

CONCEITO DE UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

No trabalho publicado (na página 13 deste número da AMP) por Rui Moreno et al intitulado *Movimento Assistencial da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Santo António dos Capuchos* apresenta-se e comenta-se um estudo dos 282 doentes internados no seu primeiro ano de funcionamento.

Trata-se dum trabalho de muito interesse e rigor, que constitui um louvável exemplo da conveniência de publicações similares por outros serviços nacionais, como aliás os próprios autores sugerem.

No momento actual, algumas verdades conjecturais (e as verdades conjecturais funcionam no presente como autênticas verdades, de acordo com Popper) ressaltam deste trabalho.

O conceito de **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente** tende a ser cada vez mais aquele que abrange o internamento de doentes em que uma função vital está em falência ou risco de falência, respeitando algumas excepções passíveis de autonomia como as Unidades de Coronários e de Neonatologia.

Repare-se que os autores do trabalho que estimulou o aparecimento deste editorial individualizaram o grupo dos doentes coronários (111), destacando-se dos restantes doentes, o que aliás era indispensável pois, de outro modo, a leitura tornar-se-ia mais difícil ou menos clara.

A **proveniência dos doentes** deve ser apreciada com atenção bem como o **problema das vagas existentes**, da **doença subjacente**, da **importância fundamental** e da **cirurgia programada** que, em alguns hospitais, adquire um interesse de relevo.

O problema das **Unidades Intermediárias** foi também sugerido, afigurando-se-me que deve ser meditado com realismo visto que, sem elas, pelo menos no nosso meio, se levantam problemas graves que podem mesmo implicar casos de mortalidade; pelo contrário, com elas, evitar-se-ão certos internamentos nas Unidades de Cuidados Intensivos que, de outro modo, são obrigatórios e, ainda, em certos casos, as transferências destas Unidades poder-se-ão realizar mais precocemente.

Finalmente, são de referir os índices de gravidade que *fornecem dados de extrema importância, não devendo ser utilizados na avaliação do prognóstico de doentes individuais mas sim em populações homogêneas*. De resto, não será de estranhar que vão surgindo modificações nestes índices tendentes a encontrar um maior rigor. Não podem, evidentemente, ser comparadas estatísticas *diferentes* com tipos de patologia *diferentes* e índices de gravidade *diferentes*. Os autores do trabalho em questão pretendem sublinhar *a necessidade da realização de estudos multicêntricos nacionais de avaliação de qualidade e desempenho em Medicina Intensiva*.

Penso que a transparência que eles conseguiram, só por si, justifica tal chamada de atenção.

Todos nós, homens racionais, como escreve López Aspizarte, **vivemos o tempo e não no tempo**, isto é, concentramos no nosso presente o passado - uma história condensada que não se perde - e o futuro - um projecto para o qual orientamos os nossos passos.

Assim é que, ao lançar os olhos para trás, me vêm à mente as imensas e inúmeras hesitações e dificuldades (que hoje nos fazem sorrir) na prática do Intensivismo,

quando dos seus primórdios, no começo da segunda metade do século. E revejo a acuidade de certas situações patológicas e fisiopatológicas, a sua frequência em determinadas fases da doença e do decurso do seu tratamento. Assim, a preocupação da atelectasia obstrutiva, a discussão da **atelectasia congestiva**, talvez a primeira denominação, ainda inconsciente, do ARDS, as interrogações que o **edema pulmonar não cardíaco** levantava quanto à sua interpretação e terapêutica, a **infecção** por estirpes de Gram-negativos que os bacteriologistas indicavam mas os clínicos desconheciam, a **estenose da traqueia**, etc.,etc

Depois, os novos conceitos: o ARDS que tanto nos fascinou e ensinou, a hiperhidratação, uma das causas do ARDS, cujo estudo resultou talvez essencialmente da *experiência do Vietnam, a morte cerebral*, discutida por médicos, teólogos, filósofos, juristas, a hipoxemia refractária, a hipoxemia do sangue venoso misturado, a hipoxia tecidual, mais recentemente, a falência múltipla de órgãos, os índices de gravidade, certamente nunca definitivos, porque a medicina não é matemática.

Através destes caminhos difíceis a medicina dos Cuidados Intensivos obrigou o Internista a preocupar-se mais com a síndrome do que com a doença, transformando-o no INTENSIVISTA, isto é, um INTERNISTA-FISIOPATOLOGISTA que actua em VELOCIDADE: no diagnóstico e na terapêutica.

Para isso teve de se valer dos primores da técnica (como, por exemplo, a ventilação artificial na sua várias formas) e de se livrar das suas complicações (como, por exemplo, a hipercapnia permissiva em relação ao barotrauma e ao volutrauma).

Talvez necessite agora de se libertar dos exageros da técnica, dos excessos de intervencionismo, de regressar um pouco aos pormenores clínicos, à colheita de uma história cuidada.

É que o progresso da técnica desencadeou na medicina e fora dela, digamos que em toda a vivência das sociedades humanas, problemas extremamente delicados que interferem poderosamente na actividade e até na deshumanização.

A eficácia e a rentabilidade converteram-se nos valores supremos: citando novamente López Aspizarte, já não são os fins que determinam os meios, mas sim os meios técnicos que decidem e se justificam por si próprios; tudo está orientado para um *autocrescimento* constante.

Lançado um breve olhar sobre o passado e o presente parecerá, talvez, adequado atirá-lo um pouco para o futuro, no que diz respeito ao Intensivismo. Alguns autores, baseados na análise de factores variadíssimos, fazem futurasções desanimadoras.

Talvez, contudo, um certo optimismo, ainda que prudente, permita admitir que a capacidade criativa do homem poderá simplificar determinados métodos e atitudes, reduzindo-lhes a agressividade.

Vamos assistindo, por exemplo, ao aparecimento de métodos de imagiologia, como a ecografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética que permitem diagnósticos mais correctos e menos agressivos, até permitindo com mais rigor e menos riscos a realização de técnicas diagnósticas como a punção-biópsia aspirativa do pulmão por sua vez também evitando, algumas vezes uma toracotomia; da fibrobroncoscopia, simplificante em relação à broncoscopia rígida; da endoscopia com biópsia pleural; da monitorização da compliance; da medida do oxigénio arterial por método transcutâneo; da cirurgia por meios endoscópicos, de meios laboratoriais mais exactos, etc.

Por outro lado, a divulgação de conhecimentos mais rápida para o público que por sua vez conduz a uma legislação mais eficiente, contribui para uma *profilaxia* mais capaz em relação a situações graves determinadas.

Em suma, poder-se-á esperar talvez que a **consciencialização** conduza à **antecipação** e que a **sofisticação** orientada conduza à **simplificação**. Para atingir estes fins, quer na medicina quer na vivência da actividade humana em geral, será necessária uma espécie de revolução mental de mãos dadas com a ÉTICA.

O tema da eutanásia (bem como os conceitos dela derivados - distanásia activa e passiva, adistanásia, ortotanásia) e da alternativa humanizante, os cuidados técnicos e humanos dispensados ao doente e ao moribundo, as relações entre médicos, enfermeiros, doentes e familiares, entre si e entre uns e outros, devem ser discutidos e meditados, tendo em vista, como objectivo final a humanização e a melhoria dos serviços prestados ao doente num esforço consciente de valorizar a doutrina e a prática.

ARMANDO PINHEIRO

