

## EDITORIAL

### CENTROS DE REANIMAÇÃO

AP 02977

Há dez anos atrás, o assunto "recuperação pós-anestésica" estava na ordem do dia e o seu estudo mostrou a necessidade essencial de serem construídos anexos junto dos centros cirúrgicos, dedicados à assegurar aos pacientes cuidados semelhantes aos que receberam durante o ato operatório. A aceitação, praticamente geral, das salas de recuperação, veio contribuir muito para diminuir a morbidade e mortalidade cirúrgico-anestésica e representa um dos maiores triunfos da moderna anestesia.

Como consequência lógica desta evolução, o uso destas unidades foi ampliado para casos não cirúrgicos, especialmente pacientes com problemas respiratórios de várias naturezas. Os resultados foram os melhores possíveis, embora muitas dificuldades tivessem sido encontradas. A mistura de doentes recém-operados com portadores dos mais variados processos patológicos, não poderia ser considerada ideal, há os riscos sempre presentes de contágio, a questão de espaço útil e tempo de permanência.

A solução foi a criação de um serviço isolado, em colaboração com internistas, cirurgiões, otorrinolaringologistas e fisioterapeutas, conhecida sob vários nomes: divisão de reanimação, unidade respiratória etc.

Muitos países expandiram e centralizaram êstes serviços, organizando verdadeiros hospitais, como é o departamento do Prof. Mollaret, em Paris, e do Prof. Larsner, em Copenhague. Tôdas as emergências respiratórias são incluídas como indicação para internação nêstes locais, sendo que alguns admitem também doentes crônicos, que não poderiam viver sem o auxílio de respiradores.

Observando de perto o funcionamento destas unidades, vimos resultados realmente surpreendentes. Pacientes intoxicados, em estado de mal asmático, atacados de tétano, poliomielite ou síndromes afetando o sistema nervoso central, deixaram de morrer asfixiados em suas próprias secreções e com os quadros clínicos mascarados pela anóxia e hiper-carbia.

Além do maior número de sobrevidas, a criação de serviços dêste tipo contribui muito para diminuir o custo do tratamento dêstes enfermos. Aqueles que cuidaram de um portador de tétano ou poliomielite, necessitando assistência constante, sabem bem o que significa empreender uma tarefa destas, quando não existem as facilidades descritas acima; apresentam-se dificuldades de tôda a sorte desde o pessoal inexperiente até a falta de equipamento adequado.

A organização de unidades de recuperação respiratória pode e deve ser feita mesmo em hospitais pequenos e de poucos recursos. Colocando 3 ou 4 camas para uso exclusivo destas emergências e centralizando o equipamento existente, torna-se possível o que dantes não o era.

Já existem uma série de ventiladores eficientes e de baixo custo, capazes de garantir uma respiração artificial praticamente em todos os casos. Já se foi o tempo em que os "pulmões de aço" constituíam a pedra de toque dêste tratamento. Hoje, principalmente na Europa, estão sendo considerados quase como objetos de museu, tendo as suas indicações muito limitadas.

Não temos dúvidas em afirmar que a economia obtida com o uso de uma unidade planejada nestas bases, em 1 ano, paga muitas vêzes as despesas iniciais, sem contar o número de vidas poupadas.

Nós, anestesistas, que lutamos para que a nossa especialidade ainda nova, assuma o seu verdadeiro lugar ao sol, devemos seguir de perto os ensinamentos obtidos por outros países e aplicar entre nós tudo o que se revele de importância. Temos visitado muitos lugares e muitos serviços, mas nada nos impressionou tanto como o que vimos no campo do tratamento das insuficiências respiratórias.

Esperamos que os colegas orientem o seu interêsse também para êste campo, a fim de que possamos continuar a desfrutar uma posição de destaque na anestesia sul-americana, quer em qualidade, quer em produção.

*Dr. ARMANDO FORTUNA, E. A.*  
Londres, Inglaterra.