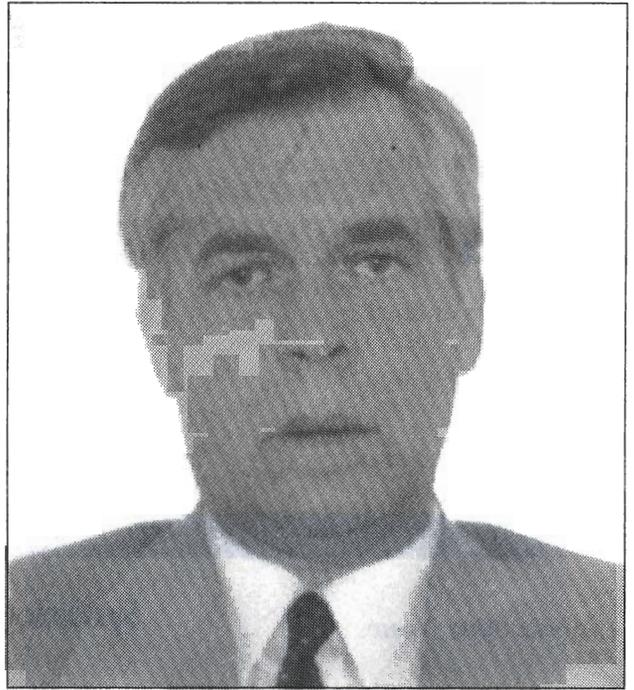


É no século XIX que surge o conceito de Medicina Interna ligado à noção de doenças dos órgãos internos traduzida por sintomas e sinais, que, em princípio, não seriam resolvidas pela cirurgia. A esta última corresponderia a Patologia Externa, que trataria as lesões cirúrgicas. Este conceito globalizante da Medicina Interna nos países com cultura ocidental, tem como figura de referência Sir William Osler. Em Portugal dois mestres marcaram a nossa Medicina Interna: Pulido Valente, pioneiro da criação das bases científicas da Medicina no nosso país, e Fernando Fonseca, grande clínico, investigador e impulsionador do ensino das doenças infecciosas. Durante este período o diagnóstico baseava-se quase exclusivamente na anamnese e arte da observação. O clínico redigia as suas recomendações, prescrevendo um modo de vida, regime alimentar e uma posição da sua autoria manipulada nas farmácias.

Tomando arbitrariamente como referência a segunda Guerra Mundial, é após ela que todas as ciências vão sofrer grandes transformações e a Medicina não será excepção. Os progressos teórico e técnico forçaram a profissão médica a adaptar-se progressivamente às inovações. O médico passou a ter, cada vez mais, a necessidade de se apoiar num número crescente de informações bioquímicas, hematológicas, imagiológicas, cardiológicas, anatomopatológicas, etc. Assim, na segunda metade do século, perante as descobertas científicas em crescendo e a tecnologia a evoluir a passos de gigante, começaram a surgir um grande número de forças centrífugas da Medicina Interna. Nas décadas de 50/60 os Internistas assumiam-se, para além da prática da Medicina Interna, com mais interesse nalgumas áreas médicas (a cardiologia, a gastroenterologia, a hematologia etc.), que posteriormente se converteram em sub-especialidades médicas. Paraphraseando Robert Petersdorf, parece que, no final do século, se assiste ao *Crepúsculo dos Deuses da Medicina Interna*; e porquê? Efectivamente a proliferação das sub-especialidades médicas parece esvaziar a Medicina Interna, o que é agravado pelos contornos pouco claros quando confrontada com a Clínica Geral. É ponto assente que um sistema de saúde equilibrado necessita de médicos com destreza e conhecimentos especializados. Perante os novos conhecimentos e tecnologias, as especialidades aprofundam-se, conduzindo inevitavelmente a uma redução do campo do especialista. A sub-especialização "estreita", por um grande número de médicos, não parece ser segura e terá naturalmente consequências indesejáveis para os doentes, sociedade, profissão e para o próprio médico. Em poucos anos determinada tecnologia pode tornar-se obsoleta e podem não só surgir novas doenças como algumas das velhas esbater-se. Se,



por um lado, a sub-especialização se pode tornar negativa para o especialista, por outro tem igualmente consequências negativas para os cuidados médicos, pois: a maioria dos adultos tem mais do que uma doença, cada uma envolvendo mais de um sistema; o diagnóstico diferencial duma sub-especialidade engloba doenças fora dessa sub-especialidade; o tratamento duma doença específica pode interferir com o tratamento doutras, causando complicações noutros sistemas; por vezes os doentes são enviados ao especialista errado; o especialista pode ver doentes cujos problemas principais estão fora da sua área de conhecimento; só um número relativamente pequeno de doentes, em relação à população geral, tem doenças que requerem tratamento muito especializado. A hipertensão arterial com repercussão sobre os órgãos alvo, a diabetes, a insuficiência cardíaca e a artrite reumatóide são doenças frequentes e controladas pelo internista. Por outro lado os novos casos de colite ulcerosa ou doença de Crohn não são tão frequentes e a necessidade de um transplante ainda é mais rara.

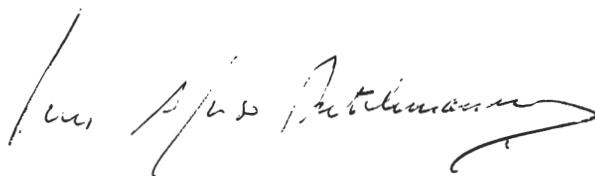
Mas se, no momento actual, a Medicina Interna enfrenta um confronto com as sub-especialidades médicas e a Clínica Geral, também dentro da própria especialidade se esboçam alguns aspectos de desencanto. Nós os internistas somos fundamentalmente médicos hospitalares que, para chegarmos ao título, passamos por uma longa carreira, que engloba o curso, o internato geral de dois anos e o internato complementar de cinco anos. Temos de defender como nossos atributos: as doenças não cirúrgicas dos adultos, comuns ou ra-

ras, não endossáveis às sub-especialidades médicas, polissistêmicas ou múltiplas; os cuidados abrangentes contínuos; articulação com os outros especialistas e profissionais de saúde; consultores doutros especialistas; actuação na urgência e tratamento do doente crítico. Ora, de certo modo, constituímos a pedra angular do funcionamento dos Hospitais. Sem os especialistas de medicina interna as urgências hospitalares claudicam, correspondemos à "infantaria" dos hospitais. O número de especialistas de medicina interna é negativamente desproporcionado para as inúmeras camas hospitalares que vão abrindo regularmente pelo país. Nos hospitais centrais vai-se assistindo a um envelhecimento dos quadros. Os serviços de urgência dos grandes hospitais estão manifestamente carenciados. As urgências dos internistas são desgastantes e desmotivantes. É necessário aumentar rapidamente o número de internistas.

Estamos cientes de que o sucesso da medicina contemporânea, trouxe consigo aumento proporcional dos seus custos. É importante que os internistas se debrucem sobre a política de saúde, estudando e criticando o custo/benefício e o custo/eficácia de uma nova tecnologia e terapêutica. Sabemos igualmente que os recursos económicos não são inesgotáveis. O nosso grande desafio para o futuro é como distribuí-los à medida que a população envelhece. De forma enérgica somos nós que devemos defender o que é melhor para o doente, evitando, a todo o custo, que a medicina hospitalar seja tratada como negócio quando aplica aos hospitais um regime empresarial lucrativo. Salvar escudos por via burocrática parece-me pouco ético, pois o doente não

é cliente, nem freguês, mas antes de tudo um ser humano que merece a nossa consideração e a medicina mais moderna que lhe pudermos dar.

Tendo em conta a situação dalguns hospitais, é facto insofismável que a actividade dos especialistas de Medicina Interna se multiplica por diversas tarefas, como: urgências externas extenuantes com duração de 24 horas, consultas que ocupam uma manhã, urgência interna a um número elevado de doentes, assistência aos seus doentes e ainda assistência aos doentes dos diferentes serviços do hospital, compreendemos que uma das artes do internista se encontra em risco de desaparecer. Refiro-me à anamnese com boa colheita de dados. A escassa disponibilidade, associada à informação que os avanços tecnológicos fornecem, podem tentar o internista, desviando-o duma boa colheita de dados anamnésicos e duma observação cuidada. Para o especialista de Medicina Interna a história é de importância capital quer para o exame clínico quer ainda para a decisão. A informação obtida durante a entrevista ao doente pelo médico não pode ser obtida noutra fonte. A entrevista médica revela-se muito vantajosa pois : permite explorar e organizar a história clínica; transmite ao doente uma atitude positiva acerca da sua saúde; desenvolve uma boa relação e serve para educar o doente.



Luís Dutschmann