

A formação em Medicina Interna: o generalista e a subespecialização[#]

Post-graduate training in Internal Medicine: the generalist and sub-specialisation

José Poças*

Resumo

Após uma breve introdução, o autor aborda o tema da Medicina Interna nas suas mais variadas facetas, fazendo uma resenha pelos aspectos históricos, organizacionais, doutrinários, vocacionais e formativos, tendo sempre como referência as realidades dos EUA (onde esta polémica atingiu maior dimensão) e a Portuguesa, servindo – se com frequência de citações de alguns Internistas consagrados como verdadeiros Mestres quanto ao seu pensamento acerca desta complexa problemática. Dá destaque à dicotomia entre a Medicina Interna Geral e as Sub – Especialidades, bem como à relação entre o Internista Generalista e o Internista Especialista e particular ênfase à necessidade de se ter de investir prioritariamente de futuro na área dos Cuidados Primários e nos denominados Generalistas (Internistas, Pediatras e Médicos de Família, amplamente deficitários no nosso país), nos quais, indiscutivelmente, se deve basear o nosso Sistema de Saúde. Chama também a atenção para a existência indesejável de um elevadíssimo número de “médicos praticantes da Clínica Geral “sem a posse de habilitações adequadas e de enquadramento institucional apropriado. Apresenta ainda e fundamenta resumidamente um organograma de diferenciação da especialidade a partir de um Tronco Comum de 3 anos, preconizando a divisão da Medicina Interna Geral em três áreas distintas e complementares: O Internista dos Cuidados Primários, o Hospitalista e o Emergentista, adaptando os reconhecidos modelos

*Assistente Graduado de Medicina Interna
Serviço de Medicina II do Hospital de São Bernardo, Setúbal
Recebido para publicação a 24.07.2000
[#]Texto base da comunicação em mesa redonda efectuada no VI Congresso Nacional de Medicina Interna, realizado em Maio de 2000

americano e alemão. Termina com um enunciar de algumas conclusões, onde destaca a necessidade de se dever assumir as consequências destas reflexões com determinação e coerência, fundamentalmente através de orientações que permitam a efectiva resolução dos problemas dos Doentes e do nosso Sistema de Saúde.

Palavras chave: Medicina Interna, sub-especialidades, generalista, especialista

ABSTRACT

After a short introduction, the author describes a personal view of the different possible aspects of Internal Medicine. A definition, historical perspective, organisation, vocation and formation, with reference to the different realities in the USA (where these problems have been much discussed) and Portugal, including several well-known expert citations, is made. The dichotomy between General Internal Medicine and its Sub – Specialities, as well as the relation between the General Internist and the Specialist is elaborated. Special emphasis is given to the priority need of future investment in Primary Care and in the formation of Generalists (Internists, Paediatricians and Family Physicians who are in short supply in our country) on which, unquestionably, our Health System must be based. Also attention is drawn to the undesirable number of General Physicians without suitable formation and institutional employment. A plan to differentiate Internal Medicine as a Medical Speciality, based on a common period of 3 years, is presented and justified. The division of General Internal Medicine into three different but complementary fields is suggested: Primary Care Internist, Hospital Specialist and Emergency Specialist, adapting the recognised American and German models. The final conclusions emphasise the need to face these problems with determination and coherence, putting patients suffering and the way Health System works, as our top priority.

Key words: Internal Medicine, sub-specialities, generalist, specialist

I - Introdução

“... there is something not right about this plethora of papers documenting the sad state of General Internal Medicine ... “ (Lee, RV)

Abordar este tema tão complexo e polémico não é tarefa fácil, embora, de uma forma ou de outra, corporize uma inquietação mais ou menos constante e profundamente sentida por todo o Internista que preze devidamente a cons-

ciência da sua própria imagem e a importância da sua prática. Por outro lado, talvez nunca tenha sido tão actual nem tenha despertado o interesse de tantos e tão variados sectores ligados à problemática geral da saúde, que não os médicos ou mesmo, os protagonistas em questão, ou seja, os próprios Internistas.

O eco de toda esta polémica iniciou-se precisamente nos EUA (o émulo vanguardista da medicina moderna) estendendo-se progressivamente a todo o mundo e, inclusive, ao nosso país, assumindo neste último, a meu ver, uma forma ainda algo incipiente.

Embora seja possível encontrar referências bibliográficas abordando este tema que remontam ao início do século¹⁻⁵, existe um episódio de fundamental importância, relativamente recente, denominado a “Terça feira negra de 17 de Março de 1987”, sobre o qual McCarty escreveu um artigo lapidar que constitui um verdadeiro marco histórico, intitulado “Why are today’s medical students choosing high-technology specialities over Internal Medicine?” na famosa revista *New England Journal of Medicine*⁶. Seguiram-se posteriormente duas outras publicações verdadeiramente fundamentais para a correcta abordagem e compreensão desta problemática, ou seja, dois números da não menos famosa revista *Ann Intern Med*. O primeiro, em 1991 (vol. 114, nº 1) e o segundo, em 1992 (vol. 116, nº 12, 2ª parte), inteiramente dedicados a esta temática, e contendo um vasto conjunto de artigos de leitura realmente imprescindível.

Registe-se contudo que estas tomadas públicas de posição referidas, não surgiram apenas no seu seio ou determinadas exclusivamente por uma vontade intrínseca de reflexão e de afirmação^{5,7,8}, mas também e, até talvez, sobretudo, pela necessidade de corresponder a um repto irrecusável, lançado na sequência da reforma do sistema de saúde americano anunciada pela administração Clinton.

Ao invés dos sistemas de saúde da generalidade dos países da Europa Ocidental, que primam pelo assegurar de cuidados de saúde de um nível minimamente satisfatório a todos os seus cidadãos, independentemente das suas capacidades financeiras e da sua situação social, o que se passava (e ainda passa) nos EUA caracterizava-se sumariamente pela existência de duas realidades preocupantes e, pelo menos na aparência, anacronicamente antagónicas: cerca de 10% da população sem qualquer cobertura sanitária minimamente eficaz e, simultaneamente, pela constatação de possuírem a medicina mais cara e sofisticada de todo o mundo desenvolvido!

Esta realidade justificou pois um esforço partilhado no sentido de identificar as verdadeiras causas destes problemas e apontar as soluções possíveis e necessárias, nomeadamente, procurando rentabilizar meios (estruturais e técnicos) e recursos (humanos e económicos), tentando desta forma obter melhores resultados. De toda esta

polémica ressaltou a necessidade de centrar a generalidade da assistência médica nos denominados cuidados primários, assentes maioritariamente em generalistas (Médicos de Família, Pediatras e Internistas) em detrimento da tendência até então verificada, do aumento progressivo da importância das especialidades na prestação da maior parte dos cuidados médicos necessários às populações⁹⁻²¹. As conclusões de vários estudos foram no sentido de constatar que, para a generalidade das patologias, os generalistas tinham um desempenho semelhante em termos da satisfação dos utentes e da competência técnico - científica verificada, relativamente aos especialistas, embora com um menor dispêndio de recursos técnicos, humanos e financeiros^{12,19,22-33}. Em alusão a este tema, Rui Santos³⁴ disse com muita pertinência que “a realização de uma técnica é remunerada, mas o conhecimento e a experiência que possam permitir evitar a sua utilização não o é”, e Alexandre Vasconcelos³⁵, na mesma senda, que “os exames subsidiários deverão ser sempre isso mesmo, nunca a essência do acto médico”.

II - Aspectos históricos

“... however the practice of Internal Medicine is too powerful and too central to Medicine to be viewed as passive or reactive ...” (Stevens,R)

Abordar os aspectos da história da Medicina Interna, ainda que de uma forma eminentemente resumida, é de importância capital para a compreensão desta problemática. Em termos internacionais^{1,2,3,4} poderemos dizer que o termo “Medicina Interna” surgiu na Alemanha em 1882, ano em que se realizou o primeiro congresso em Wiesbaden (cidade situada no mesmo país), tendo o primeiro tratado sido editado dez anos depois (da autoria de William Osler e intitulado “Principles and Practice of Medicine”, clínico que tinha precisamente efectuado a sua formação de especialista na nação-berço desta especialidade). O autor (W. Osler) proferiu a primeira conferência, denominada precisamente “Internal Medicine as a Vocation”, em 1897, tendo as célebres conferências clínico-patológicas do Massachusetts General Hospital, organizadas por R. Cabot, iniciado a sua realização oito anos depois.

Em termos nacionais³⁶ tudo se passa muito mais tarde e com interregnos prolongados, significativos de uma inércia preocupante. Assim, o primeiro Boletim Clínico da Sociedade surgiu apenas em 1954, as 1^{as} Jornadas foram organizadas cerca de trinta anos(!) depois (1985), o 1º Congresso realizado em 1990 e, finalmente, o 1º número da revista “Medicina Interna” foi editado somente em 1994. Acrescente-se que, por incrível que possa parecer, a especialidade só foi reconhecida pela da Ordem dos Médicos, em 1979.

III - Aspectos organizativos

“ ... the public needs to know more about Internal Medicine in order to make informed choices for quality

health care ... “(Task Force of the ABIM)

Uma das realidades que poderão estar na génese da dimensão desta polémica nos EUA, radica seguramente, pelo menos em parte, na multiplicidade de organizações^{5,7,15,24,37,38} que existem neste país, bem como da sobreposição das suas competências³⁹ cuja razão de ser e vantagens, se escapará certamente à compreensão da maioria dos interessados, será de certeza verdadeiramente enigmática aos leigos na matéria⁴⁰, em contraste evidente com o que se passa em Inglaterra e no Canadá.

Assim, deveremos referir que, de entre as mais importantes, contam-se a American Medical Association (fundada em 1847, e cujo órgão oficial é a famosa JAMA, sendo responsável ainda pela edição de outras revistas, de entre as quais se destaca os *Archi Intern Med*), a Association of American Physicians (fundada em 1885) que posteriormente veio a originar o aparecimento do American College of Physicians (fundado por H. Stern em 1915 e cujo órgão oficial é a revista *Ann Intern Med*), o American Board of Internal Medicine (fundado em 1936) e a American Society of Internal Medicine (fundada em 1956). Contudo, muitas outras organizações se poderão acrescentar, nomeadamente^{7,15,38,41}: Association of Program Directions in Internal Medicine, Society of General Internal Medicine, National Study of Internal Medicine Manpower, Federated Council of Internal Medicine, Residency Review Committee for Internal Medicine, ou (recentemente constituída) Association of Inpatients Physicians, etc.

No âmbito da formação, organização e avaliação dos internatos de especialidade^{7,13,15,17,24,38,42}, a diversidade não é menor, pelo que poderemos citar, a título de mero exemplo: Association Council of Graduate Medical Education, Association of Professors of Medicine (cujo órgão oficial é o celeberrimo *American Journal of Medicine*), Education Commission for Foreign Medical Graduates, National Board of Medical Examiners, National Resident Matching Program, Council on Graduate Medical Education, Federation of Licensing Examiners, US Medical Licensing Examiners, ou Graduate Medical Education National Advisory Committee, etc.

Em Portugal³⁶, tal como já referimos no capítulo anterior, tudo surgiu bastante mais tardiamente, e também talvez por via disso, tenha assumido um carácter bem mais simples. Assim, a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna foi fundada apenas em 1951 e o Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais em plena década de 90, altura em que iniciaram gradativamente a actividade os vários núcleos de estudo da primeira organização (cuidados intensivos, diabetes, AVCs, doenças auto-imunes, Sida e hepatologia)!

Se abordarmos finalmente a questão da organização hospitalar, constatamos que nos EUA os Departamentos de Medicina Interna assumiram um verdadeiro papel agluti-

nador e coordenador das diferentes especialidades médicas, sendo pois as diferenças não menos evidentes, já que esta filosofia surgiu aí por 1950^{29,43-45}, tendo-se posteriormente generalizado a todo o país, em contraste com o que se passa em Portugal, onde a grande maioria dos hospitais não estão departamentados e nalguns, que já avançaram neste sentido, o Director é mais uma mera “figura decorativa”, cargo geralmente entregue por convite a título de prémio “fim de carreira” ao mais velho dos Directores de Serviço das especialidades médicas.

IV - Aspectos doutrinários ligados aos seus conceitos e ao seu futuro

“... Internists too often find themselves functioning as triage technicians, with their clinical skills wasted, while the patients follow their way through the speciality care labyrinth ... “(Loge,RV)

São sem dúvida os mais importantes e polémicos e, talvez por via disso, tivessem dado origem a inúmeros artigos e opiniões, não raramente contraditórios e frequentemente apaixonados. De facto, como afirmava Fletcher⁴⁶ “só muito raramente uma quantidade significativa de médicos de uma qualquer especialidade resolveram questionar-se publicamente sobre o seu desempenho, ou acerca da evolução que se verifica ou a que entendem que seria mais adequada”.

Será que, como se interrogava Setevens⁵ “a Medicina Interna existe apenas porque já está organizada, sendo o seu historial uma constante feita de crises, ambiguidades, conflitos e sucessivas adaptações”, ou, como questionava Nogueira da Costa⁴⁷ “, será a Medicina Interna uma recordação romântica, ultrapassada e inútil”? Será que, como afirmava Fitzgerald⁴⁸ “sejam quais forem as razões, parece que a Medicina Interna, como especialidade, está em perigo eminente”, ou, como prognosticava Moser⁴⁹ quando dizia que “... em geral, temo que o Internista seja uma espécie ameaçada. Algumas adaptações irão ocorrer, mas o seu resultado final pode muito bem não ter muito em comum com a imagem do clínico a que nos habituámos...”? O mesmo sentimento de perplexidade foi igualmente expresso por Lepore¹ de uma forma assaz metafórica, quando proclamou “Death of the clinician : requiem or reveille”!

Não será que existe algum fundo de verdade nestas visões sarcásticas, caricaturais e mesmo algo catastrofistas, desde logo quando pensamos em encontrar as definições para as expressões Medicina Interna e Internista? Senão, vejamos como é elucidativa a quantidade e diversidade de “sinónimos” com que nos poderemos defrontar. Relativamente à própria especialidade^{21,49-51} as de “elite do generalismo” (de W. Osler), “medicina clínica”, “disciplina mãe”, ou de “especialidade sem fronteiras”, etc. Quanto à do especialista^{8,11,21,25,52,53,54}, as de “adultista”, “gestor do doente”, “advogado do doente”, “prestador de cuidados in-

tegrados”, “diagnosticador”, “clínico humanista”, “hospitalista”, “generalista sui generis”, “consultor”, “Sherlock Holmes da ciência médica”, “resolucionador de problemas clínicos”, “especialista dos cuidados médicos”, “greatkeeper”, ou ainda a de “doutor dos doutores”!

Mas afinal, como é que poderemos defini-los^{5,21,55}? Certamente que não, como avisava Fitzgerald⁴⁸ “como um conjunto de especialistas que se consideram a si próprios mais actualizados do que o Médico de Família, ou mais intelectualizados do que o cirurgião-barbeiro”! Mas sim, com certeza, como preconiza o mesmo autor⁴⁸ quando diz que “creio antes, convictamente, que o âmago da sua identidade é semelhante à de um detective, feliz e realizado por poder procurar a verdadeira causa dos fenómenos e revelar os seus mistérios”.

Esta quase unanimidade em atribuir uma importância determinante quanto à sua caracterização e diferenciação no que toca às capacidades para efectuar um diagnóstico e um diagnóstico diferencial exemplarmente correctos e expeditos^{51,56}, reforça a necessidade da posse de profundos conhecimentos em semiologia clínica e de Fisiopatologia^{56,57,58,59}, estando bem ilustrada nas citações de Reynolds⁶⁰, quando afirmava que “através dos seus mestres, os internos aprendem a arte do raciocínio clínico que permite o diagnóstico diferencial mediante uma sensibilização para uma opção racional entre a ciência e a tecnologia, por um lado, e o humanitarismo e a compaixão, por outro”, e na da Task Force do American Board of Internal Medicine⁴⁰, que avisava que “a existência de novas metodologias diagnósticas e de protocolos estandardizados, não constitui razão suficiente para descurar as vantagens decorrentes dos métodos clássicos de abordagem pela semiologia, da história clínica e da interpretação dos exames complementares de diagnóstico mais simples”. De resto, como constata Dans⁶¹, apesar da importância da existência das denominadas *guidelines* mais ou menos consensuais de abordagem diagnóstica e terapêutica, eventualmente subscritas pelas mais credenciadas organizações médicas, deveremos sempre encará-las como “apenas meras tentativas de tratar os doentes de uma forma mais correcta”, devendo pois serem aferidas em função da realidade concreta de cada doente e das circunstâncias envolventes, de modo a poder prevalecer sempre a regra básica do bom senso clínico e da experiência do médico relativamente ao exame, técnica ou medicamento que decidir ser o mais adequado⁶¹⁻⁶³.

Mais genericamente e de uma forma mais consensual, podemos defini-lo como o especialista que trata as doenças do adulto, de âmbito não cirúrgico, utilizando electivamente a terapêutica farmacológica, do conjunto de órgãos e sistemas que desempenham as principais funções do organismo e mutuamente interdependentes, frequentemente de carácter multissistémico e, não raramente, de diagnósti-

co não aparente à simples observação externa. Ou, de uma forma bastante mais simples e acessível à compreensão dos leigos⁴⁹, o “pediatra dos adultos”, que trata doenças graves e em meio hospitalar. Idênticas definições foram dadas por outros diversos autores, tais como Carneiro Chaves⁴⁴ e Nogueira da Costa⁴⁷.

E o que dizer quanto ao seu futuro? Será que, como se questionava Fletcher¹², “a Medicina Interna conseguirá passar da penumbra para a obscuridade, ou, ao invés, sobreviverá, passando para uma nova era de resplendor”?

Quão longe não vai a profecia de W. Osler¹, quando afirmava, há quase um século, que “a Medicina Interna deverá ser, no futuro, a especialidade mais abrangente, exigente, e compensadora do século XX, bem como uma escolha vocacional soberba para os internos que a abraçarem ...”. De facto, a realidade parece-me muito mais próxima daquilo que pensa Nuckolls⁵⁵, ao prever que, “no futuro, a prática da medicina será grandemente influenciada pela difícil necessidade da tomada de decisões quanto à racionalização da prestação de cuidados. Estas serão baseadas no interesse do doente encarado como um ser humano uno e pluridimensional, e não somente como a soma de um conjunto desgarrado de diferentes problemas a serem tratados por outros tantos especialistas”. No mesmo sentido se pronunciou Schroeder¹⁶, ao lembrar, de uma forma tão singela quanto profunda, que “a missão mais importante do Internista é tão só, ocupar-se dos doentes”, bem como Reitemeier⁶⁵, quando escreveu de uma maneira lapidária que “a solução para os problemas dos Internistas, bem como para o futuro da Medicina Interna, baseia-se simplesmente na nossa determinação em saber ouvir as verdadeiras preocupações dos nossos doentes, agindo sobretudo no seu interesse e, não apenas, no nosso”. De forma semelhante se pronunciou também Weiner³⁰, Glickman⁶⁶ e o próprio American Board of Internal Medicine⁶⁷.

V - Aspectos relacionados com a vocação

“... in the future physicians needs to be more sensitive to social environment and to the cost of care ...”
(Fletcher,RH)

Nenhuma estrutura ou projecto terá futuro, seja qual for o ramo da actividade humana, enquanto não souber captar o interesse e promover a adesão às suas causas e princípios, por parte das novas gerações. Esta afirmação, de índole indiscutivelmente *lapalissiana*, encerra em si, na realidade, o maior obstáculo à consolidação da Medicina Interna, enquanto especialidade simultaneamente, respeitada, cobiçável e insubstituível, ou seja e consequentemente, sem a angústia de uma vida a prazo e desprezada...

Dentro desta filosofia, Asch⁶⁸ afirmava que “os estudantes continuam a apreciar a Medicina Interna como um desafio intelectualmente aliciante, mas também não deixam de referir que sentem tratar-se de uma especialidade muito exigente e *stressante*, logo, potencialmente menos satisfa-

tória do ponto de vista pessoal e financeiro, pelo que acabam por fazer outras opções”, enquanto Levey⁶⁹ exclamava que “se as patologias dos doentes internados no hospital não despertarem um interesse suficiente nos estudantes, então, seguramente, não os conseguirão atrair o necessário como internos”. Pior ainda, Nuckolls⁵⁵ constatou que “a maioria dos Internistas com 10 a 20 anos de carreira, não voltariam a escolher a mesma especialidade, se o tempo voltasse para trás” e Fletcher¹² verificou que “a satisfação geral dos Internistas tinha-se reduzido de 90% para 50%, desde a altura do internato complementar de especialidade, tendo cerca de 25% abandonado a mesma para ingressarem noutra”, ou, ainda pior, como constatou Schwartz⁴², “50% nem sequer o terminavam”!

Se bem que quase todos nós damos algum crédito de razão a parte destas opiniões algo contundentes (embora expressas por Internistas da melhor estirpe) e temos a sensação subjectiva de que assim é, não existe, de facto, qualquer estudo que tenha sido realizado ou publicado, a partir da nossa realidade nacional e que confirme ou infirme objectivamente esta ideia. Contudo, Soares Franco⁷⁰ afirmava que “a Medicina Interna, no nosso país, é quase sempre uma escolha de 2ª ordem de prioridades “bem como, de uma forma muito crua, Barros Veloso⁵⁹ dizia que “os Serviços de Medicina Interna têm-se transformado, infelizmente, em armazéns de casos sociais e na retaguarda das urgências hospitalares” e, por fim Rui Proença⁷¹, de uma maneira assaz cáustica, interrogava “onde formar pois os Clínicos Gerais? Onde ministrar os anos de medicina básica dos especialistas? Em que locais se irão integrar os conhecimentos das várias Especialidades? A resposta é dura: não nos hospitais de que dispomos”. A terminar, o mesmo autor afirmava com uma veracidade quase chocante que “...o panorama actual da Medicina Interna é, pois, mau. Tão mau que os médicos só em último recurso fazem a opção pela Medicina Interna para a sua especialização e graduação”. Contudo, convém dizer que existem outros autores que, como Grattinger⁷², não são tão pessimistas, tendo este afirmado que “a idade de ouro da Medicina Interna pode ter terminado, mas o desafio e as oportunidades são, certamente, tão excitantes, embora com uma natureza diferente da das gerações precedentes”.

Mas ao certo, quais serão afinal as razões deste nefasto desinteresse? Variadíssimos autores dissertaram sobre este aspecto^{12,16,32,42,48,68,73-79}, apontando uma grande diversidade de hipóteses, de entre as quais podemos destacar: A perda do poder de compra e da qualidade de vida, o facto de ter que lidar com doenças crónicas (Sida e cancro, etc.) e doentes problemáticos (alcoólicos, toxicod dependentes, idosos, terminais ou sem qualquer terapêutica etiológica útil), pelo excesso de trabalho burocrático, com perda de autonomia e pressão para altas hospitalares cada vez mais precoces, excessiva carga horária e, finalmente, pela cres-

cente probabilidade de ameaça de litígio judicial. A este propósito, Schultz⁸⁰ exclamava com oportunidade que “como será possível esperar que internos que chegam a passar mais de 80 horas semanais com actividades assistenciais, tenham ainda tempo e energia para se dedicarem e desenvolver projectos de investigação”, tendo Fiedman⁸¹ feito também idêntica constatação! Não será a realidade nacional, neste aspecto particular, infelizmente, muito idêntica à americana? Basta pensar, por exemplo, na implicação negativa que acarreta para os serviços e para o próprio médico, a sua transformação numa nova caricatura de especialista, ou seja, em “banquista”, tal é a carga horária de urgência que se exige actualmente à grande maioria dos Internistas!

De facto, como afirmava Barros Veloso⁸² “a medicina clínica sofreu uma enorme desvalorização, por ter passado a ser possível *ver* aquilo que antigamente se inferia apenas através de laboriosos raciocínios”. É pois eminentemente necessário uma revalorização do acto clínico em si mesmo⁷⁷, por parte, quer dos cidadãos e dos doentes em geral, quer dos gestores e governantes em particular, para já não dizer também, por parte dos próprios médicos. Não o devemos pois deixar desfazer escandalosamente da importância e prestígio atribuídos à utilização das mais variadas e sofisticadas tecnologias, tal como acontece presentemente, sob pena de hipotecarmos definitivamente a essência primeira e última da razão de ser e existir do médico, na melhor tradição hipocrática do termo e, ainda por cima, fazendo com que toda a sociedade tenha que pagar uma factura incomensuravelmente maior, quer do ponto de vista humano, quer económico.

Quanto às estratégias para tentar resolver estes problemas, segundo diversas opiniões nem sempre concordantes^{10,12,18,21,23,25,34,37,48,58,66,69,75,78,82-88} poderemos citar o reconhecimento da diversificação do âmbito de acção clássico e da gama de interesses do Internista, nomeadamente em áreas de fundamental importância e actualidade, tais como, a medicina ambulatória, a epidemiologia clínica, as técnicas de comunicação, a informática e a bioestatística, as metodologias de decisão clínica e de avaliação da qualidade, a economia e a sociologia médicas, a medicina comportamental e a medicina de adição, os cuidados paliativos, a farmacologia clínica, a medicina da adolescência (em colaboração com a Pediatria) e a geriatria, a medicina nutricional, a ética e a história da medicina, o ensino, a investigação e a comunicação científica, etc. Outra das “inovações” em vigor nos EUA é a possibilidade da sua acumulação com uma de outro conjunto de especialidades não pertencentes ao grupo das vulgarmente denominadas sub-especialidades, ou seja⁸⁹, com a Pediatria, a Medicina de Emergência, a Medicina Física e de Reabilitação, a Neurologia, a Medicina Ocupacional e a Medicina Preventiva.

Quererá isto dizer no fundo que, como afirmam Faustino

Ferreira⁸⁸ e Barros Veloso⁹⁰, “o médico só poderá ser um Internista na sua plenitude se for um clínico excepcional”, ou ainda, como acrescenta Nápoles Sarmiento⁹¹, “um verdadeiro humanista”? Não implicará pois, em última análise, que “o Internista deverá comportar-se sempre como um eterno estudante”⁹²? Poderá então conceber-se tal especialista, sem que o mesmo seja reconhecido pelos seus pares, como alguém possuidor de tão ecléticos atributos dignos de um verdadeiro *grand patron* da Medicina, ou seja, tal como foi descrito por Tumulty⁴⁹, quando afirmava que “o Internista é um verdadeiro cientista-clínico e, simultaneamente, um devotado humanista, tendo a capacidade de possuir uma visão holística do ser humano enquanto doente, em detrimento da sua visão fragmentada”? Corresponderá esta visão ambiciosa e saudavelmente utópica, sinceramente, à nossa realidade actual?

VI - Relação entre generalistas e especialistas, e entre medicina interna geral e subespecialidades

“... *patients do not wear a diagnosis on their foreheads. Diagnosis is best done by General Internists ...*” (Lacomb, M)

As ambiguidades relativas a esta matéria remontam também à época da origem da própria Medicina Interna e, só por si, poderia ser tema de um extenso artigo¹⁻⁴. O paradigma desta contradição começou desde logo quando o próprio W. Osler afirmou¹, em dissertações espaçadas no tempo, que “no fundo, não existem mesmo especialidades médicas” e, simultaneamente e com rara lucidez, “a especialização está aí à porta, e veio para ficar”, ideia posteriormente consubstanciada em 1926⁹³ pelo próprio American Board of Internal Medicine, quando este afirmava que “um dos factos mais espantosos da medicina moderna é a sua tendência para a especialização”.

Esta tendência, que se iniciou logo no início do século nos EUA, teve a sua fase de grande apogeu neste país na transição da sétima para a oitava década, apresenta uma inegável lógica que foi exemplarmente expressa por Fletcher¹², quando este disse que “o Internista Generalista tem de ser colocado num lugar muito particular de entre as especialidades médicas, dado possuir conhecimentos profundos, tanto em patologias simples, como complexas. Contudo, a ciência médica tornou-se tão vasta que parece realmente impossível a qualquer Internista manter um grau elevado de actualização de conhecimentos em todos os seus domínios, ou mesmo em algumas das suas partes” É exemplo disso a extensa bibliografia aconselhada pelo American College of Physicians⁹⁴.

Num testemunho raro e cheio de ironia e oportunidade, Lee⁸ colocava esta questão nos seguintes termos: “Mas afinal, qual será a verdadeira diferença entre o generalista e o especialista? Penso que ambos se distinguem mais

pelos seus estados de espírito, do que pelo seu desempenho. A especulação é o familiar amigo do primeiro, constituindo a eterna frustração do segundo”. Terminava, opinando que “o risco do generalista era o da ignorância, ao passo que o do especialista, seria o da incompetência”! Num mesmo espírito de argúcia e acutilância, um outro autor, Noble⁹⁵, fazia a seguinte constatação e, simultaneamente, um desafio: “A Medicina Interna tornou-se muito mais um amálgama de especialidades, do que uma disciplina integradora. Estará a Medicina Interna Geral no epicentro da própria Medicina Interna, ou será apenas um dos seus apêndices”? E Frist⁹⁶ acrescentava que, em alusão ao denominado princípio de Peter, “o *expert* pensa geralmente que é um exímio conhecedor em todas as suas áreas de especialização, o que está bem longe de ser verídico”.

Curiosamente, a resposta a estas questões quase que poderia ser dada pelo testemunho expresso pela insuspeita Association of Subspecialty Professors⁴⁵, segundo a qual “o pêndulo do sistema deve oscilar num arco que compreenda os atributos do Generalista e do Especialista de modo a servir os interesses do doente com o máximo de qualidade possível. A Medicina Interna, até ao limite do possível, deve falar a uma só voz”, bem como ainda pelo da Task Force do American Board of Internal Medicine⁴⁰, segundo o qual “a Medicina Interna como especialidade integradora é mais vasta do que a soma dos domínios das suas Subespecialidades. Estas devem ser sempre praticadas no contexto lato de um profundo conhecimento da Especialidade-Mãe, sendo o acesso às mesmas somente obtido após um treino exaustivo nesta última”, opinião partilhada por Glikman²⁹ e Benson⁹⁸.

Quais serão pois as suas funções e competências? De uma forma geral, poderemos dizer que^{18,19,30,99,100} se ambos podem (e devem) dedicar ao ensino e à investigação, – embora neste último aspecto, o Internista Generalista mais à componente clínica e o Internista Especialista mais à componente básica –, o primeiro deve abarcar predominantemente as doenças de maior prevalência e de carácter multissistémico, bem como a direcção de equipas pluridisciplinares e a consultoria ao Médico de Família, ao passo que o segundo deve incidir a sua acção sobretudo nas entidades nosológicas mais raras, resolvendo problemas clínicos mais complexos, efectuando exames invasivos sofisticados e exercendo um papel de Consultor do Generalista^{31,101}. É óbvio que esta dicotomia não é absolutamente estanque, nem quanto ao âmbito nos domínios dos problemas clínicos²⁷, nem quanto à capacidade para a execução dos exames auxiliares de diagnóstico^{31,56,102-104}, onde deve ser exigido um treino de aprendizagem estandardizado e (re)certificado¹⁰²⁻¹⁰⁵, desde que se continue a executar um número anual de técnicas que permita a manutenção da experiência necessária num nível mínimo de aceitabilidade^{31,102-104}.

Em sentido inverso e complementar, vários autores reconhecem com grande consensualidade a necessidade dos Internistas Especialistas manterem um nível aceitável de actualização no contexto das outras Subespecialidades, para além da que possuem ou exercem primordialmente^{66,93,106-110}, tal como preconiza Langdon³¹ quando afirma que “elas fazem parte integrante da própria Medicina Interna e o seu treino deve contemplar uma sólida implantação no âmbito da especialidade-mãe”. Braunwald⁴³, de uma forma contundente e com a grande autoridade que se lhe reconhece unanimemente, chama a atenção para “o perigo que poderá representar o facto do sub-especialista ser cada vez mais relegado para o papel de super-tecnologista, em vez do seu papel de Clínico”, tal como Artur Paiva⁹⁷ dizia “a principal característica do Internista Generalista é, hoje em dia, a humildade em reconhecer as suas limitações”.

A concretização destas ideias-chave, deve (tem de) pressupor uma forma de organização hospitalar, tal como a que já foi exposta no capítulo anterior dedicado a este tema, permitindo que, como diz Duffy²⁵, “a Medicina Interna e as suas sub-especialidades devam manter-se unidas e integradas numa única disciplina”. Na opinião abalizada de Glickman²⁹, “os Departamentos de Medicina constituem pois a base dos maiores avanços no diagnóstico e tratamento dos últimos 30 anos, devendo continuar a ser o local privilegiado de treino dos Internistas, tendo permitido uma verdadeira revolução em diversos campos da ciência, que se estendem da biologia molecular à imunologia, etc.” e, na do insuspeito Brauwald⁴³, “embora uma nova filosofia de estruturação horizontal de algumas especialidades se apresente como justificável, este processo não deve pressupor a diminuição da importância do papel integrador da Medicina Interna”.

É pois tempo de reconhecer a necessidade de uma nova definição de Internista, tal como propõe o American College of Physicians²¹ ao dizer eloquentemente que “o Internista Generalista continua a ser a referência incontornável no tratamento do adulto, embora se reabilite o conceito de que ele pode ser uma autoridade local num campo mais específico no qual tenha adquirido particular experiência e competência. Existem factores geográficos que podem ser determinantes na sua prática clínica. Ele e Internista Especialista têm pois muito em comum. A sua colaboração íntima, assegura o atendimento integral do doente. Esta partilha e este ambiente determina o desenvolvimento de um médico com características pluridisciplinares, que deve saber adaptar-se às diferentes circunstâncias que rodeiam a sua práxis. De facto, neste contexto, existe uma continuidade lógica entre a actuação de ambos”, posição idêntica também defendida por Barros Veloso⁹⁰. A terminar, e em consonância, tal como recomenda Papper⁴⁹ “todo o Internista, Generalista ou Especialista, deve reconhecer o papel fundamental desempenhado pela Medicina Interna Geral. O

Especialista deve, em conformidade, auto-intitular-se Internista - Especialista, e não, apenas, especialista”, tal como também enfatizam Baker¹¹¹ e Stime¹¹².

Foi precisamente no respeito escrupuloso por esta filosofia de actuação (que tenho defendido insistentemente em diversos momentos), nomeadamente na minha intervenção numa mesa redonda do V Congresso Nacional de Medicina Interna, intitulada “O Internista e a SIDA”, bem como junto das entidades ministeriais quanto à estruturação do Núcleo da Valência de Infecciologia do Hospital de S. Bernardo, em Setúbal, e ainda, finalmente, na proposta de estruturação curricular da disciplina de Infecciologia que me foi solicitada pelos responsáveis do futuro Curso de Medicina do Instituto de Ciências da Saúde-Sul!

Os Internistas e a sua Sociedade (nomeadamente através dos núcleos de estudo) podem e devem constituir-se pois como parceiros privilegiados e idóneos em conjunto com outras sociedades científicas representantes das diversas Especialidades, na discussão conjunta das mais relevantes assuntos de interesse e âmbito comum. Isto, claro, sem prejuízo de se reconhecer que, em certas situações clínicas perfeitamente documentadas, tal como, por exemplo, a Sida, a asma, a artrite reumatóide, as síndromas coronárias agudas e as restantes patologias do foro dos cuidados intensivos, etc, o prognóstico depende de muito da experiência; logo, na sua globalidade, nos doentes tratados por generalistas este é menos favorável do que nos abordados por especialistas³³. No campo muito específico da Sida e atendendo às particularidades inerentes e óbvias que decorrem da sua realidade envolvente, bem como à escassez do número de Infecciologistas a nível nacional e à tradição da dedicação dos Internistas a este problema de saúde, a resposta eficaz passa, sem sombra de dúvida, por uma articulação efectiva entre estas duas especialidades, idealmente sob o patrocínio de ambas as Sociedades, tal como tenho defendido com alguma insistência e, penso, coerentemente¹¹³⁻¹¹⁵.

Por todas estas razões, tal como afirma Fournier¹⁰¹, “tanto as capacidades integradoras do Internista Generalista como a visão reducionista do Internista Especialista são necessárias”.

VII - Proposta de reestruturação curricular e organizacional no âmbito da medicina interna

“... determinig the optimal composition of physician work force in Internal Medicine depends, in the long term, achiving a balance between cost effective high quality patient care and continued research, productivity and inovation ... (Association of Subspeciality Professors)

A situação da Medicina Interna em Portugal, caracteriza-se sumariamente por dois atributos que já tive a oportunidade de expressar num artigo publicado por mim há cerca de onze anos e intitulado “Realidades e equívocos da

Medicina Interna”¹¹⁶. O primeiro, pelo facto de se definir, sobretudo em muitos hospitais que não possuem todas as especialidades, como a especialidade por omissão, ou seja, se não existe Infecçiology, o Internista é o Infecçiologyista, se não há Oncologistas, assume o papel do Oncologista, etc; o segundo, pela ausência do denominado “tronco comum”, em absoluto contraste com o que se passa com a Pediatria Médica (ou seja, no fundo, a “Medicina Interna das crianças”), na qual, com a excepção da Pedopsiquiatria e da Cardiologia Pediátrica, todas as outras sub-especialidades médicas têm origem na especialidade-mãe, tal como se propõe afinal que seria amplamente desejável para a própria Medicina Interna^{29,40,84}, sendo presentemente, mesmo, uma recomendação decorrente de directivas comunitárias que, infelizmente, ainda não passaram de meras intenções¹¹⁷, parecendo a sua implementação particularmente difícil de levar a cabo no nosso país¹¹⁸.

Por outro lado, no nosso país, a percentagem de generalistas (Internistas, Pediatras e Médicos de Família) relativamente ao número total de médicos é de apenas 21,5% (7.220) ou de 54,5% (18.312), conforme se exclua, ou se inclua os 11.092 (!) médicos que, não tendo oficialmente a especialização em Medicina Familiar, se encontravam registados até ao mês de Maio de 2.000 na Ordem dos Médicos, admitindo-se contudo que, pelo menos a grande maioria, se dediquem à prática da denominada Clínica Geral. A falta de adequação do currículo e formação da maioria destes colegas aos padrões impostos pela CEE indicia, muito provavelmente, a sua deficiente actualização científica e o consequente contributo para os défices de funcionamento dos Cuidados Primários. A título de mero exemplo, bastará pensar na qualidade de desempenho da grande maioria dos médicos que neste momento asseguram a triagem da maioria das urgências hospitalares. Aquela percentagem regista, porém, valores substancialmente diferentes da verificada noutros países, tais como nos EUA (33,3%), Canadá (50%) e Inglaterra (66,6%), situando-se o ideal, algures entre estes dois últimos valores^{23,75,107}.

Outra das constatações é a existência, também segundo os números fornecidos pela Ordem dos Médicos, até à mesma data, da seguinte percentagem de Médicos Especialistas, relativamente ao número total de internistas (1.434): Cardiologistas- 49,0%; Infecçiologyistas- 6,8%; Endocrinologistas- 10,8%; Gastroenterologistas- 25,6%; Hematologistas- 11,1%; Imunoalergologistas- 10,3%; Nefrologistas- 12,3%; Oncologistas- 11,6%; Pneumologistas- 32,4%; Reumatologistas- 5,8%; Intensivistas- 7,5%. Embora não tenha sido possível obter a percentagem de colegas que têm uma ou mais sub-especialidades em acumulação com a própria Medicina Interna (sendo nos EUA de aproximadamente 2/3)¹¹², esta distribuição percentual confirma a grande carência de Internistas, bem como o excessivo peso (relativo, e mesmo absoluto) de algumas das sub-especialidades, tal

como se verificou nos EUA^{23,25,119,120}, país onde, depois de constatada esta realidade, se encetou um percurso inverso, ou seja, tal como já se fez referência, de investimento privilegiado nos cuidados primários^{23,107}.

É minha convicção profunda que esta nova filosofia de organização, só terá sentido, se se iniciar logo na fase pré-graduada^{1,92,108,109,121}, se tiver seguimento na fase de especialização^{75,109,121-127}, com a criação de um tronco comum^{29,40,45} e, finalmente, na organização departamental dos hospitais^{29,44,45}. Felizmente que emerge no meio médico do nosso país uma consciência cada vez mais reflectida da importância destas questões, sendo um exemplo disso a proposta de currículo do novo Curso de Medicina do Instituto Superior de Ciências da Saúde Sul, da responsabilidade, respectiva, dos Professores Carlos Ribeiro e Manuel Halpern que recentemente foi apresentada para apreciação aos Ministérios da Saúde e Educação, e na qual tive a honra de, tal como já referi, dar uma modesta contribuição. São seus objectivos, para além de explicitamente se assumir como prioritária a formação de futuros Clínicos Gerais e Internistas, pretender-se concretizar uma nova filosofia de integração do aluno na problemática clínica desde uma fase bastante mais precoce do que era clássico ocorrer (como tem proposto o Prof. Fonseca Ferreira ao longo de toda uma profícua carreira), tentando pois dar seguimento prático à directiva comunitária de abolição do internato geral. Este projecto tenta romper com o que Samuel Bloom¹⁰⁹ disse, quando afirmou que “a história da educação médica é a da história de uma reforma sem qualquer mudança”, bem como ainda tentar evitar a concretização daquilo que Graetinger¹⁴ quis dizer, quando escreveu que “dar a melhor assistência médica possível é a missão do hospital, enquanto a mais aprimorada educação será o papel da faculdade. Estas obrigações, que deveriam estar intimamente relacionadas, nem sempre são congruentes”. No fundo, como refere Frist⁹⁶, “o Internista deve ser o “cérebro” das Faculdades, devotado a ensinar e adquirir um volume enciclopédico de conhecimentos, embora com a preocupação de exercitar o seu brilhantismo com humildade, dignidade, paciência e confiança”.

Seguidamente e de forma resumida, tentaria descrever e fundamentar o que vem expresso em diagrama na (Fig.1) (obtido através da adaptação dos modelos americano e alemão, à luz do pensamento que tenho vindo a expor):

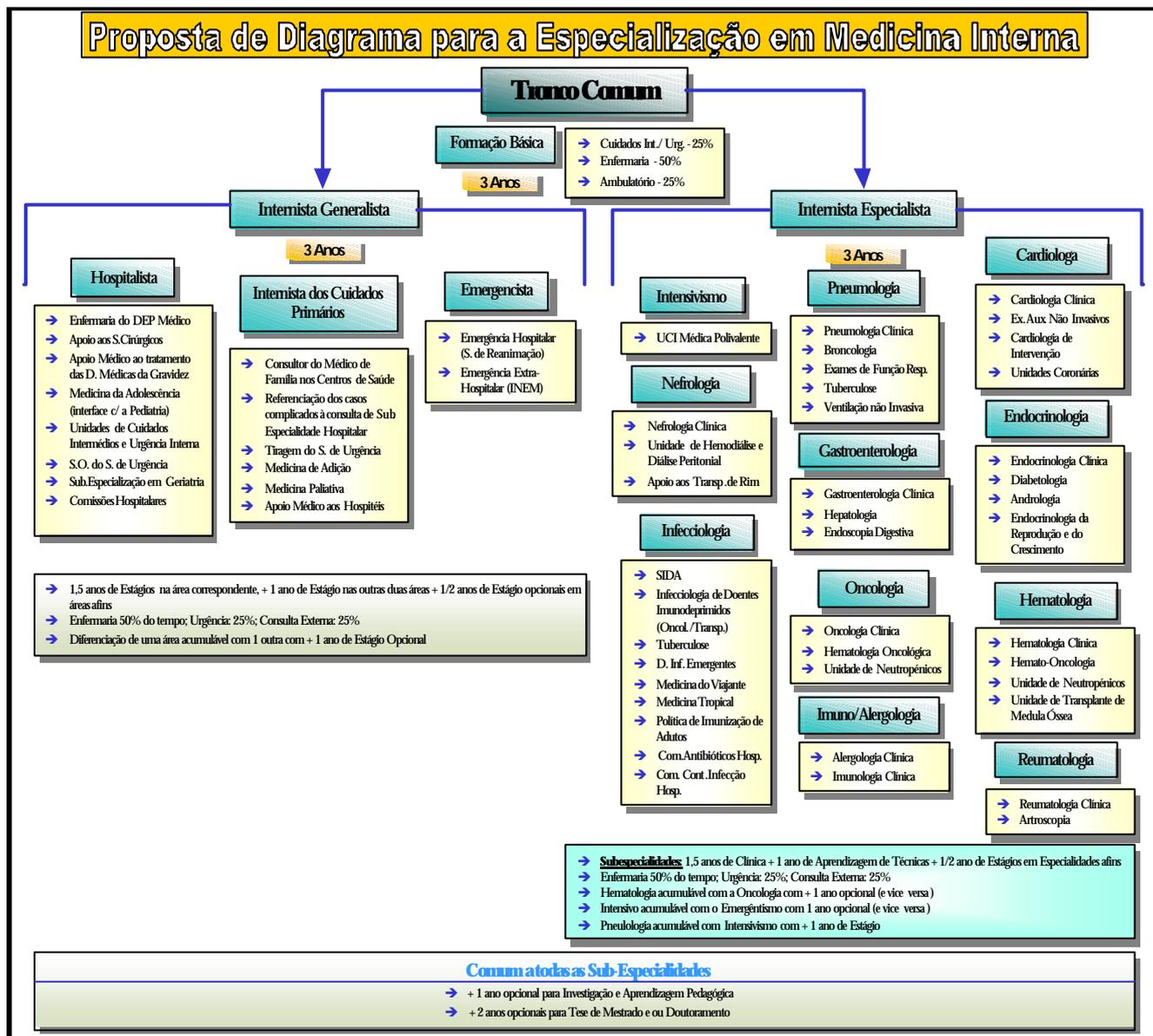
1º- Penso que se devia respeitar a percentagem já aludida quanto ao número ideal de Generalistas (Internistas, Pediatras e Médicos de Família), relativamente ao total de médicos (entre metade e dois terços), sendo de referir como amplamente desejável que o maior número possível de Médicos que se dedicam à Clínica Geral sejam efectivamente especialistas em Medicina Familiar e possuam um adequado enquadramento institucional. Penso que a percentagem de Internistas, neste grupo mais restrito, dever-

se-ia situar entre o quarto e o terço^{23,75,107};

2º- A opção pela Medicina Interna Geral ou pela Medicina Interna Especializada só deveria ser efectuada após um primeiro exame de titulação e de acesso à progressão da carreira de Internista, após 3 anos de um Tronco Co-

am ir para uma carreira de Internista Generalista e os restantes para uma das sub-especialidades, cujo número teria em consideração factores epidemiológicos nacionais e regionais, bem como a rentabilização das unidades e centros de técnicas de diagnóstico mais sofisticadas implantadas

Figura 1



mun^{29,40,84,128}. A distribuição curricular durante este período deveria ser de 50% para a Enfermaria do Departamento de Medicina Interna, 25% para a área de Ambulatório⁸⁴ e outro tanto para as áreas de Cuidados Intensivos Polivalentes e Urgência Geral de adultos;

3º- Após este exame, entre metade e dois terços deveri-

ou a constituir⁷⁵. Cada uma delas teria a duração de mais 3 anos;

4º- A carreira de Internista Generalista compreenderia a existência de uma de três áreas de diferenciação: 1- O Hospitalista (que deveria corresponder a metade do total). (A propósito da sua importância progressiva nos

EUA podemos encontrar algumas referências bibliográficas recentes^{33,41,84,129-131}; 2- O Internista dos Cuidados Primários (25% do total) que, juntamente com o equivalente nas carreiras de Pediatria e de Ginecologia/Obstetrícia, centrariam a sua actividade principal como consultores do Médico de Família nos Centros de Saúde inseridos na comunidade regional e a quem caberia a referência dos casos mais complicados aos Especialistas Hospitalares (para consulta ou exames auxiliares de diagnóstico mais sofisticados e invasivos^{23,25,37,69,84,86,88,90}. Este tipo de Internista é uma realidade emergente nos EUA, diferenciando – se obviamente do Clínico Geral^{37,87,132}. Por fim, (3) o Emergentista, especialidade que nos EUA é autónoma⁴¹ mas que me parece perfeitamente enquadrável na filosofia deste organigrama. É uma realidade indiscutível que a emergência extra-hospitalar é uma valência em franca expansão e vive neste momento, no nosso país, essencialmente à conta de “voluntários mais ou menos amadores” que trabalham com contratos precários, na maioria dos casos, nas várias viaturas INEM existentes. A titulação em cada uma destas três áreas far-se-ia com 1,5 anos na área respectiva, mais 1 ano repartido igualmente pelas duas áreas restantes e mais meio ano de estágios opcionais em valências consideradas afins. A dupla titulação em duas destas áreas poderia ser possível, através de mais um ano de estágio opcional na outra área respectiva;

5º. A carreira de Internista Especialista seria possível após 3 anos de estágio repartidos por 1,5 anos de actividade clínica (internamento, consulta e urgência da respectiva Sub-Especialidade, ou seja, obviamente, numa, em duas ou em todas estas áreas, conforme a índole da mesma), mais 1 ano de aprendizagem das técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica inerentes à índole de cada uma (certamente, apenas, quando estas existirem), e meio ano de estágios opcionais em valências consideradas afins. Por exemplo, para a Infecciologia seria obrigatória a frequência de estágio de Microbiologia, para a Reumatologia a frequência de estágios de Fisiatria e Ortopedia, para a Hematologia um estágio de Imuno-Hemoterapia, bem como, por exemplo, a Imuno-Alergologia, a Endocrinologia e ainda a Hematologia, teriam estágios em técnicas laboratoriais das respectivas áreas, etc.

6º. As Especialidades de Oncologia e Hematologia poderiam ser acumuláveis através de mais um ano opcional de estágio na outra especialidade, o mesmo podendo ocorrer, quer com o Intensivismo e a especialização de Emergentista, quer com a Pneumologia e o Intensivismo (embora neste último caso, não no sentido contrário). A Medicina Intensiva seria pois, tal como já acontece presentemente, uma diferenciação muito importante da própria Medicina Interna^{88,133}.

7º. Uma das vantagens deste tipo de organigrama de diferenciação, seria proporcionar a existência de um número

ro suficiente de Internistas para fazer face ao caos actual das Urgências no nosso país, sem sobrecarregar demasiado cada médico em termos da sua carga horária semanal (a triagem ficaria a cargo do Internista dos Cuidados Primários, a reanimação do Emergentista e as salas de observação (ou seja as Unidades de Cuidados Intermédios dos Serviços de Urgência) do Hospitalista.

8º. Outra vantagem também seria a de promover um espírito de grupo entre todos os Internistas (generalistas ou especialistas), com um tipo de linguagem e de preocupações, onde aquilo que seria comum teria uma importância muito superior ao que os pudesse fazer divergir, em matérias de organização e de distribuição de tarefas em função das competências e experiências respectivas.

9º. Ainda uma outra vantagem, seria a de permitir e facilitar o diálogo entre cuidados primários e diferenciados^{23,33}, pelo que a própria Medicina Interna se constituiria como uma das bases fundamentais na formação do Médico de Família^{23,59,69,90}.

10º. Simultaneamente, prevê-se de uma forma institucional, coerente e assegurando a necessária continuidade o apoio a áreas fundamentais, tais como os serviços das especialidades cirúrgicas^{130,131}, cuidados paliativos²¹, etc;

11º. A Geriatria constituiria assim uma das áreas mais importantes de diferenciação^{10,21,69}, sobretudo para o Internista do ambulatório e para o Hospitalista.

12º. Estariam previstos, a título opcional, de uma forma comum a todos, a realização de mais 1 ano para a aprendizagem das metodologias da Investigação Científica e/ou das actividades pedagógicas para quem quisesse seguir a Carreira Universitária, seguidos ou não de mais 2 anos para a efectuação de teses de mestrado ou doutoramento⁸⁴;

13º. Deste modo, em teoria, entre os 35 e os 40 anos, qualquer médico poderia atingir o topo das carreiras académica e/ou hospitalar, o que contrasta bastante com o que se passa presentemente.

14º. Por fim, devo acrescentar que sou absolutamente favorável à separação efectiva entre o sector público e privado, bem como à exclusividade obrigatória dos médicos, em que os cargos de chefia deveriam ser ocupados por concurso e aprovação de um programa de acção, por períodos determinados no tempo e com uma autonomia administrativa e financeira perfeitamente estabelecida. Este regime de responsabilização faria obviamente supor, a existência de salários dignos^{7,25,77}, onde também se tomasse em devida conta a produtividade individual, mas valorizando justamente as especialidades que desenvolvem quase que apenas actividade clínica e nas quais não é pressuposto serem efectuadas técnicas sofisticadas e onerosas em elevado número (Medicina Interna Geral, Infecciologia, Oncologia, Hematologia, Imuno-alergologia, Endocrinologia e Reumatologia). Este aspecto, adicionado ao facto de

se ter que investir fortemente no nosso país, na informatização, no secretariado clínico e na rentabilização séria das áreas do diagnóstico (Patologia Clínica, Imagiologia, Medicina Nuclear, Anatomia Patológica, Genética, Biologia Molecular, Microbiologia, Toxicologia e Fibroendoscópias) e terapêutica (Radioterapia) faria com que a produtividade dos serviços clínicos e o aproveitamento integral da capacidade instalada fossem muito superiores ao que se verifica actualmente, bem como ainda, conjuntamente com a melhoria das condições hoteleiras, promoveriam um acréscimo notório da humanização dos cuidados de saúde prestados. Os sistemas alternativos (privado, convencionado e segurador) são complementares e efectivamente fundamentais, mas carecem igualmente de dignificação, não podendo ser jamais exercidos em tempo parcial ou na quase clandestinidade.

Tenho a plena consciência que a implementação destas propostas não se poderá nunca efectuar de um dia para o outro e que, talvez em grande parte até, sejam um pouco (ou muito?) “utópicas”. Contudo, estou firmemente convencido que, se não se caminhar progressiva mas consistentemente na concretização de uma alternativa algo semelhante, ficará hipotecado, em grande parte, o futuro da Medicina Interna no nosso país, e não só. Uma outra alternativa, bastante mais radical, mas que permitiria pela negativa e pelo absurdo, demonstrar a verdadeira indispensabilidade desta especialidade, seria a de, pura e simplesmente, promover a sua rápida extinção! Alguém poderia imaginar qual não seria o caos que se instalaria de imediato no Sistema de Saúde e então sim, justificadamente, a indignação generalizada dos seus utentes? De certeza porém, alguém (ou todos) se encarregaria(m) de a “reinventar” de novo, só que desta vez, com um figurino, muito provavelmente, semelhante ao que acabei de propor.

VII - conclusões

“... much of what is present is wrong, obsolete and out of time, and should be discarded in favor of new scienti-

fic thinking ... “ (Frist,TF)

Tal como nos EUA^{134,135} não há que ter receio em efectuar uma análise correcta da situação e de propor a implementação das medidas consideradas necessárias.

Nem a especialidade, nem os seus especialistas, nem tão pouco os doentes ou os hospitais e o próprio Sistema de Saúde retirarão qualquer benefício de uma, ou de ambas as atitudes: fingir que tudo está bem; ou então, dizer mal de tudo, sem se ser capaz de propor nenhuma medida concreta consequente com princípios lógicos e coerentemente fundamentados. Contudo, só assim se podem priorizar as soluções necessárias.

Não basta dizer que se tem orgulho em ser-se Internista e elogiar a índole desta especialidade, realmente ímpar. É mandatário simultaneamente, repensar toda a filosofia de organização da formação pré e pós-graduada, bem como a da organização hospitalar e a da própria especialização médica, tendo como prioritário aquilo que for efectivamente vantajoso para o doente e para o Sistema de Saúde e, então sim, sem atávicos corporativismos, a Medicina Interna e os seus serviços e departamentos serão recolocados no desempenho dos papéis que correspondem efectivamente às suas potencialidades e à sua notável herança histórica.

Importa pois ter a coragem de se assumir com lúcida consciência e frontalidade que estamos perante uma crise sem precedentes que não será jamais resolúvel com posturas ambíguas e sem uma sólida fundamentação doutrinária. Espero ter dado um contributo realmente útil para a causa.

Nota final

“... the challenge of this new age was to submit a different organization, cut waste, restrain cost, perform more technological miracles, and provide the highest quality care at the lowest possible price ...” (Duffy,FD)

Bibliografia

1. Bryan CS. What is the Oslerian tradition? *Ann Intern Med* 1994; 120:(8) 682 - 668.
2. Bean WB. Origin of the term Internal Medicine. *N Engl J Medicine* 1982; 306:(3) 182-183.
3. Beeson PB. One hundred years of American Internal Medicine, *Ann Intern Med* 1986; 105: (3) 436-444.
4. Lemley B. The American College of Physicians: The first 75 years *Ann Intern Med* 1990; 112: (11) 872-878.
5. Stevens R. Issues for American Internal Medicine through the last century. *Ann Intern Med* 1986; 105:(4) 592-602.
6. McCarty DJ. Why are today’s medical students choosing high technology specialties over Internal Medicine? *New Eng J Med* 1987; 317 : 9 567-569.
7. Kassirer JP. Primary care and the affiliation of Internal Medicine *New En J Med* 1993 ;328 : (9) 648-650.
8. Lee RV. The jaundiced eye: Generalism in general. *Am J Med* 1995; 98 : 304-306.
9. Hayward RA and Shapiro MF. A national study of AIDS and residency training: Experiences, concerns and consequences. *Ann Intern Med* 1991; 114 : (1) 23-32.
10. Federman DD. Relation of the Internal Medicine residency and the medical school curriculum. *Ann Intern Med* 1992; 116 : (12) 1061-1064.
11. Federal Council for Internal Medicine. Generating more generalists: An agenda of renewal for Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1993; 119 : (11) 1125-1129.
12. Fletcher RH, Fletcher SW. What is the future of Internal Medicine? *Ann Intern Med* 1993 ; 119 : (11) 1144-1145.
13. Valente E, Wyatt SM, Moy E et al. Market influences on Internal Medicine residents decisions to subspecialize. *Ann Intern Med* 1988 ; 128 : (11) 915-921.
14. Graettinger JS. Internal Medicine in the national resident matching program (1978-1989). *Ann Intern Med* 1989; 110 : 9) 682-684.
15. Lyttle C, Andersen RM, Levey GS and Kohrman CH. National

- study of Internal Medicine manpower: XVI. Subspecialty fellowship programs 1988 update. *Ann Intern Med* 1989; 7 : 604-611.
16. Schroeder SA. The trouble profession: Is medicine's glass half full or half empty? *Ann Intern Med* 1992; 116 : (7) 583-592.
 17. Levey GS. Internal Medicine and the training of internal medicine graduates. A time for open discussion and new approaches. *Ann Intern Med* 1992; 117 : (5) 403-407.
 18. Fogelman AM. Strategies for training generalists and subspecialists. *Ann Intern Med* 1994; 120 : (7) 579-583.
 19. Sandy LG, Schroeder SA. Subspecialty leadership at a time of speciality excess. *Ann Intern Med* 1994; 121 : (10) 805-806.
 20. Christakis NA, Jacobs JA, Messikomer CM: Change in self definition from specialist to generalist in a national sample of physicians. *Ann Intern Med* 1994; 121 : (10) 810-813.
 21. American College of Physicians: The role of the future general internist defined. *Ann Intern Med* 1994; 121 : (8) 616-622.
 22. Roseblatt RA. Specialist or generalist: On who should base the American health care. *JAMA* 1992; 267 : (12) 1665-1666.
 23. Rivo ML. Internal Medicine and the journey to Medical Generalism. *Ann Intern Med* 1993; 119 : (1) 146-152.
 24. Baroness JA. The future of generalism, *Ann Intern Med* 1993 ; 119 : (2) 153-160.
 25. Duffy FD. The US model of Internal Medicine in and outside the hospital *Schweiz Med Wochenschr* 1999; 129 : (48) 1864-1873.
 26. Veloso B. Medicina Interna e tecnologias. *Medicina Interna* 1999; 6 : (4) 222-223.
 27. Northfeldt DW, Hayward RA, Shapiro MF. The acquired immunodeficiency syndrome is a primary care disease. *Ann Intern Med* 1988; 109 : (10) 773-774.
 28. Frazier LM, Brown JT, Divine GW et al. Can physician education lower cost of prescription drugs? *Ann Intern Med* 1991; 115: (2) 116-121.
 29. Glickman R, Bennett JC, Nolan J et al. United we stand. *Ann Intern Med* 1992; 118: (11) 903-904.
 30. Weiner JP. Internal Medicine at the crossroads: Training subspecialists for the next century. *Ann Intern Med* 1996; 124: (7) 673-680.
 31. Langdon LO, Toskes PP, Kimball HR et al. Future roles and training of Internal Medicine subspecialists. *Ann Intern Med* 1996; 124: (7) 686-691.
 32. Loge RV. Internal Medicine: A review from the country. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 92-93.
 33. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of hospitalists in the American health care system. *N Engl J Medicine* 1996; 335: (7) 514 - 517.
 34. Santos RM. O âmbito actual da Medicina Interna. *Revista da Ordem dos Médicos* 1987; 6 : 1 - 3.
 35. Vasconcelos A. Medicina Interna: a ponte. *Arquivos de Medicina* 1996; 10: (1) 83.
 36. Veloso B. Para a história da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. *Medicina Interna* 1994; 1: 52-61.
 37. Lipkin M, Levinson W, Barker R et al. Primary care Internal Medicine: A challenging career choice for the 1990's. *Ann Intern Med* 1990; 112: (5) 371 - 378.
 38. Garibaldi RA, Trontel MC, Waxman H et al. The in - training examination in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1994; 121: (2) 117-123.
 39. Cohen JJ. Roles of various organizations in Internal Medicine curriculum reform. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1111 - 1115.
 40. The Task Force on Future Internist from the American Board of Internal Medicine. The future internist. *Ann Intern Med* 1988; 108: (1) 139 - 141.
 41. Kelley MA. The hospitalist: A new speciality? *Ann Intern Med*, 1999; 130: (4) 373 - 375.
 42. Schwartz MD, Linzer M, Babbott D et al. Medical student interest in Internal Medicine: Initial report of the Society of Internal Medicine interest group survey on factors influencing career choice in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 6-15.
 43. Braunwald E. Subspecialists and Internal Medicine: A perspective. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 76 - 78.
 44. Chaves FJZC. O conceito de Medicina Interna e a formação do internista. Livro de homenagem ao Professor Cerqueira Magro 1992 : 45 - 57.
 45. Association of Subspecialty Professors. Training in subspecialty Internal Medicine: On the chessboard of health care reform. *Ann Intern Med* 1994; 121: (10) 810 - 813.
 46. Fletcher SW, Fletcher RH. The state of Internal Medicine – 1991. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 88.
 47. Costa JN. Medicina Interna : Conceitos e definições. *Boletim Faculdade Medicina de Lisboa* 1991; II : (11) 2 - 4.
 48. Fitzgerald FT. The case for Internal Medicine. *N Engl J Medicine* 1993; 328: (9) 654 - 655.
 49. Papper S. The future of the general internist. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1601 - 1602.
 50. Pais M J. Breve reflexão sobre a Medicina Interna. *Medicina Interna* 1997; :4 (3) 207.
 51. Costa JN. Medicina Interna e Medicina Clínica. *O Médico* 1983; 109 : 416 - 417.
 52. Ferreira F. Medicina Interna: Alicerce indispensável para a reforma do SNS. *Mundo Médico* 2000; 2: (9) 14 - 16.
 53. Goldman L. Adult (not Internal) Medicine. *Ann Intern Med* 1997; 127: (9) 835 - 836.
 54. Correia J. A formação e o Futuro da Medicina Interna. *Medicina Interna* 1998; 5: (3) 208 - 210.
 55. Nuckolls JG. Internal Medicine practice in transition: Implications for curriculum changes. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1051 - 1054.
 56. LaComb M. What is Internal Medicine? *Ann Intern Med* 1993; 118: (5) 384 - 387.
 57. Federman DD. A perspective on medical student education for Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 90.
 58. Baroness JA. The training of the internist. *Ann Intern Med* 1979; 90: (3) 412 - 417.
 59. Veloso B. Medicina Interna. *O Médico* 1986; 114: 1018.
 60. Reynolds PP. Professionalism in residency. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 91 - 92.
 61. Dans PE. Credibility, cookbook medicine and common sense: Guidelines and the college. *Ann Intern Med* 1994; 120: (11) 966 - 968.
 62. Schwartz JS, Lewis CE, Clancy C et al. Internist's practices in health promotion and disease prevention: A survey. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 46 - 53.
 63. Serra AV. O êrro na clínica. Alocução inaugural do ano académico da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna 1959.
 64. Tunis SR, Hayward RSA, Wilson MC et al. Internist's attitudes about clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 1994; 120: (11) 956 - 963.
 65. Reitemeier RJ. The leadership crisis in Internal Medicine: What can be done? *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 69 - 75.
 66. Glickman R, Bennett JC, Nolan J et al. Activism in academic Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1992; 117: (3) 259 - 260.
 67. American Board of Internal Medicine. Clinical competence in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1979; 90: (3) 402 - 411.
 68. Asch DA, Ende J. The downsizing of Internal Medicine residency programs. *Ann Intern Med* 1992; 117: (10) 839 - 844.
 69. Levey GS. Changing the curriculum for Internal Medicine residency training. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1046-1050.
 70. Franco AS. Medicina Interna e especialidades médicas. *Boletim Faculdade Medicina de Lisboa* 1991; II: (11) 5-7.
 71. Proença R. Reflexões sobre o ensino pósgraduado da Medicina Interna nos HCL: Panorama actual e soluções futuras. *Boletim Clínico Hospitais Cívicos Lisboa* 1986; 43: (34) 141 - 145.
 72. Grattinger JS. Internal Medicine in the resident matching program

- 1987: The ideas of March. *Ann Intern Med* 1988; 108 (1): 101 - 115.
73. Lewis CE, Prout DM, Chalmers EP and Leake B. How satisfying is the practice of Internal Medicine? *Ann Intern Med* 1991; 114 (1): 1 - 5.
 74. Babbott D, Levey GS, Weaver SO, Killian CD. Medical students attitudes about Internal Medicine: A study of US medical school seniors in 1988. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 16 - 22.
 75. Bennett LC. Development of a didactic curriculum in science related to Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1088 - 1090.
 76. Burnum JF. What one internist does in his practice: Implications for the internist's disputed role and education. *Ann Intern Med* 1973; 78: (3) 437 - 444.
 77. Prashker MJ, Meenan RF. Subspecialty training: Is it financially worthwhile? *Ann Intern Med* 1991; 115: (9) 715 - 719.
 78. Alguire PC, Andersen WA, Albrecht RR and Poland GA. Resident research in Internal Medicine training programs. *Ann Intern Med* 1996; 124: (3) 321 - 328.
 79. Their SO. The future of Internal Medicine: Framing the questions. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 88 - 89.
 80. Schultz HJ. Research during Internal Medicine residency training: Meeting the challenge of residency review committee. *Ann Intern Med* 1996; 124: (3) 340 - 341.
 81. Friedman RH, Pozen JT. The academic viability of General Internal Medicine: The views of Department of Medicine Chairman. *Ann Intern Med* 1985; 103: (3) 439 - 444.
 82. Veloso B. A Medicina pós - moderna, *Medicina Interna* 1996; 3: (4) 259 - 262.
 83. Lewis CE, Clancy C, Leak B and Schwarz S. The counseling practices of internists. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 54 - 58.
 84. Kimball HR, Petersdorf RG. Back to the future for Internal Medicine? *Am J Med* 1998; 104: 315 - 316.
 85. Andersen RM, Lyttle C, Kohorman C et al. National study of Internal Medicine manpower: XV. A decade of change in residency training in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1989; 110: (11) 922 - 929.
 86. Andersen RM, Lyttle CS, Kohrman CH et al. National study of Internal Medicine manpower: XIX. Trends in Internal Medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1992; 117: (3) 243 - 250.
 87. Saultz JW. Reflections on Internal Medicine and Family Medicine. *Ann Intern Med* 1996; 124: (6) 600 - 603.
 88. Ferreira F. A Medicina Interna e o Futuro. *Medicina Interna* 1997; 4: (3) 202 - 206.
 89. Benson JA. Integrating emerging disciplines. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1106 - 1110.
 90. Veloso AJB. Reflexões acerca do currículo em Medicina Interna. *Acta Médica Portuguesa* 1993; II: (6) 555 - 558.
 91. Sarmiento JLN. Ética e Medicina Interna. *Boletim Faculdade Medicina Lisboa* 1991; II: (11) 10 - 11.
 92. Young LE. Convictions and predictions on the role of internists in medical education. *JAMA* 1971; 218: (1) 72 - 74.
 93. Stein JH. Grand cru versus generic. Different approaches to altering the ratio of general internists to subspecialists. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 79 - 82.
 94. Huth EJ. A library for Internists VI: A recommendation from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1988; 108: (3) 497 - 512.
 95. Noble J. General Internal Medicine in Internal Medicine: At the core or on the periphery? *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1058 - 1060.
 96. Frist TF. The future of Internal Medicine. *Southern Med J* 1975; 68: (9) 1082 - 1087.
 97. Paiva JA, Quinaz J, Frada MM. O internista, hoje. Livro de homenagem ao Professor Cerqueira Magro 1992: 219 - 223.
 98. Benson JA. Certification and recertification: One approach to professional accountability. *Ann Intern Med* 1991; 114: (3) 238 - 242.
 99. Kimball HR. Training the future Internal Medicine subspecialist. *Am J Med* 1994; 96: 559 - 561.
 100. Foster DW. What constitutes an optimal education for the future academic subspecialist: Integration of science and medicine. *Am J Med* 1995; 98: 217 - 219.
 101. Fournier AM. Resolving the conflicts between general and subspecialty medicine: The internist as a consulting physician - scientist. *Am J Med* 1998; 104: 259 - 263.
 102. Wigton RS. Training internists in procedure skills. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1091 - 1093.
 103. Wigton RS, Nocolas JA and Blank LL. Procedure skills of general internists: A survey of 2500 physicians. *Ann Intern Med* 1989; 111: (12) 1023 - 1034.
 104. Wigton RS, Blank LL, Nicolas JA and Tape TG. Procedure skills training in Internal Medicine residencies: A survey of program directors. *Ann Intern Med* , 1989 , 111 , 11 , 932 - 938
 105. Ramsey PG, Carline JD, Inui TS et al. Predictive validity of certification by American Board of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1989; 110: (9) 719 - 726.
 106. Glasscock RJ, Benson JA, Copeland RB et al. Time - limited certification and recertification: The program of the American Board of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 59 - 62.
 107. Fletcher RH, Fletcher SW. Internal Medicine: Whole or in pieces? *Ann Intern Med* 1991; 115: (12) 978 - 979.
 108. Thompson GE. General internists and subspecialists. *Ann Intern Med* 1993; 119: (2) 165 - 166.
 109. Ende J, Kelley M and Sox H. The federal council of Internal Medicine's resource guide for residency education: An instrument for curricular change. *Ann Intern Med* 1997; 127: (6) 454 - 457.
 110. Preheim LC. Career opportunities for infectious disease subspecialists. *Clin Inf Dis* 1998; 26: 277 - 281.
 111. Baker MZ, Scofield RH. Educational needs of Internal Medicine residency graduates: General internists versus subspecialists. *Medical Education* 1998; 32: 527 - 532.
 112. Stimmel B, Haddow S and Smith L. The practice of General Internal Medicine by subspecialists. *J of Urban Health* 1998; 75: (1) 184 - 190.
 113. Poças J. A assistência médica aos doentes seropositivos VIH no Distrito de Setúbal: Uma realidade preocupante. *Informação SIDA* 1997; 1: (4) 9 - 11.
 114. Poças J. Hospitais Distritais e infecção pelo VIH. *Informação SIDA* 1998; 2: (7) 15 - 22.
 115. Poças J. Impacto da terapêutica anti-retroviral na mortalidade e morbidade pelo VIH: A propósito da experiência clínica de um hospital nacional. *Informação SIDA* 1999; 3: (13) 18 - 24.
 116. Poças J. Realidades e equívocos da Medicina Interna. *Revista da Sociedade Médica dos Hospitais Distritais da Zona Sul* 1989; 5: (2) 149 - 151.
 117. Tallec Y. La Medecine Interne dans l'Europe. *Medicina Interna* 1995; 2: (1) 61 - 63.
 118. Ramalhinho V. Formação em Medicina Interna. *Boletim Faculdade Medicina Lisboa* 1991; II : (11) 8 - 9.
 119. Lyttle CS, Andersen RM, Neymarc K et al. National study of Internal Medicine manpower XVIII: Subspecialty fellowships with special look at haematology, 1988 - 1989. *Ann Intern Med* 1991; 114: (1) 36 - 42.
 120. Balczak TJ, Getnick GS and Cadman EC. A surplus of physicians? The view of internists at a single institution. *Connecticut Medicine* 1999; 63: (12) 723 - 728.
 121. Thompson JS, Haist SA, DeSimeone PA, et al. The accelerated Internal Medicine program at the University of Kentucky. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1084 - 1087.

■ PONTOS DE VISTA

122. Potts JT. Recruitment of minority physicians into careers in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1099 - 1102.
123. Andersen RM, Lyttle C, Kohrman CH et al. National study of Internal Medicine manpower: XVII. Changes in the characteristics of Internal Medicine residents and their training programs 1988 - 1989. *Ann Intern Med* 1990; 113: (3) 243 - 149.
124. Noel GL, Herbers JE, Caplow MP et al. How well do Internal Medicine faculty members evaluate the clinical skills of residents? *Ann Intern Med* 1992; 117: (9) 757 - 765.
125. Lyttle CS, Levey GS. The national study of Internal Medicine manpower: XX. The changing demographics of Internal Medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1994; 121: (6) 435 - 441.
126. Fallon AS. Residency reform: A perspective from the Association of professors of medicine. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1041.
127. Oliveira JR. 2º Curso da escola Europeia de Medicina Interna: Impressões de um participante. *Medicina Interna* 2000; 7: (1) 64 - 65.
128. Earley LE. Alternative pathways for training the general internist and the medical subspecialist. *Ann Intern Med* 1992; 116: (12) 1080 - 1083.
129. Lindenauer PK, Pantilat SZ, Katz PP and Wachter RM. Hospitalists and the practice of inpatient medicine: Results of a survey of the National Association of Inpatient Physicians. *Ann Intern Med* 1999; 130: (4) 343 - 349.
130. Abecasis P. O movimento hospitalista nos EUA e a situação da Medicina Interna em Portugal. *Medicina Interna* 2000; 7:(1) 62 - 63.
131. Wachter RM. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med* 1999; 130: (4) 338 - 242.
132. Porto A. Medicina Interna: Conceitos, limites e formação. *Acta Médica Portuguesa* 1993; II: (6) 499 - 500.
133. Costa RBC. O internista na Medicina Intensiva. *Cardiologia Actual* 1994; 29: 1032 - 1038.
134. Petersdorf RG, Goitein L. The future of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1993; 119: (11) 1130 - 1137.
135. Federal Council for Internal Medicine. General Internal Medicine and general internists: Recognizing a national need. *Ann Intern Med* 1992; 117: (9) 778 - 779.