

A Medicina Interna surge hoje no âmbito da prática médica com a força dum sector importante da Medicina que, depois de secundarizada devido ao desenvolvimento das sub-especialidades médicas, se apresenta agora com uma presença de grande afirmação.

Os internistas sucedem-se aos antigos clínicos médicos, os chamados médicos de família, aqueles clínicos eleitos por cada família e que na sua devoção profissional não se coíbiam de ir ao domicílio, e, pouco a pouco, como que passavam a fazer parte dela. Estes é que foram os autênticos Médicos de Família.

A Medicina era praticada nos séculos passados, e até à década de 60 do Século XX, altura do início das Carreiras Médicas - quase da mesma forma em todos os países civilizados ou, sobretudo, nos países de civilização Ocidental de raiz judaico-cristã.

Os conhecimentos eram poucos e os meios terapêuticos limitados. Estava-se no dealbar da era científica da Medicina. Descobertas importantes se processaram de Pasteur a Fleming, marcos importantes que não apagam outros vultos e outras descobertas notáveis.

O médico, no passado, carregava em si e na imagem que transmitia à sociedade, um conteúdo de ser e saber que o colocava entre o mágico e o demiurgo, sempre o homem de bem e de esperança, o conselheiro, sempre o desejado de todos os momentos. Nas horas de dor e aflição, pelo auxílio ansiado; nas horas de convívio, sociais e familiares, pela alta consideração dos seus conceitos e do seu agir no universo mais ou menos alargado dos encontros, das conversas ou dos acontecimentos.

O médico de família, na grandeza do seu actuar que era aplicação de saber por um lado, e devoção por outro lado, desapareceu.

Hoje o Médico de Família está nos Centros de Saúde onde se não pode negar que atenda, os que atendem, com desvelado respeito e competência profissional os doentes, mas numa relação mais ou menos fria e distante, e sem a integração familiar do passado.



A Medicina Interna, expressão actual, como disse, do médico generalista, do médico vocacionado para olhar e tratar o doente atendendo ao seu todo, recebe impulsos de afirmação que convém analisar em ordem a ter-se um juízo correcto e uma avaliação justa.

A Medicina Interna, e os internistas, são olhados ao nível dos hospitais, sobretudo nos Países desenvolvidos onde os custos com a Saúde dispararam para valores incomportáveis, como os agentes da moderação dos gastos e do equilíbrio dos orçamentos. É principalmente por essa razão que são procurados e bem remunerados porque, sobretudo, vão conter despesas. Temos de convir que esta razão é essencialmente política, e não é por si dignificante do Internista.

Nesses países, e nós na Europa, lutamos para que haja um “tronco comum” da Medicina Interna e das Sub-Especialidades. Este é um caminho correcto.

Em países europeus, como a Alemanha, a Suíça, a Holanda e a Finlândia, já existe esse “tronco comum”, e nos Estados Unidos é prática generalizada haver três anos de “tronco comum”, ao fim dos quais já há acesso aos “Boards” de Medicina Interna, isto é, fica-se com a especialidade de Medicina Interna. Sendo assim, caminhamos, e bem, para uma época onde os sub-especialistas têm essa preparação de internistas, igual à dos próprios Internistas, e,

portanto, com a capacidade de olharem também o doente na sua totalidade.

Então, onde estão as dificuldades e as diferenças entre a Medicina Interna e as Sub-especialidades? E entre Internistas e Clínicos Gerais? Internistas e Clínicos Gerais podem ou não serem designados por generalistas? Então, é-se Internista no Hospital e Clínico Geral no Centro de Saúde? Claro que entre nós as carreiras não são coincidentes nem têm os mesmos programas. Mas não deveriam ter? Acho que sim, sem qualquer dúvida.

E as Sub-Especialidades médicas centradas na patologia dum órgão, dum aparelho, ou dum sistema, às vezes mesmo só de especificada patologia de um órgão continuarão a ser necessários ou são fundamentalmente dispensáveis? Será que os Internistas, eles próprios, não se vão dedicando a patologias restritivas, as que lhes vão restando na população de novos doentes que surgem, tal como a **geriatria**, os cuidados terminais, a oncologia médica?

Serve isto para concluir que há **desajustamentos** de conceitos e sobretudo de práticas e condutas. Os Clínicos Gerais, que constituem o maior número dos médicos portugueses, devem ter o direito a uma preparação de internistas, intensa de prática e profunda de conhecimentos, conduzida por um corpo docente empenhadíssimo, treinados, e devidamente tutelados, sobretudo nos hospitais, que não principalmente nos Centros de saúde.

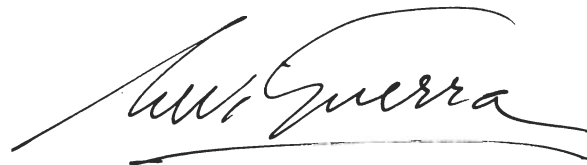
Toda a política de saúde tende a ser a menos dispendiosa possível. É preciso ter-se a cautela de evitar que o Internista seja mais um agente preferido apenas por gastar menos, do que por tratar melhor os doentes.

É preciso, a todo o custo, evitar as “guerras” entre Internistas e Clínicos Gerais, tal como acontece em Itália, e por outro lado reconhecer que os currícula das sub-especialidades e dos clínicos gerais deveriam ter o mesmo tronco comum que a Medicina Interna.

Depois há a formação ética e prática deontológica que há-de estar na base de uma relação médico-doente respeitosa, competente e zelosa.

À política da Saúde caberá desenvolver os mecanismos que conduzam a uma prática médica competente e empenhada, e em que os benefícios sejam máximos para os doentes e os mais económicos para o Estado o que não significa necessariamente que conduzam a orçamentos mais restritivos.

Há que continuar a reflectir nestes pontos com objectividade, realismo e celeridade.



Medicina Interna



REVISTA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA INTERNA