

A formação e o futuro da Medicina Interna

Training and future of Internal Medicine

João Araújo Correia*

Resumo

O futuro papel reservado á Medicina Interna tem de ser clarificado, pois só assim se poderá adoptar um modelo de aprendizagem adequado. Os extraordinários avanços técnicos ocorridos vieram retirar importância ao trabalho de "grande diagnosticador" ou consultor, antes atributos fundamentais nas funções do internista. Por outro lado foram adoptadas políticas tendentes a colocar o internista em áreas que são pertença dos Cuidados Primários, restringindo-lhe artificialmente a actividade clínica, mercê da criação de múltiplas especialidades. Estas razões levaram ao decréscimo dos internistas "gerais", aumentando o número de internistas "subespecialistas", por vezes a única forma encontrada para a evolução na investigação clínica. Para além disso, a falta de contacto com o doente no ambulatório, durante o curso de Medicina, também contribui para a não escolha da Medicina Interna como carreira futura. Os E.U.A. montaram o seu sistema de saúde baseado essencialmente em especialidades e subespecialidades, mas pode agora comprovar-se que essa opção é mais cara e não produz melhores resultados. O autor apresenta algumas ideias que podem contribuir para a Medicina Interna se tornar mais atractiva.

Palavras chave: futuro da Medicina Interna, formação em Medicina Interna

Abstract

The future role of Internal Medicine must define itself more clearly in order to enable us to provide an appropriate post-graduate education. The General Internist inherited role as master diagnostician-consultant has been largely usurped by technical advances. In the last ye-

ars, some policies have been implemented aimed at training General Internists as Primary Care Specialists, and thus artificially restricting their clinical activities. These were the two major reasons for the decreasing number of General Internists and an increasing number of Sub-speciality Internists. Another important point is that Internal Medicine doesn't give sufficient outpatient experience during the undergraduate medical training period, which is a wonderful opportunity to experience the value of Internal Medicine as a career of choice. In the United States, health care evolved into a largely Specialist/Sub-specialist system and now proves to be more expensive while the outcomes are not clearly better. The author presents some ideas that he believes would increase the attractiveness of General Internal Medicine.

Key words: education in Internal Medicine, future of Internal Medicine

É comum dizer-se que o futuro está nos jovens. Esta verdade irrefutável aplica-se à Medicina Interna, que vai evoluir muito de acordo com a formação dada aos internos de hoje, sendo essencial uma definição clara do papel do internista para determinar o modelo de aprendizagem.

Há problemas específicos na formação em Medicina Interna nos hospitais centrais e nos hospitais distritais. No entanto, quaisquer soluções terão de ver previamente resolvida a questão de fundo, isto é, qual o perfil mais adequado para o internista nos anos vindouros.

Em 1897, William Osler definia os internistas como médicos, dando-lhes esse nome para os distinguir dos clínicos gerais, cirurgiões, obstetras e ginecologistas. Nesse tempo, era evidente a necessidade de haver uma especialidade com uma visão integradora do organismo humano, sem lhe escapar também as bases fisiopatológicas das doenças. O conhecimento global do doente foi um desafio aliciante na década de 60, levando a que os melhores enveredassem pela Medicina Interna. Desenvolveu-se a mística do grande diagnosticador, do Sherlock da Ciência Médica, a antecipação viva do computador debitando diagnósticos diferenciais com base nos dados introduzidos. A clínica era a base de todo o exercício médico e quem a dominasse, integrando sinais e sintomas denunciadores da doença, conseguia alicerçar o diagnóstico, mesmo sendo incapaz de o demonstrar. Este poder de ver o que não era óbvio catapultava o acto médico a níveis quase celestiais... O internista, paradigma desse mister, tirava da sua actividade elevado grau de satisfação.

O advento das grandes tecnologias, capazes de tor-

*Assistente Hospitalar de Medicina Interna
Serviço de Medicina I do Hospital Geral de Santo António, Porto

Recebido para publicação a 15.11.97

nar visível a doença antes apenas perscrutada, banalizou a clínica aos olhos de leigos e não leigos, tornando-a aparentemente dispensável... Em pouco tempo, o doente perdeu a paciência para a anamnese, anseia que o mandem à TAC e deixou de confiar apenas nas palavras do seu médico, querendo também vê-las escritas no relatório de um exame qualquer.

Assistiu-se a uma crescente falta de reconhecimento do valor do trabalho dos internistas, quer pelo público quer pelos colegas de outras especialidades. À opinião geral passou a ser difícil entender uma especialidade que não domina um órgão ou aparelho determinados. Os colegas com limites mais definidos do saber médico rapidamente perderam a graça da humildade, julgando-se senhores absolutos da sua parcela no organismo humano, pouco lhes importando as múltiplas interligações que vêm a constituir o todo global.

A insatisfação dos internistas levou à progressiva redução do seu número nos E.U.A., levando ao aparecimento de um sistema de saúde largamente apoiado em especialistas e subespecialistas. Este sistema já demonstrou ser disfuncional e caro, não tendo sido possível provar que, na maior parte das doenças, tal se traduza em melhores resultados. Nos E.U.A., a maior parte dos residentes de Medicina Interna vem a optar depois por uma subespecialidade. Esta evolução é considerada inadequada pelo *American Board of Medicine* e pelo *National Institute of Health*.

Tornou-se evidente que a criação de departamentos independentes de subespecialidades é deletéria para a educação dos médicos e que não é capaz de produzir verdadeiros investigadores clínicos, que era suposto gerar. Mas o grande argumento para incrementar a formação de internistas “gerais” é a sua muito maior rentabilidade, sabendo-se que os recursos para a saúde são sempre escassos. O sistema baseado em subespecialistas, incapazes de tratar uma situação que ultrapasse o seu âmbito, fragmenta os serviços de saúde, multiplica os custos e, não raras vezes, atrasa o diagnóstico. Pelas razões expostas, a Medicina Interna tornou-se altamente desejável para o poder político, mas mostra-se incapaz de seduzir mais jovens a enveredar por esta carreira. De facto, a preparação multifacetada dos internistas gerais leva a que os políticos não resistam à tentação de os converter em guarda-redes da saúde. O abuso desta manobra até ao limite do absurdo fez com que alguns internistas vissem na subespecialização a única forma que permitia o avanço clínico e a investigação. Será esta uma evolução inevitável da Medicina Interna?

Em países em que a subespecialização foi uma regra quase geral, vários estudos vieram a condenar essa tendência. De facto, muitos subespecialistas perdem a prática clínica, pelo que a sua capacidade como inter-

nistas gerais sofre natural atrofia. A possibilidade de o subespecialista poder também prestar cuidados gerais é, com o passar dos anos, apenas uma miragem. É claro que o que foi dito não invalida que o Internista tenha áreas particulares de interesse, tais como a Cardiologia, a Nefrologia ou a Gastrenterologia não evasivas, a Endocrinologia ou a Reumatologia. Isto é bem diferente de tornar-se subespecialista, no sentido em que isso é habitualmente entendido, isto é adquirir treino de técnicas de ponta que são pertença da especialidade respectiva.

O reconhecimento pela instituição hospitalar do trabalho do internista tem de reflectir-se na sua organização. *Petersdorfe Goitein* defendem que a Medicina Interna Geral deve ocupar o centro do Departamento de Medicina, tendo as subespecialidades como interlocutoras. Só assim poderão encontrar-se formas de trabalho conjuntas, rentabilizando os meios disponíveis, quer para o ensino quer para a investigação clínica. Outro aspecto, não menos importante, é a necessidade de aumentar o tronco comum, considerando-se razoável um período de três anos de *residência*, antes da opção por uma determinada especialidade médica. Só assim é possível obter-se uma *massa crítica* de trabalho, capaz de reservar os internistas gerais para o seu verdadeiro papel, que não deve ser o de atendimento primário de todo o doente que, sem qualquer triagem, chega ao hospital. Isto implica uma mudança de mentalidades dos nossos Colégios de Especialidade, de forma a que considerem exigível a todos especialistas competência para o tratamento de problemas de média gravidade que, muitas vezes, coexistem com a doença de base.

Há que definir sem delongas o perfil do internista desejável nos nossos dias e para o futuro, tendo em mente as funções que lhe devem ser atribuídas. Na minha opinião, elas foram bem enumeradas pelo *American College of Physicians*:

- 1 - Deve ser o primeiro contacto do doente e fornecedor de cuidados globais e continuados.
- 2 - Médico que avalia e trata todos os aspectos da doença e do doente.
- 3 - Especialista na prevenção da doença e sua detecção precoce.
- 4 - Um “advogado” do doente perante o complicado sistema de saúde e as várias subespecialidades.
- 5 - Especialista no manuseio de doenças avançadas e com envolvimento de vários órgãos e sistemas, quer no ambulatório quer no hospital.
- 6 - Consultor quando os doentes têm sintomas e sinais de difícil explicação ou problemas indiferenciados.
- 7 - Especialista familiarizado com a epidemiologia e a clínica, apto para a decisão, promovendo a avaliação prática e o tratamento do doente.

Com as características do especialista em Medicina Interna definidas, incrementando o conceito do internista geral, podemos detectar as lacunas actualmente sentidas. A formação em Medicina Interna tem de privilegiar cada vez mais o ambulatório e favorecer os contactos com a nossa realidade. O ambulatório, na consulta externa ou em equipas e trabalho domiciliário, tem de assumir muito mais importância. Estou convicto de que se tal for feito, para além da melhoria dos cuidados prestados, obter-se-á uma grande satisfação profissional, pois é fora do hospital que a relação médico-doente mais se intensifica. O conhecimento da realidade do sistema de saúde completa-se tornando cada vez mais estreita entre médicos de família, hospitais distritais e hospital central de referência. A efectuação de estágios integrados no Internato em Medicina Interna nos centros de saúde é ainda de difícil execução prática, faltando percorrer muitas etapas no relacionamento entre o médico hospitalar e o médico de família até que tal seja possível. No entanto, o contacto do interno de medicina interna com hospitais de níveis diferentes afigura-se-me benéfico e de fácil implementação. Os internatos de Medicina Interna passariam a realizar-se em grupos de hospitais liderados por um hospital central, cumprindo o interno um ano do tempo dedicado à Medicina num hospital distrital à sua escolha, sendo aí designado

um orientador de formação considerado idóneo.

Os internatos em Medicina Interna nos hospitais distritais e nos hospitais centrais têm defeitos que urge colmatar. No hospital distrital falta muitas vezes a rotina da discussão clínica, e a actividade científica e de investigação são menosprezadas em favor do trabalho assistencial. No hospital central, a frequência de casos difíceis deforma o interno quanto ao conceito de epidemiologia das doenças, que é obrigatório ter presente.

A organização de internatos em unidades funcionais de saúde, integrando um hospital central, hospitais distritais e, mais tarde, centros de saúde, possibilitaria um internato com todos os meios disponíveis, ajustado à nossa realidade. Deixaríamos de ter internos de "várias categorias" com escolhas de local de formação ditadas por objectivos que não fosse a qualidade, temperando o contacto de casos e técnicas difíceis com as patologias comuns, evitando vícios dificilmente corrigíveis. O internato de Medicina Interna deve continuar a promover uma aprendizagem global, valorizando a função do internista "geral" e dando ênfase a áreas onde a abrangência de conhecimentos resulta num melhor desempenho (Cuidados intensivos e Oncologia médica). As "derivações" durante a formação, promovendo perfis específicos antes da graduação, deverão ser consideradas indesejáveis.

Bibliografia consultada

American College of Physicians. The role of the General Internist Defined. *Ann of Intern Med* 1994;121: 616-622.

Anderson RJ. Subspecialization in Internal Medicine: A Historical Review and Analyses and Proposals for Change. *Am J Med* 1995; 99: 74-81.

Anderson RJ, Prochazk AV. Generalists vs Specialists: What do the data tell us? *Hospital Practice* 1995;15: 9-10.

Association of Professors of Medicine, General Medicine as a 21st Century Speciality: Perspectives of Community-Based Choice of Medicine. *Am J Med* 1995;99:1-3.

Gerber PD et al. General Physicians and the New Health Care System. *Am J Med* 1994;97: 554-558.

Levey GS. Academic Health Centers: Facing the New Reality of a

Changing Health Care System. *Am J Med* 1995;99:227-230.

Schafer AI. Deployment of Academic Subspecialists in the Emerging Era of Primary Care. *Am J Med* 1995;99: 69-73.

Stagnero - Green et al. Ambulatory Education. Expanding Undergraduate Experience in Medical Education. A CDIM Commentary. *Am J Med* 1995;99: 111-115.

Veloso AB. A Medicina pós-moderna. *Medicina Interna* 1996;3(4): 259-262.

Agradecimento: Ao Dr. Amaral Bernardo, cujo interesse pela formação em Medicina Interna me contagiou, proporcionando-me também algumas das bases bibliográficas de que pude dispor.