

Nanni Moretti, o brilhante cineasta italiano, descreve muito bem no episódio “Os Médicos” do seu filme “Querido Diário” como andou meses e meses de dermatologista em dermatologista, aflito com um prurido insuportável, besuntado de cremes e pomadas, cheio de comprimidos e psicanálise, até que, em desespero, entrou numa certa madrugada pela urgência dum hospital de Roma onde um internista mandou radiografar-lhe o tórax e diagnosticou um linfoma de Hodgkin que foi tratado com pleno sucesso.

O médico ajuda menos a esclarecer o público, regra geral. Na verdade o médico-de-família começou por ser um internista sem esse nome e a designação é hoje um eufemismo aplicado a funcionários cheios de tédio que vêem nos doentes o inimigo da sua tranquilidade. Têm alguma razão, porque muitos doentes só o são no aspecto social.

Por outro lado, que sentido faz o título de médico-de-família numa época em que família é uma palavra esvaziada de grande parte do significado original?

Hoje em dia, família é, em muitos casos, uma de três coisas:

a) pessoas que fazem conjuntamente a declaração do IRS – versão do Estado ;

b) duas pessoas coabitando o apartamento e partilhando a neurose e a solidão, por vezes odiando-se – forma resumida;

c) um casal torturado entre a dureza dos empregos, os cuidados a prestar aos filhos e o pagamento do asilo dos velhos pais – forma alargada.

Isto não se parece nada com a família retratada pelo nosso ilustre colega e grande prosador, Júlio Dinis. Logicamente, perdeu sentido existir um João Semana numa vilória, ou um Pedro Pons numa cidade.

O casal que habita um “T 2” no Forte da Casa, trabalha em Lisboa (ela ou ele) e Oeiras (ele ou ela), tem os dois filhos no infantário da Cova da Piedade e os pais (ou sogros, ou ambos) no “lar” de Camarate ou de Rio de Mouro (ou nos dois sítios), quando surpreendido por uma dor ou febre, a meio das compras no Colombo ou das limpezas de sábado, procura a pobre Medicina semi-estatal com raiva e desconfiança.

Se a doença bater à porta dum matrimónio mais afortunado que vive em condomínio “de qualidade”, paga a *babysitters* para aguentarem os meninos após o regresso do colégio e resolveu a incapacidade dos progenitores recorrendo a “residências” com enfermagem permanente, seguir-se-à a escolha dum “especialista” pelo rol dos avançados do ministério ou do seguro, ou de acordo com a mal digerida informação dos “media”. O seguro ou o ministério que paguem, eles sentem-se com direitos especiais, sabem que têm “estatuto”, querem “o melhor”.

A haver diferença entre os dois casos, ela limita-se à maior ingenuidade do doente mais rico. Ele não sabe que tem considerável probabilidade de ir ao encontro duma “indústria” de exames complementares excessivos e intervenções não justificadas. Uns quistos renais inocentes entrarão em ecografias repetitivas *para vigilância*. Extrasístoles do café, da coca-cola e do *stress* serão objecto de “Holters”, provas de esforço, cintigrafias isotópicas. E os meninos vão ser sistematicamente adenoidectomizados, amigdalectomizados, circuncidados...

Empalado pela sonda trans-rectal e correndo no tapete rolante, o paciente vai-se iludindo, a conta do “especialista” cresce e, quem sabe, cresce também um tumor no ventre que ninguém palpou, ou prolifera um clone anómalo de plasmócitos na medula, indiciado por exames simples que não mereceram atenção quando do *check-up*, se é que estavam incluídos no protocolo.

IV. Entidades dirigentes que desprezam a Medicina Interna.

Os governantes estão mais interessados na última moda em operações resolutivas de surdez – ainda que sem provas dadas – ou na implantação cerebral de tecidos heterotópicos – apesar de experimental – que no trabalho profícuo, basilar e contínuo da Medicina Interna.

É mesmo assim: o pouco carinho que o Estado tem para dar à Medicina é canalizado para as *tecnologias de aparato* porque elas são: carismáticas para o público; fotogénicas para os *media*: boas para a promoção política.

Foram cortadas do orçamento do meu hospital as verbas destinadas a contratos eventuais de internistas, apesar de os envelhecidos graduados se encontrarem a cobrir, sem colaboração de internos (não os há) todas as tarefas da enfermaria, consultas e urgências.

Nesta ganância de propaganda movida pela ambição, quem sai mais prejudicado é o doente, mas o médico não pode deixar de sentir-se “humilhado e ofendido”.

V - A depreciação pela própria classe médica.

Triste, mas pura verdade! A classe médica não leva muito a sério esta especialidade que quase ninguém sabe o que vale, com uma importante excepção – quando sucessivos especialistas não encontram o fio da meada do diagnóstico e as suas técnicas se revelam incapazes de dizer o que tem o doente. Então sim, após uma mirada vã ao livro ou ao computador, surge a hipótese do internista: “*e se eu fualasse com aquele fulano da Medicina Interna?!*”

O futuro.

Apesar do declínio, ainda há internistas, a especialidade está doente mas não morreu. Qual o prognóstico para a evolução?

Não creio no completo recobro da Medicina Interna mas julgo que ela vai sofrer mudanças, possivelmente dramáticas, mas sobreviverá.

A principal razão de subsistência da Medicina Interna é pragmática: De facto, não se afigura plausível que as especialidades fragmentárias possam vir a resolver mais que os problemas de subpopulações nosológicas. A grande massa dos doentes que acorrem às instituições terá de ser objecto duma triagem rápida e hábil, a qual seleccionará uma maioria de diagnóstico e orientação fáceis, isolando os casos que vão precisar de elaborada marcha diagnóstica e de terapêutica atenta e complexa.

Terá sempre lugar o médico com visão global e arguta da

pessoa doente, para assumir a selecção, a identificação dos problemas, a orientação virtual para outras especialidades e a retenção dos casos difíceis.

Perfilam-se no horizonte duas categorias de clínicos capazes dessas tarefas, o *generalista* e o *internista*. É provável que as suas esferas de actuação e responsabilidade sejam em parte sobrepostas, mas há-de haver actos e procedimentos específicos.

À partida, o generalista estará mais vocacionado para o atendimento em estabelecimentos primários e o internista integrará uma segunda instância fundeada no hospital. O generalista ocupar-se-á na essência da grande tarefa da triagem no “campo”, ao internista caberão os diagnósticos difíceis de equacionar, a orientação dos doentes multi-sistémicos, as emergências e o intensivismo.

Isto diz respeito à prática nas instituições. E relativamente à clínica privada? O que presentemente se vê é o nascimento e proliferação de consultórios e institutos duma “especialidade”. Poder-se-ia inferir uma tendência regressiva da clínica privada de Medicina Interna. Não obstante, aventurei-me a prever uma modificação a prazo médio, com o aparecimento de pequenos agregados de diversos “especialistas” partilhando o local de trabalho com um internista, quer em permanência demorada, quer a título de visitante-consultor. Será esta uma forma optimista de encarar o futuro. Em oposição diametral, posso admitir a pura e simples extinção da nossa especialidade. É claro que não descortino quem assumiria as muitas funções que vamos desempenhando mas há lugar para algumas fantasias: por exemplo, admitir que qualquer especialista duma área muito parcelar passe a exercer também uma certa Medicina Interna nos seus pacientes; ou que os internistas de vocação exerçam na “clandestinidade” sob a cobertura duma outra especialização.

Em qualquer caso, creio que está na mão dos internistas demonstrar a importância da especialidade e congregar esforços para esconjurar a decadência da sua imagem, impondo-se às autoridades e ao público em geral. Não posso deixar de atribuir a um individualismo excessivo e a uma certa inércia o panorama que acima esbocei. Acho que temos andado um tanto distraídos dos interesses de classe e, também distraidamente nos sentámos numa cova do deserto, olhando as dunas, instalados sobre os ovos da serpente, chocando-os de forma insensível.

Bibliografia

1. Fox T. cit. Por Dunning AJ. Status of the doctor - present and future. Lancet 1999; 354 Suppl. S IV.
2. Osler W. The master-word in medicine. In : Aequanimitas With Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine. Philadelphia . P Blakiston's Son & Co :1904:363-388.
3. Osler W. The student life. In : Aequanimitas With Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine. Philadelphia: P Blakiston's Son & Co; 1906:413-443
4. Brown T. cit. Por Strauss MB. Familiar Medical Quotations - Boston: Little, Brown & Co: 1968 : 406
5. Mac Nalty A. cit. Por Cushing H. The Life of Sir William Osler. Oxford: Clarendon Press; 1925: ii.
6. Gourevitch D. The history of medical teaching. Lancet 1999; 354 Suppl. S IV.