

## A incontornável reorganização da dinâmica hospitalar

A pressão crescente e sustentada sobre os serviços de urgência e de internamento médico constitui, um dos mais sérios desafios enfrentados pelos hospitais portugueses. A afluência contínua de doentes com patologia médica aguda, frequentemente associada a multimorbilidade, fragilidade e complexidade social, ultrapassa claramente a capacidade de resposta dos modelos organizativos em vigor.

A interpretação desta realidade como uma mera “sobrecarga da Medicina Interna” é redutora e tecnicamente incorreta. A Medicina Interna é, de facto, o principal ponto de convergência desta pressão assistencial, mas não é, nem pode ser, a única resposta para um problema que é estrutural e institucional.

Importa afirmá-lo com clareza: no contexto atual, a Medicina Interna não consegue, isoladamente, dar resposta à dimensão e complexidade do problema que os hospitais enfrentam nos picos de afluência. Tal não resulta de limitações da especialidade, mas da natureza sistémica do desafio, que envolve todo o hospital enquanto organização global. É imperativo operar uma transformação profunda na forma como pensamos e gerimos as instituições de saúde.

O serviço de urgência tornou-se o local onde a pressão é mais visível, mas a sua origem é transversal a todo o hospital: fragmentação do internamento médico, ausência de liderança clínica claramente definida no percurso do doente, insuficiente corresponsabilização interserviços e utilização reiterada de planos de contingência como solução estrutural.

A Medicina Interna tem assumido, por competência clínica e por necessidade do sistema, um papel central na integração de cuidados, na gestão da multimorbilidade e na coordenação do internamento médico. Contudo, esta centralidade funcional foi progressivamente transformada numa expectativa implícita de resposta ilimitada, sem o correspondente reconhecimento organizacional, autoridade institucional ou dotação adequada de recursos.

Os planos de contingência ilustram este desequilíbrio. Embora formalmente hospitalares, continuam a assentar de forma desproporcionada na Medicina Interna, como se um problema sistémico pudesse ser resolvido pelo esforço acrescido de uma única especialidade. Esta lógica está esgotada e é insustentável.

As consequências são evidentes:

- desgaste profissional crónico,
- deterioração das condições de trabalho,
- perda progressiva de atratividade da Medicina Interna para os médicos internos,
- risco crescente para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A diminuição da atratividade da especialidade deve ser entendida como um sinal de alarme organizacional. Não resulta da natureza da Medicina Interna, mas do modo como o sistema a

utilizou como resposta substitutiva para falhas estruturais, que exigiam uma abordagem institucional integrada.

Paralelamente, persiste um debate recorrente sobre a alegada inadequação do acesso dos doentes ao serviço de urgência. Independentemente da sua validade conceptual, essa discussão torna-se irrelevante no momento em que o doente se encontra no hospital. A partir daí, a responsabilidade é institucional, indelegável e coletiva. O hospital existe para responder à doença aguda e à complexidade clínica, não para redistribuir retrospectivamente responsabilidades. O hospital tem de funcionar para o doente, 24 horas por dia, com equidade absoluta no acesso ao internamento.

Neste contexto, a situação atual deve ser encarada como uma oportunidade para uma redefinição estrutural do modelo hospitalar, assente numa resposta institucional integrada, sob liderança clínica clara da Medicina Interna, mas com participação ativa e corresponsável de toda a organização hospitalar.

Essa redefinição deve assentar em princípios fundamentais:

1. Reconhecimento formal da Medicina Interna como especialidade líder do internamento médico, com responsabilidade estruturada na gestão do doente complexo e multimórbido.
2. Assunção institucional de que a resposta ao doente médico é responsabilidade do hospital todo, e não de uma única especialidade.
3. Modelos organizativos integrados, com envolvimento efetivo de todas as especialidades na resposta ao doente agudo médico, particularmente em contexto de contingência.
4. Autoridade clínica e organizativa da Medicina Interna, proporcional às responsabilidades que exerce.
5. Valorização profissional, organizacional e formativa da Medicina Interna, condição indispensável para recuperar atratividade, garantir renovação geracional e assegurar sustentabilidade futura.

A Medicina Interna está disponível para assumir a liderança clínica que o hospital moderno exige. Essa liderança só será eficaz se for reconhecida, estruturada e sustentada por uma responsabilidade institucional partilhada.

Persistir num modelo em que problemas sistémicos são sucessivamente absorvidos por uma única especialidade não é apenas irrealista — representa um risco sério para a qualidade dos cuidados, para a segurança dos doentes e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

O momento atual exige uma resposta diferente: institucional, integrada e orientada para o futuro. A crise não pode continuar a ser apenas gerida. Deve ser enfrentada — e transformada.

Dr. Luís Duarte Costa - Presidente da SPMI

Dr. António Oliveira e Silva

Dr. António Martins Baptista