

## A Medicina Interna e o futuro

### *Internal Medicine and the future*

Faustino Ferreira\*

#### Resumo

O autor, partindo da constatação dos sinais de mudança que anunciam o futuro e põem em causa os modos tradicionais de trabalhar em Medicina, formula duas questões para as quais avança propostas que gostaria de ver discutidas: 1) qual a missão da Medicina Interna e as funções do internista no futuro; 2) Como garantir o recrutamento de internistas nas novas condições.

**Palavras chave:** Medicina Interna, internista, futuro, missão, funções do internista, recrutamento, formação, carreira

#### Abstract

In this article the author asks two questions for which he suggests answers he would like to discuss: 1) what is the future role of Internal Medicine and physicians in the coming years; 2) how to attract trainees in the field of Internal Medicine under the new conditions that are to be expected in the future. These questions are pertinent in view of the signs of the change that is likely to affect traditional medical practice in the near future.

**Key words:** Internal Medicine, physician, future, mission, physician's role, recruiting, training, career

Vivemos este final de milénio sob o signo da mudança. Os velhos paradigmas estão postos em causa e os novos estão ainda em gestação. Tentar imaginá-los quando ainda só dispomos de vagos esboços é arriscado, mas urgente. Mergulhados num quotidiano ultra-exigente e absorvente, podemos ser tentados a ignorar os sinais de mudança. A Medicina Interna participa inevitavelmente desta turbulência.

Os *media*, os comentadores e os políticos concentram as suas atenções na questão do financiamento e da gestão quando abordam “o problema da Saúde”. No entanto, um observador interessado poderá detectar os sinais premonitórios das transformações profundas que já estão em curso. O que está em causa são os modelos e os métodos de trabalho em que fomos formados

Na aldeia global em que passámos a viver, a troca de informação passou a ser imediata, instantânea, a interactividade uma realidade, o trabalho em equipa uma exigência, a informática uma ferramenta de trabalho imprescindível.

Os avanços conceptuais e tecnológicos na Medicina, em áreas como as Neurociências, a Imunologia e a Genética, terão implicações a curto e a médio prazo na nossa prática clínica e irão revolucionar os modos de abordagem dum grande número de patologias, quer ao nível da prevenção e do diagnóstico, quer quanto à terapêutica.

A dessacralização do médico, do seu saber e poder, é um dado adquirido e irreversível, mesmo nas sociedades mais tradicionais — embora vejamos surgir e/ou ressurgir vários tipos de práticas alternativas em que a componente mágica é predominante. Confrontamo-nos, hoje, com a necessidade de afirmar a respeitabilidade da profissão médica num contexto social em que passámos de “deuses a demónios”. Aparentemente condenados à prática de uma Medicina defensiva, somos tentados a escudarmo-nos em protocolos, consentimentos informados, seguros, legislações...

Na sociedade da informação, quantas vezes nos deparamos já com doentes que nos chegam à consulta “artilhados” com as últimas informações obtidas na Internet, junto dos seus grupos de doença — SIDA, artrite reumatóide, lúpus, esclerose múltipla, etc. — e quantas vezes nos deparamos, ao abrir o jornal, com resumos de artigos científicos que irão sair no próximo número do *New England* ou da *Lancet*.

Estes factos estão a determinar a emergência de novos modelos de relação médico-doente e de organização dos serviços. Novas metodologias de trabalho estão a ser testadas; a elaboração da história clínica deixará de ter como suporte o papel para ser informatizada e irá certamente ter outra estruturação; a história pregressa passará a estar registada num *microchip*, no cartão de utente, que o acompanhará permanentemente; os antecedentes familiares perderão a importância que hoje lhe damos, pois o código genético fará parte da ficha de identificação do doente. O doente, quando nos chegar à consulta, virá acompanhado por uma primeira avaliação biofísico-química obtida pela enfermagem por métodos não invasivos. A metodologia de requisição de exames complementares passará inevitavelmente a processar-se de modo diferente, com novos tipos de articulação e interacção entre prescritores e executores (patologia clínica, imagiologia, por exemplo) com ganhos de tempo, rendibilidade e maior conforto do doente. Os modos de articulação interdisciplinar no interior do hospital e para o exterior tendem, também, a alterar-se, nomeadamente ao nível das atribuições e das relações com os outros

\*Director do Serviço de Medicina do Hospital dos SAMS, Lisboa

profissionais da Saúde — enfermeiros, técnicos, farmacêuticos, administrativos, etc.

O próprio conceito de hospital tal como o conhecemos está posto em questão, sendo hoje claro que importará mais a concentração de meios de diagnóstico e tratamento que o número de camas, que terá tendência a diminuir num processo generalizado de “des-hospitalização da doença”. Os hospitais serão cada vez mais hospitais de agudos com elevada percentagem de camas de cuidados intensivos.

As relações do hospital com a comunidade sofrerão inevitavelmente alterações. Poderá fazer sentido que seja o hospital a ir à comunidade, ao contrário do que hoje se passa. Os internistas deslocar-se-ão aos centros de saúde onde, em conjunto com os médicos de família, observarão os doentes previamente seleccionados, colaborando na orientação diagnóstica e na terapêutica, promovendo, quando necessário, a disponibilização e a articulação dos recursos hospitalares para esses doentes, e poderão vir a colaborar no acompanhamento domiciliário pós-alta.

Este quadro complexo de mudança oferecerá múltiplas oportunidades de intervenção aos internistas, aos quais está destinado um papel fundamental que deverão assumir de forma pró-activa, e não reactiva e conformada como, por vezes, tem acontecido. Deverão, pois, empenhar-se na procura das melhores soluções para os doentes, para o prestígio da Medicina e a dignificação da Medicina Interna.

Vivem os internistas portugueses um quotidiano preenchido e determinado pela urgência hospitalar. A urgência hospitalar é, no nosso país, o único e último reduto onde procuram apoio e segurança todos aqueles, que sentindo-se doentes, são para ali directa ou indirectamente encaminhados pela desorganização e a incapacidade dos serviços de Saúde, associada à insuficiência dos serviços de assistência social. A vivência diária desta catástrofe permanente dá aos internistas um conhecimento único da nossa realidade, das nossas carências e dificuldades, mas também das potencialidades por explorar.

Estão reunidas as condições objectivas e subjectivas que obrigam os internistas a antecipar os novos desafios com que a Medicina, e a Medicina Interna em particular, se irá confrontar.

Neste quadro, parecem-me ser duas as questões a que deveremos dar atenção prioritária:

1 - Qual a missão da Medicina Interna, quais as funções dos internistas, para os próximos tempos?

2 - Como garantir o recrutamento de novos internistas para cumprir essa missão?

O esboço de respostas que me atrevo a apresentar, nas linhas que se seguem, pretende estimular a reflexão

e a discussão, que me parecem urgentes. São simples “lebres” de uma longa “corrida” em que é preciso ganhar velocidade logo à partida para se atingir um bom resultado.

## A missão da Medicina Interna e as funções do internista

A Medicina Interna terá, no quadro de transformação e mudança que se adivinha, condições ideais para reassumir o papel que lhe compete, de liderança e de charneira na Medicina.

É missão do internista ocupar-se da prevenção, diagnóstico e orientação terapêutica curativa não cirúrgica das doenças de órgãos, sistemas ou das afecções multisistémicas dos adolescentes e dos adultos — *função assistencial* — função principal. O cumprimento desta missão implicará, no futuro, a existência de um novo tipo de organização hospitalar onde o internista terá a *função de organizar e distribuir* (“pivot”) o trabalho hospitalar, mobilizando e coordenando, para cada doente e para o conjunto dos seus doentes, a intervenção dos colegas de outras especialidades (médicas ou cirúrgicas), fazendo depois a síntese dessas intervenções.

Os internistas tendem a ser os *médicos no Hospital e do Hospital*, e isto porque: 1) sem internistas e sem Serviços de Medicina Interna não há hospital — são os médicos essenciais ao hospital; qualquer outra especialidade pode estar ausente ou existir só a tempo parcial; 2) o hospital necessita, para funcionar, de internistas em presença física permanente, 24 horas por dia — os outros especialistas podem estar de chamada!; 3) os internistas tendem a ser os únicos que se assumem como médicos perante a ultra-especialização dos outros especialistas, que se comportam frequentemente como meros executores de técnicas. A relação médico-doente no hospital tende a estar centralizada no internista que recebe o doente, lhe traça o circuito de diagnóstico, o confronto com os resultados e as possibilidades terapêuticas que prescreve (médicas) ou indica (cirúrgicas) e lhe dá alta. Esta tendência desenha-se já hoje em todas as áreas, nomeadamente a cirúrgica, podendo vir o anestesista e o cirurgião a cingir a sua intervenção ao tempo operatório — assim como a intervenção do radiologista tende a limitar-se à realização do exame solicitado e à elaboração do respectivo relatório. Este fenómeno é tão mais frequente quanto mais grave e complexo é o doente, sendo os internistas encarregues, da avaliação pré e pós-operatória (exemplos: cirurgia oncológica, cirurgia de transplante, cirurgia cardíaca, etc.).

A Medicina Interna continuará a afirmar-se em todos os domínios da vida hospitalar, pelo conhecimento global do hospital e do seu funcionamento, sendo naturalmente os internistas chamados a assumir funções de

gestão. A presença dos internistas é e será indispensável em todas as comissões e grupos de trabalho que se formam no hospital (comissões de ética, de controlo da infecção, de antibióticos, de nutrição artificial, de consumíveis, de formação, de qualidade, etc.) — *função de consultor interno*.

Ao internista compete ser o principal interlocutor do hospital junto da comunidade, sendo o elemento de ligação com os centros de saúde e agindo como facilitador da comunicação entre o hospital e os vários departamentos hospitalares. Poderá deslocar-se aos centros de saúde — *função de interlocutor/ consultor externo*.

Na sua actividade quotidiana realçar-se-á a *função “gestor de informação”*. A hiperprodução científica, analítica e dispersa, condiciona a necessidade de médicos altamente diferenciados que sejam capazes de fazer sínteses, após selecção criteriosa do que é relevante no que é experimentado e publicado. É o produto dessa síntese, permanentemente actualizada, que permite encontrar para cada caso as opções mais adequadas, e elaborar e actualizar regularmente os protocolos de diagnóstico e terapêutica para os vários grupos principais de patologias.

A investigação clínica — *função de investigador científico* — não poderá deixar de fazer parte da actividade diária dos internistas, perfeitamente interligada com as suas tarefas assistenciais e com a *função de formador*, quer a nível pré-graduado, quer pós-graduado — internato geral, tronco comum das especialidades médicas, e diferenciação específica em Medicina Interna.

Guardiões do templo hospitalar, os internistas têm permanecido os mais fiéis depositários inter-pares do ideário hipocrático. Nos novos desafios com que o futuro confrontará a Medicina e os médicos, os internistas manter-se-ão fieis à sua *missão ética*, procurando que a complexidade das situações não os impeça de encontrar para cada situação concreta os comportamentos éticos mais adequados.

## Recrutamento e formação de novos internistas

A Medicina Interna é uma especialidade que só na excelência se realiza e pode afirmar plenamente. Este desiderato só é possível se dispuser de um corpo de excelentes profissionais dedicados, e em número suficiente, ao seu serviço.

Nos últimos anos, tem-se verificado, com excepções, um menor número e uma menor qualidade dos internos que optam pela Medicina Interna.

Optar hoje pela Medicina Interna como primeira opção, e não como solução de recurso ou transitória, é difícil e raro. A especialidade revela-se muito exigente e pouco compensadora. Exigente porque aos internistas, quer internos, quer já especialistas, é pedido o cumprimento

de pesadas cargas de trabalho assistencial na enfermaria, na consulta e na urgência, frequentemente realizado em ambientes físicos sem condições, o que implica um enorme desgaste físico e psíquico. É-lhes também solicitado por norma a realização de trabalho extraordinário na urgência. Exigente face à vastidão de conhecimentos que é necessário dominar e à disciplina que é preciso impor para a sua permanente actualização.

Pouco compensadora porque os internos continuam a ser vistos, e ambicionados pelos serviços, como “mais um par de braços para o trabalho”, sendo raro que o plano de formação passe de boas intenções gerais e a aprendizagem se continue a basear no método da imitação do colega mais velho — “faz como eu faço”.

Pouco compensadora porque, concluído o internato, a perspectiva do desemprego ou do trabalho precário é dominante. Habilitados a trabalhar no hospital, seu lugar de acção por excelência, a perspectiva de virem a ficar desvinculados aos fim de uns meses sem alternativas possíveis no mercado de trabalho, é desencorajante, mesmo para os mais motivados. Os internistas excluídos do hospital ficam impedidos de exercer a sua especialidade e sujeitos a aceitar tarefas indiferenciadas e mal remuneradas. A maioria das especialidades, nomeadamente médicas, habilita os internos para a execução de uma ou várias técnicas que poderão ser “rendíveis” fora do hospital (ecografia cardíaca, endoscopias, hemodiálise, etc.) e por este motivo se tornam mais atractivas.

A questão da dificuldade real de recrutamento de bons internistas tem de ser encarada com muita seriedade, pragmatismo e rigor, pois dela depende o futuro a médio prazo da Medicina Interna. Parece-me que uma saída possível é o reivindicar para a Medicina Interna uma carreira própria com um estatuto remuneratório especial.

Ao pensarmos e discutirmos o futuro devemos introduzir esta possibilidade. A discussão em curso do estatuto hospitalar e das carreiras médicas pode ser uma boa oportunidade para introduzir a questão. O caso não é único, pois os colegas de saúde pública tem já uma carreira e estatuto remuneratório especial, e os colegas de Clínica Geral têm em curso experiências de novos modos de remuneração. Esta questão põe-se também a outras especialidades hospitalares, como a Cirurgia Geral e a Pediatria.

O futuro da Medicina Interna passa inevitavelmente por conseguirmos condições para o recrutamento de internos que, ao optarem, tenham consciência do nível acrescido de exigência a que se irão submeter — a começar pela selecção — assumindo o risco de essa exigência se manter ao longo de toda a sua vida profissional, mas que ao mesmo tempo, tenham a garantia de

que, cumprindo os objectivos previamente definidos e regularmente avaliados, terão uma carreira e um estatuto remuneratório digno e atraente.

As premissas para uma carreira específica da Medicina Interna deverão ser:

#### **a) Cálculo das necessidades de internistas a médio e a longo prazo**

O levantamento das necessidades do país (da Europa!) em internistas terá de ser feito com uma antecipação de 10/15 anos, de modo a que existam os internistas necessários. A existência de internistas, a menos, prejudica o seu desempenho global da Medicina Interna; a mais, será um desperdício. O tempo médio de formação de um internista é superior a 10 anos — desde que entra na Faculdade ao fim do internato (actualmente é de 13 anos!). Não podemos continuar a ter “mapas de vagas” em função de calendários eleitorais ou da pressão dos serviços que precisam de “mão-de-obra fresca”, mas não conseguem ampliar os seus quadros de pessoal e adequá-los às necessidades.

#### **b) Recrutamento**

O recrutamento para Medicina Interna será mais exigente e complexo, devendo passar por várias fases:

Concurso Nacional de Ingresso nos Internatos Complementares — constituirá o primeiro filtro, só poderão candidatar-se ao internato complementar de Medicina Interna os médicos que se classifiquem no terço superior dos resultados obtidos em cada ano.

Avaliação específica dos candidatos a Medicina Interna quanto ao seu perfil para a especialidade (escrita e por entrevista), nomeadamente capacidades de análise e síntese, de trabalho em equipa, de ouvir e tomar decisões, de liderança.

Os candidatos seleccionados poderiam então escolher entre os centros dispostos a recebê-los, sendo que haverá sempre mais centros que candidatos.

#### **c) Formação**

O programa de formação do internato de complementar de Medicina Interna, recentemente publicado em *Diário da República* (I série-B, nº 114 de 17-5-1997), parece adequado para os tempos mais próximos e para o período de transição.

Todo o processo de formação deverá ser dignificado, profissionalizado e eventualmente supervisionado por um instituto autónomo de formação (constituído e gerido em parceria pelos Ministérios da Saúde, da Educação, e da Ciência e Tecnologia, e Ordem dos Médicos). À maior responsabilização exigida aos serviços deverão passar a corresponder uma dotação para fins de formação, atribuída por cada interno que aco-

lhem, e, eventualmente um “prémio” por cada interno que formassem com êxito. A situação actual em que a “formação não custa nada” é irrealista e leva ao baixo nível de exigência formativa que se solicita aos formadores.

Na Medicina, e por maioria de razão na Medicina Interna, a formação ombro a ombro continuará a ter um papel importante (foi método responsável pela formação de várias gerações de internistas). No entanto, a modernidade obriga-nos a olhar para a relação pedagógica de forma mais exigente, a aproveitar os ensinamentos das ciências pedagógicas na melhoria da nossa formação. Os médicos, dum modo geral, não têm no seu *currículum* académico ou pós-graduado qualquer formação pedagógica, sendo, por norma, autodidactas — essa formação seria muito útil na prática clínica, e na relação com doentes a quem temos por missão reeducar atitudes e comportamentos.

A iniciativa da Ordem dos Médicos de promover os “Cursos de Formação Pedagógica para Orientadores de Internatos Médicos” parece-me uma boa iniciativa que valerá a pena continuar e aprofundar.

Os orientadores/formadores do internato complementar deverão ser responsabilizados e recompensados por esta actividade — diminuição das tarefas/responsabilidades assistenciais ou remuneração compensatória, dado o tempo e disponibilidade suplementar que implica.

A idoneidade dos serviços para formação terá de ser certificada regularmente com base em critérios objectivos previamente definidos e que devem incluir os resultados obtidos na formação de internos (grau de satisfação, taxa de sucesso, etc.).

#### **d) Avaliação**

A avaliação é o capítulo onde será preciso desenvolver novas metodologias que permitam monitorizar e melhorar o desempenho dos internos ao longo da formação e, em simultâneo, corrigir as deficiências dos formadores. Um momento de avaliação final por um júri nacional comum a todos os internos que concluíam o internato nesse ano é desejável, a realizar segundo uma grelha previamente conhecida.

#### **e) Ingresso na Carreira Hospitalar de Medicina Interna**

Em cada ano terminará o internato o número de internistas previsto, número esse que corresponderá às necessidades previstas. Estará, assim, naturalmente garantida a possibilidade de acesso às vagas existentes. A metodologia para o preenchimento dessas vagas poderá ser a do cruzamento/encontro de listas. Os candidatos poderiam concorrer a todas as vagas que entendessem, elaborando a sua lista de preferências, e as instituições hospitalares com vagas poderiam candidatar-se a rece-

ber os candidatos que lhe interessassem, elaborando, por seu turno, a sua lista de preferências (podendo, entretanto, entrevistar os candidatos). Por encontros interactivos e sucessivos destas listas, obter-se-ia a colocação de todos os candidatos.

#### **f) Estatuto remuneratório**

À opção pela Medicina Interna deve corresponder um estatuto remuneratório especial.

O internista do futuro tenderá a viver a sua vida profissional exclusivamente no hospital, não sendo previsível a manutenção de actividade extra-hospitalar que compense os baixos vencimentos auferidos. Actualmente, muitos internistas conseguem fazer crescer a sua remuneração à custa da realização de horas extraordinárias, quer nas urgência interna quer externa, quer ainda nas Unidades de Cuidados Intensivos, ou, ainda, realizando serviços de urgência noutros hospitais ou clínicas que não o de origem.

Independentemente de vir a considerar-se outros regimes de trabalho/cargas horárias — são poucos, hoje, os internistas que trabalham menos de 54 horas por semana (tempo completo prolongado com 12 horas “obrigatórias” de trabalho extraordinário) — terá de ser considerado um estatuto remuneratório próprio que premeie a dedicação à vida hospitalar com o grau de exigência que é pedido ao internista, e isto independentemente da manutenção ou não do actual regime de exclusividade.

A responsabilidade assumida pelos internistas ao avaliarem um doente, ao formularem hipóteses diagnósti-

co, ao prescreverem exames e orientações terapêuticas tem sido sistematicamente desvalorizada. Estes actos fundamentais de que tudo depende — a vida do doente e os custos da sua recuperação — não são habitualmente contabilizados e valorizados, logo “não custam nada”, são actos gratuitos. Não estão tabelados nem têm custo comparável com os actos técnicos ou cirúrgicos. O acto técnico é quase sempre um acto individual (pagável “à peça”); o exercício da Medicina Interna é uma actividade colectiva e realizada em equipa.

A componente remuneratória na processo de reafirmação da Medicina Interna não pode ser ignorada.

O espírito de missão e serviço continuará a ser timbre dos internistas, mas a manutenção da situação de subalternização económica real, face aos outros colegas, desprestigia a especialidade e põem-na objectivamente em risco.

Se há que pedir cada vez mais responsabilidade aos internistas e se sem internistas não há sistema de Saúde que funcione, temos que pugnar pelo reconhecimento da sua acção, reconhecimento esse que se deverá traduzir numa justa compensação remuneratória.

#### **Conclusão**

O futuro está aí. Temos de participar activamente na sua construção. O futuro dos internistas depende deles, das suas apostas e ambições. Quanto mais depressa começarmos a preparar o futuro, melhor será para a Medicina Interna e para os internistas, e com isso ganharão os doentes e a comunidade onde nos inserimos.