

# REFLEXÕES ACERCA DO CURRÍCULO EM MEDICINA INTERNA

A.J. BARROS VELOSO

Serviço 1 de Medicina. Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa

## RESUMO

O A. aborda o problema da carreira de Medicina Interna na perspectiva da formação teórica e prática e dos estágios obrigatórios e facultativos. Lembra que, para além do Internista clássico, há que admitir a existência de internistas/intensivistas e internistas com vocação para uma especialidade médica. São abordadas as relações da medicina interna com as sub-especialidades médicas por um lado, e com a Clínica Geral por outro, defendendo-se a criação de um *tronco-comum* de 2 anos tanto para sub-especialistas como para generalistas.

## SUMMARY

### Contemplation of the curriculum for internal medicine

The author approaches the problem of post-graduate training in Internal Medicine. He points out that apart from the classic internist, one must consider the internist working in intensive care units or with special vocation in medical sub-specialities. He also approaches the relationship between internal Medicine and medical sub-specialities as well as general practice, proposing a *common trunk* of two years for these branches of medical practice.

## INTRODUÇÃO

A palavra *curriculo* é habitualmente usada com dois significados que, embora diferentes, estão claramente interligados.

No sentido mais vulgar, *curriculo* refere-se ao documento em que cada um descreve, de forma condensada, as actividades desenvolvidas na sua área profissional — quer na fase de formação quer na fase do exercício autónomo — e cuja apreciação permite avaliar não só competências adquiridas como também qualidades pessoais.

Em Portugal a avaliação do curriculo esteve durante muito tempo ausente das provas de acesso aos diversos graus da carreira hospitalar. Concretamente nos HCL, cuja carreira serviu de paradigma às restantes carreiras, era tradição valorizar apenas as provas práticas e teóricas: na avaliação curricular do candidato só pesavam as classificações obtidas em concursos anteriores.

Em 1970 os concursos para chefe de serviço (nessa altura chamados assistentes hospitalares) incluíram pela primeira vez uma prova curricular a qual, devido talvez ao peso da tradição e à inexperiência dos candidatos, teve pouca importância nas classificações finais. Desde então assistiu-se a uma inversão da filosofia dos concursos: as provas práticas e teóricas passaram a ocupar um espaço cada vez mais reduzido nos sucessivos diplomas das carreiras, em

favor da prova curricular que se tornou a pedra de toque de todo o sistema de avaliação.

Não é altura de apreciar os méritos ou deméritos desta viragem de cento e oitenta graus. O que é importante é assinalar que os médicos que agora concorrem aos diversos graus da carreira hospitalar, são colocados perante questões novas que dizem respeito à *construção* do curriculo e aos aspectos que se relacionam com a sua forma e o seu conteúdo. Estes problemas são particularmente complicados para os profissionais da área da Medicina Interna cujo curriculo quase não inclui aprendizagem e execução de técnicas as quais, noutras especialidades, têm um peso maior e tornam mais fácil quantificar e objectivar as respectivas capacidades.

Mas a palavra *curriculo* pode ter um outro significado e é desse que nos vamos ocupar em pormenor.

*Curriculo* pode então definir-se, como um programa que impõe uma acção formativa, capaz de conferir um certo grau de competências e de capacidades para a execução de tarefas específicas. Neste sentido o curriculo corresponde àquilo a que chamamos *carreiras* e aponta para objectivos concretos, a saber, a formação de profissionais com características bem definidas.

São esses objectivos que irão determinar os conhecimentos teóricos mínimos, a duração e os locais de formação, o grau de qualificação e responsabilização dos tutores, a

participação dos formandos no processo de aprendizagem e os sistemas de avaliação.

Dito isto é fácil concluir que, no planeamento do currículo do internista, é necessário antes de mais nada definir o tipo de profissional que se pretende como produto final. Há pois que saber: O que é um internista? Que tarefas deve desempenhar? Que papel lhe pertence no conjunto das especialidades médicas? Existe hoje um único tipo de internista ou vários?

As respostas a estas questões são complicadas face às conhecidas dificuldades que se levantam quando alguém pretende definir Medicina Interna, e que aumentam ainda mais face às permanentes transformações que tem sofrido o exercício da medicina clínica.

De uma forma simplificada podemos dizer que o internista é o Especialista das doenças médicas do adolescente e do adulto, tal como o pediatra é o especialista das doenças médicas da criança.

Se isto é verdade não é, contudo, suficiente na medida em que esta definição se presta a estabelecer confusões com a área da clínica geral.

Ora, o que de facto distingue o internista, é um tipo de preparação que faz dele, antes de mais nada, um técnico do diagnóstico (*diagnosticador* será talvez a melhor tradução para a palavra anglo-saxónica *diagnostian*), capaz de abordar uma vasta gama de situações, particularmente aquelas que se apresentam sob formas clínicas complexas, que envolvem vários órgãos e sistemas ou em cuja evolução surgem problemas inesperados e atípicos.

Este amplo conjunto de competências exige um perfeito domínio da semiologia clínica, conhecimentos sólidos nas disciplinas básicas como a bioquímica, a fisiopatologia, a anatomia patológica e a farmacologia clínica, capacidade de avaliação crítica dos exames complementares de diagnóstico, e conhecimentos básicos em áreas afins da Medicina Interna como a neurologia e a dermatologia. É por isso que o internista, para além das suas actividades habituais, terá, entre outras coisas, que assistir à autópsias, particularmente dos casos mais complexos; aprender a realizar e a interpretar exames neurológicos de forma a poder identificar a localização das lesões e a sua etiologia provável; contactar com frequência os departamentos laboratoriais e de imagiologia para conhecer bem as possibilidades e as limitações das técnicas e poder elaborar juízos críticos em relação a elas. Em suma, o internista terá que estar preparado para reunir e articular todos os dados disponíveis, a fim de realizar uma avaliação global e coerente de cada caso clínico.

Mas não só: hoje exige-se também que o internista esteja minimamente informado em áreas com a bio-ética, a economia da saúde e os métodos de avaliação da qualidade; deve ter conhecimentos sobre a análise de decisão médica, a bio-estatística e a epidemiologia; tem que saber organizar publicações científicas e pesquisas bibliográficas exaustivas.

Dir-se-á que são exigências a mais, mas a verdade é que não há outra solução: ou se é internista autêntico ou apenas imitação. Este é aliás, um problema nuclear que explica porque é que a palavra *excelente* aparece em várias definições de internista, numa clara demonstração de que a qualidade constitui um atributo indispensável.

Este perfil que acabámos de definir aplica-se, como é óbvio, ao internista clássico cujas funções se exercem tradicionalmente num serviço de hospital central ou distrital ou, melhor ainda, num departamento de Medicina Interna. Aí, para além das tarefas assistenciais, pertencem-lhe outras igualmente importantes na área do ensino pré e pós-graduado. De facto o ensino da clínica não pode ser feito com simples colagens de estágios em várias especialidades médicas: exige uma abordagem global que tem uma função formadora insubstituível. Este internista hospitalar possui igualmente os atributos essenciais para a chefia técnica e coordenação dos serviços de urgência, graças à sua capacidade de abordar um vasto leque de situações, muitas vezes graves, que exigem esclarecimento rápido e actuação expedita. A experiência do Serviço de Urgência do Hospital de Santo António dos Capuchos constituiu neste aspecto, um caso exemplar: depois de algumas hesitações, a chefia das equipas acabou por ser entregue a internistas, facto que contribuiu em grande parte para o bom funcionamento do Serviço.

Não queremos terminar este ponto sem uma referência aos estágios obrigatórios ou facultativos que devem ser cumpridos no decurso do internato de Medicina Interna. Compreender-se-á, pelo que foi dito, não ter sentido fazer estágios em disciplinas como a anatomia-patológica e a imagiologia. Os hospitais a quem é creditada idoneidade para formar internistas deve funcionar com contactos e trocas de informações permanentes com estes departamentos que permitirão ao internista uma formação básica, e sobretudo crítica, naquelas áreas. Em segundo lugar parece-nos indiscutível que o estágio em unidades de cuidados intensivos deverá ser obrigatório. Já no que diz respeito a outras sub-especialidades médicas e a disciplinas como a neurologia e a dermatologia, a escolha não deve ser deixada ao arbítrio dos internos, mas deverá ser planeada de acordo com as características de cada hospital. Tal como já foi dito atrás para a anatomia-patológica e a imagiologia, também os contactos com os serviços de sub-especialidades médicas existentes no mesmo hospital deverão por si só garantir uma formação básica que dispensará estágios suplementares nessas áreas. Os estágios ficarão assim reservados para sub-especialidades médicas com as quais, devido à estrutura hospitalar, não é possível contactos habituais.

Um dos aspectos mais sensíveis relacionados com a Medicina Interna têm a ver com a sua relação com as sub-especialidades médicas que surgiram a partir da segunda metade deste século, devido ao rápido alargamento dos conhecimentos teóricos e à introdução de novas técnicas. Mais adiante abordaremos em pormenor este problema e diremos o que pensamos sobre os currículos destas sub-especialidades. Por agora vale a pena registar que a separação das sub-especialidades médicas nos HCL, liderada por alguns ilustres internistas, redundou num divórcio paradoxal e inexplicável com a Medicina Interna. Julgamos que a situação criada, não trouxe benefícios à qualidade da nossa medicina.

O intensivismo constitui um caso especial no conjunto das sub-especialidades saídas da Medicina Interna. Como é sabido, numa fase inicial os internistas mantiveram-se distanciados em relação aos cuidados intensivos em virtude, talvez, de certos preconceitos elitistas. Por esta razão ou por outras, a verdade é que deixaram vazio um espaço

que os anestesistas, treinados nas técnicas de reanimação e na utilização das drogas anestésicas, ocuparam com relativa facilidade. Esta situação iria, posteriormente, sofrer uma modificação que era, aliás, previsível. Face ao tipo de preparação clínica e à vasta casuística para a qual estão preparados, os internistas teriam, mais cedo ou mais tarde, de vir a ocupar lugares-chave nas equipas pluridisciplinares das unidades de cuidados intensivos. Isso aconteceu em vários hospitais de uma forma espontânea e natural, em consequência das exigências que a própria prática viria a impôr.

Não é pois de estranhar que, no decurso dos últimos internatos hospitalares, tenham surgido alguns internistas com vocação para o intensivismo. Eles constituem a nosso ver, um novo tipo de internista, nascido das transformações tecnológicas da medicina e cuja presença nas unidades de cuidados intensivos se tornou não só inevitável como imprescindível. Ahamos contudo que não se deve caminhar para o intensivista exclusivo, mas sim para o internista/intensivista. A ligação ao serviço de Medicina Interna de origem, pelo qual deve fazer reciclagens periódicas (talvez de 2 em 2 anos), poderá ter um papel moderador e temperar o excessivo intervencionismo que inevitavelmente nascerá neste tipo de profissional, além de poder ter uma influência de sentido contrário no contacto com os internistas clássicos, que por vezes mantêm uma atitude clínica mais conservadora.

Recentemente surgiu uma nova figura: o internista com vocação para uma sub-especialidade médica. Este protótipo, que já existia na prática, foi oficializado recentemente através de concursos institucionais que prevêem o preenchimento de vagas que se destinam explicitamente a *internistas com perfil*.

Trata-se de uma solução com aspectos delicados e que deu origem a alguma polémica mas que, ao mesmo tempo, contém virtualidades que não devem ser ignoradas pelo que merece que lhes dediquemos algumas linhas de reflexão.

Começemos pelas virtualidades.

A criação da figura do *internista com perfil* pode contribuir para o pleno aproveitamento e realização profissional de internistas que, a partir de uma fase avançada da sua carreira, acompanham a diversificação dos serviços onde trabalham e passam a a garantir o funcionamento de áreas sub-especializadas. Transformam-se assim em elementos-chave das unidades aonde exercem a sua actividade e não faria qualquer sentido que, em nome de uma rígida lógica burocrática, pudessem vir a ser deslocados para outros hospitais aonde não encontrariam condições para um aproveitamento pleno das suas capacidades técnicas. Fazer coincidir a formação com a prática (*training and practice* na terminologia anglo-saxónica) ou seja, aquilo que é exigido em termos de carreira com aquilo que se faz é, no essencial, a principal virtualidade desta solução. Mas, para além disto, o *internista com perfil* pode, na sua actividade cobrir com vantagem e grande economia de meios, áreas em hospitais distritais, e até em hospitais centrais, em que não se justifica a existência de serviços de sub-especialidades médicas. Ele está, no fundo, preparado para resolver com eficácia todas as situações que pertencem à Medicina Interna e outras que são específicas de algumas das sub-especialidades. Este é aliás o esquema praticado

no Reino Unido onde os internistas dos hospitais de menor dimensão adquirem, quase sempre vocação numa sub-especialidade médica.

Mas a criação deste novo tipo de internista levanta também algumas questões delicadas que se situam na *interface* sensível que separa a Medicina Interna das sub-especialidades médicas. A isso nos vamos referir a seguir.

Como já foi dito atrás, as sub-especialidades médicas nasceram, em Portugal, divorciadas da Medicina Interna, ao contrário do que tinha acontecido noutros países. Os internatos das sub-especialidades apenas têm obrigado a um estágio de 12 meses numa *área médica*, estágio este que, na prática, nem sequer é feito, como seria de desejar, no 1.º ano: muitas vezes é fraccionado em períodos de 6 ou 3 meses, cumpridos a meio do internato de acordo com os interesses de cada um.

Acontece, pois, que não tem sido levada a sério a necessidade de obrigar os sub-especialistas médicos a uma formação prévia de Medicina Interna, ou seja, uma formação que permita adquirir os atributos e as competências básicas do internista.

Esta é uma questão importante que, aliás, não é exclusiva da área médica: o problema tem sido levantado, com tanta ou mais razão, para o *currículo* das sub-especialidades cirúrgicas que não obrigam a uma experiência básica em cirurgia geral.

A questão que se coloca é de saber se deve ou não existir um *tronco comum* de Medicina Interna, com a duração de 2 anos, a preceder a entrada nas sub-especialidades. De facto, não parece aceitável que se possa ser por exemplo cardiologista, reumatologista, oncologista ou geriatra sem uma preparação prévia em Medicina Interna, confirmada por provas de avaliação.

Esta questão tem sido objecto de debate em diversos encontros médicos europeus e parece estar a gerar-se algum consenso a favor do *tronco comum* o qual existe já em países como os EUA, Reino Unido, Alemanha, Suíça e Checoslováquia, por exemplo. É de crer que entre nós, pelo menos em teoria, muita gente esteja de acordo com a adopção do *tronco comum* de Medicina Interna. Mas, na prática, e a não ser que surjam directivas da CE, não é de esperar que os colégios das sub-especialidades tomem a iniciativa de reformular os seus currículos nesse sentido o que, entre outras coisas, iria prolongar ainda mais o período de formação de sub-especialistas já de si muito longo. Por isso defendemos que a adopção de um *tronco comum*, teria de ser necessariamente acompanhada da absorção do actual internato policlínico pelo ensino pré-graduado, tal como consta da proposta apresentada recentemente pela Comissão de Reforma do Ensino Médico. Durante os últimos anos do curso os alunos seriam entregues a tutores e submetidos a uma preparação intensiva, integrados no trabalho das enfermarias, no serviço de urgência e nas coberturas internas dos serviços.

Julgamos pois que o aparecimento do *internista com perfil* poderá criar um contraponto com as sub-especialidades, que contribuirá para reconhecer a necessidade de uma revisão dos respectivos *currículos* no sentido dum reforço da preparação básica em Medicina Interna.

Mas, o *currículo* do internista levanta uma outra questão que tem a ver com a complexa *interface* que separa a Medicina Interna da Clínica Geral. Aqui julgamos indis-

pensável relembrar alguns factos do passado recente e reafirmar algumas das nossas opiniões pessoais.

Quando no final da década de 70 se tornou claro que a criação entre nós da carreira de Clínica Geral era inevitável a curto prazo, muita gente se empenhou em estudar e adaptar modelos estrangeiros (sobretudo o inglês) e pouca gente se interrogou sobre a realidade portuguesa.

No nosso país os clínicos gerais eram nessa altura uma espécie em vias de extinção, face ao desenvolvimento técnico da Medicina e à atracção que as especialidades e os hospitais centrais passaram a exercer sobre as novas gerações de médicos. Ser clínico geral tinha sido, no passado, a opção individual de muitos médicos que, munidos apenas do seu diploma de licenciatura, se fixavam em bairros urbanos, pequenas vilas ou zonas rurais, aonde faziam um pouco de tudo — medicina geral, pequena cirurgia, obstetrícia, pediatria, estomatologia — e se tornavam confiantes e conselheiros dos doentes e das suas famílias. Durante muito tempo constituíram a espinha dorsal da assistência médica, mas ao contrário do que aconteceu por exemplo no Reino Unido, nunca chegaram a criar um espírito de corpo, nem nunca se organizaram quer na defesa dos seus interesses, quer nos aspectos relacionados com o aperfeiçoamento técnico-profissional. A clínica geral, que em Portugal tinha sido sempre um exercício solitário, não chegou pois a criar modelos culturais nem uma posição de prestígio técnico que lhe permitisse sobreviver às exigências impostas pela medicina moderna e entrou por isso numa lenta e progressiva agonia. Nos finais dos anos 70 o clínico geral clássico tinha praticamente desaparecido pelo que era necessário reinventá-lo a partir do zero. Pareceu-nos então evidente (e continua a parecer-nos) que a única reserva de médicos com formação clínica, capaz de servir de plataforma de lançamento a uma verdadeira carreira de Clínica Geral, eram os internistas hospitalares. Atrair alguns deles para essa carreira ou levá-los a participar activamente na formação dos clínicos gerais de 1.ª geração teria sido, sem dúvida, a estratégia mais eficaz para resistir às tentações dos modelos terceiro-mundistas então muito em voga ou à prioridade exagerada atribuída à medicina preventiva com a resultante desvalorização de uma sólida formação clínica.

Acrescente-se a isto dois comentários.

O primeiro para lembrar que, não apenas entre nós mas em todos os países ocidentais, uma percentagem significativa de horas de trabalho dos internistas e da maioria dos sub-especialistas médicos, é gasta a fornecer cuidados médicos primários.

O segundo para ter presente a evolução que se tem vindo a registar nos EUA: por um lado um número crescente de internistas tem vindo a deslocar-se para a área da medicina ambulatória existindo já hoje a carreira de *General Internal Medicine*; por outro lado as propostas de reforma dos *curriculos* de Medicina Interna apontam no sentido do reforço da área ambulatória com o objectivo de aliviar algumas valências hospitalares e de reduzir os custos assistenciais.

Sabemos que a maioria dos teóricos e activistas responsáveis pelo nosso sistema de saúde aceitam mal esta familiaridade entre Clínica Geral e Medicina Interna. Para eles cuidados primários e medicina hospitalar têm objectivos diferentes e impõem por isso diferentes tipos de

formação e de atitudes. Criou-se assim, entre estas duas áreas, um divórcio e, em vez de se encarar a assistência médica como um processo contínuo e gradual em que participam as unidades periféricas e o hospital, foi-se construindo um sistema com dois compartimentos estanques que dificilmente comunicam entre si.

Não se duvida que os clínicos gerais têm de possuir uma preparação específica que os habilite a fazer uma abordagem dos doentes no seu *habitat* próprio, preparação essa em que o aconselhamento, o apoio psicológico, a prevenção e a recuperação ocupam espaços fundamentais. Mas têm igualmente de ser capazes, com maior ou menor colaboração de especialistas, de tomar a seu cargo, ou seja, diagnosticar e tratar, toda a vasta casuística que está presente na população geral, na fase em que as situações clínicas se encontram mais ou menos estabilizadas, e ter a noção clara do momento em que, ultrapassados os recursos do ambulatório, os doentes deverão ser enviados ao hospital.

O clínico geral, nunca é demais dizê-lo, tem que estar preparado para diagnosticar e tratar situações médicas tão variadas como a diabetes, a insuficiência renal, as DPCO, as cardiopatias isquémicas e hipertensivas, o hipertiroidismo, as úlceras pépticas, as doenças infecciosas, etc., enquanto não se justifica o recurso às unidades hospitalares. Para que isso seja possível é indispensável que, no *currículo* do clínico geral, sejam incluídos dois anos de *tronco comum* de Medicina Interna complementados com provas de avaliação final de capacidades.

É aqui que se entronca a ideia que há mais de dez anos defendemos (aliás, sem grande sucesso) para a medicina ambulatória. De acordo com ela entendemos que não deveria haver um *clínico geral* mas sim três: o do adulto (e do adolescente), o da criança e o da mulher. Esta solução que pelo menos nas áreas urbanas poderia ser imediatamente aplicada, baseia-se em três pressupostos, a saber: o número de médicos por 100 000 habitantes é em Portugal dos mais altos da Europa pelo que existe uma disponibilidade em profissionais que permite o recurso a soluções mais ambiciosas; a população está cada vez mais esclarecida em relação aos problemas da saúde e exige, por isso, ser assistida por médicos com qualificação técnica adequada a cada situação; a Pediatria e a Ginecologia-Obstetrícia, tal como a Medicina Interna, fraccionaram-se em múltiplas sub-especialidades, continuando contudo a existir a pediatria geral e a ginecologia-obstetrícia geral cuja vocação prioritária é o ambulatório. Dentro desta perspectiva o *clínico geral do adulto*, liberto das áreas que seriam ocupadas pelos outros dois clínicos gerais, teria uma formação básica muito semelhante à do actual internista. Seria um *internista geral* cuja carreira deveria logicamente iniciar-se, como já dissemos, com dois anos de *tronco comum* de Medicina Interna.

Tudo quanto temos vindo a explanar acerca do *currículo* em Medicina Interna, por mais defensável que nos possa parecer, confronta-se inevitavelmente com um problema: entre as soluções ideais e a sua aplicação prática interpodem-se múltiplos obstáculos sejam eles de ordem corporativa, política ou financeira e, provavelmente, questões de *timing*. Apesar disso esperamos, com estas reflexões, contribuir para lançar alguns dados novos numa área que se encontra em profunda mutação e que necessita por isso de ser repensada.