

## A Medicina Interna e o Futuro dos Cuidados de Saúde *Internal Medicine and the Future of Healthcare*

Luís Campos

Director do Serviço de Medicina  
Hospital de S. Francisco Xavier - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), Lisboa, Portugal

*No mundo vindouro, o mundo estará governado por sintetizadores, pessoas capazes de reunir a informação adequada no momento adequado, pensar de forma lógica sobre ela e tomar de maneira sábia importantes decisões.*

Edward Wilson<sup>1</sup>

A Medicina Interna é uma especialidade que responde à evolução das necessidades e expectativas dos doentes e se adequa aos principais desafios na prestação de cuidados de saúde e, como tal, deve ser preservada na sua identidade, protegida e incentivada pelos decisores na área da saúde.

Esta é a tese que vou defender ao longo deste artigo, começando por caracterizar os principais vectores da evolução dos cuidados de saúde nas vertentes das necessidades e expectativas dos cidadãos e da prestação dos cuidados de saúde, para depois justificar porque é que a Medicina Interna será cada vez mais importante no contexto evolutivo dos cuidados de saúde.

### Sobre a dificuldade em prever o futuro dos cuidados de saúde

Em primeiro lugar é preciso dizer que é cada vez mais difícil prever o futuro em qualquer campo da actividade humana, porque as mudanças são cada vez mais vertiginosas e porque a incerteza é a única característica certa desse futuro.

Creio mesmo que a minha geração assistiu e protagonizou as mais vertiginosas e extraordinárias mudanças de toda a história da humanidade das quais fomos, ao mesmo tempo, agentes e vítimas. Essas mudanças têm acontecido em todos os domínios: no domínio sociológico, as relações pais-filhos ou homem-mulher sofreram transformações radicais. No plano político, o Maio de 68 afirmou os estudantes e os artistas como agentes da revolução, o Abril de 74, em Portugal, permitiu a transição duma sociedade do medo e da censura para uma vivência democrática, depois, o 11 de Setembro de 2001 instalou o medo à escala global. Também as mudanças ambientais induziram a consciência de que este mundo que conhecemos assenta em frágeis equilíbrios que podem conhecer um ponto de ruptura rápido e inesperado. Finalmente as mudanças tecnológicas: como sobrevivíamos há 30 anos sem computador (o primeiro computador pessoal foi apresentado pela IBM em 1981), sem internet (o World Wide Web Project iniciou-se em 1991) e sem telemóvel (a introdução do telemóvel deu-se em 1992)?

A Medicina, e a saúde em particular, é, entre as actividades humanas, uma das mais sujeitas à vertigem da mudança, mudanças que acontecem de forma espantosa, quer na evolução das necessidades e expectativas dos doentes, quer na oferta de cuidados de saúde ou ainda na sua interface. É também das que estão mais ameaçadas por acontecimentos inesperados, como o aparecimento de uma pandemia à escala global.

Por outro lado é preciso ter em atenção que tipo de sistema é o sistema de saúde e como se comporta enquanto tal: o sistema de saúde é um sistema complexo adaptativo e, como tal, tem uma vasta área de complexidade e imprevisibilidade, ou seja, há coisas que funcionam num sítio e não funcionam noutra, que funcionam com umas pessoas e não funcionam com outras.<sup>2</sup>

A atitude mais adequada em relação a estes sistemas, não deve ser a do engenheiro que tenta regulamentar tudo, com a veleidade de que tudo pode prever, mas a do agricultor que lança as sementes, deixa as plantas crescer, vai podando os maus ramos e vai deixando os bons ramos, *mutatis mutandi*, inibindo as más práticas e estimulando as boas práticas. Promover a diversidade e uma avaliação constante é uma estratégia correcta neste tipo de sistema, tanto mais que, numa larga percentagem da nossa prática clínica, assim como nas mudanças organizacionais, não há evidência suficiente a que possamos recorrer.

### Como estão a evoluir as necessidades e expectativas dos cidadãos?

Em primeiro lugar, assiste-se a um rápido envelhecimento da população que é ainda mais acentuado em Portugal. Em Portugal, entre 1981, pouco depois do início do SNS, e 2011, a população idosa passou de 1,125 milhões para 2,023 milhões, e pensa-se que dentro de 30 anos possa ultrapassar os 3 milhões.<sup>3</sup>

Este fenómeno já está e vai ter consequências devastadoras, com a ocupação dos serviços de saúde por uma população predominantemente idosa, muitos com algum grau de incapacidade, com problemas sociais e com multimorbilidades. O impacto desta mudança já foi apelidado de *silver tsunami*. Em Portugal, no último Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005-2006, tínhamos mais de 5,2 milhões de pessoas afectadas com pelo menos uma doença crónica, mas cerca de 2,6 milhões sofria de duas ou mais doenças crónicas, havendo mesmo cerca de 3% da população que sofria de cinco ou mais doenças crónicas.<sup>4</sup> Estes números estão claramente subestimados na medida em que se trata de inquéritos populacionais. Os estudos epidemiológicos mostram que a prevalência real das doenças é, em muitos casos, pelo menos o dobro do que aparece no INS. Por outro lado, estes dados estão seguramente desactualizados, calculando-se que as doenças crónicas cresçam cerca de 1% ao ano na população em geral e 2,5% ao ano nos idosos. Em Portugal é particularmente preocupante o crescimento das doenças associadas a comportamentos de risco. A Diabetes, por exemplo, passou, apenas em quatro anos, de 11,7%



para 13% (2009-2013), na população entre os 20 e os 79 anos.<sup>5</sup> Outra consequência que não tem merecido a devida atenção é a irrupção de um grupo particular de doentes idosos, os mais frágeis de todos, muitos com algum grau de dependência, e que são os *high-users* do sistema e os que consomem mais recursos. Nos EUA 1% dos doentes representam 22% dos gastos em saúde e 5% dos doentes representam 50% desses gastos.<sup>6</sup> Em relação aos beneficiários da Medicare, 14%, os que têm seis ou mais doenças, representam 46% do orçamento global da Medicare.<sup>7</sup>

Em Portugal não se conhecem estes números mas um estudo recente que realizamos mostra que 5% dos doentes com maior número de dias de internamento nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (32.000/639.993) foi responsável, em 2012, por 30% do total de dias de internamento.<sup>8</sup>

Outro fenómeno importante é a hospitalização da morte. Em 1958, em Portugal, apenas 10% das pessoas morria por doença nos hospitais, presentemente isso acontece a 60% dos doentes.<sup>9,10</sup> Num estudo realizado em hospitais escoceses verificou-se que quase um terço dos doentes internados nos hospitais morre no ano subsequente.<sup>11</sup> São múltiplas as causas desta acelerada transposição do local de morte, de casa para o hospital, entre as quais se destacam o medo da morte, que se instalou na segunda metade do século XX, e a mitificação do poder da Medicina. Esta mudança não tem ocorrido com igual velocidade em todas as regiões, tendo sido mais rápida no sul do que no norte, mas prossegue inexorável em todo o país. Nos últimos anos assiste-se ao crescimento da percentagem de doentes que não morre em casa nem no hospital, mas em lares, residências ou em unidades de cuidados paliativos (10,4% em 2010).<sup>12</sup>

Outra tendência constante é o aumento do consumo de cuidados médicos. Como exemplo, entre 1980 e 2012, o número de consultas hospitalares passou de 2,7 para 16,7 milhões, o que representa cerca de seis vezes mais.<sup>3</sup>

O aumento das expectativas dos doentes em relação à capacidade da medicina modificar o curso natural das doenças é ainda outra característica desta evolução. Esta tendência traduz o impacto da introdução de muitas inovações que vieram trazer novas esperanças para doenças em que, até há pouco tempo, não tínhamos *armamentarium* eficaz, mas estas expectativas são, em geral, excessivas em relação à realidade da medicina actual, onde a incerteza e o fracasso recheia o nosso quotidiano. Para este fenómeno, muito contribuem as séries de televisão em ambiente hospitalar, que praticamente só mostram casos de sucesso, onde toda a agente tem diagnóstico, tem tratamento ou é reanimada. Daí sermos confrontados frequentemente com a frustração dos doentes e famílias, às vezes a um nível conflitual.

A deficiente utilização dos serviços de saúde tem sido, em Portugal, uma constante: excessivo recurso às urgências, em comparação com outros países, traduzido na percentagem de 40% de doentes não urgentes ou pouco urgentes, número não explicável apenas pela falta de alternativas; recurso directo às subespecialidades sem os doentes passarem primeiro pelo médico assistente, o que origina consumo excessivo de exames complementares, terapêuticas desnecessárias e atrasos de diagnóstico; pressão sobre os médicos para a prescrição de exames complementares, numa clara mitificação da sua relevância. Os doentes estão mais informados sobre as suas doenças e sobre os médicos que os tratam, sendo a internet o veículo privilegiado dessa informação. Os doentes assumem desta forma uma maior capacidade de gestão da sua saúde e das suas doenças e de participação na escolha de alternativas terapêuticas.

Existem, ainda, outros aspectos da procura que estão também a mu-

dar e são muito relevantes: cada vez mais existe uma preocupação com a predição e prevenção das doenças; o número de cidadãos com seguros de saúde tem crescido paulatinamente, o que tem feito aumentar a procura no sector privado; a aprovação da directiva sobre os cuidados de saúde transfronteiriços vai permitir maior mobilidade aos doentes e facilitar a procura de alternativas para cuidados médicos em países estrangeiros.

Finalmente o impacto da crise económica sobre a saúde dos portugueses: este é um aspecto difícil de quantificar, mas todos sabemos que uma população mais pobre tem menos saúde, ora tendo a população portuguesa empobrecido nos últimos anos, isso vai seguramente traduzir-se em agravamento dos indicadores de saúde, ou pelo menos, na atenuação das tendências de melhoria de alguns destes indicadores. A monitorização deste impacto não tem tido a atenção que deveria merecer.

## Quais as principais tendências na prestação de cuidados de saúde?

Uma determinante fundamental da prestação de cuidados é o crescimento exponencial do conhecimento: são realizados cerca de 10.000 ensaios controlados e aleatorizados por ano e são editados, anualmente, cerca de 3.000.000 de artigos médicos. Calcula-se que, em cada cinco anos, metade do conhecimento em Medicina seja modificado. Ou seja, grande parte do que ensinamos nas nossas faculdades estará obsoleto no momento em que estes conhecimentos vão ser aplicados na prática clínica.

Esta realidade, transversal a muitas áreas do conhecimento, tem várias consequências de relevância fundamental: em primeiro lugar, a tendência dos profissionais em restringir as áreas de conhecimento a que se dedicam, o que gera o crescimento da especialização e o aparecimento de superespecialistas que sabem quase tudo sobre quase nada. Este fenómeno é inexorável, e é mesmo desejável, para a abordagem de patologias mais raras ou para a realização de procedimentos em que haja uma relação entre volume e qualidade. No entanto, quanto mais esta tendência se acentuar mais necessidade haverá de sintetizadores, pessoas que tenham uma visão global sobre os problemas e façam a ponte entre os saberes,<sup>13</sup> porque os problemas são também cada vez mais transversais e multidisciplinares.<sup>14</sup>

Isto é particularmente verdade na medicina, onde temos a consciência que um doente não é uma soma de órgãos ou sistemas, mas um ser complexo onde tudo se relaciona e está interdependente. É ainda mais verdade em função da evolução dos doentes que tratamos: cada vez mais velhos, com associações de doenças crónicas e polimedicados, doentes que precisam de alguém que olhe para eles como um todo. Barbara Starfield, citava um doente numa urgência americana: “Estive em tantos médicos nos últimos meses, necessito de um médico para pôr tudo junto (...)”. Assim, quanto mais aumentar a hiperespecialização mais se tornarão necessárias as especialidades generalistas como a Medicina Interna.

O fenómeno da hiperespecialização, que se está a verificar de forma acelerada dentro das próprias especialidades médicas, está também a modificar o paradigma do exercício da medicina hospitalar, que passou a ser essencialmente um trabalho de equipa, única forma de permitir a diferenciação. Esta mudança de paradigma obriga ao aumento de escala dos hospitais para albergar estas equipas, e isso está acontecer de forma acelerada: em 1970 existiam 634 hospitais,<sup>15</sup> em 2007, antes da reforma das urgências, existiam 73 hospitais de agudos, dos quais 55% com menos de 200 camas, actualmente existem apenas 41 hospitais de agudos, dos quais ape-

nas três com menos de 200 camas. Esta evolução foi fortemente determinada pelo despacho 5414/2008, que definiu os pontos da rede das urgências, e permitiu acelerar uma mudança que era essencial. A concentração tem sido feita principalmente à custa da criação de centros hospitalares (actualmente 22), de unidades locais de saúde (ULS) (actualmente 10) e da mudança de missão dos hospitais mais pequenos que, em larga medida, têm sido integrados na rede de cuidados continuados integrados. Esta concentração, sem paralelo na Europa, atingiu um nível perto do ideal, embora se possa assistir ainda à fusão, num único hospital, de alguns destes centros hospitalares, se a recuperação económica permitir. Apesar de tudo persiste um número de camas hospitalares per capita inferior à média europeia, embora tenhamos também uma demora média superior à dos outros países europeus.<sup>16</sup>

Em relação ao número de camas de longo termo somos, no contexto europeu, um dos países com um ratio de camas per capita mais baixo. A criação, em 2006, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados permitiu começar a reduzir este atraso e, em 2012, tínhamos 5911 camas integradas nesta rede, continuando este número a aumentar. Este número continua, no entanto, muito insuficiente, pelo que é expectável o seu aumento significativo. No campo dos cuidados paliativos calcula-se que necessitamos em Portugal de cerca de 1000 camas, no entanto, em 2012, apenas existiam 193.<sup>17</sup>

As tecnologias têm conhecido um desenvolvimento fantástico: o primeiro TAC foi introduzido no SNS em 1982, o primeiro sistema informático de registo de doentes em 1983, a RMN em 1987 e o PET Scan, em 2001. Existe muita inovação no horizonte próximo no campo dos novos fármacos, equipamentos e técnicas e esse facto, que representa uma esperança para muitos doentes, constitui também uma ameaça para a sustentabilidade do sistema, porque a introdução das inovações tecnológicas são o principal *driver* do crescimento das despesas da saúde. No que concerne aos medicamentos inovadores, em Portugal, nos últimos cinco anos, a sua introdução no mercado duplicou e a despesa com estes medicamentos triplicou.

Os avanços no campo da genética, introduziram uma nova ambição na Medicina: a medicina personalizada, em que as terapêuticas poderão ser adaptadas a cada doente de acordo com um mapa individual de risco genético.

Além disso, assiste-se a uma diversificação de prestadores de saúde, possibilitada pela existência de mais de 2.500.000 habitantes com subsistemas ou com seguros de saúde,<sup>18</sup> com um acentuado crescimento da actividade e da capacidade instalada no sector privado da saúde.

Relativamente aos recursos humanos somos dos países europeus com mais baixo ratio de enfermeiros/médicos, embora sejamos dos países onde o número de enfermeiros tem crescido mais.<sup>16</sup> A quantidade de técnicos de diagnóstico e terapêutica que tem saído das escolas tem induzido um *trend* na execução de técnicas, anteriormente na exclusividade dos médicos. A principal ameaça no futuro próximo centra-se na redução do número de médicos por reforma, que vai afectar principalmente as especialidades mais envelhecidas, muito em particular a Medicina Geral e Familiar, onde, em 2007, 71% dos clínicos tinha mais de 50 anos.<sup>19</sup> Esta abrupta redução tem a ver com a introdução do *numerus clausus* nas faculdades em 1986, situação que só começou a ser corrigida em 2000. Esta escassez prolongada de alunos de Medicina terá contribuído para situação actual de 1,3 milhões de cidadãos sem médico de família e este número tende a agravar-se. No entanto, depois de passar esta crise, o crescimento do número de faculdades de Me-

dicina e o número de estudantes em formação no estrangeiro vão originar um excesso de médicos em Portugal e conseqüentemente o aparecimento do desemprego nesta classe e a sua progressiva proletarização. O mercado de trabalho vai ser mais competitivo e a criação de mais-valias no portefólio profissional vai ser importante para a aquisição de vantagens competitivas. A impossibilidade de dar especialidade a todos os médicos licenciados vai induzir a emergência de uma classe de médicos desqualificados que irão provavelmente ocupar lugares nas urgências, no sistema de emergência pré-hospitalar, nos cuidados primários, nos cuidados continuados, em clínicas *walk-in*, serviços domiciliários, disputarão lugares para delegados de informação médica ou terão que procurar outras ocupações fora da saúde.

No que respeita à organização dos cuidados de saúde temos um sistema relativamente esquizofrénico: ou temos unidades com uma integração total de cuidados primários e secundários, as chamadas ULS, ou temos uma separação completa entre cuidados primários e hospitais. A criação das ULS é uma experiência inovadora à escala internacional, já com cerca de 15 anos, porque além da integração de cuidados foi implementada uma forma mista de financiamento, no entanto a verdade é que nunca foi realizada uma avaliação rigorosa do impacte desta experiência. Seria interessante saber se indicadores, em que era expectável alguma melhoria, como a taxa de referenciação, a continuidade de cuidados, os *outcomes* das doenças crónicas ou a redução do afluxo às urgências ou dos dias de internamento, tiveram de facto essa melhoria. Pior que isso é o facto de alguns indicadores conhecidos, como os incluídos no recente relatório da IASIST, mostrarem sinais de pior desempenho.<sup>20</sup> No entanto já vamos em oito ULS. A conclusão é que não basta fundir organizações para integrar cuidados e eu acrescentaria que não é o facto das organizações estarem separadas que impede a integração de cuidados. Se falarmos das unidades de cuidados integrados a situação é ainda mais grave, porque estas unidades não pertencem sequer ao Serviço Nacional de Saúde. A integração de cuidados é um dos maiores desafios para o futuro do sistema de saúde.

Uma experiência relevante e original em termos internacionais é a experiência de gestão privada de hospitais públicos, que representam a extensão à saúde das chamadas Parcerias Público-Privadas (PPP), numa lógica de transferência de risco. Estas parcerias só foram ensaiadas no âmbito da construção hospitalar ou em dimensão muito regional, como é o caso do Hospital de La Ribera, em Espanha. Estes hospitais têm introduzido algumas inovações organizacionais que será interessante seguir, assim como o seu desempenho comparativo com os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A dificuldade que o Estado tem em acompanhar estas experiências deverá inibir o aparecimento de mais hospitais em PPP.

Em qualquer dos ambientes o sistema continua fragmentado e os doentes crónicos continuam a ser tratados de forma episódica, reactiva, nas fases agudas, através das urgências. Esta fragmentação tem outras expressões como a verticalização dos programas nacionais dirigidos a doenças específicas, a persistência de uma organização em silos em muitos hospitais e o modelo de organização que alguns centros hospitalares adoptaram, repartindo os serviços pelos vários hospitais, o que obriga os doentes a deslocarem-se de hospital em hospital, às vezes de cidade em cidade, para obterem cuidados hospitalares. A criação e implementação de um modelo de resposta global aos doentes crónicos é também um dos maiores desafios do futuro na prestação de cuidados de saúde.

A ausência de avaliação, que referi em relação às ULS, é um defeito endémico do nosso sistema de saúde. Nós não somos parcos em reformas mas somos avessos a realizar avaliações e uma monitorização rigorosa do seu impacte, preferindo, muitas vezes, a fuga para frente baseada em sensações e sentimentos. Somos um país de achadores como diz o Dr Medina Carreira. No futuro, o risco e o desperdício que esta forma de tomar decisões representa vai ter que dar lugar à tomada de decisões baseadas na evidência resultante da avaliação das mudanças que implementamos, tanto quanto isso seja possível. O que dissemos em relação à avaliação aplica-se também ao planeamento, que assume uma dimensão residual no organigrama do SNS, numa clara subvalorização da sua enorme importância.

Apesar do que foi dito é unânime a assumpção de que a criação do SNS foi das realizações mais conseguidas do regime democrático, muito mais do que outros dois sectores importantes da administração pública, como sejam a educação e a justiça. Em relação à qualidade dos cuidados prestados, o sistema de saúde português tem tido, numa forma genérica, bons resultados, traduzido em melhoria de indicadores como o aumento da esperança de vida, a redução da mortalidade infantil, dos anos de vida potencial perdidos, da percentagem de recém-nascidos de baixo peso, da mortalidade por acidente vascular cerebral ou por enfarte agudo do miocárdio e ainda na reduzida taxa de admissão hospitalar por DPOC, asma ou diabetes.<sup>16</sup>

No entanto, existem outros sectores onde o nosso desempenho tem sido pobre e abaixo da média dos outros países europeus, como seja o número de anos de vida saudável em relação com a esperança de vida, a percentagem da população com algum grau de incapacidade, a taxa de doentes com SIDA ou HIV, a prevalência da diabetes, a exagerada prescrição de tomografias computadorizadas, o consumo de antidepressivos e de antibióticos e a taxa de alcoolismo.<sup>16</sup> Importará também monitorizar com atenção as consequências no campo da saúde da crise económica.

Existe uma área particularmente preocupante que é a variabilidade geográfica ou inter-unidades no acesso a cuidados de saúde com semelhante nível de qualidade.<sup>21</sup> Apesar de termos muitas fontes de dados, como os Grupos de Diagnóstico Homogêneo, as prescrições informatizadas, a Consulta a Tempo e Horas, o sistema de gestão das listas de espera, o SINAS, os indicadores recolhidos pela IASIST ou os que integram a contratualização, os registos de doenças das sociedades científicas, a verdade é que se continuam a publicar rankings com os melhores serviços e hospitais mas ninguém olha para os piores nem existe uma estratégia para melhorar o seu desempenho. No entanto isto significa um grave atentado à equidade no acesso a cuidados de saúde com qualidade e, no futuro, ou se olha para esta variabilidade ou ela vai estalar com estrondo, desencadeando medidas reactivas, precipitadas, piores e mais custosas.

No que respeita às despesas em saúde, somos dos países com uma maior carga privada, o que se chama dinheiro *out of pocket*, e, depois de a despesa per capita em saúde ter crescido em média 2,2% ao ano, entre 2002 e 2009, essa despesa desceu anualmente 3,3% entre 2009 e 2012. Essa descida foi particularmente impressionante nos medicamentos, em que a redução anual foi em média de 6,1%. Em 2012, as despesas em saúde representavam 9,5% do PIB, quando já anteriormente tínhamos ultrapassado os 10%. Esta decida das despesas em saúde tem a ver com a crise económica que se instalou em Portugal e que, necessariamente, vai afectar os níveis de saúde da população, obrigando-nos também a repensar prioridades e objectivos num ambiente de escassez de recursos.<sup>16</sup>

## A Medicina Interna adequa-se ao futuro dos cuidados de saúde

Porque é que a Medicina Interna se adequa à evolução das necessidades e expectativas das pessoas e da prestação de cuidados de saúde?

A resposta a esta questão ancora-se precisamente na análise precedente desta evolução e pode sintetizar-se em alguns pontos:

Os internistas são sintetizadores e, como vimos, a hiperespecialização da Medicina e a complexidade crescente dos doentes que vamos tratar valorizará cada vez mais esta capacidade de olhar os doentes como um todo e de coordenar a intervenção de outras especialidades ou profissões de saúde na marcha diagnóstica e no processo terapêutico. Também a capacidade de fazer a ponte com outras áreas do conhecimento como a ética, a gestão, a qualidade, a epidemiologia, os sistemas de informação, a medicina baseada na evidência, as normas de orientação clínicas, a sociologia, o *design* hospitalar, a andragogia, a comunicação ou os processos de decisão colocam os internistas em posição para serem parceiros preferenciais ou mesmo líderes nestas áreas.

A Medicina Interna está particularmente vocacionada para dar resposta a este tsunami que invade os hospitais e o sistema de saúde, que são os doentes idosos, frágeis, com multipatologias, polimedicados, com necessidade de apoio médico, mas também de enfermagem, reabilitação, dietético, farmacêutico, psicológico e social, e que são já os grandes consumidores de recursos na saúde. Esta resposta passa pelos serviços de Medicina, onde mais de 75% dos doentes internados tem mais de 65 anos e uma média de nove diagnósticos à saída, mas também por sistemas de co-gestão com os outros serviços hospitalares, particularmente os serviços cirúrgicos, que transformem a forma reactiva como os internistas intervêm, geralmente episódica, através da urgência interna, quando os doentes descompensam ou têm complicações, numa assistência proactiva, contínua, programada, desde o início até ao fim do internamento. Estes sistemas de co-gestão têm demonstrado, melhoria significativa dos resultados.<sup>22</sup>

A Medicina Interna está disponível para assumir os doentes médicos agudos em modelos departamentais que acabem com a divisão em silos dos hospitais e garantam aos doentes um médico assistente no hospital, com recurso às subespecialidades de forma eficiente, em alternativa ao doente assistir ao desfilhar de subespecialistas que vêm tratar da afecção de um dos seus órgãos ou de um dos seus sistemas. Nos EUA foi identificado o erro que representava o desaparecimento dos médicos generalistas nos hospitais e esse erro está a ser corrigido de forma acelerada, com o crescimento dos médicos hospitalistas, que têm um perfil coincidente com os internistas portugueses, e que passaram de cerca de 1000 no meio dos anos 90 para mais de 40.000 em 2013.<sup>23</sup> A Medicina Interna está também vocacionada para as doenças sistémicas. Todos sabemos, por exemplo, as múltiplas formas de apresentação do lupus ou o pleiomorfismo das suas complicações. Todos sabemos que o prognóstico do acidente vascular cerebral depende principalmente do controle das comorbilidades e do tratamento das complicações.

O internista é o médico dos diagnósticos difíceis. Que subespecialidade está preparada para planear a marcha diagnóstica de um doente com um síndrome febril indeterminado? Ou com anorexia e perda de peso? Ou adenopatias no mediastino? Numa altura em que os erros de diagnóstico emergiram como os erros que originam mais processos em tribunais e determinam as maiores indemnizações a capacidade de diagnóstico volta a ser valorizada.<sup>24</sup> Além do mais sabemos que algumas doenças são apenas diagnosticadas pela clínica e os testes

diagnósticos apresentam muitas limitações em termos de sensibilidade e especificidade.

A Medicina Interna está capacitada para tratar as doenças crónicas e liderar uma resposta integrada a estes doentes, que realize uma estratificação pelo risco, avalie as suas necessidades e, no seio de uma equipa multidisciplinar, de acordo com trajectos clínicos, planeie uma resposta adequada para cada caso e garanta a cada um a melhor qualidade de cuidados. Esta equipa deve fazer a ponte entre o hospital e o ambulatório, de forma a garantir a continuidade dos cuidados a estes doentes e a sua monitorização fora do hospital. Em 2006 propôs um modelo global de resposta ao doente crónico que engloba estes componentes.<sup>25</sup> Os internistas são os médicos mais adequados para assumir os doentes idosos com multimorbidades, porque estes doentes são muito complexos, exigem experiência nas suas fases estáveis e nas fases críticas e já são de facto tratados pela Medicina Interna.

A Medicina Interna é essencial nos serviços de urgência, onde a substituição dos internistas por internos, médicos indiferenciados ou mesmo médicos contratados às empresas, que caem nos bancos “de paraquedas”, a que as equipas fixas recorrem, tem diminuído a capacidade de decisão na área de maior risco na urgência e aquela em que a experiência e competência dos médicos pode acelerar mais os fluxos e diminuir o erro. A inimaginável variedade de situações médicas que entram pela porta do serviço de urgência, o amplo espectro de gravidade com que se apresentam, o risco e a responsabilidade das decisões que se têm que tomar nesta área de cuidados exigem a experiência e a formação dos internistas. Não se pense que os emergencistas poderão substituir os internistas. Não é possível condenar médicos a ficarem até ao fim da sua vida profissional, sem possibilidade de saírem, num ambiente de elevado *burnout* e acelerado desgaste físico e emocional. Quanto mais especialidades se criarem mais fragmentado e menos flexível se tornará um hospital. É possível ter e ser reconhecida uma competência específica sem a formalização de uma especialista formal. É possível e desejável que isto aconteça no seio da própria Medicina Interna.

Os internistas asseguram os cuidados intensivos dos hospitais. Cuidados intensivos, cuidados intermédios, unidades de cuidados especiais, hospitais de dia, enfermarias, urgências e consultas, são espaços diferentes de abordagem dos doentes onde os internistas trabalham, onde estão doentes em fases diferentes das mesmas doenças, que representam cargas de trabalho, intensidade de monitorização e técnicas diferentes. Para adquirirem competências nessas áreas os internistas realizam formação adicional.

A Medicina Interna está preparada para garantir o direito a cuidados paliativos aos nossos doentes. Na realidade, cuidados paliativos é o que prestamos a uma percentagem significativa dos nossos doentes na fase terminal das suas doenças neoplásicas, neuro-degenerativas, cerebrovasculares, cardíacas, respiratórias, hepáticas, renais, das demências, do Alzheimer e da SIDA. Estes doentes não sofrem apenas de dor, têm dispneia, anorexia, náuseas, vômitos, obstipação, confusão, depressão, delírio e outros sintomas de difícil controle que exigem medidas e fármacos de difícil manejo. Louva-se a obrigatoriedade de os hospitais terem equipas ou unidades de cuidados paliativos, já que estes doentes têm que ser tratados por quem tem experiência nesta área, mas já há muitos internistas com esta experiência ou a desenvolvê-la e a Medicina Interna é a especialidade que fornece a melhor preparação para esta diferenciação.

A Medicina Interna é também a especialidade adequada para cuidar dos doentes em cuidados continuados, já que estes doentes são prin-

cipalmente os doentes que nós referenciamos dos nossos serviços de Medicina e que, embora numa fase mais estável, continuam a ser doentes complexos de manejar com equilíbrios instáveis.

A Medicina Interna está comprometida com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Como vimos, apesar dos bons resultados em vários indicadores subsistemas áreas em que temos resultados deficientes. A boa qualidade dos cuidados reduz a despesa na saúde e a má qualidade, geralmente, sai muito cara. Um exemplo disso é a taxa de infecção hospitalar, que é das piores da Europa: se conseguíssemos reduzir a taxa de infeções adquiridas no hospital de 9,8% para 5%, isso permitiria reduzir a mortalidade e poupar anualmente 282 milhões de euros. A Medicina Interna está também empenhada na diminuição da variabilidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade, porque a persistência desta variabilidade na dimensão em que existe é uma atentado contra um dos direitos fundamentais dos cidadãos e uma das dimensões da qualidade que é o direito à equidade.

A Medicina Interna está empenhada na investigação biomédica, porque isso é uma forma de produzir conhecimento, ganhar prestígio e trazer dinheiro para as instituições.

Os serviços de Medicina são fundamentais para a formação pré e pós graduada. Como é possível ensinar os alunos ou os internos a fazerem histórias clínicas, o exame objectivo completo, o raciocínio diagnóstico, a planificação do estudo das hipóteses diagnósticas em serviços dedicados a um simples órgão ou sistema?

A Medicina Interna é uma especialidade flexível. Esta flexibilidade é testada anualmente na capacidade de dar resposta à variação sazonal do número de doentes internados através da urgência, acontecendo que, no Inverno, os serviços de Medicina chegam a ter tantos doentes internados no serviço como fora do serviço. Esta flexibilidade foi também posta à prova na recente epidemia de Legionella, em que os internistas tiveram que responder, e fizeram-no com extraordinária eficácia, ao aumento abrupto de doentes na urgência e depois nos serviços de Medicina.

A Medicina Interna é multipotencial, desenvolvendo capacidades de acordo com as necessidades dos doentes e dos contextos onde os internistas estão integrados. Esta matriz de base alargada, já foi comparada à da célula mãe da medula. Esta diversidade na expressão fenotípica da Medicina Interna manifesta-se em deferentes áreas como o AVC, a insuficiência cardíaca, as doenças autoimunes, os cuidados intermédios, os hospitais de dia, as unidades de cuidados paliativos, de cuidados continuados, além das áreas tradicionais da urgência e cuidados intensivos. É frequente um serviço de Medicina assegurar consultas diferenciadas para os doentes com AVC, autoimunidade, obesidade, diabetes, insuficiência cardíaca, HIV, hepatologia, patologia médica da grávida, doenças metabólicas, cuidados paliativos, hipertensão, doenças metabólicas e risco cardiovascular, entre outras. Esta flexibilidade é das qualidades mais apreciadas no actual mercado de trabalho, em todos os sectores de actividade. A Medicina Interna está comprometida com o desenvolvimento destas competências no seu seio e, enquanto equipa, a garantir uma resposta global aos nossos doentes, acomodando diferentes tipos de perfis, que poderão ir de um perfil generalista puro, passando por um perfil principalmente generalista com o desenvolvimento de uma área de diferenciação e com internistas que se dedicam quase em exclusivo a uma determinada área.

A Medicina Interna é uma especialidade eficiente, porque a história clínica e o exame objectivo são as nossas principais ferramentas, permitindo-nos realizar 75% dos diagnósticos, e porque os exames complementares são prescritos de forma racional e sequencial de acordo

com um raciocínio de diagnóstico diferencial. Existe um aforismo americano que diz: escolhe o especialista e escolherás a doença, ou seja, o recurso directo a uma subespecialidade é potencialmente mais geradora de exames muitas vezes desnecessários, e de atrasos no diagnóstico.<sup>26</sup> Existe muita literatura a confirmar este impacte na eficiência dos cuidados prestados.<sup>27</sup>

Por tudo o que aqui já foi dito, a Medicina Interna é uma especialidade de futuro, no entanto, a sua exigência em termos físicos e emocionais e o reduzido retorno financeiro que tem, em comparação com outras especialidades, torna a especialidade pouco atractiva para os jovens licenciados e tem afastado alguns dos melhores internos. Este facto deve obrigar os decisores a desenvolverem alguma forma de discriminação positiva. Da mesma forma a Medicina interna é sistematicamente alvo de ataques de subespecialidades que se pretendem arvorar em donas de patologias ou obter o exclusivo de tratamentos, ignorando que é da colaboração entre as especialidades generalistas e as subespecialidades que se obtêm os melhores resultados.<sup>37</sup> O futuro da saúde e os doentes do futuro precisam da Medicina Interna, mas os internistas estão demasiado ocupados a tratar doentes e desguarnecem as suas defesas, por isso os responsáveis pelas instituições, os decisores da saúde e os legisladores devem continuar a apostar na Medicina Interna, como o têm feito, e preservar na íntegra todas as nossas capacidades para tratarmos os nossos doentes. Os internistas, pelo seu lado, tudo farão para continuar a desenvolver as capacidades e competências para tratar os nossos doentes com qualidade, dedicação e humanidade.

Nós somos muitos, amanhã seremos mais, mas todos não seremos demais... ■

**Conflitos de Interesse:** O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

**Fontes de Financiamento:** Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

**Apresentações e Prémios:** Artigo baseado na conferência apresentada na sessão de inauguração da nova sede da SPMI e do Centro de Formação.

**Correspondência:** [luisbarretocampos@gmail.com](mailto:luisbarretocampos@gmail.com)

**Recebido:** 15/02/2015

**Aceite:** 15/03/2015

## Bibliografia

- Wilson EO. Consilience: The unity of knowledge. New York: Alfred A. Knopf, Inc;1998
- Stacey RD. Strategic management and organizational dynamics. London: Pitman Publishing;1996.
- INE. Destaque de 28 de Março de 2014: Projecções de população residente 2012-2060. [consultado 9 Março 2014] Disponível em <http://www.ine.pt>.
- Machado A, Nicolau R, Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge,IP;2009.
- Observatório Nacional da Diabetes. Relatório Anual do Observatório Nacional para a Diabetes. Lisboa:DGS;2014.
- Blumenthal D. Performance improvement in health care — seizing the moment. N Engl J Med 2012;366: 21.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. Chronic Conditions among Medicare Beneficiaries, Chartbook. Baltimore:CMMS;2012.
- Campos L, Lopes S, Pereira P, Gouveia C, Santos M, Costa C et al. Caracterização dos Utilizadores Frequentes do Internamento nos Hospitais do SNS em 2012. Medicina Interna 2014; Livro de resumos do 20º Congresso Nacional de Medicina Interna 2014. Edição especial (21):367
- Campos L, Coelho J. A hospitalização da morte em Portugal entre 1958 e 2000. Med Int 2001. Livro de Resumos do 7º Congresso Nacional de Medicina Interna.
- Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson J. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: A systematic review. BMC Palliative Care 2013; 12:7.
- Clark D, Armstrong M, Allan A, Graham F, Carnon A, Isles C. Imminence of death among hospital inpatients: Prevalent cohort study. Palliat Med 2014;28:474-479
- Wilson EO. Consilience:The unity of knowledge. New York: Alfred A. Knopf, Inc;1998
- Morin E. Relier les connaissances. Le défi du XXIe siècle. Paris: Éditions du Seuil;1999.
- Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde. O hospital português. Lisboa:DGS;1998.
- OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing. consultado 9 Março 2015] Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en).
- RNCCI. Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Relatório Final. Março de 2013.
- Campos L. O conceito e a necessidade da Governação In: Campos L, Portugal R, Borges M, editores. A governação dos hospitais. Lisboa: Ed. Casa das Letras; 2009.
- Santana P, Vaz A. Planeamento e gestão de recursos humanos In: Campos L, Borges M, Portugal R, editores. Governação dos Hospitais. Lisboa: Casa das Letras;2009.
- IASIST, Portugal Top 5 2014: A excelência dos hospitais. Lisboa: IA-SIST;2014
- Mateus C, Joaquim I, Nunes C, Boto P, Campos L. Portugal: Geographic variations in healthcare In: OECD Health Policy Studies. Geographic variations in healthcare. What we know and what can be done to improve health system performance. Paris: OECD Publishing;2014.
- Huddleston JM, Long KH, Naessens JM, Vanness D, Larson D, Trousdale R, et al. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: A randomized, controlled trial. Ann Intern Med. 2004;141:28-38.
- Kerr K. Hospitalists play rising role in health care. [consultado 15 Março 2015] Disponível em <http://www.newsday.com/news/health/hospitalists-play-rising-role-in-health-care-1.5022035>
- CRICO. High Risk Areas. [acedido 15 Março 2015] Disponível em <http://www.rfm.harvard.edu/cClinician-Resources>
- Campos L. Porquê o I Forum Nacional sobre o doente crónico? Gestão Hospitalar. 2006. 28-33
- Center for the Evaluative Clinical Sciences. Supply-Sensitive Care 2007. [acedido 14 Dezembro 2014] Disponível em <http://www.darmouthatlas.org>
- White HL, Glazier RH. Do hospitalist physicians improve the quality of inpatient care delivery? A systematic review of process, efficiency and outcome measures. BMC Med. 2011. 9:58
- Ahmed A, Allman RM, Kiefe CI, Person SD, Shaneyfelt TM, Sims RV, et al. Association of consultation between generalists and cardiologists with quality and outcomes of heart failure care. Am Heart J. 2003;145:1086-93