

Apresentação

Prof.Dr. Anibal Basile-Filho
Coordenador do Simpósio

Inverno de 1956. Mais uma epidemia assola o território europeu. O velho continente, desgastado por séculos de guerras e epidemias, amarga o frio e a poliomielite, vitimando inúmeras crianças. Ilimitada em sua arte de criar, a mente humana desenvolve os primórdios do pulmão artificial de aço ou cuirasse, aliviando as dificuldades respiratórias de muitos. A boa notícia logo se espalha e uma nova geração de aparelhos é pesquisada aqui e ali.

A partir da década de 60, as contribuições aos doentes graves tornam-se inesgotáveis em todos os campos. Logo após, ainda na mesma década, durante a guerra do Vietnã, “espaços” especiais foram reservados aos doentes com traumatismos severos. Ainda mal estruturados, esses locais concentravam o intrincado complexo dos pacientes críticos, que acabavam, invariavelmente, morrendo de doenças muito difíceis de serem diagnosticadas, ou tratadas, àquela época. Com o passar dos anos, ocorreu um *boom* de contribuições inestimáveis no campo da Medicina e da Microeletrônica, cuja repercussão foi imediata na compreensão deste tipo de doente. Então, esses espaços começaram a se diferenciar, tornando-se indispensáveis aos hospitais, sendo denominados de Centros ou Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Deve-se aos franceses e aos americanos a definição e a racionalização de uma infinidade de termos, medicamentos e equipamentos utilizados com pacientes críticos, assim como no desenvolvimento dos principais dogmas empregados na formação de médicos e paramédicos, especializados no atendimento *ad integrum* deste tipo de doente. Ainda não reconhecida oficialmente no Brasil, a especialidade, Medicina Intensiva, debutou em 1982, com a criação da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). Na nossa instituição, devemos salientar o pioneirismo do Dr. Paulo B. Évora que implantou, em 1978, a Disciplina de Terapia Intensiva, pela primeira vez, no Brasil.



Assim, o intensivista deve estar habilitado a criar um dispositivo de cuidados permanentes, com a finalidade de corrigir, de maneira imediata, toda a desordem dos mecanismos que mantêm o *milieu interieur*. Assim, por exemplo, em certas doenças agudas, graves, das mais

diversas naturezas, a morte pode muito bem acontecer, não por simples falências viscerais, irreversíveis, mas por efeitos secundários, quase acidentais, que comprometem profundamente o *milieu interieur*. A doença grave não empurra o doente, necessariamente, ao precipício. Ela apenas o conduz sobre os seus bordos, durante algum tempo. É, nesta fase crítica ou momento metabólico difícil, que o intensivista tem o dever de cuidar e impedir todos os riscos de um desequilíbrio desastroso. Trocando em miúdos, em uma infecção aguda, grave, além do antibiótico que entrará em confronto com o microorganismo, agindo sobre a causa, o "terreno" (paciente) deve ser resguardado em toda sua plenitude com um bom suporte avançado de vida. Enfim, o fascínio pela tecnologia de ponta, as tomadas de decisões rápidas, o estresse, a energia inesgotável, a ambivalência de emoções entre a alegria infinita, causada pelos pacientes retirados do bordo do precipício, e a frustração, sentida pela morte de outros, fazem do intensivista uma profissional muito especial.

A razão do Primeiro Simpósio de Medicina Intensiva aqui apresentado é iniciar, através da Disciplina de Terapia Intensiva, do Departamento de Cirurgia, Ortopedia e Traumatologia, uma nova era de sólida formação acadêmica para o corpo discente, médicos residentes e pós-graduandos dessa disciplina, esperando que outras instituições sigam o mesmo exemplo, para, quem sabe, finalmente, oficializar-se a especialidade no Brasil.