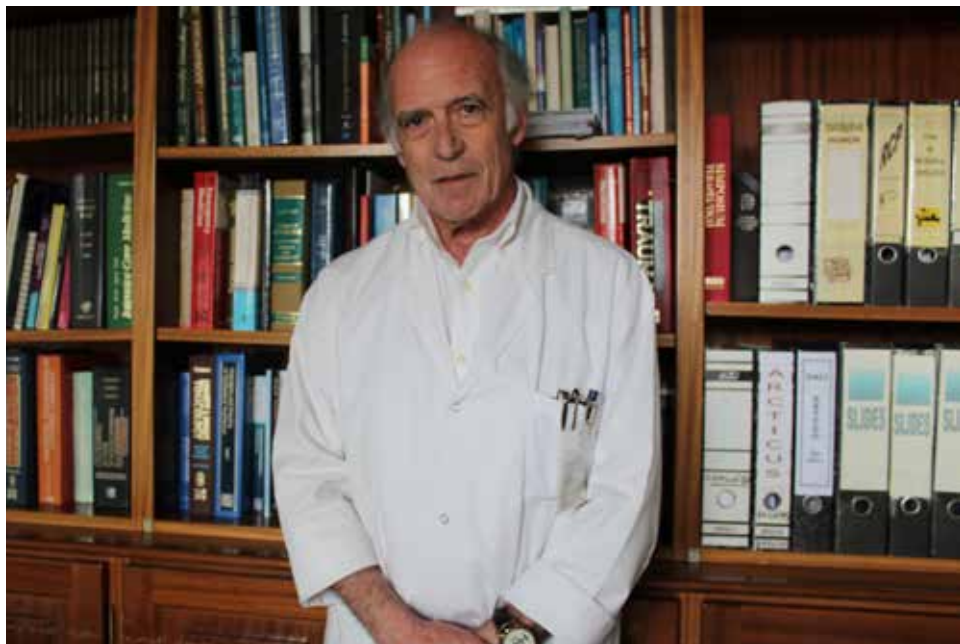


Serviço de Medicina Intensiva – a “Tenda dos Milagres”? Claro que não!

Qual o papel do intensivista na dinâmica hospitalar? Realidade longe dos olhos da maioria de nós, procuramos junto do Prof. Dr. Jorge Pimentel, através da sua vasta experiência e visão assertiva, uma contextualização do trabalho da Medicina Intensiva.



É cada vez mais frequente a notícia através dos meios de comunicação social de que alguém foi internado numa “Unidade de Cuidados Intensivos”, seja na sequência de um acidente de viação grave, seja por doença aguda ou agravamento de uma já diagnosticada. A sigla “Cuidados Intensivos” é sinónimo de área hospitalar onde podem ser tratados os doentes muito graves, mas excetuando os que lá trabalham ou para os que tiveram a amarga experiência de um familiar ou amigo internado em tais circunstâncias, o “mundo” da Medicina Intensiva é relativamente desconhecido. Não bastam as cenas cinematográficas nem as reportagens pontuais mostrando normalmente alguns aparelhos ou ecrãs de monitores, nem tão pouco as histórias pontuais que deram origem à notícia.

Apesar do trabalho contínuo, 24 sobre 24 horas, das inúmeras decisões terapêuticas, de ser aplicado o “estado da arte” anunciado nas publicações científicas, da sustentação das funções

vitalis por meios artificiais, na aplicação rigorosa de novos fármacos, se as lesões são de tal modo graves, não há “milagre” que possa evitar um desfecho fatal.

A luta contra a “doença” que se instala no corpo de um ser humano (porque é disso que se trata), alterando o normal funcionamento fisiológico e obrigando este a reagir, por vezes, de modo descontrolado, é complexa não só porque os mecanismos da causa (infecção, trauma, alteração metabólica, etc.) são complexos, como a capacidade de reagir à agressão pode ser muito diferente entre os seres humanos. É claramente uma atividade multidisciplinar.

Por muito sofisticada que possa ser a monitorização hoje ao nosso alcance, nada pode substituir o trabalho, à cabeceira do doente, da equipa de enfermagem no rigor de diferentes tipos de terapêutica, do conforto, do monitorizar sinais clínicos de uma enorme importância, do contacto com os familiares.

E se é verdade que uma percentagem significativa pode voltar ao seu lugar na sociedade, em cerca de 30% não é possível ultrapassar as lesões definitivas que tornam incompatíveis com a vida.

Existe ainda uma pequena percentagem que pode evoluir para estado de vida vegetativa persistente ou ainda para um estado de “fim-de-vida” onde as lesões continuam a piorar apesar de toda a terapêutica.

Informação aos familiares

Do que já foi dito decorre que a informação aos familiares é pilar fundamental para o bom entendimento entre estes e a equipa que trata o doente. Apesar do acompanhamento, durante o tempo de visita, dos elementos de enfermagem, cabe ao médico, desde o primeiro momento da admissão, dar uma informação assim que possível.

Pode não ser possível, e normalmente não é, dar uma informação exata sobre a real gravidade e prognóstico, mas estas devem ser atualizadas no decorrer dos dias, de tal modo que aos familiares seja perceptível a boa ou má evolução e prognóstico.

Neste diálogo com os familiares existem capítulos muito importantes e não totalmente resolvidos que têm de ser tratados com todo o cuidado. Um deles é o consentimento informado, tema mais do que conhecido. Contudo a representação legal do doente inconsciente não está legislada (lembramos que a esmagadora maioria dos doentes admitidos em Medicina Intensiva já estão inconscientes no momento da admissão pelas lesões sofridas ou pela sedação como medida terapêutica). O previsto no RENTEV é apenas uma situação muito específica.

Da formação à prática clínica

Uma das palavras que melhor pode caracterizar todo o trabalho em Medi-

cina Intensiva – da formação à prática clínica – é a palavra “multidisciplinar”. O princípio mais elementar da prática nesta área da medicina altamente específica, é nunca perder de vista o doente (o ser humano) como um todo em que é absolutamente necessário manter o equilíbrio possível entre todos os departamentos da fisiologia humana.

Quando digo “altamente específica” não exclui, bem pelo contrário, as mais diversas e conhecidas especialidades, médicas ou cirúrgicas, para intervirem especificamente nas respetivas áreas. Contudo, cabe ao intensivista manter o equilíbrio entre todas as intervenções.

No início, como creio ter acontecido com todas as áreas do conhecimento humano, a aprendizagem era artesanal (do mestre para o aluno, à beira do doente) e era assim nos anos setenta, arriscando um futuro sem carreira definida, só porque se gostava. E assim arriscaram Júlio Gonçalves, Armindo Rebelo, Janeiro da Costa, e mais tarde outros que hoje formam o “quadro” atualmente existente, sempre dentro de um vazio legal que só muito recentemente foi solucionado (2016).

Quando não existiam “protocolos” ou “guidelines”, com uma monitorização muito reduzida, era obrigatório, a cada momento, verificarmos se o efeito terapêutico desejado se verificava, ou se tínhamos que ir além do que era o parco conhecimento da época – refiro-me por exemplo às doses de atropina nos intoxicados por pesticidas.

Com frequência se ia aos serviços europeus mais conhecidos para “importar com segurança tecnologias que aqui ainda não eram da prática comum, como por exemplo a introdução do cateter de Swan-Ganz para o estudo hemodinâmico, novos modos de ventilação artificial (jet ventilation), a HDFVVC (hemodiafiltração venovenosa contínua – substituição da função

renal, mas de modo contínuo, 24 horas), a prevenção da trombose venosa profunda, a alimentação deste tipo de doentes por via parentérica, a preocupação do controlo da infeção.

Um dos passos mais decisivos para a formação foi a publicação em 1982 da Portaria 1223-A que regulamentava a existência dos “Ciclos de Estudos Especiais”, representando uma espécie de suplemento de conhecimentos em áreas específicas. Com base nesta legislação é proposto e criado o primeiro CEE em Coimbra por publicação do Despacho 276/89.

Na Ordem dos Médicos percorreu-se um caminho longo da “sub-especialidade” até à Especialidade Primária que se iniciou este ano.

As carreiras médicas tornaram-se uma realidade. Os respetivos Colégios das Especialidades organizaram os currículos obrigatórios, das quais dez exigem um período de estágio em Medicina Intensiva que pode variar de três a nove meses, e outras em que, não sendo obrigatório deixam a escolha de um período de três meses, o que demonstra a importância desta área.

Quanto aos novos estagiários desta especialidade que iniciaram este ano um novo tipo de formação, haverá uma monitorização estreita do que for acontecendo.

Todos os internos e respetivos tutores desenvolvem um trabalho contínuo de aprendizagem não só segundo os mais modernos métodos e conteúdos programáticos, mas também no seguimento diário dos doentes.

A preocupação do ensino não era só a de criar novos intensivistas. Para Carrington da Costa havia uma necessidade de dar a conhecer aos jovens estudantes de Medicina a importância da Medicina Intensiva, e que tivemos a oportunidade de verificar, na região Centro, quando esses jovens médicos iam para o “Serviço médico à periferia”. Estes jovens tinham a porta aberta do serviço e em 1992 inicia-se o ensino da Medicina Intensiva incluída no “Plano de Estudos da Faculdade de Medicina de Coimbra”, inicialmente integrada na Cadeira de Medicina Interna. Finalmente em 2008 é criada a “Unidade Curricular”.

Ao longo dos anos fomos formando, os intensivistas que nos era permitido pelas condições existentes, que nem sempre eram favoráveis, mas sempre de acordo com os mais recentes avanços nomeadamente das grandes Sociedades, nomeadamente da Europeia (ESICM) e da Norte Americana (SCCM).

Atualmente, o desenvolvimento na área da “Simulação Médica” veio criar condições de aprendizagem absolutamente extraordinárias, e já em utilização a cargo do Prof. Paulo Martins.

Investigação

É habitual caracterizarmos a “missão” de qualquer área hospitalar em função de três pilares: assistência, formação e investigação.

Para existir investigação tem que existir um quadro sólido de pessoal, sabendo nós que ao longo dos anos até para a assistência clínica o número de intensivistas era, e continua a ser, deficitário; material para estudar existe de sobra e, finalmente, condições técnicas e financeiras, que cada vez são mais exigentes.

Os estudos epidemiológicos são um instrumento valioso para a perceção da realidade que queremos estudar. Estivemos envolvidos em bastantes desses estudos quer a nível nacional (SACIUCI, sobre sépsis) quer a nível internacional (ALIVE da Sociedade Europeia), entre outros.

Ao longo dos anos o trabalho de investigação desenvolvido teve sempre por objetivo estudar problemas postos pela nossa realidade.

Nos anos 70 e 80 o nosso país tinha uma das maiores estatísticas europeias de intoxicações suicidas por pesticidas organofosforados, o que levou a que estudássemos os seus efeitos deletérios no miocárdio (cardiotoxicidade) neste tipo de doentes.

A alimentação dos doentes graves tem sido, ao longo dos anos, motivo para uma investigação continuada nos vários capítulos que lhe dizem respeito, desde o volume, composição química, carga energética, para citar apenas alguns. Tem sido, de há muito, uma área de investigação, na qual se doutorou, o Prof. Paulo Martins.



Neste capítulo tenho que sublinhar a colaboração dos serviços farmacêuticos já que as bolsas de alimentação parentérica para os doentes internados no SMI, são feitas à medida da prescrição diária e tendo em conta a restante medicação.

Um dos temas que mais tem sido apresentado à sociedade nos últimos anos é o do cuidado com a correta utilização dos antibióticos, no sentido de este ser um ponto importante para o controlo da infeção, visto no seu sentido mais lato.

Ora a utilização de antibióticos num Serviço de Medicina Intensiva é um capítulo importante nas indicações precisas, no tipo de administração, nas doses a utilizar e, tendo ainda em conta, que o doente grave, com as suas desregulações dos normais mecanismos da fisiologia, tem um comportamento que é preciso ser estudado para se entrar em linha de conta na respetiva prescrição.

Este trabalho, entre outros, tem sido feito pelo Dr. João Pedro Baptista, atualmente em estreita colaboração com a equipa do hospital de Brisbane (Austrália).

Os registos e as Bases de Dados

O “Processo Clínico” é o local onde ficam registados todos os factos relacionados com o estado de saúde de qualquer doente, como é sabido. De igual modo, hoje, todos sabemos que a “informação” é absolutamente essencial para qualquer raciocínio que tenha de ser fundamentado e, ainda mais: que a qualidade da informação obtida depende mais da qualidade da informação registada do que do amon-

toado de dados que, só por si, valem pouco.

Nos dias de hoje, todos sabemos da importância deste tipo de registos e dos programas, cada vez mais sofisticados, que são de extraordinária utilidade, tanto mais que os registos de um doente sob tratamento em Medicina Intensiva, ligado a uma monitorização sofisticada tem um elevado número de registos, por rotina.

Desde 1994 que existiu um registo informático, tendo por base um programa executado em DBase e feito por um dos médicos de então do Serviço, Dr. Vitor Fernandes, há alguns anos atualizado por uma das grandes companhias de software e que está prestes a ser substituído por um programa recente no SMI do HUC. Cabe aqui referir que no SMI do Hospital Geral foi implementado um sistema de processo clínico informatizado desde 2001, tornando-se, dentro da área hospitalar, o primeiro Serviço sem processo físico de papel.

Talvez não tenhamos feito tudo do que nos era solicitado nos diversos aspetos da vida ativa de um intensivista. Estou certo que os vindouros farão melhor porque iniciarão a sua atividade profissional com um conhecimento e organização que lhes dão esse avanço.

Mas não posso deixar de dizer que o nosso principal objetivo, o de tratar os doentes graves, foi sempre integralmente cumprido.

