

POR QUE UTI? WHY ICU?

José Victor de Miranda Pedroso*

A arte médica tem por peculiaridade o trato do homem, e devemos tratá-lo como gostaríamos de ser tratados.

Desde o primeiro contato com pacientes e familiares, a relação médico-paciente determina a evolução do caso. Paciente e família precisam sentir que o médico é seu aliado com o intuito de procurar solucionar a questão.

Cabe ao pressuposto bem formado médico assistente elucidar o diagnóstico e informar aos interessados, em linguagem acessível, o tratamento proposto e provável prognóstico.

As falhas primárias que acometem os pacientes que nos chegam são, na maioria das vezes, crassas, por vezes incorrigíveis: a cada dia casos mais graves são encaminhados às UTIs, ora por maior exposição a fatores deletérios físicos, ora por humanos. A nossa maior preocupação é o fator humano “médico”. É necessário evitar o evitável...

Nossa inteligência deve ter o privilégio de manipular informações, ordenando-as e propiciando um raciocínio que procure resultados em prol dos pacientes.

Substratos para tal hoje são disponíveis a todos em inúmeras fontes, inclusive internet. E ao médico compete manter-se atualizado, esclarecer dúvidas dos familiares, ratificar que a tecnologia deve ser posta à nossa disposição e não o inverso, iniciando o tratamento.

“Quem não sabe o que procura não sabe interpretar o que encontra.” De nada adiantam inúmeros dados se não temos a essência da questão.

Nem sempre isso ocorre e dia a dia vemos crescer a incidência de uma evolução desfavorável causada por fatores humanos. Atinge-se o ponto em que pacientes são encaminhados a serviços de maior complexidade por negligência daqueles de menor. Se avaliarmos os critérios de admissão em UTI da *Society of Critical Care Medicine*, temos as prioridades desde as

instabilidades hemodinâmicas, respiratórias e neurológicas até manutenção de doadores para transplantes.

Há dias, quando recebia uma nova turma para o estágio de UTI, indaguei sobre quem era filho de médico atuante. Alguns: pais com, em torno, de 25 anos de formados. Após identificação, argumentei que eles deverão fazer o que seus pais continuam fazendo: com anamnese faz-se 90% de diagnósticos, o exame físico acrescenta 5%, os exames subsidiários mais 3% e os anatomopatológicos são responsáveis pelos 2% restantes.

A conscientização da responsabilidade do acadêmico frente à vida do paciente deve ser cristalizada durante os seis anos do curso médico, sendo a especialização um aprimoramento dos conhecimentos adquiridos, com resultados concretizados na melhora do estado do doente.

Muito se tem discutido sobre a universal falta de vagas em unidades de terapia intensiva, porém, após uma retrospectiva mais apurada, com o advento da tecnologia tem-se delegado a ela ações que são inerentes ao médico. Inúmeros casos, se bem conduzidos por médicos, nem chegarão às UTIs.

Competência e dedicação desde o primeiro contato com o doente propiciará melhor evolução: uma avaliação minuciosa, baseada em sólido conhecimento técnico e acompanhamento humanitário permitirão menos internações em terapias intensivas, menores adversidades e eventuais dissabores serão evitados.

Uma profissão realizada com empenho e competência tem um menor custo emocional, físico, social e econômico, com benefícios adequados a todos, fruto de um nobre trabalho.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 4, p. III, 2011

* Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP-; médico intensivista, responsável pela UTI Adulto do Hospital Santa Lucinda da PUC-SP e pela UTI Adulto do Hospital Leonor Mendes de Barros do CHS.
Contato: drjv@uol.com.br



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes da PUC-SP

Diretoria

Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martinez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Boccato Jr.