Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

UTI: Muito Além da Técnica... a humanização e a arte do intensivismo

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

UTI: Muito Além da Técnica... a humanização e a arte do intensivismo

José Maria da Costa Orlando

Médico Especialista em Medicina Intensiva: 1982
Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde — PROAHSA — Hospital das Clínicas da FMUSP e Escola de Administração da Fundação Getúlio Vargas: 1985
Secretário da AMIB nas gestões: 1994-95, 96-97,98-99 e 2000-01
Secretário da Comissão do Título de Especialista e Coordenador das Provas de Título nos anos de 1995, 1997, 1998, 2000 e 2001
Editor das "Questões Comentadas" da Prova do Título de Especialista da AMIB nos anos de 1995, 1997, 1998, 2000 e 2001
Editor do Manual do Curso de Revisão para a Prova do Título de Especialista em Medicina Intensiva da AMIB (edição 2001)
Instrutor dos Cursos FCCS/AMIB
Ex-Médico Chefe e Diretor da UTI do Hospital Municipal do Jabaquara – SP
Médico Chefe das UTIs do Hospital Geral de Pedreira e Hospital Iguatemi – SP

Experientia docet
A experiência ensina.

Frase atribuída a Poblius Cornélios Tácitus,
escritor, historiador e orador latino (c. 55-120)

Atheneu

São Paulo • Rio de Janeiro • Belo Horizonte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

EDITORA ATHENEU

São Paulo —	*Rua Jesuíno Pascoal, 30*
	Tel.: (11) 222-4199 • 220-9186
	Fax: (11) 3362-1737 • 223-5513
	E-mail: atheneu-sp@atheneu.com.br
	Home page: www.atheneu.com.br
Rio de Janeiro —	*Rua Bambina, 74*
	Tel.: (21) 539-1295
	Fax: (21) 538-1284
	E-mail: atheneu@atheneu.com.br
	Home page: www.atheneu.com.br
Belo Horizonte —	*Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104*

PLANEJAMENTO GRÁFICO — CAPA: Equipe Atheneu

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Orlando, José Maria da Costa
UTI: muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo/José Maria da Costa Orlando. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

Vários colaboradores.
Bibliografia.

1. Medicina intensiva. 2 Unidades de terapia intensiva. I. Título.

01-2594 CDD-616.028
NLM-WX 218

Índices para catálogo sistemático:

1. Terapia intensiva: Medicina 616.028
2. Unidades de terapia intensiva: Medicina 616.028

COSTA ORLANDO, J.M.
UTI: Muito Além da Técnica... a humanização e a arte do intensivismo

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte – 2001

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Dedicatória

Aos meus pais,
Rosa e José Orlando

À minha esposa,
Paula

Aos meus filhos,
Rafael e Renata

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Agradecimentos

À Sra. Maria Aparecida de Souza, pela árdua tarefa de digitação dos textos;

À Professora Isa Spanghero Stöeber, pelo meticuloso trabalho de edição dos textos.

Aos revisores da Editora Atheneu, pela revisão deste livro.

Ao Padre Euclides Faria, capelão do Hospital Santa Rita (SP), pelas "dicas" de latim.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Colaboradores

Nemo solus satis sapit.
Ninguém, por si só, sabe o bastante.[1]

PLAUTO

A elaboração deste Manual foi possível graças às contribuições de vários colegas do país. Entendendo a importância desta publicação para a classe médica e, principalmente, para os jovens especialistas, os profissionais atenderam ao nosso chamado e gentilmente concordaram em partilhar suas experiências pessoais. Este material é fruto de longos anos de prática médica acumulada pela comunidade de intensivistas.

Os textos foram escritos a muitas mãos e a muitas cabeças, e o resultado deve ser atribuído a um consenso entre os colaboradores. Seja através de sugestões, palpites, comentários, retificações, inclusões ou leitura crítica, cada um participou com sua experiência. O produto final revela, em cores marcantes, o quanto já caminhamos pelos (às vezes árduos, às vezes recompensadores!) meandros da Terapia Intensiva no Brasil.

[1] Marcius Plauto, poeta e homem de teatro latino (c. 254-184 a.C.).

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Afonso M. Abrão
Médico Coordenador da UCI do Hospital São João Batista, Volta Redonda-RJ

Alexandre Holthasen Campos
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Américo Helene Junior
Professor-Instrutor da Disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica. Cirurgião Plástico do Hospital Santa Helena, São Paulo — SP

Antônio Capone Neto
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP Consultor dos Cursos FCCS/AMIB

Antônio Nuno da Conceição
Ex-Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva da Bahia — SOTIBA. Presidente do VIII Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva (Salvador — BA, 1997). Coordenador da UTI: Hospital Aliança, Salvador-BA

Carlos Augusto Dias
Coordenador Médico da UTI do Hospital São Camilo-Santana-SP Sócio-Diretor da Intensimed

Celso Dias Coelho
Ex-Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro — SOTIERJ. Ex-Presidente da Comissão de Qualidade da AMIB. Coordenador da UTI: INCA — Instituto Nacional do Câncer; Hospital IV Centenário; Hospital Santa Tereza, Rio de Janeiro — RJ. Consultor dos Cursos FCCS/AMIB

Cid Célio Jayme Carvalhaes
Médico Neurocirurgião. Presidente da UNIMED de São Paulo. Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Diretor do Departamento Jurídico do Sindicato dos Médicos de São Paulo. Advogado Civilista

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Cláudio Piras
Presidente da Sociedade Espiritosantense de Terapia Intensiva — SOESTI. Ex-Coordenador da UTI: Santa Casa de Misericórdia — Vitória — ES. Ex-Presidente da Cooperati — Cooperativa dos Médicos Intensivistas do Estado do Espírito Santo e seu atual Secretário. Consultor dos Cursos FCCS/AMIB

Cristiane Hoels
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Edson Stefanini
Ex-Presidente da Comissão do Título de Especialista da AMIB. Ex-Vice-Presidente da Sociedade Paulista de Terapia Intensiva — SOPATI. Cardiologista do Hospital Sírio-Libanês. Coordenador do Grupo de Coronariopatias da Disciplina de Cardiopatia da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo

Eduardo Franco Motti
Ex-responsável pela Unidade de Terapia Intensiva de Tétano da Clínica de Doenças Infecciosas do Hospital das Clínicas da FMUSP — São Paulo. Ex-Diretor de Pesquisa Clínica da Merck Sharp & Dohme

Eduardo Meyer
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Edwin Koterba
Coordenador Médico da UTI do Hospital são Camilo — Pompéia — SP. Diretor dos Cursos FCCS/AMIB. Sócio-Diretor da Intensimed

Elias Knobel
Médico-Chefe da UTI do Hospital Israelita Albert Einstein — São Paulo

Eliézer Silva
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP. Instrutor dos Cursos FCCS/AMIB

Emília Nozawa
Fisioterapeuta Chefe do Instituto do Coração do HC-FMUSP

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Fernando Osni Machado
Ex-Presidente da Sociedade Catarinense de Terapia Intensiva — SOCATI. Diretor Clínico do Hospital Universitário de Florianópolis-SC

Flávio Monteiro de Barros Maciel
Ex-Presidente da Sociedade Paulista de Terapia Intensiva — SOPATI. Coordenador Médico das UTIs do Hospital Iguatemi e Geral de Pedreira — São Paulo. Professor Assistente da Disciplina de Reumatologia da FMUSP. Consultor dos Cursos FCCS/AMIB. Coordenador do Programa de Especialização em Medicina Intensiva do Hospital Municipal do Jabaquara — São Paulo

Hélio A. Gomes
Intensivista do Hospital São Camilo — Pompéia-SP. Sócio da Intensimed

Hugo Carvalho Vilanova
Intensivista dos Hospitais Iguatemi, Santa Rita e Brigadeiro — São Paulo — SP

Jairo C. B. Othero
Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul — SOTIRGS. Presidente da Comissão de Ética da AMIB. Ex-Secretário da AMIB. Intensivista do Hospital Luterano da Ulbra, Porto Alegre — RS. Instrutor dos Cursos FCCS/AMIB

Janete Livianu
Assessora de Informática da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Médica do Centro de Informática da Escola Paulista de Medicina

Joel Isidoro Costa
Ex-Presidente e atual Diretor-Tesoureiro da Sociedade Cearense de Terapia Intensiva — SOCETI. Coordenador da UTI: Hospital São Mateus, Fortaleza-CE

José Antônio da Rocha Almeida
Intensivista do Hospital Nipo-Brasileiro — São Paulo

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

José Gerson Gerstler
Intensivista da UTI Pediátrica do Hospital São Paulo — UNIFESP. Mestre pela Escola Paulista de Medicina. Coordenador do Grupo de Pesquisa Clínica da UTI Pediátrica da UNIFESP

José Ricardo da Silveira
Engenheiro Mecânico Aeronáutico. Consultor em Gerenciamento. Assessor da Presidência da DIXTAL Biomédica — São Paulo

Júlio César M. Monte
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Lourival de Campos
Médico Chefe da Clínica Médica do Hospital Municipal do Jabaquara, São Paulo-SP

Luiz Alexandre A. Borges
Presidente da Comissão de Defesa Profissional da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Ex-Presidente da AMIB. Ex-Presidente da SOTIRGS. Coordenador da UTI: Hospital N.S. da Conceição — Porto Alegre-RS

Luiz Antônio Factore
Presidente da Sociedade Paulista de Terapia Intensiva — SOPATI. Diretor dos Cursos ACLS do Fundo de Aperfeiçoamento e Pesquisa em Cardiologia — FUNCOR. Consultor dos Cursos FCCS/AMIB. Editor do Manual do Curso de Revisão para o Título de Especialista em Medicina Intensiva da AMIB. Médico Assistente da Unidade de Choque da Disciplina de Emergências HC/FMUSP

Luiz Guilherme N. Nunes
Estatístico do Hospital Sarah Kubitschek, Brasília – DF

Manes R. Erlichman
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein – SP

Márcia Haddad M. de Almeida
Advogada militante na área de responsabilidade civil, criminal e ética administrativa dos médicos, enfermeiros e correlatos

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Marcelo Moock
Diretor da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Coordenador Médico das UTIs dos Hospitais Iguatemi e Geral de Pedreira — São Paulo. Ex-Presidente da Sociedade Paulista de Terapia Intensiva — SOPATI. Membro da Comissão de Defesa do Exercício Profissional da AMIB. Consultor dos Cursos FCCS/AMIB

Marco Aurélio S. Bueno
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Marcos Freitas Knibel
Presidente da Comissão de Qualidade da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Ex-Presidente da AMIB. Coordenador da UTI: Hospital de Clínicas Mário Leone, Rio de Janeiro – RJ

Marcos Knobel
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Maria Daniela Fonseca P. R. Ferreira
Enfermeira e Sócia Proprietária do Projeto Home Care — SP

Milton Rodrigues Jr.
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Nelson Akamine
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

Nuberto Neto
Acadêmico de Medicina da FMUSP

Odin Barbosa da Silva
Presidente da Sociedade de Terapia Intensiva de Pernambuco — SOTIPE. Coordenador da UTI: Hospital Santa Joana e Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco — Recife – PE. Diretor dos Cursos FCCS/AMIB

Oscar F. Pavão Santos
Intensivista do Hospital Israelita Albert Einstein — SP

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Paulo Sérgio S. Beraldo
Ex-Presidente da Sociedade Brasiliense de Medicina Intensiva — SOBRAMI. Membro da Comissão de Defesa e Exercício Profissional da AMIB. Consultor em Clínica Médica e Medicina Intensiva do Hospital Sarah Kubitschek. Coordenador da Pós-Graduação em Ciência da Reabilitação da Rede de Aparelho Locomotor do Hospital Sarah Kubitschek

Renato G. Terzi
Editor-Geral da Série Clínicas Brasileiras de Medicina Intensiva da AMIB. Ex-Presidente da AMIB. Professor Doutor da Universidade de Campinas — UNICAMP

Roberto L. Gusmão Verçosa
Secretário da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Membro da Comissão de Defesa do Exercício Profissional da AMIB. Ex-Presidente da Sociedade Alagoana de Terapia Intensiva — SOALTI. Intensivista da Santa Casa de Misericórdia, Maceió – AL

Rodolfo Milani Jr.
Médico Intensivista. Professor-Assistente da Disciplina de Clínica Geral e Propedêutica da FMUSP. Editor-Assistente do Portal Médico Connectmed

Rosa Goldestein A. Rocha
Diretora da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Presidente da Comissão do Título de Especialista da AMIB. Ex-Secretária da Comissão de Formação do Intensivista. Intensivista Diarista do Hospital Samaritano, São Paulo-SP. Médica Assistente do Serviço de Anestesiologia, Dor e Terapia Intensiva — UNIFESP. Editora do Manual do Curso de Revisão para o Título de Especialista em Medicina Intensiva da AMIB. Instrutora dos Cursos FCCS/AMIB

Sayonara de Fátima F. Barbosa
Ex-Presidente do Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira — AMIB. Enfermeira-Chefe do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC

Volnei M. Castanho
Coordenador Médico da UTI do Hospital Leão XIII — SP. Sócio-Diretor da Intensimed

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Prefácio

Mudamos. Vertiginosas mudanças ocorreram e vêm ocorrendo nas relações sociais como um todo, nos últimos anos. Conquistas e avanços da e na sociedade, independente de valores culturais, etnias, condições políticas ou econômicas, são confirmadas por muitos enquanto que, para outros, modificações ocorridas não são tão avançadas como poderia afigurar-se em princípio, representando, até mesmo, retrocessos e atrasos. Governos teocráticos constituem-se como alguns exemplos.

Mudamos. As relações de trabalho em seu conjunto florescem com profundas mudanças. Tradicionais contratos de trabalho, através de carteira assinada, vêm cedendo espaços para as mais diferentes formas de entendimentos, desde a relação informal até sofisticados contratos de prestação de serviços, passando pela chamada terceirização, no bojo da globalização.

Análises das atividades médicas também experimentaram, e ainda o fazem, verdadeiras reviravoltas nas mais distintas formas do exercício profissional, sobressaindo na atualidade brasileira múltiplas maneiras de relacionamentos para a prestação de atenções médicas, originando daí as mais diversas situações.

Somos, no momento, aproximadamente 270 mil médicos distribuídos de forma aleatória pelo território nacional, 70% dos quais localizados na região Sudeste, não atendendo aos mínimos resquícios de planejamentos. Formamos, em alguns pontos do país verdadeiro exército de mão-de-obra de reserva, sendo alcançados por interesses vários, algumas vezes questionáveis.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Mudamos. Nosso ordenamento jurídico alterou-se sobremaneira desde a Constituição Federal de outubro de 1988, advindo daí novas relações sociais, muitas delas ainda indefinidas. Leis, normas e regras foram e estão sendo introduzidas no cenário nacional, garantindo direitos, definindo obrigações, dirimindo dúvidas, estimulando outras, alterando, assim, as relações interpessoais. Muitas para melhor, algumas nem tanto. Submetemo-nos a rápidas mudanças não bem discutidas, gerando polêmicas nem sempre dirimidas, até mesmo com intervenção do poder judiciário. Poderíamos falar em certas confusões, sem exageros ou alardes, pois que, direitos dos cidadãos são amplamente reivindicados ou postergados a planos secundários, em ambas as circunstâncias, sem explicações convincentes.

Vivemos situações difíceis. Indefinições político-administrativas, oscilações no poder aquisitivo da nossa gente, crescimento econômico aquém do desejado, criação de empregos deficiente, crescimento demográfico, urbanização da população, intempéries da natureza, chuvas copiosas em certas regiões, secas causticantes em outras, racionamentos, restrições de créditos, massa de salários apequenada. Somos uma população pobre, entrementes, florescem avanços e conquistas tecnológicas que, apesar de tudo, são por nós alcançáveis. Temos que aplicá-las e o fazemos com boa eficiência.

Panorama confuso, definições complexas, caminhos obscuros, práticas profissionais em todos os setores embaraçadas por muitos percalços, porém figuras pensantes sobressaem de forma lúcida e consciente, abrindo caminhos, construindo trincheiras, propiciando alternativas. É o caso concreto da presente obra em que o Autor procura definir realidades distintas das atuais, construindo esclarecimentos e solidificações nos entendimentos profissionais e interprofissionais.

Mister honroso escrever estas introduções, fruto da benevolente amizade desenvolvida entre o Autor para comigo. De certa forma somos cúmplices, pois muito discutimos sobre a grandeza desta obra por ele ora efetivada. O fez com esmero e capacidade.

Foge do tradicionalismo característico dos compêndios médicos. O é sem sê-lo. UTI Muito Além da Técnica*... Excelente denominação para um verdadeiro compêndio de ensinamentos. Trata-se, na verdade, de comentários apropriados sobre as mais diferentes situações envolvendo pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, suas necessidades fundamentais,*

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

diagnósticos, terapêuticas, evoluções, altas, óbitos, enfim, fatos usuais nessas circunstâncias. Relações entre os muitos segmentos envolvidos nas atenções de enfermos, alvos de cuidados especiais. Reflete preocupações, transmite experiências.

Em verdade, constitui-se em obra de relevância destinada a todos, sem exceção. Desde a nós Médicos, permeados de dúvidas, indefinidos na escolha de melhores condutas, principalmente para com terceiros, até enfermos em condições de aproveitá-la, seus familiares e amigos e, sem dúvida, para toda equipe profissional que labuta em UTIs.

Chega em boa hora. Ocupa lacuna existente e, por certo, abre caminhos novos e diferentes para assegurar melhorias nas relações profissionais em todos os sentidos.

São Paulo, outono de 2001.

Cid Célio Jayme Carvalhaes.
Médico – Neurocirurgião.
Diretor Jurídico do Sindicato dos Médicos de São Paulo.
Presidente da Unimed de São Paulo.
Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia.
Advogado Civilista.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Apresentação

"Aquilo que julgamos já saber é o que, freqüentemente, nos impede de aprender."

(Claude Bernard)*

UTI: Muito Além da Técnica... *é uma publicação cientificamente despretensiosa, que beira a informalidade. Valendo-se, ora de uma linguagem fundamentalmente coloquial, ora de uma forma mais acadêmica de expressão, — segundo o estilo de cada colaborador* — UTI: Muito Além da Técnica... *é quase um bate-papo!*

É exatamente assim, aliás, que os assuntos abordados são tratados no dia-a-dia das UTIs: discussões entre colegas, questionamentos e argumentações lançados em reuniões, visitas clínicas à beira do leito, dúvidas dos jovens intensivistas — e mesmo daqueles já não tão jovens assim! —, conversas "sérias" — algumas vezes a portas fechadas —, com orientações do chefe da UTI, acerca de atitudes consideradas impróprias ou inconvenientes; situações desconfortáveis (por vezes até angustiantes!) vividas pelo "intensivista solitário", que se vê obrigado a encará-las sozinho...

Não nos referimos aqui aos temas predominantemente científicos, técnicos, ou, se preferirem, tecnológicos. Estes já são por

*Claude Bernard: Fisiologista francês (1813-1878), que ganhou notoriedade por suas pesquisas sobre os fenômenos físicos da digestão, a origem do diabete, o sistema nervoso simpático e os nervos vasomotores, além de estudo sobre venenos e anestésicos. Publicou em 1865 sua obra-prima — "Introdução ao Estudo da Medicina Experimental".

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

demais enfatizados durante o curso de graduação e residência médica. Os intensivistas "recém-saídos do forno" mostram-se, em geral, exímios "tecnicistas". Não têm grandes dificuldades para obter um acesso venoso central, regular um ventilador eletrônico sofisticado, ou efetuar cálculos complicados para decidir qual a melhor droga a ser empregada.

Preocupam-nos, sim, aqueles assuntos pouco palpitantes, que não costumam atrair grandes platéias durante os congressos. Para essas sessões, acorrem principalmente os "intensivistas quarentões", talvez por já terem vivenciado algo semelhante na prática. Em tais assuntos, cada profissional sente algumas dificuldades, nem sempre compartilhadas pelos membros da equipe: dificuldades "silenciosas", que, certamente, incomodam e podem, inclusive, prejudicar o desempenho profissional.

Enfim, vários são os aspectos que, até o momento, carecem de uma forma sistematizada de transmissão entre gerações de intensivistas. E tampouco são encontrados em livros-textos de Terapia Intensiva.

Obviamente, muitos tópicos importantes escaparam desta coletânea, apesar de nossa preocupação (quase obsessiva!) em ampliar o material, com o envolvimento de experientes colaboradores.

Não temos — nem de longe — a presunção de esgotar o assunto. Esta é, sem dúvida, uma obra aberta, que deverá ser permanentemente enriquecida com outras contribuições...

Quem sabe, você será o próximo colaborador, nas futuras edições!?

São Paulo, outono de 2001
José Maria C. Orlando

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sumário

1 Aspectos Relacionados à Equipe, ***1***
Terapia Intensiva: Trabalho em Equipe, ***3***
Intensivista! Afinal, Quem é Esse Profissional?, ***9***
O Intensivista Diarista ou Rotineiro: O Elo da Corrente, ***13***
O Chefe de UTI: Muita Capacidade, porém com Bom Senso, ***17***
Formação do Intensivista: Quatro Anos é Muito?, ***19***
Aparência Pessoal e Comportamento do Intensivista, ***23***
Passagem de Plantão: Um Momento Mágico!, ***25***
Troca de Plantão: Um Momento Trágico!, ***27***
Descanso Noturno: Antes de Repousar..., ***29***
12, 18, 24...36, 48 Horas...: Qual é nosso Limite?, ***31***
Fluxo de Informações: Na Dúvida, Comunique!, ***35***
A Morte: Uma Indesejável Colega de Plantão? Nem Sempre..., ***37***

2 Aspectos Relacionados ao Paciente, ***41***
Direitos do Cidadão: (...em Estado Crítico), ***43***
Respeito ao Pudor e Direito à Privacidade e ao Conforto, ***45***
Criança: Um Adulto em Miniatura?, ***49***
O Idoso na UTI: Idade Não é Documento!, ***55***
Estado Vegetativo: Até Quando?, ***59***
Testemunha de Jeová: Transfundir ou Não, Eis a Questão, ***63***
Transporte Intra-Hospitalar do Paciente Crítico: Quem Vai?, ***65***

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Desafio das Feridas: do Esterco de Lagarto aos Hidrocolóides, ***69***
Reações Emocionais: O Medo como Fonte de Ansiedade no Paciente Crítico, ***75***

3 Aspectos do Relacionamento Interpessoal, ***77***
Intensivista, Médico Assistente e Familiares: Em Conexão 24 Horas, ***79***
Visitantes: Também São Parte da Equipe, ***83***
Guia de Orientação ao Visitante: Uma Receita Simples e Eficaz, ***85***
O Acompanhante na UTI: O Tempero Latino, ***93***
Boletim Médico: ...em Mediquês?, ***97***
Avaliação Feita por Médico Externo: O que Diz o Código de Ética?, ***101***
Informações Telefônicas: Nem Sempre, Nem Nunca, ***103***
Nós e a Imprensa: Nada a Declarar!?, ***105***

4 Aspectos Administrativos, ***111***
Critérios de Admissão e Alta: ...Mas com Flexibilidade, ***113***
Disponibilidade de Vagas: Sempre Cabe Mais Um?, ***119***
Prontuário Médico: Aprenda Latim!, ***125***
Solicitação de Exames e Prescrição Médica, ***127***
Procedimentos em Medicina Intensiva, ***131***
Vai Vencer a Cobertura da UTI! E Agora?, ***133***
Remoção e Alta a Pedido: Lavo as Minhas Mãos, ***143***
Garantia de Qualidade: Alguns Conceitos para Nossa Prática, ***149***
Regimento Interno da UTI: Providência Bastante Recomendável!, ***155***
A Terceirização da UTI: A Saúde Não Tem Preço, Tem Custos, ***157***
Hospitais do Futuro: As Grandes UTIs Vêm Aí, ***161***
Humanização: Não Requer Grande Prática ou Habilidade... Basicamente Requer Boa Vontade, ***163***

5 Aspectos Ético-Legais, ***167***
Bioética: Os Quatro Pilares da Prática Clínica, ***169***

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Responsabilidade Médica: Nos Tempos do Código de Defesa do Consumidor, ***171***
O Princípio da Autonomia: O Céu é o Limite?, ***181***
Consentimento Esclarecido: *Quem Cala Não* Necessariamente *Consente*!, ***185***
Sigilo Médico: O que Protege Nossos Segredos?, ***189***
Processo Judicial: Nunca Diga desta Água Não Beberei, ***193***
Paciente Não-Reanimável e Paciente de Suporte Mínimo, ***195***
Não Introduzir ou Retirar Suporte Vital: Dá no Mesmo?, ***199***
Tratamento Fútil: ...e Furor Inútil, ***203***
Eutanásia & Cia: Termos que Confundem, ***207***
Morte Encefálica: Um Conceito a Ser Difundido, ***215***
Declaração de Óbito: Há mais Dúvidas do que se Imagina!, ***219***
Morte Violenta = IML: Mas o que Fazer Quando a Declaração de Óbito é Fornecida Inadvertidamente?, ***223***
O Papel do Intensivista nos Transplantes de Órgãos: "Caro data vérmibus", ***227***

6 Aspectos Científicos, ***231***
Afinal, como se Manter Atualizado?, ***233***
Navegar é Preciso, ***237***
Artigos Científicos: Algumas Noções Fundamentais para Análise Crítica, ***253***
Preparando uma Aula: Leve em Conta Algumas Regras Básicas, ***257***
Pesquisa Clínica em UTI: Há Normas..., ***261***
Publicação Científica: Técnica para a Redação de Artigos, ***275***
Temas Livres e *Posters*: Evite Tremedeira na Hora da Apresentação, ***279***
Estatística Hospitalar: Essencial para Acompanhar o Desempenho da UTI, ***285***

7 Algumas Dicas Técnicas, ***289***
Parâmetros Ventilatórios x Equipe Interdisciplinar, ***291***
Antes de Conectar o Doente ao Ventilador, ***293***
Prevendo a Intubação: Intensivista Prevenido Vale por dois!, ***295***

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O *Cuff* Furou! A Cânula Entupiu!, ***299***
Agitação sob Ventilação, ***301***
Antes de Extubar... *Abundans cautela non nocet.*, ***303***
Traqueostomia: Quando e Onde?, ***305***
Broncoscospia: Não me Deixem só!, ***307***
Circuitos Ventilatórios: Trocar ou Não?, ***309***
Sonda Nasoenteral: Está lá?, ***311***
Iatrogenia: Quem Foi?, ***313***
Dança dos Antibióticos: Conte até 10 antes de Mudar, ***315***
Alívio da Dor: Não Menospreze a Dor Alheia, ***317***
Raios X de Tórax: Uma Rodada pra Todo Mundo!, ***319***
Desfibrilação: Aponta pra um e Derruba o Outro..., ***321***
Linha Isoelétrica no Monitor: Nem Tudo o que Parece é..., ***323***
Antes do Cateter de Swan-Ganz, ***325***
Alarmes: Chatos, mas Necessários!, ***327***
Diurese Zero: no Paciente Sondado?, ***329***
Cateter Venoso Central e Instalação de PVC: Jugular ou Subclávia? Direita ou Esquerda?, ***331***
Aspiração Traqueal: Não Tem Segredo... Será Mesmo?, ***333***
Drogas Vasoativas: Quanto Pesa o Paciente?, ***335***
Glicemia Capilar: Uma Picada Incomoda Muita Gente, Duas Picadas..., ***337***
Instalação/Monitorização de PAM: Mesmo que Seja com o "Velho Manômetro", ***339***
Monitorização Cardíaca: é Sempre Necessária?, ***341***
Flebotomia: Fora de Moda?, ***343***
Termodiluição: Dá pra Confiar?, ***345***
Suplementação de Oxigênio: com Critério, ***347***
Oximetria de Pulso: Todo Paciente Precisa?, ***349***
Capnometria: Não é um Supérfluo!, ***351***
Portadores de Marca-passos (MP) na UTI: Não se Esqueça deles!, ***353***
Ventilação Mecânica: Cuidado para Não Piorar as Coisas..., ***357***
Lavar as Mãos: Baixo Custo, Alto Benefício, ***359***
Hemoderivados: Informações Práticas, ***361***
Heparina: Cuidados para uma Anticoagulação Adequada, ***365***

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

8 Apêndice, ***367***

GRUPO I DO APÊNDICE:
Resoluções e Pareceres do Conselho Federal de Medicina e Conselhos Regionais – Código de Ética Médica
Resoluções e Pareceres do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, ***369***

GRUPO II DO APÊNDICE:
Leis, Portarias e Normas do Ministério da Saúde, ***425***

GRUPO III DO APÊNDICE:
Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) Recomendações da AMB (Associação Médica Brasileira e Federadas), ***493***

GRUPO IV DO APÊNDICE:
Outros Documentos, ***521***
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ***535***
Guia para Admissão, Alta e Triagem em UTI (Força-Tarefa do American College of Critical Care Medicine and Society of Critical Care Medicine), ***545***

BIBLIOGRAFIA, ***549***

ÍNDICE REMISSIVO, ***569***

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 1

Aspectos Relacionados à Equipe

- TERAPIA INTENSIVA: Trabalho em Equipe
- INTENSIVISTA! Afinal, Quem é Esse Profissional?
- O INTENSIVISTA DIARISTA OU ROTINEIRO: O Elo da Corrente
- O CHEFE DE UTI: Muita Capacidade, porém com Bom Senso
- FORMAÇÃO DO INTENSIVISTA: Quatro Anos é Muito?
- APARÊNCIA PESSOAL E COMPORTAMENTO DO INTENSIVISTA
- PASSAGEM DE PLANTÃO: Um Momento Mágico!
- TROCA DE PLANTÃO: Um Momento Trágico!
- DESCANSO NOTURNO: Antes de Repousar...
- 12, 18, 24...36, 48 HORAS...: Qual é nosso Limite?
- FLUXO DE INFORMAÇÕES: Na Dúvida, Comunique!
- A MORTE: Uma Indesejável Colega de Plantão? Nem Sempre...

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TERAPIA INTENSIVA: Trabalho em Equipe

Emília Nozawa
Renato Terzi
Sayonara Barbosa
José M. C. Orlando

T ogether
E veryone
A chieves
M ore

"(...) a fascinação pelos "avanços científicos" e a confiança nos engenhos médico-eletrônicos condicionaram padrões de comportamento do tipo morte-sob-controle. A chamada medicina terminal (praticada com requintes mecanicistas nas unidades de tratamento intensivo) confere ao médico e a seus engenhos, aos olhos leigos, poderes mágicos.(...)"

W.L. Sanvito*

A Terapia Intensiva é, por definição, uma área de convergência multiprofissional, dentro do sistema de atendimento hospitalar. Os resultados de suas atividades dependem sensivelmente do estreito relacionamento entre os membros da equipe e da colaboração interdisciplinar.

Volta-se ao atendimento de pacientes com efetivo ou potencial comprometimento de funções vitais, devido à falha de um ou mais sistemas orgânicos, como conseqüência de doenças, traumatismos ou intoxicações.

Tratando-se de cuidados progressivos, a Terapia Intensiva pode ser considerada o nível mais complexo e avançado dentro da hierarquia dos serviços hospitalares. A ela competem muitas ações:

— Prevenir o surgimento, ou evitar a progressão, de estados deletérios prejudiciais ao equilíbrio corporal;
— Promover a recuperação completa ou parcial de estados mórbidos que comprometeram agudamente a saúde de paciente previamente hígido;

*Wilson L. Sanvito: Professor Titular de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Restabelecer, temporária e parcialmente, a harmonia orgânica afetada por intercorrências agudas em indivíduos cronicamente doentes;
— Prolongar vidas, desde que a qualidade seja compatível com a dignidade dos seres humanos;
— Zelar pelo bem-estar e conforto dos pacientes terminais, evitando a prática da distanásia.

Tais ações nada mais são, porém, do que passos em direção à verdadeira meta do trabalho da Terapia Intensiva, que é o de reduzir a morbidade e mortalidade, sempre que possível.

A UTI é considerada ambiente de elevada tensão, com incertezas no tocante à sobrevivência e ao aparecimento de eventos catastróficos, o que produz ansiedade, facilmente traduzida em estresse.

A equipe da UTI é como um time de futebol: nunca será capaz de ganhar o jogo, se não houver perfeita integração dos diferentes jogadores. Embora o médico seja o capitão do time e conduza boa parte das decisões do plano terapêutico, um dos fatores decisórios para o tratamento é a qualidade do relacionamento interpessoal da equipe.

Nos últimos anos, as equipes vêm-se ampliando sensivelmente, com a atuação de enfermeiros, fisioterapeutas respiratórios, nutricionistas, psicólogos, administradores e pessoal em treinamento — residentes de UTI e estagiários — em hospitais universitários e centros formadores credenciados pela AMIB.

Como se vê, o grupo de profissionais da UTI partiu de um núcleo bastante restrito — médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem — e vem agregando, ao longo dos últimos anos, vários outros colaboradores. Este fato reflete, sem dúvida, o aumento de complexidade no atendimento dispensado aos pacientes críticos, em grande parte alavancado pela vertiginosa evolução tecnológica, com a conseqüente necessidade cada vez maior de especialização.

Também a disputa pelo cliente, num cenário de progressiva competitividade, tem sido um propulsor poderoso a empurrar as instituições de saúde na direção do aprimoramento da Qualidade de seus serviços e, assim, permitir a conquista de maiores índices de satisfação dos usuários.

Dentro desta tendência, assistimos em nosso país, durante a última década, à gradual incorporação do fisioterapeuta ao time da UTI.

Hoje, quase todas as unidades dispõem de algum acompanhamento fisioterápico. Em vários serviços de bom nível técnico, já não mais se questiona a absoluta necessidade desse profissional na UTI, durante as 24 horas, tal qual acontece com o médico e com o enfermeiro.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quem pôde observar, há não muito tempo, a chegada dos primeiros fisioterapeutas às UTIs, deve lembrar-se de quão tímida e limitada era a atuação desses profissionais, colocados sob o rígido determinismo das ordens médicas e, praticamente, sem qualquer possibilidade de autonomia. Ou ainda, da não menos desconfortável interação com os enfermeiros, quando os territórios de atuação profissionais ainda se confundiam e geravam estéreis disputas.

Atualmente, observamos, com grande satisfação, que o panorama se modificou sensivelmente. Médicos e enfermeiros interagem no dia-a-dia com fisioterapeutas-intensivistas plenamente capacitados a conduzir o suporte ventilatório de pacientes em estado crítico, e a lidar, com grande desenvoltura e intimidade, com os complexos controles de sofisticados ventiladores eletrônicos microprocessados.

Assim, somos levados a crer — e com renovado otimismo! — que, no esteio da fisioterapia, novas parcerias deverão ocorrer, com a colaboração mais efetiva de outras profissões, por enquanto ainda fadadas a orbitar timidamente em torno da Terapia Intensiva.

Ainda que as enormes dificuldades de financiamento junto aos compradores de serviços de saúde acinzentem um pouco tais previsões, a voz do consumidor é, sem dúvida, um importante aliado. Por isso, nutricionistas, assistentes sociais, administradores, psicólogos — estes últimos atualmente já favorecidos e impulsionados pelo inquestionável apelo da HUMANIZAÇÃO! — vêm gradualmente ensaiando sua aproximação, e já podem, inclusive, ser encontrados em atividade em algumas UTIs brasileiras.

Quem sabe como estará este cenário dentro de mais 10 anos?...

Nas novas unidades de Terapia Intensiva que se estão implantando pelo Brasil afora, é necessário que, além da equipe médica, toda a equipe multiprofissional seja bem treinada, e com experiência pregressa em Centros de Terapia Intensiva reconhecidos. Tal exigência, infelizmente, nem sempre vem sendo cumprida, devido à dificuldade de encontrar esse perfil de profissional ou à falta de recursos financeiros para contratações.

Por isso, é imperativo que lideranças médicas das UTIs se preocupem com o aprimoramento dos profissionais. A experiência demonstra que eles são altamente motivados e receptivos à educação continuada. Cabe aos médicos-coordenadores e às chefias (Enfermagem, Fisioterapia) estimular o aprimoramento. Esse investimento em recursos humanos é altamente gratificante, além de bastante rentável.

Muitas preocupações do médico-intensivista podem (e devem) ser transferidas àqueles que estão permanentemente à beira do leito.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Suas atividades não devem meramente limitar-se a registrar controles de dados vitais e parâmetros de respiradores. Devem, isto sim, caracterizar-se pela vigilância constante desses parâmetros, tentando antecipar problemas, o que só será possível se toda a equipe souber o que acontece e o que poderá acontecer com o paciente, com base em conhecimentos de fisiologia cardiorrespiratória, neurologia e metabolismo, entre outros. Fica evidenciada, assim, a necessidade e o valor do treinamento em serviço.

A importância desta troca de informações é bastante visível também no relacionamento entre médicos e enfermeiros: enquanto nas enfermarias de um hospital essa relação limita-se, muitas vezes, à execução, por parte dos enfermeiros, da prescrição médica, na UTI o desempenho e a comunicação refletem-se diretamente nos resultados da Unidade. A este respeito, há uma clássica observação de W. Knaus: ao aplicar o Sistema APACHE II a 13 hospitais norte-americanos, verificou que somente um apresentou desempenho abaixo da média em termos de mortalidade por faixas de risco. Era exatamente o hospital onde médicos e enfermeiros não se sentavam à mesa para discutir problemas.

Atualmente, vários hospitais privados são credenciados pela AMIB como centros formadores, embora a grande maioria ainda não tenha estagiários em fase de treinamento. A formação de intensivistas qualificados tem tido prioridade absoluta nos objetivos da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. É importante, então, que se façam algumas considerações sobre o estagiário ou residente na UTI, pois ele é colocado, pouco a pouco, frente a decisões que orientam o tratamento dos pacientes.

Estagiários em início de programas de treinamento em Unidade de Terapia Intensiva — independentemente de lacunas no conhecimento de assistência ao doente grave — não estão familiarizados com o ambiente e com os procedimentos. Por outro lado, enfermeiros antigos em centros universitários ou centros formadores sentem-se, ostensivamente, protetores de seus pacientes, procurando assegurar-se de que os "protocolos" do serviço sejam obedientemente respeitados. Surgem, então, muitos conflitos,quando o novo estagiário expõe condutas não ortodoxas aos "protocolos" sobejamente conhecidos dos enfermeiros.

Embora, em tese, todos saibam que reconhecimento e respeito são fatores essenciais de harmonia numa equipe, e que o trabalho deve voltar-se para um objetivo único — o *que* é certo, e não *quem* é certo —, esse tipo de estresse prejudica, muitas vezes, a comunicação.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Não resta a menor dúvida, no entanto, que faz parte do aprendizado a exposição do estagiário aos problemas de comunicação dentro de uma UTI. O fato de ter seu julgamento questionado pelos demais membros da equipe pode ser experiência desgastante e frustradora, mas é o único mecanismo capaz de inseri-lo no seio da equipe. Em outras palavras, o grupo questiona:

"— Você quer fazer seu trabalho como parte da equipe, ou prefere ser um clínico independente, explicando suas ações somente se quiser?" Seguramente, esta última atitude — defensiva e arrogante — desencoraja qualquer gesto de colaboração.

O desempenho da equipe estará vinculado à compreensão clara de seus objetivos, à colaboração entre os vários membros da equipe interdisciplinar, à percepção dos próprios papéis e à habilidade de comunicação entre os diferentes membros. E tudo isto deve ser harmonizado pela atuação do médico responsável, a quem cabe, inclusive, responder legalmente pelos atos da equipe.

Como conclusão, outro ponto importante a ser registrado é o elevado número de profissionais que assistem o paciente em estado crítico. É fundamental que todos se identifiquem. Além de poder estabelecer uma relação mais estreita, evita situações confusas, pois, muitas vezes, o paciente deseja solicitar algo, e não sabe o nome nem a categoria do profissional. Evite a impessoalidade!

Divisum sic breve fiet opus — Assim dividido, o trabalho tornar-se-á mais leve (Marcial)*

*Marcial (Marcus Valerius Martialis), poeta latino. Autor de *Epigramas* (c.40 d.C.-id.c.104).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

INTENSIVISTA! Afinal, Quem é Esse Profissional?

José M. C. Orlando

Antes de ser intensivista — lembre-se! —, você é médico.

E, a partir do momento em que assume o plantão, cada paciente internado na UTI passa a ser seu paciente. Você deve considerar-se tão responsável quanto o neurologista que o transferiu para a UTI, ou o cirurgião que o operou.

O que significa ser médico de um paciente?

É saber o nome, a idade, a profissão, a história clínica. É examiná-lo, utilizar conhecimentos propedêuticos, e concordar ou discordar dos achados do exame físico que o colega anterior encontrou. Analisar, então, os dados de sinais vitais, parâmetros hemodinâmicos e de função respiratória, balanço hídrico e outros, tão bem registrados na prancheta ao lado, ou na tela do computador.

Claro! Verificar também os exames subsidiários realizados, e até solicitar outros, quando realmente necessários, para esclarecer o diagnóstico, ou modificar a conduta em andamento.

Ah! Como médico do paciente, também é muito importante dialogar com ele (claro, se estiver acordado!), bem como dar atenção ao familiar que veio visitá-lo. E, freqüentemente, é necessário conversar com o outro especialista, que também é médico do paciente.

Este é o plantonista ativo, que termina seu trabalho cansado, mas feliz.

O outro tipo de plantonista... bem, ele também sai exausto do plantão, embora profundamente infeliz.

(Edson Stefanini)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SER INTENSIVISTA

Em 1978, o Professor de Neurologia da Santa Casa de São Paulo, Wilson Luiz Sanvito, publicava, no Jornal da APM — Associação Paulista de Medicina —, artigo intitulado "Médico Tecnotrônico", cuja semelhança com o intensivista provavelmente não é apenas mera coincidência. De qualquer forma, tomo-o emprestado, em sinal de alerta:

"(...) Finalmente, estamos chegando à era do médico-tecnotrônico, verdadeiro manipulador de técnicas requintadas e de circuitos eletrônicos. Este tipo de médico costuma exercer uma medicina, interpondo entre ele e o doente um complexo de aparelhos, atitude essa que veio a dar o golpe mortal na relação médico-paciente. Ao ganhar aparelhos sofisticados, esse médico perdeu a sua alma. Existem até certas figurações do chamado médico-fantasma como um mito do futuro. Este tipo de médico não veria os doentes e não abandonaria o seu gabinete. Uma plêiade de técnicos, utilizando todos os recursos da eletrônica, reuniria para ele, num computador, os dados científicos e as informações mais diversas, graças às quais ele poderia se pronunciar infalivelmente, fornecendo-lhe a máquina todas as indicações diagnósticas e terapêuticas". (Millez, P & col.: Rumo a uma Anti-Medicina? Iniciativas Editoriais, Lisboa, 1972.)

"Entretanto, se nós verberamos com veemência o médico-tecnotrônico, não podemos deixar de reconhecer o justo valor dos engenhos tecnoeletrônicos a serviço da Medicina. Não queremos correr o risco de ser comparados àquele cidadão norte-americano que, ao ver o primeiro automóvel rodando pelas ruas de Detroit, exclamou: "Muito engenhoso, mas nunca substituirá o cavalo". São os excessos e o uso indevido dos aparelhos que devem ser verberados, nunca a tecnologia em si.

Nós somos contra a manipulação inadequada dos avanços tecnológicos (...)."

Já em 1992, foi publicado, no boletim "Atualidades AMIB", o seguinte texto sobre o perfil do intensivista:

Médico com particular interesse, que se dedica a um definido ramo da Medicina, por empenho próprio, de modo a desenvolver domínio de habilidades e conhecimentos específicos de situações clínicas ou cirúrgicas ameaçadoras da vida, tornando-se um conhecedor, um perito nos assuntos da Medicina Intensiva.

O QUE É MEDICINA INTENSIVA?

A Medicina Intensiva é a parte da Medicina que abrange e desenvolve conhecimentos sobre pacientes gravemente enfermos, de modo a dominar diagnósticos e terapêuticas.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O desenvolvimento de recursos terapêuticos e diagnósticos modernos viabilizou assistência continuada a pacientes progressivamente enfermos e dependentes desses recursos. Os médicos aprofundaram técnicas desse manejo, de modo a acompanhar a tecnologia e os pacientes.

Diversas especialidades, notadamente as cirúrgicas, avançaram à medida que, nas UTIs, encontravam não apenas um médico plantonista, mas um médico que na sua prática diária faz intensivismo, estuda e pesquisa Medicina Intensiva.

PERFIL DO INTENSIVISTA

Deve o médico, como perito em Medicina Intensiva, ter perfeito domínio das técnicas de suporte a sistemas vitais ameaçados pelas situações clínicas e cirúrgicas dos pacientes gravemente enfermos, no dia-a-dia das UTIs.

Para suporte aos sistemas vitais disfuncionados, precisa o intensivista conhecer profundamente a fisiologia desses sistemas, fisiopatologia das situações com risco de vida, recursos diagnósticos e terapêuticos possíveis e disponíveis, bem como tecnologia que viabiliza esta assistência. Na prática diária, essa assistência abrange:

Monitorização da PIC

Acesso ao sistema ventricular do SNC

Acesso e manutenção da via aérea

Acesso e manutenção da ventilação mecânica prolongada

Acesso à cavidade pleural, ao mediastino e pericárdio

Acesso venoso e arterial, periférico e central

Monitorização invasiva de PVC, PAM, PAPO, DC, transporte e consumo de oxigênio

Instalação de marca-passo transitório endocavitário

Cardioversão — desfibrilação

Reanimação cérebro-cardiopulmonar

Acesso às cavidades naturais: digestiva, urinária e ostomias em geral

Manutenção diária do equilíbrio metabólico, hematológico e nutricional

Manejo dos pós-operatórios de grande porte de quaisquer áreas da Medicina

Por tudo isso, é natural que este especialista necessite de outros dotes pessoais, além do indispensável conhecimento de fisiopatologia, treinamento adequado para a realização de procedimentos inva-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sivos e domínio das técnicas de suporte vital: deve possuir também espírito de trabalho em equipe, bom senso, agilidade de pensamento e ação, equilíbrio e serenidade no enfrentamento das situações de emergência frente a pacientes, familiares, colegas de trabalho e a outros especialistas, o que inevitavelmente acaba por resultar em muitos momentos conflituosos na prática diária.

Os princípios da Bioética aplicados à prática clínica constituem-se, assim, em instrumentos indispensáveis para a formação do intensivista, da mesma forma como são valorizados o aprendizado e treinamento constantes das demais técnicas médicas.

"Extremis morbis, extrema exquisite remedia optima sunt."

(Hipócrates)

Para os males extremos só são eficazes os remédios intensos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O INTENSIVISTA DIARISTA OU ROTINEIRO: O Elo da Corrente

José M. C. Orlando

E agora, dando vazão à veia literária de alguns de nossos colegas, observe, nos seguintes versos, se a imagem no espelho tem algo em comum com você...

Um plantonista?
Um rotineiro, diarista?
Um assistente... insistente?
ou não?
Um pesquisador...
Quem sabe, lá no fundo, um... preceptor ou..., um futuro professor?!
Claro, certamente, um "terminal doctor*"!*
E... por que não... um negociador?!
Mas sempre, e contudo, um animador, que a morte anima, e... sem dor.
E quando ao mundo sai, apenas um ser humano é, sem rancor!
ou não?!
Espelho, espelho meu, que intensivist... inha sou eu?
Com o olhar no passado,
ou com o passado no olhar?
Que busca avançar, ou segura-se no que tem.
E vem, e vai,
e fica e não sai.
Um pai, uma mãe, um irmão,
um colega, um algoz?
Calmo, lento... um amigo,
rápido, bondoso, feroz?
Diga-me... espelho meu...
afinal,
que intensivist... inha sou eu?
(Jairo B. Othero)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O modelo clássico do intensivismo desenvolveu-se, em nosso país, com base no acompanhamento "verticalizado" dos pacientes.

De acordo com ele, a avaliação médica dá-se de forma fragmentada, pois, a intervalos de seis, 12 ou 24 horas, o médico responsável é substituído por outro profissional, que se encarrega de dar continuidade ao tratamento intensivo durante outro período de tempo e, assim, sucessivamente. Está aí caracterizado o "plantonista".

Que vantagens pode oferecer este sistema?

— Em virtude das atividades altamente estressantes que caracterizam a rotina de trabalho do intensivista, dividi-las em frações, distribuindo-as entre diversos médicos, é, sem dúvida, uma forma razoável de poupar os profissionais, física e psicologicamente.

— Envolver seqüencialmente diferentes profissionais — com formação, conhecimentos técnicos e áreas específicas de interesses — acaba por produzir excelente amálgama, otimizador da terapêutica oferecida aos pacientes. A atenção ao paciente crítico — caracteristicamente complexo pela diversidade e gravidade das disfunções orgânicas — pode contar com maior probabilidade de sucesso, pois o que eventualmente escapa de um plantonista poderá ser detectado pelo próximo.

Permite que os profissionais se dediquem a outras atividades menos estressantes (vida acadêmica, consultório, ambulatório) de forma rotineira, reservando apenas determinados períodos para atuar como plantonistas (por ex.: períodos noturnos e finais de semana), sem que tais atividades conflitem entre si, oferecendo ainda possibilidades de ampliar ganhos financeiros.

O "caldeirão" onde fervilham variadas experiências resulta num "caldo" rico de potencialidades, que nutrirá o *know-how* da equipe, desde que a ele se adicione um condimento indispensável para dar sabor à mistura: o Diarista.

Conciliando e moldando várias tendências individuais dentro da equipe médica, cabe ao Diarista reorientar múltiplos vetores numa única direção. Este é o verdadeiro sentido de equipe, sem o qual teremos apenas um agrupamento descoordenado e ineficaz de esforços.

Como contraponto ao atendimento "vertical" do plantonista, o diarismo introduz o conceito de tratamento seqüencial e "horizontalizado" na UTI, assegurando que plantonistas mantenham-se permanentemente "conectados" e alinhados com a meta maior, que é a busca permanente do melhor para os pacientes.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Não obstante, estarmos convencidos da importância do Diarista (ou, se preferirmos, Intensivista Não-Plantonista) como *"(....) garantia de assistência segura e com qualidade para os pacientes e garantia de um exercício profissional digno e ético para os intensivistas (...)",** ainda assim esbarramos na resistência dos compradores de serviços médicos em prover o financiamento dos honorários profissionais.

Até recentemente, a AMIB defendia, de forma solitária e sem força de lei, a necessidade do Diarista. Esta recomendação faz parte das "Normas Mínimas para Funcionamento de UTI". Com a publicação da Portaria Ministerial nº 3.432, de 12/08/98, no entanto, passou a ser reconhecida e exigida pelas autoridades sanitárias, em todo o território nacional.

Da mesma forma, o trabalho do Diarista está contemplado com honorários específicos (Código 14.01.006-2) na LPM — Lista de Procedimentos Médicos —, publicada em 1996 pela Associação Médica Brasileira.

Em 1992, durante o II Fórum de Defesa do Exercício Profissional (São Paulo, 20 — 21 de novembro), a AMIB estabeleceu a forma de atuação do Intensivista-Diarista. Mesmo não se traduzindo em obrigatoriedade absoluta, ajuda a traçar um esboço do que seria o perfil desse profissional:

a) Deve ter titulação acadêmica na área (universitária ou associativa);

b) Deve ter dedicação de pelo menos 50% do seu tempo profissional à atividade de cuidados intensivos;

c) Deve estar comprometido na área de cuidados intensivos, especialmente no aspecto assistencial, com atenção ao paciente e seus familiares, sendo desejável também sua atuação no aspecto de treinamento de pessoal;

d) Deve desempenhar funções diárias de triagem e priorização de altas e leitos da UTI, de supervisão no atendimento aos pacientes, de qualificação nas políticas assistenciais da unidade, de interação com consultorias e outros serviços de apoio da UTI;

e) Deve participar de atividades científicas e acadêmicas periódicas na unidade;

f) Deve participar de programas de educação médica continuada;

g) Deve manter sua própria educação continuada mediante consulta à literatura apropriada e pela participação em atividades científicas relacionadas à área;

*Parecer da Comissão de Defesa do Exercício Profissional da AMIB — Boletim "Atualidades AMIB".

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

h) Deve participar de pesquisa clínica relevante da unidade, e é desejável sua apresentação em atividades locais, regionais e nacionais;

i) Deve estar fisicamente presente na unidade e livre de outras obrigações competitivas no seu período de atividade.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O CHEFE DE UTI: Muita Capacidade, porém com Bom Senso

Marcelo Moock

O chefe, para ser legítimo — e assim reconhecido por seus pares — deve, antes de tudo, ter conhecimento e experiência em Medicina Intensiva, e ser capaz de fazer tudo o que indica, no que se refere às habilidades pertinentes à especialidade.

Satisfeita esta prerrogativa fundamental, há vários aspectos complementares, todos eles relevantes para a função: entusiasmo — sim, entusiasmo! —, uma vez que nossa tarefa é árdua e a morte é, muitas vezes, o resultado alcançado. Ora, a mortalidade é o indicador mais utilizado para se medir a eficácia dos nossos tratamentos — e assim deve ser —, uma vez que nossos esforços são orientados para preservar a vida. Não devemos nos abater, porém, e muitas vezes devemos aceitar que talvez ela tenha sido a melhor solução para determinadas situações. E é isto que um chefe deve ter sempre em mente!

Compete ao chefe, ainda, acumular sabedoria e discernimento para orientar a equipe nos caminhos da luta, e também da resignação. Para tal, deve possuir conhecimentos de Bioética, dos pareceres estabelecidos pelos órgãos de regulação do exercício profissional e das exigências das autoridades sanitárias — pilares que, agregados à experiência, ajudam a orientar, de forma segura e adequada, os caminhos — por vezes difíceis — a serem percorridos.

Cabe a ele, além disso, estimular a convivência harmoniosa e produtiva, em um ambiente caracterizado pela interdisciplinaridade. Precisa estar convicto de que os resultados alcançados dependem do concurso de vários profissionais. Assim, à semelhança de um maestro, pode reger a equipe, respeitando as autonomias de cada profis-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

são, e trabalhar — incansavelmente — para conseguir a melhor afinação e harmonia possíveis.

É preciso também que ele estimule, ao máximo, o aprimoramento técnico da equipe, procurando oportunidades para que todos tenham acesso às informações mais atualizadas da Terapia Intensiva. O chefe deve ser um desbravador de caminhos, permitindo que seus colaboradores possam evoluir e alcançar novos limites da técnica e do conhecimento.

Deve ser justo e mediar os conflitos inevitáveis que surgem no cotidiano. Este papel de mediador justo e respeitado talvez seja a contribuição mais consistente à sua equipe.

Compete-lhe ser o porta-voz dos interesses dos profissionais sob sua responsabilidade junto aos demais setores da instituição, além de representá-la também em eventos externos e acompanhar de perto a introdução de todo e qualquer novo protocolo terapêutico ou procedimento, avaliando, em conjunto com o restante da equipe, os resultados alcançados. Sempre que alguma pesquisa clínica for conduzida, além do cuidado com o rigor científico do projeto, deve estar igualmente atento ao cumprimento dos preceitos ético-legais.

Deve envolver-se diretamente nos processos de seleção de médicos candidatos a atuar na unidade, tendo em conta a importância da formação e titulação em Medicina Intensiva.

Cabe a ele, também, zelar pelo patrimônio do setor, bem como emitir pareceres técnicos, quando da aquisição de novas tecnologias, materiais e medicamentos.

Deve, além do mais, possuir *Título de Especialista* da Associação de Medicina Intensiva Brasileira e, se possível, credenciar seu serviço como centro formador de novos postulantes ao Título de Especialista.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

FORMAÇÃO DO INTENSIVISTA: Quatro Anos é Muito?

José M. C. Orlando

No Brasil, a Medicina Intensiva constitui especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina desde 1992 (Resolução 01/92) e homologada pela Associação Médica Brasileira.

Apesar disso, a CNRM — Comissão Nacional de Residência Médica —, diferentemente das duas outras entidades, não a reconhece (até o presente momento!), e não vem credenciando, nos últimos anos, programas de Residência em Medicina Intensiva, embora tal postura conste da Resolução 01/81 (Residência Médica, s.7 jan/dez 1985).

Tentativas de vincular a Medicina Intensiva como área de atuação da Clínica Médica contrariam, inclusive, experiências de vários outros países, onde o intensivista provém de diferentes áreas básicas, como Clínica Médica, Cirurgia e Anestesiologia.

Insistir nessa postura significa desconhecer e menosprezar a origem histórica de uma área médica de caráter essencialmente multidisciplinar. Ela nasceu e vem-se desenvolvendo graças aos avanços e às contribuições alcançados por diferentes campos do conhecimento médico, que convergem e complementam-se na Terapia Intensiva, para a formação de especialistas com conhecimentos próprios, ao mesmo tempo específicos e complexos.

Outra incongruência da postura da CNRM é a obrigatoriedade do estágio em Medicina Intensiva durante o período de formação de residentes de outras áreas, como Cirurgia Geral, Cardiologia, Clínica Médica etc. Diante disso, caberia a indagação: *"(...) quem serão os preceptores no estágio obrigatório dessas Residências, se não existirem INTENSIVISTAS bem formados?"*. A propósito, reporte-se à página 497,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Capítulo 8 — Apêndice, para consultar Relatório aprovado pela Plenária do Consenso da AMIB (Campinas, 02/1997).

De qualquer forma, e até que haja deliberação conclusiva e homogênea envolvendo CFM, AMB e CNRM, a AMIB tem credenciado diversas UTIs como centros formadores, nos quais são desenvolvidos programas de Treinamento em Medicina Intensiva.

Talvez resida exatamente aí um dos fatores que têm determinado a posição contrária da CNRM: a diversidade dos programas disponíveis.

Embora a situação mais freqüente seja representada pelos cursos com duração de 1 (um) ano, tendo como pré-requisito 2 (dois) anos de Residência em Clínica Médica, Cirurgia, Anestesiologia ou Pediatria, também são aceitas pela AMIB outras modalidades alternativas:

- 2 (dois) anos de Residência Básica, seguidos de 2 (dois) anos de Medicina Intensiva;
- 1 (um) ano de Residência Básica, seguido de 2 (dois) anos de Medicina Intensiva;
- exclusivamente, 3 (três) anos de Medicina Intensiva.

Como se vê, é altamente recomendável que uma única modalidade seja adotada por todos os centros formadores do país, como condição prévia indispensável para que a Medicina Intensiva seja aceita como especialidade.

Caso contrário, estaríamos formando, sob a chancela da AMIB, e com um único título de especialista, indivíduos com formação profissional amplamente heterogênea.

Preocupada com este aspecto, a AMIB tem coordenado discussões com várias lideranças estaduais, visando à elaboração de proposta para aglutinar toda a comunidade de Intensivistas em torno de um único modelo de *Especialista*. Até o momento, a proposta dominante estabelece programa de treinamento com duração de 4 (quatro) anos: 2 (dois) anos em uma das especialidades "raízes" e 2 (dois) anos em Medicina Intensiva.

A título de comparação, o intensivista, na Espanha, passa por treinamento que se estende por cinco anos, três dos quais dedicados especialmente à Terapia Intensiva. O pré-requisito básico são dois anos de Medicina Interna.

Nos EUA, a maioria dos programas está associada à Medicina Interna, com duração total de 6 (seis) anos. Em menor número, há programas associados à Cirurgia e Anestesiologia. Na França, há duas modalidades distintas: a Terapia Intensiva Cirúrgica, praticada por indivíduos de formação anestesiológica, com duração de 4 (quatro)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

anos, e a Terapia Intensiva Médica, que prevê período complementar de mais 2 (dois) anos.

Na Austrália, o treinamento em Medicina Intensiva vem-se desenvolvendo desde 1976, mas não de maneira unificada. Naquele país, há dois programas distintos de treinamento ligados à Medicina Interna ou Anestesiologia, cujos conteúdos diferem sensivelmente.

Já na Inglaterra — da mesma forma que no restante da Europa —, a Medicina Intensiva foi reconhecida oficialmente como especialidade desde meados de 1999! O treinamento do intensivista desenvolve-se em bases multidisciplinares, envolvendo colegiados de diferentes áreas médicas. A partir de formação básica em Anestesiologia, Medicina Interna ou Cirurgia, o treinamento completa-se com um programa unificado em Medicina Intensiva, o que habilita o médico a submeter-se a exame de especialista.

No Canadá, há apenas uma modalidade de programa de treinamento para intensivistas, cuja orientação geral provém do The Royal College of Physicians and Surgeons, que deve, necessariamente, dar sua aprovação. Sob este aspecto, existe uma profunda diferença dos EUA, onde há multiplicidade de programas, atrelados a cada uma das especialidades médicas. Ou seja, no Canadá o intensivista é formado com um enfoque "generalista", enquanto que nos EUA tem seu aprendizado direcionado para determinada disciplina.

O período de especialização canadense é de 2 (dois) anos, tendo como pré-requisito a formação básica numa das seguintes áreas: Anestesiologia, Clínica Médica, Emergência, Cirurgia ou Pediatria.

O primeiro ano é dedicado integralmente a um estágio clínico em UTI geral. O segundo ano dedica-se ao treinamento em áreas mais específicas, sob a forma de rodízio. Ao final do treinamento, é conferido um certificado reconhecido pelo Royal College.

Esta parece ser a tendência mundial, seguida, inclusive, pelos países nos quais os programas iniciais estavam vinculados a uma única "especialidade-mãe".

Portanto, ainda que à primeira vista um programa brasileiro com quatro anos de treinamento possa parecer demasiado, em países mais desenvolvidos esse período está em torno de cinco a seis anos, para preparar adequadamente o intensivista.

Dispomos hoje no Brasil de aproximadamente 90 centros formadores, a grande maioria concentrada nas regiões Sul e Sudeste:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ÍNDICES

Sul	18,7%	UTI — Adulto (66) 80%
Sudeste	61,3%	
Nordeste	8,7%	
Centro-Oeste	10,0%	UTI — Pediátrica (16) 20%
Norte	1,3%	

A relação completa das instituições com programas credenciados pela AMIB pode ser consultada à página 504, Capítulo 8 do Apêndice.

O primeiro concurso nacional para obtenção do Título de Especialista foi realizado em 1982. Desde 1997, o acesso a esse concurso ficou restrito a candidatos com aperfeiçoamento específico em Medicina Intensiva.

Entretanto, reconhecendo a necessidade de facilitar a obtenção de certificado a um extenso contingente de profissionais — que vêm exercendo essa atividade há vários anos, num grande número de UTIs brasileiras —, continuam sendo permitidas as inscrições de médicos sem formação específica em UTI, desde que tenham obtido graduação médica até dezembro de 1993 e, naturalmente, comprovem efetiva experiência prática em Terapia Intensiva.

Outra forma de obter o título é por meio de proficiência curricular.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

APARÊNCIA PESSOAL E COMPORTAMENTO DO INTENSIVISTA

Marcos Knibel
José M. C. Orlando

"O médico é o padrão dos homens."
(HOMERO)*

"A roupa faz o homem (e a mulher!)". Quem não conhece esta frase? Pois bem: mesmo assim, é bastante comum que alguns colegas se esqueçam deste ditado popular e compareçam ao plantão com tênis, calça *jeans* surrada etc.

É certo que a UTI é um setor fechado, mas você não é invisível, principalmente aos "olhos atentos" dos familiares. Quando eles aguardam o Boletim, ansiosos por encontrar o médico (o Doutor!) e deparam com um menino, de tênis e *jeans*, a pergunta é inevitável: — "Mas o senhor é o médico?" A seqüência também é previsível: dúvidas, insegurança...

Queira você ou não, a sociedade ainda tem uma imagem estereotipada do profissional da Saúde. E nós, enquanto pacientes, não somos diferentes... O que você acharia de levar seu pai/mãe para consultar um professor famoso e encontrá-lo no consultório, de tênis ou com o avental sujo, barba por fazer etc.? Fale a verdade! Não quebra um pouco do encanto? Nós próprios somos forçados a reconhecer que o médico já não goza do mesmo respeito e prestígio de anos atrás. Então, por que piorar ainda mais as coisas? Isto também tem que ver com auto-estima...

*Homero — poeta grego a quem é atribuída a autoria da Ilíada e Odisséia (século IX a. C.).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— "Ah, mas eu quero me sentir confortável!" Tudo bem... então use propés, vista um avental, ou, ainda melhor, o macacão da UTI.

Último detalhe: os exemplos "engraçados" aqui relatados não são mera coincidência!

A família, enquanto permanecer na UTI, estará com os "radares ligados" para o comportamento da equipe. Piadas, risadas, comentários impróprios serão fatalmente captados. Aliás, não só pelos visitantes, mas também pelos próprios pacientes... e, por vezes, retransmitidos aos familiares com maior ou menor fidelidade. Quem conta um conto, sempre aumenta um ponto!

Evite, portanto, fazer comentários "negativos" junto ao paciente. Alguns depoimentos nos alarmam quanto a sofrimentos que os pacientes experimentam ao ouvir afirmações sobre a gravidade ou irreversibilidade de quadros clínicos. Muitos, mesmo graves, podem estar conscientes e, freqüentemente, angustiados pelo medo da morte. É bastante provável que estejam atentos a tudo o que for dito a seu redor. Certamente, não lhes será nada tranqüilizador saber que os profissionais responsáveis por ele parecem estar mais preocupados com os baixos salários, ou que já não agüentam mais tantos plantões etc.

Na UTI, habitue-se a falar baixo. Demonstre e, acima de tudo, transmita tranqüilidade aos demais componentes da equipe interdisciplinar. Hiperatividade e alta excitação não são sinônimos de intensivista mais capacitado.

O que lhe parece fumar dentro da UTI (para não dizer dentro do hospital)? Cuidado, pois, com a força do vício, o intensivista fumante poderá ser surpreendido circulando com o "tabaco aos lábios pelas várias dependências da UTI". Alguém duvida que isto aconteça ou discorda de que tal comportamento seja totalmente inadequado?

Lembre-se da legislação vigente sobre fumo em locais públicos... E, o Ministério da Saúde adverte: "Fumar é prejudicial à saúde" (... a sua e, naturalmente, a dos outros: em especial, a dos doentes).

"Incompositio corporis inaequalitatem judicat mentis."
(Santo Agostinho).*
O grande descuido no vestir mostra juízo desordenado.

---

*Santo Agostinho — teólogo da igreja latina, autor de imensa obra escrita e centenas de sermões autênticos (354-430 d.C.).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PASSAGEM DE PLANTÃO: Um Momento Mágico!

Marcos Knibel
Celso Coelho
Luiz Alexandre Borges
Edson Stefanini
José M. C. Orlando

Observar com rigor o horário de passagem de plantão é um gesto de respeito para com o colega que o aguarda ansiosamente. O Código de Ética também tem algo a dizer sobre isto, em seu artigo 37.

É vedado ao médico: *"Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior."*

Ainda com a preocupação de preservar o direito dos pacientes, o artigo 36 afirma ser vedado ao médico: *"Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave."*

Caso a equipe conte com mais de um médico no plantão, é importante que todos estejam presentes no momento da passagem dos casos. Recomenda-se que esta seja feita não apenas de forma verbal, pois, com freqüência, não nos é possível memorizar todas as informações transmitidas em tão poucos minutos. O resultado quase certo é que acabemos por nos esquecer de alguns detalhes, como, por exemplo, exames a serem solicitados, ou resultados que precisam ser cobrados ao laboratório.

Da mesma forma, quem está saindo pode esquecer-se de avisar sobre a vinda de um paciente cuja cirurgia ainda esteja em andamento e criar, com isso, situações embaraçosas para toda a equipe.

A sugestão é uma planilha (em papel, quadro ou computador), onde apareçam todos os leitos em operação, com os respectivos nomes dos pacientes, data de internação, idade, diagnósticos principais, intercorrências, condutas já adotadas e providências a serem

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

tomadas. É um recurso simples — mas importante —, para manter a unidade do grupo e a continuidade do trabalho.

A passagem de plantão é um momento mágico na vida da UTI. É quando o médico — após 12 ou 24 horas ao lado do paciente, avaliando, observando, acrescentando novas informações, adotando condutas terapêuticas, indicando procedimentos diagnósticos, interagindo com o médico titular — transmite suas conclusões a respeito do caso, avalia o sucesso ou o insucesso das condutas tomadas e convida o colega recém-chegado a assumir o caso e dar seqüência à série de rituais característicos do trabalho de quem lida com o paciente crítico.

É nesta hora que a enfermeira, o fisioterapeuta, o estagiário e o residente devem participar da discussão do caso em todos os aspectos, de forma que o profissional que está chegando consiga transmitir confiança ao paciente e à família. Quando isto ocorre, o ambiente da UTI torna-se mais leve e mais seguro, sem desgaste pessoal e da equipe.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TROCA DE PLANTÃO: Um Momento Trágico!

Antonio Nuno da Conceição
José M. C. Orlando

A responsabilidade por trocas de dia ou horário de plantão é, num primeiro momento, atributo do titular desse horário. O Apoio Administrativo pode — e deve — ser acionado para ajudar, fornecendo telefones e sugestões de nomes de eventuais substitutos. Não é aceitável, no entanto, que se transfira, simplesmente, a responsabilidade da troca a outros.

Da mesma forma, as trocas devem ser viabilizadas de forma planejada com os colegas que integrem a equipe específica de determinado hospital, em benefício da própria imagem da equipe da UTI perante a instituição

Nos casos de trocas programadas de horário ou plantão (viagens, férias, simpósios, por exemplo), é importante partir do princípio de que toda substituição é sempre complicada, e que devem ser evitados os contatos de última hora com os colegas.

É importante também sempre registrar essas trocas na escala de horários, como forma de evitar — entre outros problemas — contratempo com o pagamento. É recomendável, também, a utilização de impresso apropriado, com registro de assinatura dos profissionais envolvidos.

É chato trocar plantão, não é mesmo? Você tem que reesquematizar seu horário naquele dia ou na semana, só porque um colega lhe pede que o substitua... E de última hora ainda é pior! Mas, antes de dizer NÃO, leve em conta que amanhã você poderá estar à cata de alguém para substituí-lo. Sua negativa hoje poderá resultar em dificuldades no futuro. É a lei do dar e receber!

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por isso, pense bem e conte até 10, antes de se negar a ajudar o colega. Mesmo que não possa assumir o horário integral, mostre boa vontade, propondo-lhe cobrir pelo menos parte do plantão. Não podemos permitir que um sentimento perigoso de descompromisso e desunião tome vulto. Numa equipe grande, por exemplo, é inadmissível que ninguém esteja disponível para uma troca!

Cabe lembrar, finalmente, os seguintes aspectos, caso se deseje, um dia, deixar a equipe:

- Exceto por motivo de força maior, sua saída não deve ser abrupta. Comunicação de última hora ("a partir da próxima semana eu já não darei mais o plantão!!") poderá trazer sérios problemas para todo o grupo. É preciso dar um prazo razoável para que a Coordenação/Apoio Administrativo providencie outro plantonista.
- Não negocie seu horário diretamente com outros colegas interessados, sem prévio conhecimento e concordância dos Coordenadores.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DESCANSO NOTURNO: Antes de Repousar...

Luiz Alexandre Borges
José M. C. Orlando

As horas de descanso no período noturno (muitas vezes bem minguadas!) poderão ser mais usufruídas se, no início do plantão, as eventuais instabilidades forem bem analisadas, e as condutas corretas mais precocemente adotadas.

As intercorrências noturnas podem ser evitadas ou minimizadas, caso os pacientes sejam sistematicamente avaliados enquanto o plantonista ainda não demonstra sinais de cansaço físico e mental.

Antes de repousar, faça um *round* com a enfermeira. Chame a atenção para determinados pacientes e situações com potencial de instabilização e deterioração clínica. Oriente-a, ainda, a adotar, de imediato, alguns procedimentos iniciais, enquanto você estiver sendo acionado para reavaliar o caso.

É igualmente imprescindível (e não apenas no período noturno!) informar a enfermeira sobre os eventuais pacientes para os quais se definiu limitação de esforços terapêuticos. Evita-se, com isso, desencadear uma série de atitudes que, afinal de contas, já deveriam, antecipadamente, ter sido taxadas como desnecessárias.

Para algumas comunicações mais simples, como, por exemplo, o resultado de glicemia aguardada, a ocorrência de um pico febril ou episódio isolado de vômito etc., em que o objetivo da enfermeira é apenas cientificar o médico ou obter orientação simples e direta, é razoável admitir que o contato possa ser feito a distância — por meio de telefone ou intercomunicador — entre o posto de enfermagem e a sala do intensivista.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quando a enfermagem, no entanto, detecta mudanças no estado geral, comportamento, nível de consciência, condições respiratórias e/ou cardiocirculatórias, impõe-se prontamente a presença física do médico junto ao leito. Nesse cenário, é inadmissível qualquer relutância em responder, de imediato, às solicitações da enfermagem.

Não se trata, obviamente, apenas do constrangimento a que será submetido o plantonista, caso novos chamados sejam necessários, mas sim, das graves conseqüências que poderão advir para o paciente — e para o próprio profissional —, se caracterizada a negligência no atendimento!

Conclui-se, como óbvio, que a planta física específica da UTI deve contemplar espaço destinado à sala dos plantonistas, a fim de assegurar sua permanente disponibilidade junto à área de atendimento aos pacientes. Esse aspecto consta, aliás, das "Normas Mínimas para Funcionamento de UTI", elaboradas pela AMIB.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

12, 18, 24...36, 48 HORAS...: Qual é nosso Limite?

José Ricardo da Silveira

O homem foi concebido como um ser que comete erros. E a taxa desses erros varia conforme a natureza das tarefas que executa, das circunstâncias em que trabalha, e, sobretudo, da duração (tempo) da tarefa.

A maior parte das pesquisas sobre este tema foi realizada por organismos militares, pela aviação e pela indústria nuclear. Muito menos freqüentes, no entanto, são as referências na área médica.

Qual seria, para o médico, o tempo de trabalho contínuo numa UTI, sem perder a prontidão? Doze, 18 ou 24 horas? Mas, por que não 36 ou 48 horas?!

Pergunta similar foi feita para saber a prontidão de muitas outras categorias de profissionais. É o caso, por exemplo, dos operadores de Salas de Controle de Centrais Nucleares: pesquisas de vários anos mostraram que é impossível fixar limites precisos, já que, comprovadamente, esse limite máximo varia de pessoa para pessoa.

Os mesmos estudos, todavia, mostraram que um determinado limite poderia ser estipulado, para garantir que todos os operadores estivessem em pleno estado de prontidão, em qualquer circunstância. Assim, é regra mundialmente aceita que uma jornada máxima de 6 (seis) horas é admissível para esses profissionais. Ou seja: com esta duração, garante-se que a taxa de erros seja minimizada.

Na tentativa de lançar alguma luz à duração da jornada contínua de trabalho em UTI, contamos com a competente consultoria do Engenheiro José Ricardo da Silveira — que realizou cuidadosa pesquisa bibliográfica, obtendo alguns indicadores interessantes.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Antes, porém, é interessante tentar definir o que vem a ser "Prontidão". O Dicionário Aurélio registra: "prontidão = presteza, agilidade, desembaraço, rapidez; rapidez na compreensão ou na execução de alguma coisa; estado de quem se acha pronto para fazer determinada coisa; estado de quem está pronto a agir, a entrar em ação".

O NIOSHI — National Institute for Occupational Safety and Health — Cincinnati — EUA — recomenda a todas as áreas em que há trabalho em horários excepcionais (US Departament of Health and Human Services — Publication nº 97-145 — July 1997):

- *Evitar horários de trabalho exclusivamente noturnos.*
- *Reduzir ao mínimo trabalhos noturnos em dias consecutivos.*
- *Evitar mudanças rápidas de horários.*
- *Evitar o sistema de miniférias (cinco a sete dias), para compensar vários dias (10 a 15) de trabalho contínuo em horários excepcionais.*
- *Reduzir ao mínimo períodos longos de trabalho.*
- *Levar em consideração que, conforme os horários, a duração da jornada deve ser diferente.*
- *Levar em consideração a necessidade de períodos de repouso, durante a jornada.*

Que tal? Parece, sem dúvida, que o Intensivismo é exatamente a antítese de todas estas recomendações. Em todo caso, mantenha a calma! Antes que você pense em abandonar definitivamente a especialidade, vamos analisar outras recomendações...

Estudo realizado com residentes de Otorrinolaringologia, em 1991: trabalho em turnos de 24 horas não tem efeitos indesejáveis, se for realizado, em média, um ou dois dias por semana, e com duração máxima de 80 horas por semana. (Journal of the American Medical Association, vol. 266, nº 10 — 1991.)

Estudo realizado com médicos em 1978: três horas a menos de sono (sobre as oito horas normais), após um período de trabalho contínuo de 18 a 24 horas, reduz, de forma importante, a eficiência na solução de problemas. (Ergonomics — Vol. 21, nº 4 — pp. 279 —295, 1978.)

Diversos estudos realizados entre 1987 e 1990 permitem concluir que o trabalho noturno é 5% a 10% menos eficiente do que o trabalho diurno, para uma mesma duração. Esta diferença se acentua quando a duração aumenta, sobretudo se o nível de energia despendida é elevado. (Occupational Medicine — State of the Art Reviews — Vol. 5 nº 2 — April — June 1990.)

Estudo realizado entre 1981 e 1990, com operadores de Salas de Controle, que trabalhavam 10 a 12 horas contínuas, durante três a

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cinco anos: tais pessoas têm uma redução do nível de atenção, quando comparadas a pessoas que trabalham apenas oito horas, sobretudo quando este trabalho mais longo ocorreu à noite. (Work & Stress, 1991, Vol. 5, nº 2.)

Estudos realizados na década de 80, envolvendo operadores de Salas de Controle de Centrais Nucleares, enfermeiras, médicos residentes e militares: a performance profissional e pessoal cai em função das horas de trabalho excepcional e/ou com longa duração (acima de 12 horas por dia). (Office of Technology Assessment — US Congress — OTA Report Brief — September 1991.)

Estudos realizados com médicos residentes entre 1970 e 1985 concluem que o sistema de 100 horas semanais e/ou de 36 horas em contínuo é desaconselhado (redução da capacidade de vigilância e de concentração). (Academic Medicine, Vol. 66, nº 11, pp. 687 — 693, 1991.)

Aqui, parece haver uma pista interessante! Até 12 horas seria razoável, mas 36 horas já é demais...

Trabalho realizado em hospitais na década de 80, com médicos "jovens", conclui que evidências de fadiga, com significativos riscos para as escolhas de ações a realizar, ocorrem após 24 horas de trabalho contínuo. (Work and Stress, Vol. 3, nº 2 — pp. 117 — 128, 1989.)

Embora não possamos justificar de forma plena e conclusiva — uma vez que não encontramos estudos especificamente desenhados para avaliar a jornada máxima de trabalho médico em UTI —, acreditamos que, para manter um nível de segurança adequado e taxa de erro aceitável, o intensivista deveria ter em conta que trabalhar até oito horas é, sem dúvida, o mais recomendável; 12 horas ainda estaria dentro do razoável; 24 horas seria o limite máximo tolerável, desde que pudessem ser intercalados intervalos para repouso durante essa jornada contínua, respeitando um acumulado semanal de até 80 horas.

Acima disso, é claramente desaconselhável.

Finalmente, para aqueles mais preocupados com o assunto, recomendamos a leitura do livro *Hours of Work — Temporal Factors in Work Scheduling*, editado por Simon Folkard e Timothy H. Monk — John Wiley & Sons — 1985.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

FLUXO DE INFORMAÇÕES: Na Dúvida, Comunique!

José M. C. Orlando

Mesmo com responsáveis técnicos efetivamente presentes e atuantes, é inegável que os plantonistas/diaristas estarão sempre muito mais envolvidos na rotina de trabalho e com problemas que se apresentam no dia-a-dia. Ocorre, porém, que as soluções devem seguir o trâmite burocrático-administrativo, antes de serem postas em prática, e essa é a função dos coordenadores

É vital, portanto, para o bom andamento dos trabalhos, a permanente evolução e o aprimoramento da equipe, que tudo seja informado aos responsáveis, por telefone, *fax*, pessoalmente, através de recados escritos, ou de qualquer outra forma. Na real impossibilidade de contato com os coordenadores, ou nos casos em que o plantonista julgue tal procedimento desnecessário, ele deve tomar a decisão que julgar mais acertada e, depois, responder por ela.

Quando você tiver dúvida a respeito da relevância de um determinado fato ou sugestão, *Comunique*!

Bips e celulares são ótimas vias de contato imediato com aqueles que os têm. Mas, para isso, é preciso responder o mais prontamente possível aos chamados, evitando que o solicitante tenha de lançar mão do artifício da *Urgência Médica*.

Exercite-se em dar pronto retorno. Nem sempre a notícia será ruim...

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A MORTE: Uma Indesejável Colega de Plantão? Nem Sempre...

Lourival de Campos
José M. C. Orlando

"(...) Entretanto, apesar de a morte fazer parte do cotidiano médico, ela é a grande ausente do ensino médico. É praticamente uma constante nas escolas médicas o conceito de Medicina como ciência curativa, a serviço do prolongamento da vida, não se dando a devida ênfase a um dos postulados básicos da Medicina, que é a diminuição do sofrimento humano. O nosso estudante de Medicina recebe uma vultosa massa de informação a respeito do linfócito T ou do RNA-mensageiro; entretanto, fica jejuno de como conduzir um paciente agonizante. Em nosso sistema universitário sobra informação, falta formação. Nesta espécie de último capítulo da Medicina, que é o enfrentamento do problema doente-no-limiar-da-morte, ainda quase nada se faz nas escolas médicas. O acompanhamento do agonizante é, afinal de contas, o ponto culminante do diálogo constante entre médico-e-paciente.(...)"

W. L. Sanvito*

A morte é, em geral, o momento que mais exacerba o desgaste rotineiro do intensivista, no dia-a-dia de sua atuação profissional.

Mesmo naquelas situações em que ela já é esperada, sua comunicação formal aos familiares produz, invariavelmente, reações emocionais, às quais o intensivista não é absolutamente imune.

Em que pese a "imagem exterior", que pode ser entendida pelos familiares como um certo "distanciamento" (e até mesmo frieza!), a verdade é que, naquele *momento, o médico envelhece mais rápido*. Não venhamos, portanto, com velhos jargões de que depois de certo tempo aquilo não passa de uma mera rotina nem com frases do tipo: "Eu já estou calejado."

*Wilson L. Sanvito: Professor Titular de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A "armadura" que se vai construindo ao longo dos anos, como defesa emocional necessária, não é, de forma alguma, invulnerável. Talvez a maneira mais saudável de lidar com a morte de um paciente seja franquear-se um pouco mais aos sentimentos e ao sofrimento dos familiares e amigos, deixando transparecer que também somos feitos de carne e osso. É importante que compartilhemos da sensação de perda.

Muito mais desconfortável é a notícia de um óbito inesperado, súbito. Todas as emoções citadas anteriormente serão agora elevadas à enésima potência!

Não existem comportamentos preestabelecidos. Há, sim, algumas recomendações pertinentes. Por tratar-se de material bastante oportuno também para o intensivista, reproduzimos a seguir tabela extraída (e modificada) do artigo — "Suporte Avançado de Vida: Implantação no Brasil e sua Essência", de autoria de Timerman, S. e Cols, publicado na Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo (vol. 8, nº 4, julho/agosto/1998):

Sugestões para dar a notícia da morte súbita aos membros da família.

Lembre-se: no momento que você terminar os esforços da ressuscitação de uma pessoa, você adquirirá novos pacientes — a família e os que a amavam.

Chame a família, se ela não tiver sido notificada. Explique que o ente querido foi admitido no serviço de emergência (ou UTI) e que a situação é séria. Em geral, familiares devem ser avisados da morte face a face, nunca por telefone.

Obtenha o máximo de informações possível sobre o paciente e as circunstâncias relacionadas à morte. Cuidadosamente, conte os eventos da forma como eles aconteceram.

Peça a alguém para levar os familiares a uma área reservada. Entre, apresente-se, sente-se. Localize o parente mais próximo.

Rapidamente descreva as circunstâncias que levaram à morte. Descreva a seqüência de eventos. Evite eufemismos como "Ele passou desta para melhor", "Ela não está mais com a gente", ou, "Ele nos deixou". Ao contrário, use palavras como "morte", "morrendo", ou "morto".

Dê tempo para o choque ser absorvido. Faça contato visual. Permita-se tocar o familiar e compartilhar sua dor. Expresse seus sentimentos em frases como "Vocês podem contar comigo", em lugar de "Eu sinto muito".

Dê quanto tempo for necessário para perguntas e discussões. Repita a seqüência de eventos quantas vezes for necessário, para ter

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

certeza de que tudo foi bem entendido e para facilitar perguntas futuras.

Permita à família ver o parente. Se algum equipamento estiver conectado, avise a família previamente.

Saiba, de antemão, o que acontecerá na seqüência e quem vai fornecer o atestado de óbito. Os médicos podem causar aborrecimento à família e à equipe se desconhecerem a sistemática relacionada ao atestado de óbito e à disponibilidade do corpo. Saiba as respostas a essas perguntas antes de conversar com a família. Um dos parentes, certamente, irá perguntar: "Agora qual é o próximo passo?" Esteja preparado para responder a esta pergunta.

Solicite a presença de um assistente social ou religioso, se ainda não estiver presente.

Ofereça-se para contatar o médico do paciente e prontifique-se a esclarecer eventuais dúvidas. Prepare-se para o acompanhamento e o apoio, nesse período difícil.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 2

Aspectos Relacionados ao Paciente

- DIREITOS DO CIDADÃO: (...em Estado Crítico)
- RESPEITO AO PUDOR e Direito à Privacidade e ao Conforto
- CRIANÇA: Um Adulto em Miniatura?
- O IDOSO NA UTI: Idade Não é Documento!
- ESTADO VEGETATIVO: Até Quando?
- TESTEMUNHA DE JEOVÁ: Transfundir ou Não, eis a Questão*
- TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO: Quem Vai?
- O DESAFIO DAS FERIDAS: do Esterco de Lagarto aos Hidrocolóides
- REAÇÕES EMOCIONAIS: O Medo como Fonte de Ansiedade no Paciente Crítico

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DIREITOS DO CIDADÃO: (...em Estado Crítico)

José M. C. Orlando

O fato de adentrar uma UTI em situação de fragilidade orgânica e psíquica — muitas vezes extrema — não subtrai ao paciente os direitos de pessoa e de cidadão. Pelo contrário: exatamente por essa condição de vulnerabilidade é que se deve dar ainda maior importância a tais direitos, mesmo que sua incapacidade de tomar decisões naquele momento possa representar um elemento complicador.

Há vários anos, e alimentada pelo progressivo reconhecimento dos Direitos Humanos, a relação médico-paciente vem gradativamente abandonando o caráter hierárquico — em que cabia exclusivamente ao médico decidir os rumos da terapêutica —, para assumir uma condição em que as decisões devem ser compartilhadas. O paciente deixa de desempenhar o papel de figurante totalmente passivo, para assumir a autonomia do próprio corpo e consente — quando necessário — a prática diagnóstica e terapêutica. Ainda como pano de fundo dessa nova relação, fica subentendido o caráter sigiloso das informações e revelações.

A Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, preocupada com o bem-estar e a recuperação do paciente crítico, fez publicar, em 1993, sua Declaração de Ética, onde estabelece os direitos fundamentais do paciente:

DIREITOS DOS PACIENTES CRÍTICOS

a) Direito de receberem cuidados especializados, a fim de minimizar o risco de morte ou de ficarem seqüelados, como conseqüência de sua doença.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) Direito de obterem informações de seus médicos a respeito de sua condição. Quando não é recomendável oferecer toda a informação ou parte dela, seus responsáveis devem ser informados.

c) Sempre que possível, devem ser informados sobre procedimentos diagnósticos ou terapêuticos importantes, para obter o seu consentimento, salvo se não houver competência mental.

d) Direito de negarem-se a determinados tratamentos, dentro dos limites permitidos pela lei. Nestes casos os pacientes devem ser informados das conseqüências médicas de sua negativa, devendo, se possível, obter-se uma declaração dessa negativa, confirmada por seus familiares.

e) Direito de obterem as melhores facilidades disponíveis na transferência de locais dentro ou fora do hospital, com o objetivo de diminuir os riscos de transporte.

f) Direito a receberem visitas de seus familiares e amigos, desde que não interfiram nas regras de funcionamento de cada CTI ou nas indicações médicas específicas, em função das necessidades dos pacientes.

g) Direito de receberem assistência religiosa e de serem atendidos nos pedidos de ordem legal ou pessoal que julgarem importantes.

h) Direito a que toda informação relacionada ao cuidado de sua doença seja tratada como confidencial.

i) Direito a serem atendidos de forma personalizada, com referência especial quanto ao lado afetivo e atenção à sua relação com médicos e enfermeiros.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

RESPEITO AO PUDOR e Direito à Privacidade e ao Conforto

José M. C. Orlando

"Não há quem — se eu estiver acordado! — me coloque num lugar nu, com o ar-condicionado ao máximo, cheio de sondas, em que me acordam para dar banho às seis horas da manhã, tirando meu sangue todos os dias — sem me falar os resultados —, onde a noite é igual ao dia, longe de minha mulher e meus filhos, onde meu nome passa a ser Leito Tal."

MARCOS KNIBEL

Que tal agora um joguinho de faz-de-conta?...

Você é um leigo em Medicina, certo?

Digamos que foi internado em uma UTI (não fique preocupado, pois não foi nada grave!), e lá pelas tantas, duas funcionárias (mulheres, portanto!) anunciam que está na hora do banho. Quando você decide levantar-se para ir até o chuveiro...

— Nada disso, o banho será no leito! Ordens médicas! Logo em seguida, você já está totalmente nu e com uma vergonha danada.

Como se não bastasse esse constrangimento, quando você é virado para um dos lados... Ah, minha nossa! Uma senhora acompanha atentamente todo o desenrolar do espetáculo.

Daí, você pensa:

— Puxa, podiam colocar, pelo menos, um biombo.

Nas horas seguintes, outras cenas se sucedem. Primeiramente, um senhor, com um tubo enfiado na boca, debate-se e contorce o corpo de um lado para outro. Enquanto dois enfermeiros procuram contê-lo, um terceiro introduz um tubinho mais fino dentro do anterior e explica, em voz alta:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Sossega, vozinho! Isto é para tirar as secreções do seu pulmão.

Como esta cena acontece bem em frente à sua cama, você não pode deixar de notar o rosto do homem, completamente vermelho, como se todo o sangue do corpo lhe tivesse subido à cabeça.

Seu coração dispara...

Depois disso, o local volta a ficar mais tranqüilo.

Não fosse aquela orquestra desafinada de alarmes, apitos, pessoas falando e pacientes gemendo, até daria para tirar um cochilo. Lógico, se alguma alma caridosa tivesse lembrado de apagar a luz, reduzir o volume dos alarmes dos equipamentos e regular a potência do ar-condicionado: parece uma geladeira!

Um relógio de parede marca três horas e 15 minutos da madrugada. O cansaço já é tanto, que seus olhos estão ficando pesados...

Mas, de repente, o salão é tomado por súbito frenesi. Um alarme soa e vários enfermeiros rodeiam o leito onde está um rapaz. Sua expressão é lívida, os lábios arroxeados e os olhos parados. E você ali, impotente, diante daquela cena perturbadora.

Entre um emaranhado de soros dependurados e vozes de comando, pode-se ver claramente o médico aplicando compressões contra o peito do jovem. De tempos em tempos, é disparado um choque elétrico, ao que o corpo inerte se contorce convulsivamente.

Depois de quase 30 minutos, tudo se aquieta novamente. Os funcionários se afastam, resignados, enquanto o corpo jaz sobre o leito.

Este episódio dificilmente se apagará de sua memória, não é mesmo? Afinal, você acompanhou tudinho, de um lugar bastante privilegiado!

Um funcionário, porém, percebe que você está acompanhando a cena e procura acalmá-lo:

— Ei, tio, o senhor precisa relaxar um pouco!

Pronto, lá se foi seu nome de embrulho...

Muito bem, fim da história. Se ela lhe parecer familiar, não terá sido mera coincidência...

Boa parte de nossos hospitais, especialmente os mais antigos, teve suas UTIs instaladas em locais improvisados; por isso, muitas das condições são adversas — com priorização do número de leitos, em lugar do conforto e da privacidade dos pacientes. O exercício da criatividade, entretanto, pode ajudar — e muito! — a humanizar o ambiente da UTI.

Por vezes, nós, intensivistas, indignamo-nos com certas reportagens na mídia, caracterizando a UTI como local insalubre e de sofrimento: uma versão moderna da câmara de torturas!

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sem dúvida, são opiniões tingidas de muito exagero, e que acabam por contribuir negativamente com a imagem que paira nas mentes fantasiosas do público em geral.

Não podemos, porém, deixar de levar em consideração — e respeitar! — as impressões e sensações dos pacientes conscientes, que experimentam períodos de internação em UTI.

Por isso, este relato, embora feito por um paciente fictício, não deixa de servir de alerta. Afinal de contas, estamos falando de alguém amedrontado pela própria perspectiva de uma doença grave, isolado dos familiares e amigos, num ambiente — no mais das vezes — frio, com odores e ruídos estranhos, cercado de máquinas ameaçadoras e tratado pelos profissionais de forma impessoal, ou até distante. Como se não bastasse, ainda ouvindo conversas sobre pacientes em estado grave, ou à beira da morte — que talvez seja ele próprio! —, tendo seu corpo e intimidade manipulados mecanicamente, resignando-se e constrangendo-se em evacuar e urinar na própria cama, disponibilizando sua integridade física para ser transpassado por um sem-número de tubos, sondas e fios, muitas vezes sem saber se é dia ou noite..., e, pior ainda, com escassa ou nenhuma informação.

Pensem bem: não será, de fato, muita presunção de nossa parte querer que esse indivíduo leve consigo as melhores recordações desses momentos?

— Ah, mas não há solução, dirão alguns céticos. É o preço a pagar pela eficiência de tratamentos agressivos, mas capazes, na maioria das vezes, de salvar a vida de alguém.

Em parte, têm razão os que assim argumentam, pois acreditamos que a imensa maioria das pessoas está disposta a passar maus bocados para sobreviver. Mas é certo também que, para atenuar essa difícil experiência de vida, há alguns meios relativamente simples e eficazes, de que poderemos nos valer, se necessário, conforme se poderá observar no tópico Humanização.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CRIANÇA: Um Adulto em Miniatura?

José M. C. Orlando

Recebemos na AMIB, por várias vezes, consultas de colegas intensivistas, com formação clínica e experiência no tratamento de pacientes adultos, que têm de enfrentar no plantão de UTI a contingência de prestar atendimento a crianças de poucos anos, ou, até mesmo, meses de vida.

Não estamos falando daquelas situações heróicas, em localidades desprovidas de melhores recursos, onde não resta outra alternativa ao médico, senão prover o básico, com os recursos disponíveis. Mas sim, de hospitais que, por não possuírem mínimas condições preconizadas para adequado suporte intensivo pediátrico ou neonatal, poderiam, com certa facilidade, adotar providências cabíveis para viabilizar a remoção da criança para outro hospital. Afinal de contas, isso não representaria grandes dificuldades em uma cidade como São Paulo ou outras capitais brasileiras, que contam com várias UTIs Pediátricas!

Diante destes fatos, a AMIB elaborou duas "Recomendações", que procuram lançar algumas orientações para intensivistas e instituições, no que diz respeito ao paciente pediátrico criticamente enfermo.

Recomendações da AMIB aprovadas na Assembléia Geral de Representantes, em 26/04/98.

INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A prática, ainda verificada em nossos dias, de alguns hospitais internarem crianças em UTIs primariamente destinadas ao atendi-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento de pacientes adultos remonta, certamente, aos primórdios da Terapia Intensiva.

Naqueles tempos heróicos, e de pioneirismo, as primeiras unidades (originárias das salas de recuperação pós-operatória) propunham-se a oferecer cuidados mais intensivos a pacientes em estado crítico, independentemente da faixa etária. Talvez pelo envolvimento dominante, àquela época, de anestesiologistas e cirurgiões, tal condição fosse encarada com absoluta naturalidade, ou, pelo menos, conformismo.

Some-se a isto o fato de não haver, então, recursos tecnológicos especialmente desenvolvidos para os "pequenos pacientes", e nos será fácil entender e concordar que aqueles esforços eram, certamente, melhor do que nada.

Em pouco tempo, no entanto, não só ficou patente que a falta de conhecimento específico em Pediatria limitava sensivelmente a atuação técnica do intensivista, como também a recém-nascida Medicina Intensiva ganhava, rapidamente, mais e mais adeptos entre os pediatras.

Como forte aliada de uma inexorável dicotomização da especialidade, a evolução tecnológica passava a oferecer, de forma cada vez mais consistente, recursos materiais e equipamentos realmente aptos a dar suporte vital mais adequado aos pequeninos.

O resultado dessa história todos nós conhecemos bem...

Hoje, poucas décadas mais tarde, aqueles tempos de pioneirismo dos primeiros desbravadores já passaram para a história da Medicina Intensiva.

Será mesmo?!

A realidade (ao menos em nosso país e, provavelmente, em outras nações do Terceiro Mundo!) parece apontar em outra direção, ou melhor, outro tempo, há algumas décadas...

Mesmo nos centros desenvolvidos do país e em instituições hospitalares dotadas de recursos médicos (e financeiros!) reconhecidamente diferenciados, não raro, surpreendemo-nos com a inexistência de UTIs Pediátricas. A conseqüência natural, mas nem por isso menos deletéria, é a constatação de que crianças, muitas vezes com alguns meses de vida, recebem atendimento no mesmo ambiente de pacientes adultos. Pior ainda! Nem sempre com os equipamentos mais adequados à faixa etária.

E a qualificação técnica das equipes médicas e de enfermagem? Vamos deixar, por ora, esta pergunta no ar.

Algumas dessas instituições, preocupadas em oferecer melhor nível de atenção, disponibilizam "consultores pediátricos", que se

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

dispõem a "passar" uma ou mais vezes pela UTI, para "orientar a conduta" a ser seguida pelo plantonista. Que bom seria, se determinadas intercorrências que impõem intervenções emergenciais pudessem aguardar até a chegada do pediatra... Aliás, é bom ressaltar que, na maioria das vezes, não se trata de Intensivista Pediátrico! Com sorte, quem sabe, um profissional com experiência de Pronto-Socorro...

Diante desse cenário e, embora sensível à realidade nua e crua, a AMIB não deve pactuar com tais distorções.

As UTIs Pediátricas e a Medicina Intensiva Pediátrica não devem ser encaradas como um "opcional" a ser oferecido aos mais afortunados. Não devem, de outro lado, ser reduzidas à condição de simples "marketing institucional".

Trata-se de recurso indispensável ao correto atendimento da criança criticamente enferma.

Os hospitais, portanto, que dispõem de recursos mínimos e se propõem ao atendimento de pacientes pediátricos graves (ou potencialmente graves) deveriam, sim, ser instados pelas autoridades de Saúde a implantar suas UTIs Pediátricas. Do contrário, a boa prática médica impõe que, após o atendimento inicial e a estabilização orgânica, esses pacientes sejam removidos, com segurança, para outra instituição que disponha dos recursos necessários, na mesma cidade ou em municípios vizinhos.*

Recentemente, a AMIB recebeu consulta formulada por médicos intensivistas clínicos, inconformados com o fato de terem sido obrigados, pela administração do hospital, a internar e ter sob seus cuidados uma criança grave.

A alegação da Diretoria Clínica foi de que o médico pediatra faria o acompanhamento conjunto, só que a distância.

Naquela oportunidade foi emitido um parecer da Vice-Presidência de Pediatria e Comissão de Defesa, com recomendações que seguiam as mesmas diretrizes aqui reproduzidas.

"A Criança Não é um Adulto em Miniatura".

LIMITE DE IDADE PARA INTERNAÇÃO DE PACIENTES EM UTI PEDIÁTRICA OU DE ADULTOS

Com o passar dos anos, é compreensível que certos conceitos sofram modificações, derrubando, inclusive, alguns dogmas arraigados.

---

*Entende-se como tal a remoção realizada por UTI-Móvel, com acompanhamento médico.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Foi assim com a "abertura progressiva das UTIs ao mundo exterior". Provavelmente, há três décadas, muitos considerariam absoluta heresia a possibilidade de familiares entrarem na UTI, em visita a um paciente. O que dizer, então, da permanência do acompanhante dentro da UTI?

Pois bem: em nossos dias, tais situações não só deixaram de ser consideradas ousadas, como passaram a ser cada vez mais recomendadas. Com relação ao limite de idade, não é diferente.

Quem seria capaz, com convicção, de definir de forma incontestável até que idade uma criança deve ser encaminhada à UTI Pediátrica e a partir de que idade deve ser internada na UTI Adulto?

Dez? Doze ou 14 anos?

Diante da falta de parâmetros com precisão matemática, há vários anos grande parte das instituições hospitalares convencionou estabelecer a fronteira em 12 anos, seguindo recomendações das próprias entidades médicas ligadas à Pediatria.

Como em outros campos, este conceito também vem sofrendo alterações nos últimos anos, à medida que a Pediatria vem estendendo sua área de atuação para uma faixa etária até recentemente indefinida quanto à especialidade médica: A Adolescência.

Hoje em dia, tal indefinição parece ter sido definitivamente superada. A Sociedade Brasileira de Pediatria, nos mesmos moldes dos países desenvolvidos, recomenda que o atendimento aos adolescentes até 18 anos de idade deve ficar, preferencialmente, a cargo da Pediatria. Baseia-se a SBP no fato de ser o pediatra o especialista mais talhado para acompanhar a saúde de um ser em desenvolvimento.

E quanto à Medicina Intensiva? Haveria alguma razão especial para que tal conceito não fosse aplicado às UTIs? Parece-nos, a priori, *que não.*

Talvez um argumento contrário ao estabelecimento de limite inflexível — por exemplo, 14 anos —, fosse uma possível recusa do intensivista adulto em aceitar o paciente, na ausência de UTI Pediátrica.

Por outro lado, em condições habituais, sem premência por vaga, não nos parece adequado ter uma criança de 10, 12 ou até mesmo 14 anos, internada numa UTI-Geral, ao lado de pacientes adultos ou idosos, principalmente quando o espaço físico não dispõe de privacidade, e as crianças estão conscientes.

A fim de evitar polêmica estéril, e levando em consideração algumas das ponderações aqui apresentadas, a AMIB faz a seguinte recomendação:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

UTI Neonatal: até 28 dias de idade;

UTI Pediátrica: de 29 dias até 18 anos incompletos;

UTI Adulto: acima de 14 anos incompletos.

Pacientes na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos podem ser atendidos em UTI Pediátrica ou Adulto, de acordo com o manual de rotinas do serviço.

Consulte também Parecer CRM-AM nº 005/96 à página 398, Capítulo 8 do Apêndice.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O IDOSO NA UTI: Idade Não é Documento!

José M. C. Orlando

"(...) quando um velho se encontra no termo da vida — o que um clínico experiente reconhece facilmente — é preferível ajudá-lo a ultrapassar humanamente esta última prova a fazê-lo sobreviver, inconsciente e miserável, durante alguns dias ou semanas, à custa de grandes sofrimentos para ele e seus familiares (...)"

A. Bourguignon*

A OMS — Organização Mundial da Saúde — define o idoso como o indivíduo com idade superior a 65 anos.

Dificilmente, as considerações de caráter médico que envolvem o tratamento intensivo de pacientes idosos são tratadas de forma independente dos aspectos financeiros subjacentes.

De acordo com dados norte-americanos, os gastos com saúde vêm exibindo taxas preocupantes de crescimento naquele país:

— Em meados da década de 60, gastava-se algo como 6% do PIB; ao final dos anos 80, essa cifra já se havia elevado para 11%.

— Para o período de 1992 a 2030, intervalo, portanto, de aproximadamente 40 anos, projeções apontam a duplicação desses gastos, partindo de algo como 14% do PIB para cerca de 30%!

— A terceira idade começa a ser objeto de maior atenção, quando se verifica que, do montante gasto, aproximadamente 33% são canalizados para prestação de serviços de saúde a indivíduos com idade de 65 anos, ou mais.

*André Bourguignon: médico francês, autor de "O Drama da Medicina". In: Rumo a uma antimedicina? Ed. Milliez, P; Caborit, H; Foucault e outros. Iniciativas Editoriais, Lisboa, 1973, pp. 7-31.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Se estes índices já são por demais expressivos, passam a merecer mais preocupação da sociedade, quando as estimativas apontam para o crescimento nada desprezível dessa faixa etária, que dos 12% atuais deverá expandir-se para 21%, dentro de 40 anos. Qual será, então, o grau de comprometimento do PIB com os idosos?

Obviamente, num país como o Brasil, em que a expectativa de vida do cidadão é mais restrita, o perfil de atendimento difere deste outro cenário. Mas, de qualquer forma, é uma situação com que iremos deparar, mais cedo ou mais tarde.

Em nosso país, os poucos dados disponíveis dão-nos conta de que a população de idosos está na casa de 8%. Já para o ano 2025, terá o 6º maior contingente mundial de indivíduos na terceira idade: algo como 33 milhões de pessoas, superado apenas pela China, Índia, Rússia, EUA e Japão.

A expectativa de vida do brasileiro médio, que na década de 80 era de 61,7 anos, hoje está na casa dos 67 anos. Enquanto para a população brasileira como um todo observa-se um ritmo de crescimento decrescente, o contrário ocorre com a faixa dos idosos, que continua exibindo franca expansão e deve atingir taxas de crescimento da ordem de 3,8%, entre 2010 e 2020. (Dados extraídos do artigo publicado no Jornal do Cremesp-Ano XVIII, nº 139, 03/99.)

Fazendo a transposição desses dados para aquilo que nos diz respeito mais de perto, chama a atenção o fato de que os pacientes idosos representam porcentagem cada vez maior das internações em UTI. Se levarmos em conta todos os indivíduos com mais de 60 anos, eles correspondem a aproximadamente 70% das internações em UTIs norte-americanas.

Mesmo restringindo mais a faixa etária, e levando em conta apenas aqueles com mais de 70 anos, ainda assim os números são bastante significativos (25-30%).

Mas, afinal, por que tanta preocupação com este assunto?

O número de pacientes internados em UTIs não deve representar fatia tão significativa no contexto global de atendimento à saúde! Parece que os números apontam em outra direção...

Do total de leitos existentes em hospitais norte-americanos, 5-7% estão nas UTIs. No entanto, essa proporção assume maior importância, quando nos referimos aos gastos hospitalares: as UTIs, nos EUA, "mordem" 27% do montante gasto com despesas hospitalares. Ou, se preferirem, 1% do PIB!!

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Diante de tal cenário, é natural que se multipliquem esforços no sentido de racionalizar gastos com Terapia Intensiva. Mas, como???

Ora, parece óbvio que, devido à importância representada pelos idosos nas UTIs, estes passem a ser cada vez mais alvo de estudos.

De fato, além da importância quantitativa (pelo menos no hemisfério norte!), é inegável que o tratamento intensivo dos idosos está sempre associado à idéia de relação custo/benefício pouco compensadora.

Não seria, portanto, adequado estabelecer limites de idade como critérios justos e éticos de admissão em UTI? Afinal de contas, se alterações que se processam no organismo do velho reduzem, de fato, suas chances de recuperação, para que interná-los em UTI e investir num tratamento tão oneroso, e que muito provavelmente não dará resultado favorável!?

Vamos, por ora, deixar esta pergunta no ar...

Se, de um lado, estabelecer critérios de admissão em UTI, exclusivamente com base na idade, pode dar margem à polêmica, não há como negar que, em nossa prática diária, a idade, de uma forma ou de outra, acaba por ser levada em conta, quando nos vemos forçados a optar entre dois pacientes.

Esta constatação de ordem prática encontra respaldo também na literatura. Num levantamento realizado com intensivistas, e publicado no *Archives of Internal Medicine*, em 1995, a idade aparece em 4º lugar no *ranking* dos vários fatores normalmente considerados pelos médicos, por ocasião da admissão de pacientes na UTI. Não há, portanto, como fugir desta discussão.

De outro lado, se nos reportarmos ao dia-a-dia das UTIs onde atuamos, não teremos dificuldades para lembrar vários e vários casos de pacientes idosos, muitos deles com idade superior a 80 ou 85 anos que, contrariando o senso comum, e até mesmo as estatísticas disponíveis, conseguem superar todas as dificuldades e intercorrências, e sair da UTI em condições estáveis, para surpresa de todos.

Isto se deve à heterogeneidade do grupo de idosos em relação à reserva funcional, e, portanto, à capacidade de reação orgânica frente ao estresse. A este fator somam-se, ainda, outros aspectos, como coexistência de doença crônica e diagnóstico e gravidade do quadro agudo. Assim, a idade não é o único (nem o principal!) fator determinante de mortalidade entre pacientes idosos.

Existem trabalhos reveladores de que a associação entre idade (pacientes com 64 — 74 anos) e existência de comprometimento funcional prévio pode elevar em até seis vezes a mortalidade em relação

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ao grupo mais jovem (pacientes com menos de 64 anos), que não apresenta distúrbios funcionais. No entanto, quando a única diferença é a idade, a mortalidade não difere significativamente entre os dois grupos!!

Fica, portanto, evidente que a idade cronológica não reflete, necessariamente, de forma fiel e uniforme, a ampla gama de alterações funcionais nos diversos órgãos nobres. Sua capacidade de reação frente às solicitações agudas pode variar amplamente, tornando inviável, e até mesmo perigosa, qualquer tentativa de generalização do comportamento funcional, dentro do extremamente heterogêneo grupo dos idosos.

Retomando aquela questão deixada no ar, a enquete com os intensivistas de Chicago demonstrou, de maneira inequívoca, a rejeição da grande maioria dos entrevistados, quanto à proposta de estabelecer-se critério de internação em UTI exclusivamente com base na idade limite, acima da qual seriam, sistematicamente, negadas as admissões, tal qual já acontece em alguns países, com o tratamento dialítico e transplante de órgãos.

Da mesma forma, pode-se dizer que, isoladamente, a idade cronológica não é vista como bom indicador prognóstico, pois, quando os pacientes são estratificados pelo diagnóstico básico e a gravidade da moléstia, as diferenças de mortalidade entre pacientes de faixas etárias diversas freqüentemente são minimizadas, ou até mesmo desaparecem.

*"Nemo enim est tam senex, qui se annun non putet posse vivere." (Cícero, De Senectute Liv. VII)**

"Ninguém se julga tão velho que não possa viver mais um ano."

*Marcus Tullius Cicero, orador e político romano. Publicou, além de tratados de Retórica, obras filosóficas (106 — 43 a.C.)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ESTADO VEGETATIVO: Até Quando?

José M. C. Orlando

Em 1994, foi publicado no *The New England Journal of Medicine* (May 16-1994, 330 (21), pp. 1499-508), consenso da Multi-Society Task Force, sobre o Estado Vegetativo:

"(....) É a condição clínica caracterizada por completa inconsciência do paciente, tanto em relação a ele próprio, como também com o ambiente externo, acompanhada de ciclos de sono-vigília, com preservação completa ou parcial das funções hipotalâmicas e autonômicas do tronco cerebral. Tais pacientes não demonstram evidências de respostas comportamentais voluntárias, sustentadas, reprodutíveis e objetivas frente a estímulos sensoriais; não há evidências de expressão ou compreensão da linguagem; há incontinência dos esfíncteres anal e urinário; os reflexos medulares e dos pares cranianos estão preservados em graus variáveis.

Com respeito ao Estado Vegetativo Persistente, é aquele presente um mês após lesão cerebral aguda, traumática ou não, ou que perdura pelo mesmo período (um mês), em casos de pacientes portadores de distúrbios degenerativos, metabólicos ou ainda de malformação.

O curso clínico e prognóstico depende das causas subjacentes.

A recuperação da consciência, em casos de trauma, é pouco provável após um período de 12 meses, em adultos e crianças. O mesmo é válido após três meses, em casos não traumáticos.

Pacientes portadores de distúrbios degenerativos ou metabólicos, bem como aqueles portadores de malformação, que tenham permanecido em estado vegetativo por vários meses, também dificilmente irão recuperar a consciência. A expectativa de vida de todos esses

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pacientes — adultos e crianças — é substancialmente menor (as médias variam de dois a cinco anos). A sobrevida além de 10 anos é rara (...)".

Quanto mais se discutem certos temas de nossa especialidade, mais se tem a sensação de que a Medicina Intensiva está sempre às voltas com grandes controvérsias.

Algumas polêmicas estendem-se por longos períodos. Entre elas, a infindável discussão em torno dos cristalóides x colóides. Certamente, a abordagem terapêutica diante dos pacientes em estado vegetativo não é menos controversa.

E, tratando-se de controvérsias, por definição, não se pode tachar determinada conduta de correta ou incorreta.

A grande confusão ainda existente em torno deste assunto (e que, por certo, não deverá ser satisfatoriamente superada nos próximos tempos!) dá ensejo às condutas mais diversas, o que equivale a dizer que há serviços (ou, mais freqüentemente, posturas médicas individuais) que optam pela interrupção do suporte vital diante de estado vegetativo com alta probabilidade de óbito, até aqueles que, no extremo oposto, não abrem mão de manter suporte vital pleno e vigoroso "enquanto houver esperança". E já que, segundo a sabedoria popular, "enquanto há vida, há esperança", o suporte é mantido até que sobrevenha a morte do paciente.

É bom frisar que nos estamos referindo aqui aos estados vegetativos, e não à morte cerebral.

Esta postura, digamos, mais conservadora, está claramente expressa no trabalho de Shewman e Digiorgio (1989). Estes autores afirmam que *"(...) — Diante da falta de segurança dos índices utilizados para prognosticar a evolução individual de um dado paciente;*

- *— considerando que as decisões para se manter o suporte vital podem ser reversíveis, enquanto aquelas que implicam interrupção quase nunca podem ser revistas;*
- *— considerando que a morte de um paciente que teria potencial para se recuperar implica erro muito mais sério que o eventual prolongamento da vida de um paciente que acabará por morrer ou se manter em estado vegetativo (....) parece ser mais prudente manter-se o suporte vital para todo e qualquer doente, por semanas ou mesmo meses, ainda que os índices prognósticos apontem para má evolução".*

A essa postura obviamente se opõem vários outros argumentos, dentre os quais se destacam os fatores econômicos. Estes tomam cada vez mais corpo, mesmo nos países desenvolvidos, ou, melhor dizen-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do, principalmente nos países do Primeiro Mundo, onde o estágio de desenvolvimento médico e tecnológico tem produzido um número cada vez mais significativo de pacientes que se mantêm vivos "graças a suporte vital mais agressivo".

Em que pese haver muitas opiniões conflitantes, é possível e lícito buscar maneiras de estabelecer um prognóstico para tais casos, mesmo porque não nos interessa unicamente saber a respeito do risco de óbito daquele paciente, mas também ter noção do grau de seqüelas e, portanto, da qualidade de vida.

Naturalmente, qualquer estimativa prognóstica, sobretudo quando realizada precocemente, deve ter em conta a exclusão de situações reversíveis, como, por exemplo, aquelas associadas a distúrbios metabólicos e uso de drogas.

Outro fator que tem produzido muita desconfiança por parte dos médicos quanto à validade de tais índices são os poucos, porém fartamente noticiados (até com um certo sensacionalismo pela imprensa!), casos de pacientes que retornaram à consciência depois de passar períodos prolongados em estado vegetativo. Análise mais cuidadosa de tais casos nos levaria a concluir que, em verdade, não se tratava de pacientes efetivamente com prognóstico reservado.

Apesar de a literatura (principalmente a partir do início da década de 80) oferecer ampla gama de estudos que se propunham a estabelecer critérios prognósticos, um deles se firmou como realmente útil. Publicado em 1981 no *Annals of Internal Medicine*, o trabalho de Levy e cols. avaliou prospectivamente 500 pacientes que permaneceram em coma (não-traumático) pelo período mínimo de seis horas. Baseada em dados do exame clínico, era estabelecida uma correlação com a evolução final.

Algumas conclusões desse estudo são:

- a idade não tem importância como variável preditiva;
- a grande maioria dos sobreviventes acordava num prazo de duas a quatro semanas;
- o exame clínico precoce (6h) apresentava o mesmo grau de acurácia em prever a evolução, que aqueles realizados posteriormente (um, três e sete dias);
- os reflexos de tronco e a avaliação da resposta motora mostraram-se, de fato, bons indicadores da evolução clínica;
- testes complementares adicionais (EEG, potencial evocado) pouco acrescentaram em relação à avaliação clínica.

Com respeito à eventual limitação do esforço terapêutico, é bom frisar que, até ser firmado o diagnóstico, todo investimento deve ser

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

empregado em seu nível máximo. A partir de então, estamos autorizados a fazer a transição para um nível de cuidados intermediários, desde que o paciente não esteja dependente de suporte ventilatório. A realização de traqueostomia é prática freqüentemente adotada. Prossegue-se, então, com o suporte nutricional, cuidados higiênicos e tratamento das intercorrências clínicas, até que seja estabelecida a irreversibilidade do coma (de três a 12 meses). Após esse período, deve-se ponderar a transferência do paciente para outro setor/hospital, com a finalidade de oferecer-lhe apenas cuidados mínimos e conforto.

Naturalmente, tais atitudes devem ser adotadas de comum acordo com os familiares/responsáveis, sempre oferecendo informações sobre as opções terapêuticas e o prognóstico.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

*TESTEMUNHA DE JEOVÁ: Transfundir ou Não, Eis a Questão**

Cid Célio Carvalhaes

Em caso de haver recusa em permitir a transfusão de sangue, o médico, obedecendo ao Código de Ética Médica, deverá observar a seguinte conduta:

1. Se não houver iminente perigo de vida, o médico respeitará a vontade do paciente ou de seus responsáveis.

2. Se houver iminente perigo de vida, o médico praticará a transfusão de sangue, independentemente de consentimento do paciente ou de seus responsáveis.

Dr. Telmo Reis Ferreira — Relator

Quanto a este dilema, que preocupa a maioria dos médicos dos serviços de Pronto-Socorro, UTI e Centro Cirúrgico, parece-nos bastante esclarecedora a Resolução CFM Nº 1.021, de 26/09/80 (consulte a página 379, Capítulo 8 do Apêndice). Não deixe de ler!

*Nota do Colaborador:
Decisão do Superior Tribunal de Justiça em Habeas Corpus nº 7.785, de São Paulo, refere-se à decisão soberana do Médico, que deverá adotar conduta adequada ao caso concreto, ou seja, decisões terapêuticas competem ao médico (Julgado em novembro/98).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO: Quem Vai?

Marcelo Moock
José M. C. Orlando

Quando o paciente se apresenta estável — apenas com venóclise ou linha arterial (PAM) —, o transporte pode ficar a cargo exclusivamente da equipe de enfermagem.

O acompanhamento médico é recomendável, no entanto, em alguns casos, como: instabilidade orgânica de qualquer natureza, cateter em artéria pulmonar/átrio esquerdo ou infusão de droga vasoativa.

É importante frisar que, tratando-se de paciente instável ou não, é necessário haver sempre contato prévio entre médicos e/ou enfermeiros dos setores envolvidos.

Já no caso do anestesiologista, sempre que um paciente crítico, internado na UTI, necessite de seus serviços, o profissional deve proceder à avaliação pré-anestésica e, a seguir, dirigir-se ao local (Centro Cirúrgico, Tomografia etc.) da intervenção e prover o necessário para a manutenção do suporte vital e a intervenção segura do ato anestésico, conforme preconizado nos itens I e VI, do artigo 1º, da Resolução CFM nº 1.363/93.

Artigo 1º — Determinar aos médicos que praticam anestesia que:

I — Antes da realização de qualquer anestesia é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente a ser submetido à mesma, cabendo ao anestesista decidir da conveniência ou não da prática do ato anestésico, de modo soberano e intransferível, (...).

IV — Para a prática da anestesia deve o médico anestesista avaliar previamente as situações de segurança do ambiente hospitalar, somente praticando o ato anestésico se estiverem asseguradas as

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

condições mínimas para a sua realização, cabendo ao diretor técnico garantir tais condições.

Assim que tudo estiver devidamente preparado, o médico anestesiologista deverá comunicar-se com o colega intensivista, que assumirá a responsabilidade do transporte do paciente até o local de destino. Lá chegando, o intensivista transfere o paciente aos cuidados profissionais do anestesiologista e retorna à UTI. Terminado o procedimento, cabe ao anestesiologista comunicar-se com a UTI e realizar o transporte de volta para a Unidade.

Quando se trata de paciente pediátrico, independentemente da necessidade de assistência ventilatória, acreditamos que o anestesiologista deverá estar sempre presente, pois, na maioria das vezes, será necessário algum grau de sedação.

Este modelo de assistência preserva as responsabilidades de cada médico e confere à operação, que por natureza é de alto risco, as melhores condições de segurança para o paciente.

Quando, por outro lado, for desnecessária qualquer forma de intervenção anestésica — caracterizando-se, portanto, apenas como transporte entre setores do hospital — o acompanhamento médico do paciente internado na UTI estará a cargo do intensivista, desde que a situação de momento assim o permita. Caso isso não seja factível, deverá ser considerada a possibilidade de adiamento do exame ou, mediante acordos internos em cada instituição, designar-se outro médico para tal tarefa.

Sugerimos, ainda, que o hospital disponha de maca especial de transporte, dotada de grades laterais de segurança e suportes adequados para torpedo de oxigênio, respirador mecânico, monitor portátil (cardíaco/oxímetro) e suporte para soros, de preferência conectados a bombas de infusão.

Com respeito ao ventilador de transporte, devem ser observadas as seguintes características:

- leveza e simplicidade de operar (com energia pneumática ou bateria);
- possibilidade de determinar o volume corrente;
- possibilidade de ventilar paciente adulto ou pediátrico;
- possibilidade de determinar a FiO_2 (para pacientes adultos, em geral emprega-se FiO_2 de 100%, a fim de eliminar a necessidade de um tanque adicional de ar comprimido);
- fluxo contínuo ou de demanda;
- PEEP/CPAP e
- alarmes básicos.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Uma questão muito importante a ser levantada é sobre a capacidade do torpedo de oxigênio: ela é suficiente para ventilar adequadamente o paciente durante o transporte?

Se houver — na sala onde será realizado o exame/procedimento — fonte de gás disponível (da própria rede do hospital ou em cilindros maiores), o ventilador poderá ser conectado a ela, deixando o pequeno torpedo da maca reservado apenas para o trajeto de ida e volta.

De qualquer forma, uma resposta mais objetiva a essa justa preocupação pode ser obtida por meio da seguinte fórmula:

$$\text{Duração do cilindro (em minutos)} = \frac{\text{Pressão registrada (em PSI) x F}}{\text{Fluxo de gás (em litros)}}$$

$$\text{onde F} = \frac{\text{Volume do cilindro (pés cúbicos) x 28,3}}{\text{2.200 PSI}}$$

Outra questão importante é: nas situações em que o paciente está conectado a um dreno de tórax e precisa ser transportado a outro setor do hospital, devemos fechar o dreno?

Nada disso! Como, durante o transporte, a aspiração do dreno acaba por ser interrompida, o clampeamento pode predispor ao desenvolvimento de pneumotórax, inclusive hipertensivo. Por isso, o dreno deve ser mantido aberto, sob selo d'água, e sempre abaixo de seu nível de inserção, para evitar refluxo do líquido para dentro do tórax. É importante que, antes do transporte, seja verificada a condição de curativos e fixação dos circuitos, de modo a prevenir eventuais desconexões do sistema.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O DESAFIO DAS FERIDAS: do Esterco de Lagarto aos Hidrocolóides

Américo Helene Jr.
Hugo Vilanova
Maria Daniela Ferreira

Hoje em dia, contamos com diversos produtos para o tratamento das lesões de pele, que nos trazem, por sua vez, uma série de questionamentos e conselhos conflitantes sobre a forma correta de uso. A tecnologia mostra-nos a necessidade de mudança ou de adaptação em relação às práticas tradicionais.

Um quadro de crimes e desgraças... foi assim que, em 1767, Voltaire descreveu alguns tratamentos bizarros utilizados nos feridos. O registro mais antigo de curativo encontra-se no Edwin Smith Papyrus de Luxor (Zimmerman & Veith, 1961); embora datado como em torno de 1700 a.C., esse papiro é cópia dos manuscritos originais, que remontam há cerca de 3000—2500 a.C. Nele, consta uma série de curativos, incluindo graxa, mel, fios de linho para sutura e, ainda, carne fresca, valorizada pelas propriedades hemostáticas.

Deve-se a Hipócrates (460—377 a.C.) o início da observação cuidadosa e a ênfase em manter as lesões limpas e secas. Ele recomendava água tépida e vinho ou vinagre para a lavagem das feridas. Quando alguma delas apresentava sinais de inflamação, orientava a aplicação de cataplasma ou emplastro em torno da lesão, para amaciar os tecidos e permitir uma drenagem livre do pus. É da autoria dele, também, a primeira definição de cicatrização por primeira e segunda intenção.

Já na época do Império Romano, eram utilizados óleo e vinho como alternativa para os tratamentos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Embora não se acredite que Celsus* fosse médico, é dele a primeira definição de inflamação, com referência aos sinais cardinais de vermelhidão, calor e inchaço. Defendeu, também, a limpeza das lesões para remoção de detritos e corpos estranhos antes da sutura e a necessidade de se aguardar, até que as lesões formassem pus.

Após os ensinamentos de Galeno — que era cirurgião —, iniciou-se a utilização de agentes de limpeza, como a terebintina, esterco de lagarto e sangue de pombo. Os adstringentes escolhidos para reduzir a exsudação produzida pelos ferimentos eram mel cozido e mirra. Hoje, é difícil imaginar que essas substâncias pudessem trazer algum benefício!

Com o advento da pólvora, surgiram lesões com características diferentes e, pela crença de que fossem venenosas, o tratamento passou a ser a amputação. Para cauterizar o coto era utilizado óleo fervente.

Com a Guerra da Criméia, porém, surgiu uma enorme demanda de tecidos para curativos, como, por exemplo: tecido de linho, estopa de corda velha desfiada e penteada até a maciez, cânhamo de fibras de linho emaranhadas e quebradas e compressas de linho branco raspado de um lado. Todos estes tecidos eram lavados e reutilizados várias vezes nos curativos. Deve-se, no entanto, a Gamgee (1828—86) o crédito de ter descoberto o primeiro curativo absorvente, por ter comprovado que a lã de algodão poderia tornar-se absorvente, caso se retirasse a matéria oleosa de seu interior.

Posteriormente, na Primeira Guerra Mundial, quando muitos ferimentos infectavam e gangrenavam, criaram-se anti-sépticos, como o Eusol e Líquido de Dakin. A seguir, surgiram as gazes impregnadas de parafina, ou com anti-sépticos.

A grande evolução tecnológica em termos de produtos desenvolvidos para tratamentos específicos de lesões de pele ocorreu, no entanto, nos últimos 20 anos. Os curativos, originalmente feitos por médicos e estudantes de Medicina, transferiram-se, na década de 30, para as freiras e, mais recentemente, para a enfermagem.

Hoje, contamos com dispositivos específicos para cada tipo de lesão de pele, como também diferentes loções para limpeza e tratamento.

CURATIVO IDEAL

Turner relacionou os sete critérios para o curativo ideal:

---

*Aulus Cornelius Celsus — escritor romano da metade do século I d.C. — escreveu uma enciclopédia com oito livros de Medicina/a Arte de Curar.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1. Manter a umidade na interface lesão/curativo: não se secam mais as lesões: somente a pele ao redor. Não se mantêm, tampouco, curativos secos em lesões abertas.

2. Remover o excesso de exsudação: o curativo deve manter um pouco de absorvência, podendo ser necessário curativo secundário.

3. Permitir a troca gasosa: algumas lesões necessitam desta propriedade; outras já necessitam da oclusão para ocorrer a angiogênese.

4. Fornecer isolamento térmico: as soluções utilizadas para a limpeza das lesões deverão estar entre 30 e 40 graus de temperatura e o tempo de exposição da lesão deverá ser o mínimo possível, para evitar que seque.

5. Ser impermeável a bactérias: quando necessário, utilizar curativo secundário ou trocar o curativo.

6. Ser isento de partículas e de tóxicos contaminadores de feridas: não usar algodão ou gazes que desfiem.

7. Permitir sua remoção sem causar trauma na ferida; se necessário, irrigar antes de remover o curativo; não deve haver curativos secos sobre a lesão.

Antes de tratar, cabe-nos prevenir. E para isto contamos com uma série de dispositivos, como colchões de espuma tipo "caixa de ovo", de ar, de gel, almofadas, coxins, placas de hidrocolóides em proeminências ósseas, cremes e hidratantes corporais, além das mãos dos profissionais de enfermagem para massagem de conforto e mudança rigorosa do decúbito do paciente. A intervenção dos enfermeiros não consegue, por si só, resolver todos os problemas, porém pode amenizar alguns efeitos.

Na UTI — ou em qualquer setor —, é necessário manter um ambiente seguro para o paciente: isso significa, entre outras coisas, ausência de infecção. Pacientes com processos infecciosos sistêmicos necessitam ser tratados, uma vez que a infecção prolonga o estágio inflamatório da cicatrização.

Há também outros fatores que interferem diretamente no processo de cicatrização da lesão. Entre eles, podemos citar a idade avançada, obesidade, estado nutricional, diabetes, processos crônicos degenerativos, estado mental — estresse e ansiedade —, incontinência, saúde geral, higiene pessoal, ausência de mobilidade, oxigenação, irradiação, uso de esteróides e drogas imunossupressoras.

Incluímos aqui os pacientes que sofrem procedimentos invasivos, e que necessitam permanecer na mesma posição por um longo período de tempo.

Para tratarmos uma lesão, é necessário levar em consideração os seguintes fatores:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1 — origem: feridas fúngicas, diabéticas, venosas, arteriais, traumáticas, por pressão, cirúrgicas, queimaduras etc.
2 — classificação: pós-operatórias, agudas ou crônicas
3 — profundidade
4 — formato
5 — tamanho
6 — quantidade de exsudação
7 — posição
8 — aparência: necróticas, infectadas, com crosta, granuladas, epitelizadas
9 — ambiente para o tratamento.

O planejamento das ações deve incluir a avaliação e evolução constante das lesões, bem como a prescrição atualizada dos produtos escolhidos, segundo critérios de conforto do paciente, facilidade de aplicações, eficácia e custo.

Apesar das inúmeras e modernas abordagens e do surgimento de novos equipamentos, a melhor terapêutica para as lesões produzidas por pressão ainda é o curativo mecânico, isto é, limpeza com água (ou soro) e sabão, visando com isso manter a ferida limpa e seca. Também é importante a retirada de focos de necrose e eventuais detritos. Outros produtos tópicos (hidrogel, alginato, carvão etc.) têm seu lugar no arsenal terapêutico, na realidade, como medida adjuvante.

Mais importante, no entanto — e de modo muito especial para aqueles pacientes criticamente enfermos —, é envidar todos os esforços na prevenção das lesões por pressão. Muitos dos indivíduos internados em UTI reúnem as condições ideais de predisposição a essas feridas; idade avançada, permanência prolongada no leito e restrição à mudança de decúbito, seqüelas neurológicas, comprometimento da resistência imunológica, diabetes etc.

Com respeito aos vários tipos de colchões disponíveis, é conveniente salientar que os mais vantajosos são os insuflados com ar. Além de possibilitarem menor pressão contra a pele que recobre as saliências ósseas, promovem também um eficiente massageamento dos tecidos, o que estimula a circulação sangüínea local. Isto evita isquemia prolongada e, conseqüentemente, necrose.

Quando analisamos o desempenho do colchão de água, é indiscutível que as desvantagens superam os eventuais benefícios. O problema começa pela manipulação pouco prática, em decorrência do grande volume de água necessário para o procedimento. Outro ponto negativo, apontado por muitos pacientes, é o desconforto produzi-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do pela baixa temperatura. Às vezes torna-se também difícil obter um adequado posicionamento do paciente no leito — especialmente quando está indicada a elevação do decúbito — e, não raro, a movimentação do paciente acaba por determinar até mesmo queda acidental da cama.

Outro aspecto que costuma trazer dúvidas à equipe multiprofissional da UTI diz respeito à melhor abordagem da escara que apresenta componente necrótico. Afinal, deve ou não ser desbridada?

Diante de tal situação, impõe-se a seguinte pergunta inicial: a necrose é seca ou úmida? A necrose seca é caracterizada pela mumificação dos tecidos, o que resulta na formação de uma carapaça superficial endurecida, firmemente aderida aos tecidos subjacentes (não há flutuação ou hiperemia ao redor). Em tais casos, deve-se acompanhar a evolução até que a necrose esteja bem delimitada, quando, então, deverá ser realizado o desbridamento. Após ter sido efetuada a remoção do material desvitalizado, é recomendável a aplicação de pomada à base de colagenase e antibiótico (Iruxol, Trofodermin, Fibrase), uma a duas vezes ao dia.

A orientação em casos de necrose úmida é a seguinte: o desbridamento deve ser prontamente indicado. Sua indicação é possível com base na presença de tecido mais friável, onde, em geral, pode-se identificar acúmulo de secreções purulentas e hiperemia junto às bordas da úlcera. É muito comum, nesses casos, que a palpação da crosta necrótica denuncie a presença de abscesso subjacente (flutuação). A remoção do tecido superficial deve ser acompanhada de abertura e drenagem das lojas contendo material purulento, cuja amostra deve seguir para exame bacterioscópico e cultura. Além do emprego de antimicrobiano local, a deterioração do estado geral do paciente normalmente impõe a necessidade de tratamento sistêmico concomitante, complementado, é claro, pela limpeza mecânica (água e sabão) diária.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REAÇÕES EMOCIONAIS: O Medo como Fonte de Ansiedade no Paciente Crítico

José M. C. Orlando

O paciente que entra consciente na UTI experimenta, invariavelmente, sensações de temor diante da possibilidade da dor ou da morte.

Acrescentem-se a isso determinados agravantes, como problemas familiares e/ou profissionais, dificuldades financeiras e outras agruras e somem-se as histórias de terror — verdadeiras ou não, veiculadas pela mídia: não é difícil imaginar o cenário de antecâmara do inferno que pode estar povoando a mente do paciente!

Esse conjunto de sensações tão inquietantes e ameaçadoras é a fonte de energia que alimenta o estado de alta ansiedade e pode manifestar-se logo nos primeiros dias de internação.

A magnitude das reações varia de paciente a paciente: desde fisiológicas (taquicardia, taquipnéia, sudorese etc.) perfeitamente aceitáveis, até quadros mais exuberantes e persistentes (pânico). Certas peculiaridades do próprio ambiente da UTI podem atuar como fatores coadjuvantes, para elevar ainda mais o nível de ansiedade: privação do sono, distanciamento dos familiares, ruídos, alterações do ciclo dia e noite etc.

Habitualmente, o intensivista vale-se de tratamento farmacológico à base de benzodiazepínicos, para oferecer mais conforto aos pacientes ansiosos. Embora válidos, devemos considerar também a utilidade das abordagens psicoterápicas.

É importante, ainda, ter em mente que, além dos quadros endógenos, a ansiedade pode ser secundária a hipóxia, hipertireoidismo, feocromocitoma, arritmias, quadros psiquiátricos prévios e drogas (álcool, neurolépticos, estimulantes do sistema nervoso central etc.).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por vezes, o acúmulo de ansiedade acaba transbordando em irritação e agressividade. Aqui podem ser úteis os antipsicóticos, como o haloperidol. No entanto, cabe chamar a atenção para o fato de que a irritabilidade pode ser a exteriorização de outras doenças orgânicas: intoxicações exógenas, abstinência do álcool, neoplasias ou doenças vasculares cerebrais, trauma etc.).

Em alguns indivíduos é possível que a ansiedade inicial dê lugar a atitudes defensivas. Isto pode ocorrer, por exemplo, quando o paciente experimenta melhora dos sintomas que o levaram à UTI. É como se aquilo tudo não tivesse passado apenas de um susto, um alarme falso.

A negação trata, na verdade, de reação emocional de autopreservação frente a alguma ameaça, e pode provocar sérias dificuldades. O paciente lúcido pode, inclusive, valendo-se da autodeterminação, requerer alta da UTI.

Quando sua permanência prolonga-se e reaparecem alguns indícios de piora clínica, ou os resultados dos exames complementares confirmam as suspeitas diagnósticas iniciais, o paciente pode iniciar nova fase em sua jornada: uma perigosa descida rumo à depressão. Esta é uma adversária poderosa, e muitas vezes insuperável, mesmo diante de todo o arsenal medicamentoso e de toda a sofisticação tecnológica à disposição do intensivista.

Mais uma vez, não devemos prescindir da participação de profissionais especializados — psiquiatras e psicólogos — na condução apropriada de tais casos.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 3

Aspectos do Relacionamento Interpessoal

- INTENSIVISTA, MÉDICO ASSISTENTE E FAMILIARES: Em Conexão 24 Horas
- VISITANTES: Também São Parte da Equipe
- GUIA DE ORIENTAÇÃO AO VISITANTE: Uma Receita Simples e Eficaz
- O ACOMPANHANTE NA UTI: O Tempero Latino
- BOLETIM MÉDICO: ...em Mediquês?
- AVALIAÇÃO FEITA POR MÉDICO EXTERNO: O que Diz o Código de Ética?
- INFORMAÇÕES TELEFÔNICAS: Nem Sempre, Nem Nunca
- NÓS E A IMPRENSA: Nada a Declarar!?

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

INTENSIVISTA, MÉDICO ASSISTENTE E FAMILIARES: Em Conexão 24 Horas

Celso Coelho
Antonio Nuno da Conceição
Jairo Othero
Marcos Knibel
José M. C. Orlando

Nós trabalhamos, constantemente, numa margem muito estreita entre a estabilidade e a rápida deterioração clínica, às vezes irreversível.

Por isso, qualquer alteração que tenha ocorrido na evolução clínica do paciente deve ser comunicada ao médico assistente. Lembre-se de que ele é seu parceiro e, muitas vezes, o elo entre a equipe da UTI e os familiares. Procedendo desta maneira, você assegura que o médico assistente, e os próprios familiares estejam a par da evolução, e cientes de que condutas adequadas estão sendo adotadas.

Mesmo que o resultado final seja desfavorável, a família será gradualmente preparada. Nada pior do que dar a má notícia de supetão, com o paciente já no necrotério!

Raciocínio idêntico aplica-se na realização de certos procedimentos e exames que necessitem de transporte — inter ou intra-hospitalar, como tomografia, ressonância magnética, cintilografias, hemodinâmica etc. Se for possível programá-los, informe com antecedência (traqueostomia, diálise reoperação etc.). Em caso de urgência, porém, faça-os prontamente (intubação, drenagem de pneumotórax, manobras de reanimação etc.), mas informe ao assistente e aos familiares, tão logo possível. (Reporte-se aqui à leitura da consulta CRM-SP Nº 8.356/95, à página 388, Capítulo 8 do Apêndice.)

Nosso hábito (aliás, péssimo!) de não agir desta forma é herança da formação universitária, principalmente em hospitais públicos, nos quais o paciente não é de ninguém.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Vale a pena mencionar aqui a experiência constrangedora de certo colega que, isoladamente, decidiu redrenar o tórax de um paciente, numa situação não-emergencial. Comentou com familiares na hora da visita, mas não avisou o cirurgião (aliás, cirurgião de tórax!). Procurado pela família, o assistente desconhecia o fato e, naturalmente, ficou em situação desconfortável: e o desconforto não foi menor para o intensivista, ao ser questionado, de forma justa, pelo cirurgião.

Moral da história: não se esqueça de que deve haver sempre um médico responsável (ou, ao menos, uma equipe), e que nós atuamos como serviço auxiliar de tratamento.

Da mesma forma, em relação aos resultados dos exames, o médico assistente sempre deve ser comunicado antes dos familiares.

Outra situação, igualmente constrangedora, ocorre quando a família é informada do óbito, antes que o médico assistente seja cientificado.

Certamente, é bastante inadequado que tal notícia chegue ao conhecimento do assistente por meio dos familiares. Pior ainda é encontrá-los, a caminho da UTI, e, ao fazer a pergunta de praxe sobre o paciente: "Como está ele hoje?" —, receber como resposta a notícia do óbito...

Uma falha de comunicação dessas gera, além do desgaste pessoal, um clima de mal-estar na equipe. Por isso, lembre-se: ao constatar o óbito (ou mesmo antes, naqueles casos de rápida deterioração, em que a morte é iminente!), solicite com urgência que o médico assistente seja localizado e informado, inclusive de madrugada! Mesmo nas situações em que ele, eventualmente, não responder ao *bip*, ou que a mensagem caia na caixa postal do celular, você terá documentadas as tentativas de informá-lo. A situação oposta também é indesejável: retardar em demasia a comunicação do óbito aos familiares, devido à dificuldade de localizar o médico assistente.

Em caso de confecção da prescrição médica, a melhor postura a adotar é a permanente negociação. Não obstante, se houver pontos de divergência, a orientação do médico assistente poderá prevalecer, desde que amparada pelas devidas anotações no prontuário do paciente.

Em linhas gerais, eis aqui o que sugere a AMIB, em seu Fórum de Ética Médica (Maceió, 30/10/98), com relação à prescrição de UTI:

PRESCRIÇÃO — A prescrição do paciente que interna ou está internado na UTI deve ficar a cargo do MI (Médico Intensivista), mas a autonomia será partilhada. Recomendamos os seguintes cuidados:

Dialogue sempre com seu colega MA (Médico Assistente);

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Frente a conflitos, assuma a palavra final apenas no que se refira a Ventilação, Hemodinâmica, RCCR (Reanimação cérebro-cardior-respiratória), e Sedação/Analgesia; nos demais itens a decisão final é do MA;

Ao receber paciente com prescrição inicial de outro colega não intensivista, se for modificá-la para facilitar o trabalho da equipe, não a rasure; refaça-a, justificando suas modificações e explique à equipe;

Ao acrescentar itens na prescrição, sempre colocá-los abaixo da identificação do colega responsável pela prescrição inicial e, da mesma forma, apor sua rubrica e identificação;

As prescrições devem ser legíveis, se possível agrupadas segundo a via de administração; deve-se definir a necessidade do uso de bomba de infusão.

Se, por outro lado, você discordar radicalmente da linha terapêutica proposta pelo assistente, por considerá-la prejudicial à evolução do quadro clínico, solicite a intervenção do coordenador da UTI e/ou diretor clínico. A critério desses, poderá ser proposta uma avaliação por junta médica.

Nunca tente impor sua conduta ao médico assistente, salvo em casos de risco iminente de vida: neste caso, você deve impor o procedimento mais adequado e assumir integralmente as conseqüências de seus atos.

Numa situação extrema, em que não se chega a um acordo, a família deverá ser participada dos fatos, e a ela caberá decidir qual médico dará prosseguimento ao caso. Nessa eventualidade, é também pertinente discutir as possibilidades de remoção para outro hospital, a critério do médico assistente e da família.

Embora seja atitude mais do que óbvia — conhecida por qualquer intensivista bem orientado —, não é demais enfatizar que todo caso proveniente do Centro Cirúrgico, acompanhado pelo anestesista, merece nossa imediata atenção. É de essencial importância ouvir diretamente do colega as informações relativas ao intra-operatório. Caso ocorra situação em que o anestesiologista e o cirurgião não compareçam pessoalmente à UTI "para passar o caso", caberá ao intensivista solicitar a presença dos mesmos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VISITANTES: Também São Parte da Equipe

Antonio Nuno da Conceição
Odin B. Silva
Sayonara F. Barbosa
José M. C. Orlando

Uma atitude interessante adotada por alguns serviços é a de oferecer aos visitantes, antes de sua entrada na UTI, informações preliminares sobre equipamentos, normas da unidade, estado geral do paciente etc. Habitualmente este papel é desempenhado por psicólogos ou enfermeiros.

Providência bastante útil, e que atende às expectativas dos visitantes, é a implantação de um "Guia ou Manual" (ver sugestões a seguir) que os oriente, de forma sucinta, sobre alguns aspectos básicos:

— para que serve a internação na UTI?
— quais são os profissionais?
— que tipos de aparelhos são utilizados?
— como se comportar à beira do leito?

Já vão longe os dias em que a entrada de visitantes na UTI sofria enormes restrições. No máximo, era possível "dar uma olhadinha" no paciente através de visores de vidro. Hoje, não só há maior liberdade para visitas, como as UTIs vêm estimulando a permanência de acompanhantes junto aos pacientes.

No caso de crianças, deve-se permitir a presença de um dos pais a seu lado (Estatuto da Criança), e, para viabilizar tal possibilidade, é óbvia a necessidade de espaço físico, de preferência com privacidade, e um mínimo de conforto. Mesmo quando isso não é possível, nada impede que haja maior flexibilidade na entrada de visitantes. Recomendam-se, então, no mínimo, dois horários diários de visitas.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Lembre-se de que o paciente internado na UTI não está em "quarentena". Tampouco deve ser despertada nos familiares a idéia de que "há algo para esconder lá dentro!"

Conclusão: de comum acordo com a enfermagem, um maior número de visitas pode ser autorizado, tendo em conta as necessidades individuais do paciente e outras situações, como excessivo questionamento ou ansiedade (dele ou da família!), instabilidade clínica ou casos terminais.

A presença dos familiares pode (e deve!) ser requisitada pela equipe da UTI a qualquer momento. Quanto mais clara for a comunicação com a família, melhor será o vínculo com o médico, o que contribuirá para diminuir as dúvidas e a ansiedade.

Não encare os familiares como inimigos que o aborrecem a toda hora. Se você nunca teve um parente internado em UTI, imagine, pelo menos, o outro lado da questão!... É necessário compreender as angústias dos familiares de pacientes em estado crítico, sobretudo se estão inseguros quanto a diagnósticos, tratamentos ou relacionamento com a equipe... Procure refletir sobre os mais diversos problemas: casais separados, segunda família, duas famílias simultâneas, dificuldades financeiras... O médico e a equipe não têm nada com isso, é certo, mas o paciente, além da doença, pode estar vivenciando situações dramáticas, e os familiares também. Se você quer transmitir a idéia de que não há nada a esconder, facilite as visitas, em lugar de dificultá-las.

O reverso desta situação também é verdadeiro: existem casos em que as divergências familiares podem refletir-se de forma negativa na estabilidade psíquica do paciente. Cabe à equipe multiprofissional estar atenta para identificar situações deste tipo. Não basta, porém, que os parentes problemáticos sejam impedidos de ver o paciente: eles necessitam, sim, de esclarecimentos e orientações, preferentemente, de psicólogos. Na ausência destes, o médico e/ou a enfermeira deverão assumir a questão. E, para tal, é preciso aprender a "estar perto" da família...

Durante as visitas, a equipe (médicos e enfermagem) deve permanecer "visível" ou facilmente alcançável. Procure dar toda a atenção necessária, respeitando, porém, a privacidade. Quando possível, permita que os familiares fiquem sozinhos com o paciente, evitando interrupções para realizar algum procedimento. Lembre-se de que, muitas vezes, as famílias aguardam um dia inteiro por alguns minutos a sós com o ente querido. Consulte também parecer CREMEB Nº 03/96 à página 400, Capítulo 8 do Apêndice.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GUIA DE ORIENTAÇÃO AO VISITANTE: Uma Receita Simples e Eficaz

Afonso M. Abrão
Joel I. Costa
José M. C. Orlando

ANTES DE MAIS NADA, VAMOS ENTENDER O QUE É A UTI...

A UTI é o setor do hospital que reúne recursos mais adequados ao tratamento de pacientes em estado grave. Mas não é só isso! Não só pacientes graves são internados na UTI.

Muitas vezes, eles apenas necessitam de maior vigilância, como, por exemplo, logo após o término de uma cirurgia. Por esta razão, você vai encontrar tantos aparelhos ao lado do leito. A função dos equipamentos é ajudar a equipe da UTI a detectar qualquer alteração do estado clínico e, imediatamente, tomar as providências mais adequadas. Portanto, não se assuste com a quantidade de equipamentos existentes: eles estão ali para o benefício do paciente.

HÁ APARELHOS DOS MAIS DIVERSOS TIPOS E TAMANHOS...

MONITORES

Servem para monitorizar (ou, se preferir, vigiar) as condições de funcionamento do organismo. Verificam continuamente os batimentos cardíacos, a pressão arterial, os movimentos respiratórios e os níveis de oxigênio no sangue. Tudo isso é informado à equipe através de números que aparecem nas telas. Estes equipamentos são computadorizados, por isso, quando acusam alguma alteração, emitem alarmes, para chamar a atenção dos profissionais. Algumas vezes estes alarmes podem soar provocados apenas por interferências, como, por exemplo, quando o paciente muda de posição no leito, ou

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

quando alguém inadvertidamente mexe em algum sensor. Mesmo que toda esta parafernália sofisticada o deixe confuso, lembre-se de que ela é uma importante aliada no tratamento do paciente (Fig. 3.1).

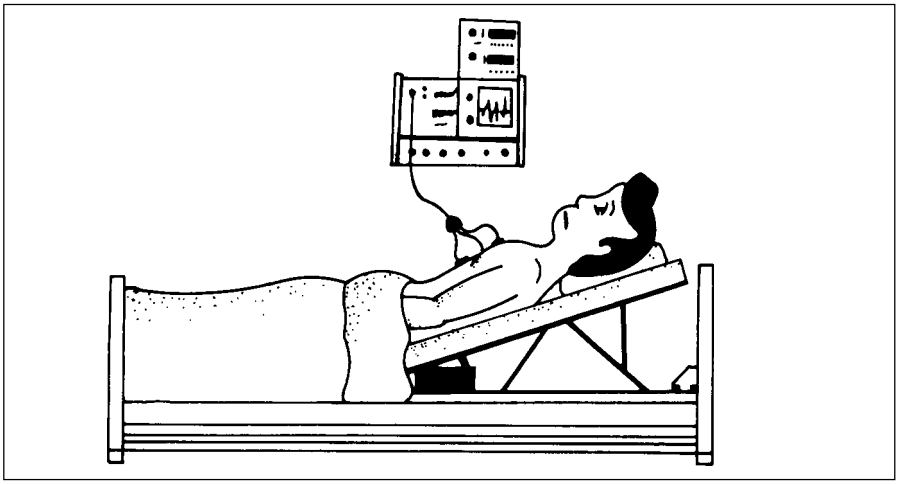


Fig. 3.1

SONDA VESICAL

Fica colocada dentro da bexiga urinária e sua outra extremidade desemboca em um coletor (bolsa transparente), pendurado na própria cama. Através dela, a urina sai continuamente, e seu aspecto e quantidade são controlados pela equipe (Fig. 3.2).

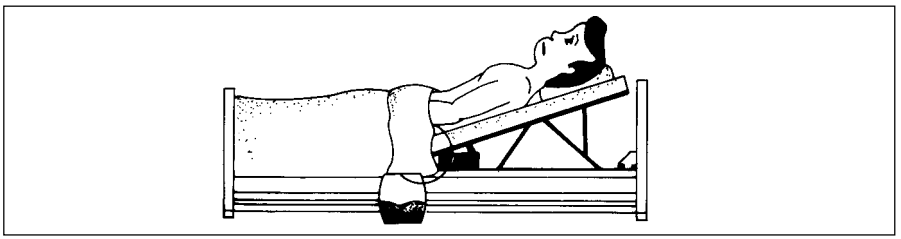


Fig. 3.2

SONDA GÁSTRICA OU ENTERAL

É introduzida pelo nariz e desce até o estômago ou o início do intestino do paciente. Pode ser necessária para retirar gases e secreção que se acumulam no estômago (principalmente após as cirurgias). Em outros casos, é utilizada para oferecer líquidos e alimentos para o paciente que não tem condições de alimentar-se pela boca.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

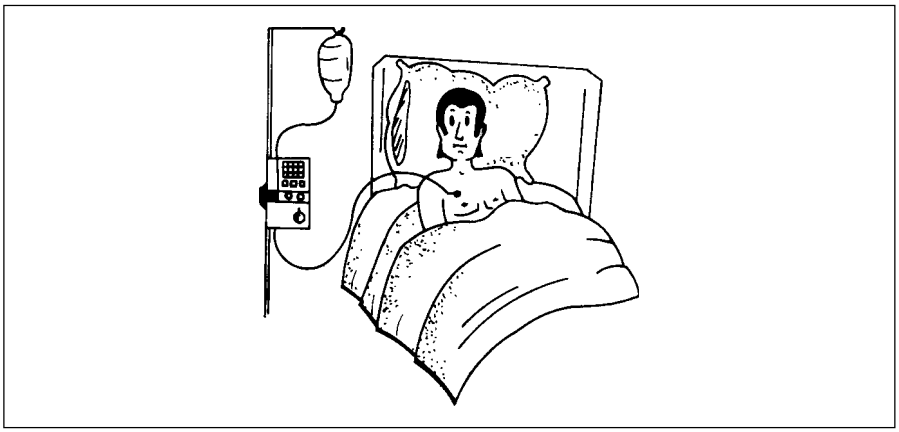


Fig. 3.3

BOMBAS DE INFUSÃO

São pequenos aparelhos que controlam rigorosamente o gotejamento de soros e medicamentos administrados diretamente na veia. Você poderá observar várias delas ao lado da cama (Fig. 3.3).

DIALISADORES

Permitem remover substâncias nocivas nos casos em que os rins não estão funcionando normalmente. Na hemodiálise, o sangue circula através de filtros especiais, com a ajuda de um sistema de bombeamento. Há também a diálise peritoneal, em que a retirada de substâncias é feita através de infusões de líquido diretamente na cavidade abdominal.

INTRACATH

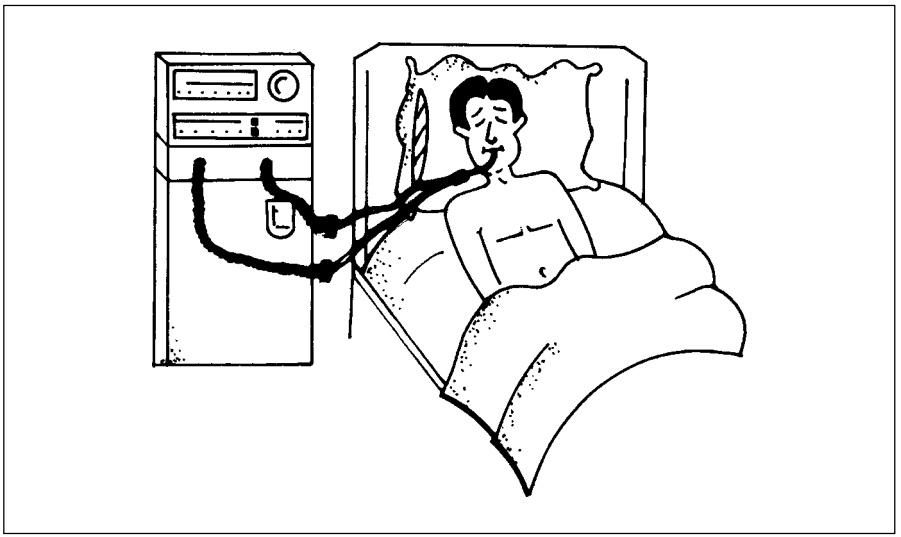
É um tubo plástico, através do qual podem ser administrados soros, sangue ou medicamentos diretamente na veia. Pode ser mantido por vários dias na mesma veia (em geral, próxima ao pescoço), reduzindo a necessidade de outras punções, e aumentando o conforto do paciente.

VENTILADOR MECÂNICO

Este aparelho ajuda a respirar. O ventilador mecânico é conectado ao paciente através do tubo traqueal, por onde o ar entra e sai dos pulmões (Figs. 3.4).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Figs. 3.4

TRAQUEOSTOMIA

Através de pequena cirurgia no pescoço, é colocado um tubo diretamente na traquéia do paciente.

Importante:

Deve-se lembrar que os pacientes nessa condição não conseguem falar, devido à presença do tubo na traquéia. No entanto, se ele estiver consciente e orientado, poderá comunicar-se através de mímica, ou até mesmo escrevendo frases sobre uma prancheta.

DRENAGEM DE TÓRAX

Introdução de um tubo dentro da cavidade torácica através de um pequeno orifício, com a finalidade de drenar o líquido ou o ar que está envolvendo e apertando o pulmão.

TODA ESTA APARELHAGEM DE NADA SERVIRIA, SEM UMA EQUIPE COMPLETA E ESPECIALIZADA...

Na UTI, em plantão permanente de 24 horas, há uma equipe de profissionais treinados, a serviço da recuperação do paciente: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas constituem a equipe básica de atendimento. Nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e auxiliares administrativos completam o "time" de apoio.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Além disso, a equipe médica da UTI conta sempre com a retaguarda de todos os demais especialistas do hospital, requisitados para avaliar o paciente, sempre que o médico intensivista julgar necessário (cardiologista, neurologista...).

LAVE SEMPRE AS MÃOS ANTES DE ENTRAR E DEPOIS DE SAIR DA UTI (FIG. 3.5)

Lembre-se de que nós carregamos um número enorme de germes na superfície da pele e, através do contato, podemos transferi-los para objetos, lençóis e utensílios dos pacientes. Se você estiver resfriado ou com alguma infecção, é recomendável não entrar na UTI. Outros cuidados, tais como uso de luvas, máscaras, aventais e pro-pés (sapatilhas de pano) serão necessários em situações especiais.

O PACIENTE PODE ESTAR CONFUSO...

Além das doenças que atingem diretamente o sistema nervoso do paciente, a própria permanência na UTI pode produzir estados de confusão mental. Ela poderá ser tanto mais intensa, quanto mais tempo o paciente estiver internado. Várias são as razões:

Separação da família

Falta de privacidade

Restrição ao leito

Uso de vários medicamentos, principalmente sedativos e analgésicos, que podem alterar provisoriamente a memória, a orientação e até mesmo a lucidez

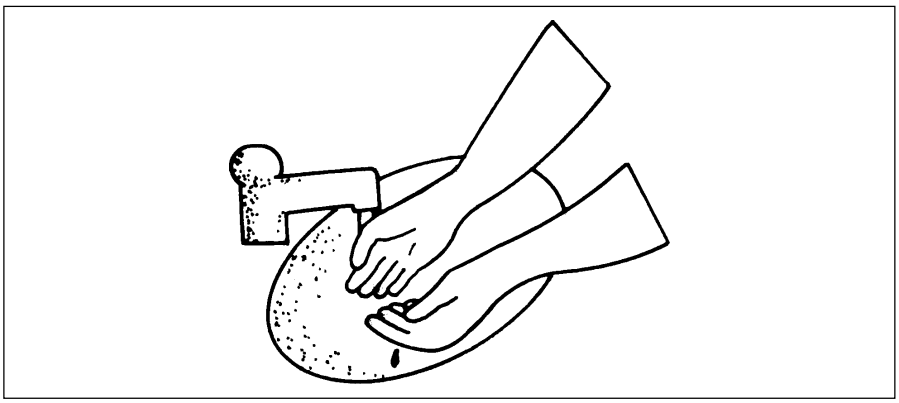


Fig. 3.5

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Alteração do ritmo normal do sono

Barulho constante (alarme dos aparelhos).

Devido a esse estado de confusão e constrangimento, certos comentários feitos pelo paciente podem não corresponder à realidade. Em tais situações, é sempre importante pedir esclarecimento ao médico ou enfermeiro.

VOCÊ FAZ PARTE DO TIME...

Se julgar importante ao bem-estar do paciente, pergunte ao enfermeiro se é permitido trazer algum objeto de uso pessoal (óculos, dentadura) ou jornais, revistas etc. Procure informar a equipe multiprofissional sobre os medicamentos que o paciente já usava em casa. Não traga alimentos, pois a dieta é especialmente preparada, de acordo com o tratamento instituído. Se a condição do paciente permitir, ele também pode ouvir música, preferencialmente com fones de ouvido, o que, inclusive, auxilia a distração.

Todo o tempo que estiver ao lado do paciente, conforte-o com mensagens positivas. Ele precisa desse apoio: precisa se sentir querido! Toda essa energia positiva será importante na recuperação.

Lembre-se de que o humor dos visitantes pode influenciar de maneira importante a estabilidade emocional do paciente, que, nestas condições, já se encontra muito abalada (Fig. 3.6).

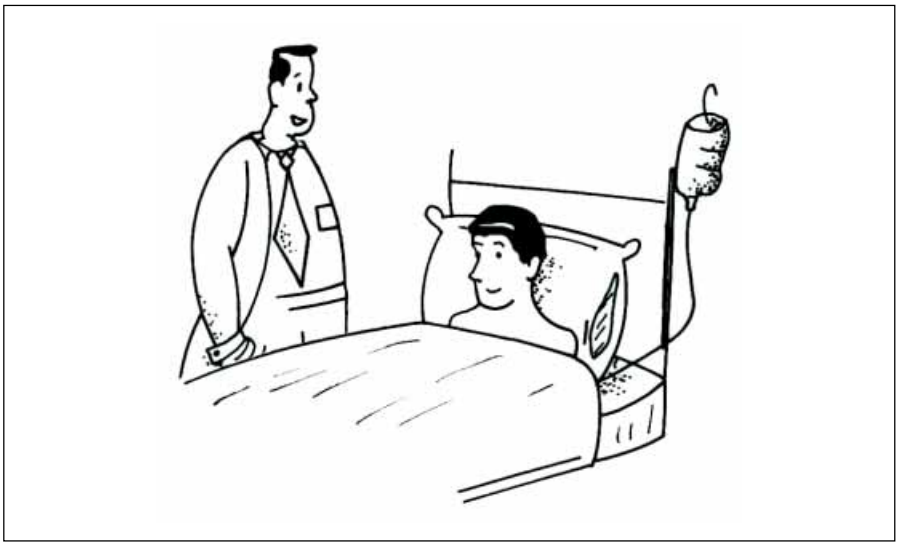


Fig. 3.6

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Se o paciente estiver impossibilitado de comunicar-se verbalmente, tenha paciência, e tente entender o que ele quer expressar por mímica ou escrita. Formule perguntas simples, com respostas também simples, como "sim" e "não".

Evite cansá-lo ou torná-lo ansioso, por excesso de informação. Se tiver dificuldade em compreender, solicite auxílio à equipe.

INFORMAÇÕES TELEFÔNICAS DEVEM SER EVITADAS

As famílias estão sempre muito ansiosas por conhecer todos os detalhes da evolução da doença e as reais possibilidades de recuperação. Por isso, a melhor maneira de obter informações é *pessoalmente*, com o médico intensivista ou outro membro da equipe multiprofissional de Saúde, no horário de visita.

Convém salientar que o estado de saúde dos pacientes pode modificar-se de um momento a outro, produzindo, conseqüentemente, alterações nas informações do boletim médico. Certas notícias dadas por telefone podem não ser bem compreendidas, ou ainda causar alguma reação inesperada na pessoa do outro lado da linha, que, naquele momento, poderá estar sozinha e sem condições de ser amparada.

PROGRAME-SE COM ANTECEDÊNCIA

Observe o horário de visitas. O Boletim Médico deve ser emitido pelo intensivista, de viva voz, ao final da visita da tarde.

Será autorizada a entrada de duas pessoas, uma por vez.

(Modelo similar ao utilizado na UTI dos Hospitais Iguatemi e Santa Helena — São Paulo, SP.)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O ACOMPANHANTE NA UTI: O Tempero Latino

José M. C. Orlando

"A pior doença do mundo não é a lepra ou a tuberculose, mas o sentimento de não ser querido, amado, e abandonado por todos."

MADRE THEREZA DE CALCUTÁ*

No caminho da "Humanização" das unidades de terapia intensiva, a experiência cubana muito tem ensinado aos demais países. Talvez o emocional, tão presente em nossas raízes latinas, possa, ao menos em parte, explicar a grande acolhida que tal tendência vem encontrando no Brasil.

É uma postura que contrasta com a eficiência — e menos calor humano — da Medicina altamente tecnológica dos países mais desenvolvidos do hemisfério norte. Afinal de contas, não há por que tecnologia médica e humanização serem incompatíveis!

Quem sabe, não esteja aí um campo em que possamos, finalmente, estar na vanguarda, exportando *know-how* brasileiro!?

Naquela ilha do Caribe, até por limitações financeiras impostas à absorção de modernas tecnologias, já há alguns anos se buscam formas alternativas de ajudar na recuperação de pacientes criticamente enfermos, por meio da redução do estresse. A permanência de familiares ou amigos na UTI tem-se mostrado uma saída interessante na busca de melhor qualidade de vida para os pacientes.

*Nascida Agnes Gonxha Bojaxhiu (1912-1997). Religiosa indiana de origem iugoslava, fundou a Ordem dos Missionários da Caridade, em Calcutá. Em 1979 recebeu o Prêmio Nobel da Paz.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O programa de acompanhamento nas UTIs brasileiras, até há bem pouco tempo, limitava-se apenas às unidades pediátricas. Hoje, no entanto, nota-se que, aos poucos, também as unidades para tratamento de adultos vêm aderindo a esta tendência.

Uma importante afirmação sobre este tema foi feita pelo Dr. Armando Pardo Nunez, do Hospital Hermanos Ameijeiras, de Havana, durante o V Congresso Paulista de Terapia Intensiva, em 1998: *"(...) essa interação beneficia o doente e a família, já que esta última se torna parte da equipe (...) Assim, o paciente perde o medo de ir para a UTI (...) O custo desse programa não tem impacto importante (...) Com esse programa desmistificamos a UTI como sendo o corredor da morte. A família auxilia a equipe e faz papel de terapeuta (...)".*

O espaço físico é, sem dúvida, um dos fatores de maior dificuldade. Grande parte das UTIs, em nosso país, foi concebida numa época em que a preocupação era exatamente criar um local "fechado", no qual o paciente ficasse isolado do mundo exterior. Ao mesmo tempo, o custo x benefício impôs a necessidade de otimizar o uso da área física, mediante a instalação de maior número de leitos.

Não é de se estranhar, portanto, que poucas disponham de espaços adequados, muito menos acomodações mínimas para conforto básico do acompanhante.

No entanto, apesar desses empecilhos e dos investimentos reduzidos, é possível pôr em prática medidas mais humanizadoras, desde que estejamos dispostos a pensar criativamente e a fazer uso de nossa boa vontade!

Há que se superar certa resistência da própria equipe interdisciplinar da UTI em aceitar e incorporar a idéia de ver no familiar não um fiscal implacável e incômodo, mas sim, um importante elemento de ajuda no processo de recuperação do paciente crítico.

A propósito deste assunto, parece-nos pertinente reproduzir aqui o Parecer do CRM-SP, com respeito à cobrança de taxas hospitalares para o acompanhante:

"(...) A lei 8.069/90, na qual se encontra o Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu artigo 12, preconiza que: ***Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de crianças ou adolescentes.***

A regra é, portanto, clara, e não podem os estabelecimentos ou plano elaborar propostas que contrariem a legislação.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A questão do acompanhamento é opcional somente para maiores de 18 anos, uma vez que é direito da família ter um dos seus membros como acompanhante de pacientes menores de 18 anos.

Não há como falar em "quebra de contrato" por parte da família e, sim, irregularidades do plano em não deixar explicitado esse direito no contrato.

Lembramos que tal Estatuto não é só uma conquista de cidadania, mas também fruto de anos de luta da Sociedade Brasileira de Pediatria, que vem trabalhando junto aos Governos Estaduais para a normalização do Programa de Pais Participantes nos Estabelecimentos de Saúde, uma vez que a literatura cientifica internacional tem demonstrado a importância da presença de um familiar no sucesso terapêutico de crianças e adolescentes hospitalizados (...)."

Aprovado na 2.189ª reunião plenária, realizada em 04/12/98 e homologada na 2.192ª reunião plenária, realizada em 08/12/98. (Jornal do CREMESP ano XVIII n.º 138 Fev/99.)

Caso você tenha intenção de implantar programa semelhante em sua UTI, fique atento a algumas regras básicas, apresentadas a seguir, a título de sugestão:

ORIENTAÇÕES E ESCLARECIMENTOS SOBRE A PERMANÊNCIA DE ACOMPANHANTES JUNTO A PACIENTES INTERNADOS NA UTI

A presença do acompanhante tem, como principal objetivo, apoiar emocionalmente o paciente, e, assim, auxiliar em sua recuperação. Portanto, caberá à equipe de profissionais da UTI identificar situações nas quais o paciente será realmente beneficiado, e nesses casos propor a permanência do acompanhante.

A autorização ficará a cargo do enfermeiro da UTI, com consentimento prévio da equipe médica. O acompanhamento será autorizado para pacientes internados em quartos privativos ou áreas que ofereçam alguma privacidade.

Após ciência das normas a seguir, o acompanhante receberá crachá de identificação.

NORMAS

- O programa de acompanhante na UTI será permitido diariamente (inclusive finais de semana), das 10 às 18 horas.
- Apenas uma pessoa poderá permanecer junto do paciente. É recomendável evitar troca freqüente de acompanhantes.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Sempre que for entrar ou sair da UTI, o acompanhante deverá comunicar-se com o enfermeiro responsável.
- Assim como para os demais visitantes, o Boletim Médico será fornecido pessoalmente pelo Intensivista (médico da UTI), por volta de _____ horas. Os esclarecimentos sobre o paciente não serão fornecidos ao lado do leito.
- Ao entrar na UTI, o acompanhante deverá guardar seus pertences em local apropriado (armário), cuja chave ficará em seu poder. Não é permitido levar objetos (bolsas, casacos, guarda-chuvas etc.) para o quarto do paciente.
- Não é permitido levar alimentos.
- Objetos pessoais do paciente (óculos, dentadura...), bem como rádio e tevê somente poderão ser levados com prévia autorização do enfermeiro.
- Sempre que solicitado, o acompanhante deverá deixar o quarto do paciente, a fim de permitir a realização de alguns procedimentos médicos ou de enfermagem.
- A refeição do acompanhante deverá ser feita fora da UTI. Da mesma forma, o uso de sanitários e telefones se fará somente em área destinada ao público; em geral, não devem ser utilizados aparelhos celulares dentro da UTI.
- Os equipamentos existentes ao lado do paciente somente deverão ser manipulados pela equipe da UTI. Em caso de dúvida, chamar um profissional da enfermagem.
- Sempre que o acompanhante entrar ou sair da UTI, deve lavar as mãos.
- É proibido fumar no quarto ou nas demais dependências da UTI.

(*Modelo similar ao utilizado na UTI do Hospital Iguatemi, São Paulo, SP.*)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

BOLETIM MÉDICO: ...em Mediquês?

Antonio Nuno da Conceição
Cláudio Piras
Fernando O. Machado
Marcos Knibel
José M. C. Orlando

"(...) Considero que muitas vezes, quando não sabemos algo, em vez de informar a pessoa sobre a nossa ignorância, preferimos falar em uma linguagem complexa, como, por exemplo, "em mediquês", para que a pessoa acredite que lhe foi informado algo, mas que a deficiência na compreensão é dela e, portanto, se cala, para não falar mais no assunto".

CLÁUDIO COHEN*

É sempre prudente iniciar conversas com os familiares, perguntando, inicialmente, quais informações lhes foram transmitidas por outros colegas, até aquele momento.

É preferível um enfoque realista ao excesso de otimismo ou de pessimismo, quando da divulgação do Boletim Diário aos visitantes. Não se esqueça do imponderável, do imprevisto:

"Como é possível, Doutor!? O outro médico disse que ele estava bem melhor, e agora o senhor vem me dizer que ele morreu?! O que vocês fizeram com meu pai?"

Evitar frases como: "Está tudo bem". "Não há motivo para preocupação". "Podem ir para casa tranqüilos". "Amanhã ele terá alta".

Prefira outras formas:

"A situação dele ainda nos preocupa, mas continua sob controle".

"Ela vem apresentando boa evolução nas últimas horas. Não surgiram intercorrências, o que é bastante positivo. Mas de qualquer forma, consideramos ainda prematuro falar sobre uma possível alta da UTI, pois o quadro não se estabilizou por completo".

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Jamais devemos passar à família uma situação que não seja exatamente a que condiz com a verdade observada no momento. Se, na avaliação de um paciente, ampliarmos ou minimizarmos o estado de gravidade, cometeremos um grave erro, pois estaremos transmitindo uma inverdade. Além do mais, poderemos criar situações de incongruência em relação a avaliações feitas por diferentes médicos do corpo clínico da UTI.

Algumas vezes, apesar de informações completas e honestas, as famílias podem interpretar de forma distorcida o que lhes foi dito. Ansiedade e medo da verdade certamente contribuem para dificultar a correta interpretação dos fatos.

Tenha paciência com os familiares, pois, como leigos, terão dificuldade em entender conversas técnicas. Por isso, procure checar se as informações foram bem compreendidas, frisando os pontos principais do Boletim e, até mesmo, solicitando ao visitante que repita o que entendeu. Se, depois disso, você notar dificuldades e/ou resistências em ser entendido, solicite a presença de outro interlocutor e repita o procedimento.

Caso sinta que a família procura, insistentemente, encontrar motivos ou responsáveis pelo insucesso das medidas terapêuticas, e não aceita a evolução que se apresenta, convoque uma segunda pessoa da equipe (colega, enfermeira, funcionário...) para acompanhar os informes.

Se for estabelecido, logo de início, um bom vínculo com a família, menos problemas teremos pela frente.

Procure ver o momento da Visita/Boletim, como ótima oportunidade para oferecer melhores esclarecimentos à família sobre a evolução do caso, e não como algo dispensável e enfadonho.

Não seja lacônico: economizar palavras hoje pode levar a enorme gasto de energia amanhã. A "prolixidade técnica", contudo, pode ser igualmente inadequada. Evite falar em números,quando comentar os resultados de exames (por exemplo: leucócitos=15.000, uréia=235 etc.), pois, se no próximo Boletim, o outro colega der números aproximados, que não coincidam com os seus, os familiares poderão questionar.

Ao explicar procedimentos como, por exemplo, monitorização com Swan-Ganz, lembre-se de que a finalidade do procedimento é o que interessa, e não como é passado o cateter e como são feitas medidas.

---

*Ex-Presidente da Academia de Medicina de São Paulo.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Procure utilizar linguagem compreensível; seja gentil e transmita segurança profissional.

Muito cuidado para não dar o Boletim antes de se inteirar, de fato, do caso. Dar informações com base unicamente no que o plantonista anterior lhe transmitiu poderá resultar num desconfortável constrangimento diante de familiares, caso seu colega tenha-se equivocado em detalhes sobre o paciente. Certifique-se de que não há pacientes homônimos na sua UTI: Maria José dos Santos, Maria José da Silva etc. Há relatos de casos de troca de pacientes no horário do Boletim, e até de comunicação de óbito à família errada! Imagine as conseqüências!

Sempre que possível (e havendo local adequado!), respeite a privacidade dos familiares na hora do Boletim, evitando "discursos em público", na frente dos demais visitantes.

Caso o médico assistente prefira ele próprio dar o Boletim Diário, ou nos casos em que os familiares se reportem exclusivamente a ele, é bom certificar-se de que o colega conheça bem a opinião dos intensivistas e a transmita de forma fiel, evitando informações díspares. É fundamental que, além de as informações corresponderem à verdade, elas sejam compatíveis e coerentes.

Alguns médicos tendem a "poupar" a família, minimizando a gravidade do caso. Fique atento ao excesso de otimismo de alguns deles. Esta, em geral, não é uma boa política.

Informações relativas ao ato cirúrgico (se o tumor era grande, benigno ou maligno) devem ser prestadas, preferencialmente, pelo colega cirurgião. Os cirurgiões costumam usar um bordão, minimizando a gravidade de seus pacientes: "*Na cirurgia tudo correu muito bem, agora é com a UTI*!" Às vezes o paciente chega do Centro Cirúrgico chocado, gravíssimo. É bom certificar-se não só a respeito do que o cirurgião falou para os familiares, mas também se ele próprio está realmente consciente da gravidade do caso. Muitas vezes não está!

Outro aspecto que merece atenção é a ansiedade dos pacientes e visitantes em relação ao procedimento cirúrgico. Em algumas instituições, os familiares ressentem-se do pouco esclarecimento prévio e, inclusive, da falta de contato formal com o cirurgião, antes do ato operatório.

Este aspecto foi objeto de estudos que buscaram compreender as necessidades da informação pré-cirúrgica a pacientes e familiares. As preocupações mais freqüentes relacionam-se à anestesia, cirurgia e UTI. Em relato de pacientes, pôde-se observar que muitos familiares costumam estar mais ansiosos do que eles próprios;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

e as informações mais esperadas relacionam-se à cirurgia e a possíveis seqüelas.

O fornecimento de dados mais estruturados, de forma a atender às necessidades específicas de cada caso, é fator de redução de ansiedade.

Talvez os próprios cirurgiões não se dêem conta disso, mas é freqüente os familiares manifestarem para o intensivista seu desagrado com o fato de desconhecerem quem operou o paciente. Muitas vezes, isto contribui para criar ainda maiores dificuldades no relacionamento entre visitantes e intensivista, particularmente quando o pós-operatório não transcorre bem.

Parece-nos, portanto, que situações desagradáveis e desgastantes para o conjunto do corpo clínico podem ser perfeitamente evitadas (ou, pelo menos, amenizadas!), respeitando-se o justo direito de acesso às informações.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

AVALIAÇÃO FEITA POR MÉDICO EXTERNO: O que Diz o Código de Ética?

Cláudio Piras
Marcos Knibel
Rosa G. Alheiras
José M. C. Orlando

A visita de um médico externo, que comparece à UTI por solicitação dos familiares, é uma situação relativamente comum.

Como, em geral, a conduta ética correta não é seguida (ou seja, esse colega deveria fazer contato prévio com o titular do caso e solicitar autorização para examinar o paciente), é indispensável alertar o médico responsável a respeito de tal visita, principalmente quando é sugerida alguma alteração de conduta ou aventada a possibilidade de remoção para outro serviço.

Caso isso ocorra, além da comunicação ao médico assistente, deve-se solicitar a anuência do paciente ou de seu representante legal — por escrito —, para a substituição do médico ou para a remoção. Também devem ser esclarecidas e aceitas as responsabilidades plenas pelo paciente assumido.

Desde que essa seja a real vontade do paciente ou de seu representante, com conhecimento ou autorização prévia do profissional até então responsável, cabe ao intensivista fornecer todas as informações disponíveis sobre a condição do caso, até aquele momento, como bem estabelece o Código de Ética em seu artigo 83:

"O médico não pode deixar de fornecer a outro médico informações sobre o quadro clínico de paciente, desde que autorizado por este ou seu responsável legal".

Ainda com respeito à avaliação dos pacientes críticos feita por médicos externos, cabe aqui algumas considerações sobre a auditoria.

Parece-nos que a melhor receita para preservar o bom nível de relacionamento interprofissional é a permanente disposição para o diálogo e a ausência de juízos pré-concebidos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Do contrário, quaisquer atitudes que denotem posturas intervencionistas por parte do auditor ou evidente má vontade em colaborar, por parte do intensivista, inexoravelmente levarão a sérios desgastes, perfeitamente evitáveis, caso prevaleçam o bom senso e o respeito aos preceitos éticos.

Dentro desta visão conciliadora — perfeitamente viável! — não deve o auditor, de forma autoritária, simplesmente instar o intensivista a agilizar a alta de paciente ou se opor a determinada terapêutica. Cabe a ele, sim, buscar inteirar-se da opinião da equipe médica da UTI e das ponderações e justificativas que norteiam a vigilância ou o tratamento intensivo. Cabe ao intensivista, com tranqüilidade, demonstrar de forma clara e concisa suas razões.

Lamentavelmente, na prática, somos testemunhas de comportamentos distorcidos de ambas as partes.

Por certo, é, no mínimo, desconfortável a atitude de alguns auditores, que, ao entrarem na UTI, nem ao menos se fazem anunciar e até evitam apresentar-se ao médico responsável.

Dirigem-se, em geral, apenas à enfermagem; vão até o leito — ou, por vezes, consultam tão-somente o prontuário —, retirando-se em seguida. Horas ou dias após essa "sutil visita", a equipe da UTI fica sabendo que algo foi glosado!

Se, no entanto, ao ouvir as argumentações do auditor — com a necessária autocrítica! — o intensivista considerá-las razoáveis e pertinentes, por que não acolhê-las!? Por constrangimento ou orgulho ferido, talvez!?

Tais reações são mais afeitas a traços de insegurança pessoal, contribuindo somente para nos distanciar da maturidade profissional, tão necessária ao trabalho multidisciplinar.

O Código de Ética aborda estas questões, balizando a atuação do auditor médico nos artigos 81 e 121:

É vedado ao médico:

Artigo 81 — "Alterar prescrição ou tratamento de paciente determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável".

Artigo 121 — "Intervir, quando em função de auditor ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório".

Para mais informações sobre a forma de atuação dos auditores, consulte a Resolução CFM nº 1.614, de 8/2/2001.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

INFORMAÇÕES TELEFÔNICAS: Nem Sempre, Nem Nunca

Odin B. Silva
Marcos Knibel
Sayonara F. Barbosa
José M. C. Orlando

Exceto quando se tratar de outro médico (e desde que essa identificação seja possível mesmo por telefone!), não é recomendável fornecer informações telefônicas.

Insista para que o interlocutor esteja presente no horário de visita, para receber o Boletim de "viva voz" do intensivista, ou, então, que procure obter informações junto a outros familiares. Palavras ou frases mal compreendidas por telefone podem ocasionar interpretações distorcidas sobre o real estado do paciente.

Além disso, não é possível prever o tipo de reação de quem está do outro lado da linha...

A informação telefônica, quando praticada de forma institucional (norma interna daquela UTI), ou por determinação da direção do hospital, além de causar os graves problemas de comunicação descritos antes, permite o acesso indiscriminado de quantos tenham o número do telefone de seu hospital ou unidade. Em conseqüência, gera uma quantidade absurda de telefonemas, com pedidos de informações ao longo das 24 horas do dia, o que acarreta grande transtorno para o funcionamento da Unidade.

Normalmente, a pessoa que pede a informação insiste em querer falar com o médico responsável, ocupando-o por longos minutos, com perguntas minuciosas acerca do paciente, quando essas informações já foram esclarecidas detalhadamente nos boletins diários, fornecidos nos horários de visitas.

Imagine uma unidade com 10 leitos, um médico de plantão e dezenas de familiares, vizinhos e amigos de cada um deles querendo informações diretamente com o médico, várias vezes ao dia!

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O médico se transforma em telefonista! E, se, por algum motivo, não estiver disponível para atender ao interessado, sua atitude é interpretada como um gesto de má vontade! É fundamental que, no manual dirigido aos familiares, seja explicado de forma detalhada o porquê de não se fornecerem informações por telefone. É importante enfatizar que, em última análise, isto resguarda os interesses do paciente, pois evita que a equipe desvie os esforços nos cuidados, para perder tempo ao telefone. Existe um ditado popular adequado às informações telefônicas: "Toda ausência é atrevida". É comum que pessoas agressivas ao telefone se tornem, pessoalmente, angelicais e compreensivas!

Apesar de todos os problemas citados, não nos podemos esquecer de que existem pacientes cujas famílias residem ou se encontram em outro município ou Estado, e muitas vezes estão impossibilitadas de comparecer ao hospital. Nesses casos, é necessário abrir exceções, sempre de acordo com o bom senso e valendo-se da troca de informações com o serviço social, a respeito de alguns casos isolados.

Há alguns serviços que concordam em liberar boletins telefônicos. Não discordamos de tal prática, desde que de forma bastante sucinta, e para familiares que se vêm mantendo constantemente inteirados da evolução, por ocasião das visitas.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

NÓS E A IMPRENSA: Nada a Declarar!?

José M. C. Orlando

Principalmente nos grandes centros, o encontro com a imprensa, cedo ou tarde, poderá envolver o intensivista.

É certo que, naquelas instituições de maior porte, a própria estrutura organizacional interna muitas vezes já conta com Assessoria de Imprensa, que se ocupa do papel de interlocutor entre o médico e a administração, de um lado, e os repórteres de outro.

Se este for seu caso, tanto melhor. Mas, por certo, não é a realidade da maioria dos serviços, em que o acesso dos repórteres ao médico se dá de modo menos formal, ou até mesmo imprevisto.

Em casos de interesse público, o Boletim Médico deve ser feito por escrito e entregue à família. Esta, se estiver de acordo, fará o mesmo chegar às mãos da imprensa. Nós — médicos, diretores de UTI ou diretores clínicos — não podemos entregar ao público ou à imprensa informações sobre o estado de saúde de pacientes, sem anuência dos familiares e/ou responsáveis, o que caracterizaria infração ao Código de Ética e Deontologia Médica.

Finalmente, em casos de pacientes mais famosos, cuja internação em UTI será motivo de repercussão na mídia, é aconselhável a divulgação de Boletins escritos, por meio do Coordenador da UTI ou do Diretor clínico do hospital.

Diante de tais situações, veja o que nos recomenda a Comissão Estadual do Médico (São Paulo):

"Atenda a imprensa

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O médico presta serviço à comunidade e dela não pode se desligar. Até porque outras versões para os fatos estarão sendo colhidas pelos repórteres, junto a diversas fontes.

Deixar de atender é perder a oportunidade de se posicionar.

Se você não diz o que é, outros dirão o que não é.

Seja ágil para atender a Imprensa

O tempo é importante para veículos de comunicação e para repórteres que, diariamente, têm várias pautas de matérias a cumprir. Deixar para atendê-los depois equivale a perder a oportunidade de se posicionar.

Prepare-se para falar.

Diante de uma emergência, o primeiro passo é definir quem irá atender a imprensa. Se for você, procure primeiro se preparar — inclusive contando com a ajuda da Assessoria de Imprensa, caso houver — para estabelecer o que declarar.

Tenha em mãos dados para orientar suas declarações e faça pequeno roteiro do que vai falar, priorizando o mais importante.

Fale para o leitor/telespectador entender.

Tanto quanto o jornalista, o leitor é um leigo em assuntos de Medicina e possui conhecimentos apenas genéricos.

Por isso, informações técnicas, durante a entrevista, devem ser didáticas e pacientemente explicadas.

Evite, em suas declarações, lembrar que o leitor é leigo. Todos sabem disso.

Mantenha a calma e estabeleça o ritmo da entrevista.

O repórter trabalha com a informação e perguntar é, para ele, tão obrigatório e necessário quanto é para o médico atender um paciente.

Dê atenção a todas as perguntas e estabeleça ritmo coloquial à entrevista, conversando com o repórter.

Não existem perguntas impertinentes.

Em situação de emergência, em que o assédio de repórteres for intenso, manter a calma torna-se mais importante.

Não se irrite com questionantes.

Fale a verdade.

Se você omitir algum dado, mesmo que os repórteres não possam conferir os fatos naquele momento, a verdade acabará aparecendo. Portanto, dê as informações de que você dispuser.

Nunca diga "nada a declarar".

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Se você não tiver certeza de uma resposta, ou de qualquer dado sobre a situação, diga ao repórter que não sabe. Se não puder ser específico, porque algum aspecto precisa ser analisado, explique por que não pode responder.

Evite declarações em "OFF"

A informação em "OFF", que é dada ao jornalista sob condições de que não seja publicada ou atribuída nominalmente à fonte, é uma prática que funciona bem, há muitos anos, na imprensa norte-americana ou européia. No Brasil, ela não está institucionalizada.

Portanto, só declare o que puder assumir.

Entrevistas com mais de um entrevistado

Os entrevistados devem se preparar para seguir uma mesma linha de declarações. Devem falar um de cada vez, atendendo às perguntas separadamente, para facilitar o entendimento.

Para o rádio e a TV

Ao gravar entrevistas para TV e rádio, procure um local amplo, evitando cantos onde ficará acuado. Olhe diretamente para a câmera e nunca se esconda ou desvie o olhar, ao ser fotografado ou filmado.

Normalmente, os repórteres de TV e rádio conversam com o entrevistado antes, para se inteirarem melhor do assunto. Aproveite esta oportunidade para organizar e hierarquizar bem suas informações.

Forneça informações de forma objetiva e clara. O tempo de edição de uma fala na reportagem que irá ao ar é curto, principalmente na TV.

Para o Hospital, Clínica ou Posto de Saúde

Se diversos veículos de comunicação procurarem o hospital em busca de informações, o ideal é que se aguarde até que se tenha o maior número de repórteres, para então realizar uma entrevista coletiva.

Desta forma, as informações são passadas de uma só vez, com as mesmas palavras, para todos.

Antes de receber a imprensa, decida se toda a área está aberta ao acesso da imprensa, ou será estabelecido um local para o atendimento.

Neste caso, opte por uma sala de bom tamanho, que possa comportar as equipes de reportagem".

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Conforme nos orienta Cláudio Cohen, em "Questões Éticas Relativas ao Segredo Médico (*in* Moraes IN: O Mal da Saúde no Brasil — Maitiry ed., 1995):

Na relação com a Imprensa, as instituições hospitalares devem estar atentas aos seguintes Princípios da Bioética e Deontologia, a fim de preservar sua própria privacidade e a dos pacientes:

1) Justiça: pois viola o art. 5º, inciso X da Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 5º, X: "São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e as imagens das pessoas, assegurando o direito à indenização pelos danos material ou moral decorrentes da sua violação". A Imprensa, quando entrar em sua Instituição de Saúde, sempre deverá ser monitorada por um profissional da área da Saúde, para evitar danos tanto à intimidade quanto à honra do paciente, pois este justamente aceitou despojar-se de sua intimidade pela confiança que depositou sobre a Instituição Sanitária. Por este motivo é que a Instituição Sanitária deve, a qualquer custo, garantir a confiança que o paciente nela depositou, que é o de sua privacidade.

2) Beneficência: a Imprensa, quando divulga uma notícia, o faz considerando que esta trará um benefício à sociedade como um todo ou pelo menos a um setor desta, mas desde o ponto de vista da saúde, podemos alegar que em determinados casos esta divulgação poderá trazer um malefício para alguns dos indivíduos. Devemos, portanto, sempre avaliar o conflito que surge desde o ponto de vista ético, quem pode ser beneficiado com a revelação da privacidade da instituição, a sociedade, o indivíduo ou a própria instituição. Podemos observar que em alguns casos este tipo de avaliação ética nem sempre é feito com anterioridade, pois a pressão que a urgência do momento suscita não o permite.

3) Autonomia: em alguns casos, quando a Imprensa divulga uma notícia, ela não questiona nem ao médico, nem ao pessoal que trabalha na Instituição, e nem ao paciente, se eles concordam ou não em fazer parte de tal informação, portanto, nestes casos estas pessoas não têm a autonomia de poder decidir se desejam participar ou não deste evento. Por outro lado, o profissional da Saúde sempre deve obter autorização do paciente para atuar. Por esse motivo podemos pensar na maleficência como um tipo de iatrogenia.

4) Responsabilidade: quando a Instituição Sanitária permite a violação dos seus limites e, conseqüentemente, a invasão de sua privacidade, ela estará cometendo um ato que pode ser penalizado,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

por "imperícia" (não conhecer quais são os limites da Instituição Sanitária), por "imprudência" (não prever que a ruptura da privacidade institucional viesse a causar danos) ou por "negligência" (sabendo quais são os limites da instituição, por que não os preservou), pois não assumiu a sua responsabilidade de resguardar o bom funcionamento institucional".

(Concessão Estadual do Médico – São Paulo)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 4

Aspectos Administrativos

- CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA: ...Mas com Flexibilidade
- DISPONIBILIDADE DE VAGAS: Sempre Cabe Mais Um?
- PRONTUÁRIO MÉDICO: Aprenda Latim!
- SOLICITAÇÃO DE EXAMES E PRESCRIÇÃO MÉDICA
- PROCEDIMENTOS EM MEDICINA INTENSIVA
- VAI VENCER A COBERTURA DA UTI! E Agora?
- REMOÇÃO E ALTA A PEDIDO: Lavo as minhas Mãos...
- GARANTIA DE QUALIDADE: Alguns Conceitos para nossa Prática
- REGIMENTO INTERNO DA UTI: Providência Bastante Recomendável!
- A TERCEIRIZAÇÃO DA UTI: A Saúde Não Tem Preço, Tem Custos
- HOSPITAIS DO FUTURO: As Grandes UTIs Vêm Aí...
- HUMANIZAÇÃO: Não Requer Grande Prática ou Habilidade... Basicamente Requer Boa Vontade

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA: ...Mas com Flexibilidade

Luiz Alexandre Borges
Marcos Knibel
Janete Livianu
José M. C. Orlando

Send me your cases early,
I cannot resurrect a corpse!
(Howard Florey)

(Mande-me seus casos logo,
eu não consigo ressuscitar cadáveres!)

Freqüentemente, os critérios de admissão e alta podem apresentar-se de modo pouco claro para o médico responsável por essa decisão. Neste sentido, vale a pena ponderar alguns pontos.

SELEÇÃO DE PACIENTES

a) A admissão e a permanência devem ser submetidas às normas de avaliação, a fim de evitar o uso de recursos escassos e de alto custo em pacientes que deles não necessitem, ou se encontrem em fase final de alguma doença, levando-se em conta, inclusive, os riscos potenciais inerentes ao ambiente da UTI.

b) Deve haver expectativa de recuperação dos pacientes que ingressem na UTI, aplicando-se a eles todo suporte vital que sua condição requeira.

Nos casos em que, apesar dos esforços, a evolução é desfavorável e o prognóstico é ruim, pode ser razoável adotar limitação do uso de algumas medidas terapêuticas.

Tendo por base os critérios de admissão estabelecidos pela Society of Critical Care Medicine (Task Force on Guidelines), o IV Fórum de Defesa do Exercício Profissional da AMIB (Foz do Iguaçu — PR, 15 — 17/11/1994) aprovou a seguinte recomendação:

a) Paciente instável, com drogas vasoativas, e necessitando de ventilação mecânica;

*Howard Florey, microbiologista australiano, cujos trabalhos em Oxford (Inglaterra) a partir de 1938 foram decisivos para disseminar o uso da pelicilina. Esta frase aparece em circular distribuída por Flory aos médicos de Oxford, fazendo um apelo para que os pacientes portadores de infecções fossem encaminhados a ele o mais precocemente possível, de tal sorte que a introdução da antibioticoterapia pudesse alcançar melhores resultados.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) Pacientes em pós-operatório de cirurgia de grande porte, por terem risco potencial de intervenção intensiva, porém com potencialidade de recuperação;

c) Pacientes com neoplasia metastática, quando vítimas de infecção, insuficiência cardíaca ou disfunção respiratória, mas com evidências de melhora frente ao tratamento intensivo;

d) Pacientes terminais com indicação de recuperação cardiorrespiratória;

e) Doadores de órgãos.

Mesmo sem esquecer os princípios básicos e universais que regem os critérios de admissão e alta na UTI, é recomendável que o intensivista saiba valer-se sempre de razoável dose de bom senso.

Nenhuma decisão deve ser unilateral. Por isso, assumir atitudes inflexíveis é o que de pior pode ocorrer quando muitas opiniões devem ser ouvidas: além do próprio intensivista, devem ser levados em conta o médico assistente, os familiares e a instituição. Ah, sim... e principalmente o paciente, que, afinal de contas, deve ter a prerrogativa de manifestar sua própria opinião com respeito às opções terapêuticas, desde que esteja capacitado a opinar.

Entrar em polêmicas estéreis com outros colegas, por ocasião do pedido de vaga na UTI, é, no mínimo, desgastante, física e psicologicamente, embora não se deva perder de vista o que diz a resolução CRM-SP 71/95, em seu artigo 1º:

"UTI é o local dentro do hospital destinado ao atendimento, em sistema de vigilância contínua, a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis." *(Consulte a página 384, Capítulo 8 — Apêndice.)*

Mesmo não esquecendo outras variáveis, não é nenhuma presunção descabida ter em mente que o intensivista é o profissional mais capacitado e mais bem preparado para administrar tais decisões.

Por fim, é prudente ponderar que, havendo dúvida quanto a alguma internação na UTI, decida-se sempre a favor do paciente. Caso sua conduta em aceitá-lo venha a ser questionada posteriormente, é sempre melhor a opção de dar alta algumas horas após a admissão do que se arrepender de ter seguido normas tão rígidas.

Observe, a seguir, algumas recomendações da AMIB, elaboradas no Fórum sobre Ética Médica, realizado em 30/10/98 (Maceió — AL):

INTERNAÇÃO

- *Cabe ao MI (Médico Intensivista) avaliar o paciente que receberá para assistência sob sua responsabilidade, devendo sempre receber esta transferência de responsabilidade, pessoalmente, de seu colega MA (Médico Assistente);*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *Resultando em negativa de internação, a avaliação deverá sempre ser feita de corpo presente e por escrito, de modo a registrar data e hora, e razões da negativa no momento;*
- *Negativas de internação de ordem administrativa, como falta de leitos, por exemplo, poderão ser feitas pessoalmente ou não, na dependência de acordos internos;*
- *Avaliações que permitam dúvidas quanto à internação, devem resultar em internação; na unidade haverá melhores condições para o MI, oportunamente, decidir com maior segurança para o paciente e para si próprio;*
- *Partilhe decisões de internação com sua equipe, pois recursos técnicos e humanos muitas vezes "flutuam" de turno para turno;*
- *Acordos internos que privilegiem solicitação de internação em UTI por escrito são desejáveis, embora em muitas situações do cotidiano seja impossível este tipo de prática;*
- *O MI deve afastar-se da unidade apenas quando as condições de seus pacientes e da equipe permitam, para avaliações de pacientes candidatos à vaga na unidade, para assistir urgência/emergência em outros locais do hospital, como forma de auxílio, ou em situações outras, com base em acordos internos (refeições, por exemplo), desde que facilmente alcançável pela equipe, a qualquer momento.*

Não podemos permitir que o MI seja responsabilizado por omissão de socorro quando não atender a urgências e/ou emergências em outras áreas do hospital! Cabe à administração prover os profissionais necessários para atendimento de urgência e emergência dos pacientes internados fora da UTI: médicos plantonistas da urgência, da clínica etc. Sabemos de casos em que esta responsabilidade é transferida para o MI, com sérias conseqüências: sobrecarga de trabalho, ausências constantes e prolongadas para atender no PS ou em outras unidades de internação etc. Tal excepcionalidade só pode ser admitida quando há, na UTI, mais de um médico intensivista por turno ou quando as condições de momento na UTI derem margem para que o médico possa se afastar por tempo limitado.

Estas devem ser entendidas como as diretrizes gerais a orientar os intensivistas, por ocasião da admissão de pacientes na UTI. Caso você queira ter acesso a critérios mais específicos e detalhados, sugerimos que consulte a página 545, Capítulo 8 — Apêndice, onde se encontram relacionadas as principais categorias diagnósticas recentemente sugeridas pela Força-Tarefa do American College of Critical Care Medicine/Society of Critical Care Medicine (Crit. Care Med. 1999, vol. 27, nº 3).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ALTA DA UTI — Recomendamos ao MI (Médico Intensivista) sempre uma alta "negociada" do paciente, mas, havendo conflito de opiniões, cabe ao MI reter a decisão final, procurando sempre:

- *Considerar em primeiro lugar os interesses do paciente;*
- *Basear-se em critérios técnicos, que visem à segurança de pacientes assistidos pela unidade e pelo hospital;*
- *Pesar ponderações do MA (Médico Assistente), assim como da sua equipe e dos familiares;*
- *Comunicar, sempre que possível, a decisão de alta ao colega MA;*
- *Certificar-se das condições de segurança do paciente que recebe alta, no que diz respeito a transporte e destino que receberá;*
- *Garantir, sempre que possível, transferência pessoal de sua responsabilidade médica ao colega que passará a responder pelo paciente, fora da UTI;*
- *Frente a conflitos de interesse, deve o MI levar em conta, em primeiro lugar, o paciente, a família, a UTI, o hospital e, se houver espaço, os interesses de outros clientes.*

IMPORTANTE: Nunca alegue falta de tempo ou esquecimento para registrar todas as decisões e razões de qualquer natureza no prontuário do paciente. Em caso de problemas legais — CRM ou Justiça — vale o que está escrito, independentemente dos acordos internos que possam existir.

E POR QUE NÃO UTILIZAR OS ÍNDICES PROGNÓSTICOS COMO CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NA UTI?

Os índices de gravidade proporcionam descrição quantitativa e científica de pacientes internados em UTI. Esta informação é útil para análise de desempenho desses grupos de pacientes e para pesquisa clínica, pois define numericamente a gravidade dos pacientes de um estudo. É importante salientar que os índices disponíveis *NÃO* possuem acurácia e valor preditivo suficientes para orientar atos e condutas médicas para cada paciente *individualmente* e *NÃO* podem substituir o julgamento clínico. A alocação de recursos e os procedimentos de alta e admissão também *NÃO* podem ser baseados nos índices, devido à complexidade da doença em fase aguda.

Além disso, os índices foram desenvolvidos em países com padrão de atendimento hospitalar diferente do Brasil, o que aumenta a possibilidade de erro, no caso de prognósticos individuais.

A taxa de mortalidade e o valor médio (e/ou mediana) dos índices podem ser úteis para estimar tendências no perfil de uma UTI. Mas

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

não devem ser utilizados para avaliar qualidade de atendimento, pois são indicadores inespecíficos, que devem ser analisados juntamente com dados sobre tipos de patologia e pacientes internados.

QUE ÍNDICE DEVE SER UTILIZADO?

O índice APACHE II é o mais conhecido, mais utilizado e mais citado na literatura. É de fácil cálculo e a equação e os coeficientes para a probabilidade de óbito hospitalar são de domínio público. O índice SAPS II não oferece vantagens para seu uso, em relação ao APACHE II. Apesar de o índice APACHE III ter algumas características melhores que o II (pontuação para variáveis fisiológicas, listagem de diagnósticos disponíveis), não justifica o esforço da mudança de uso. Além do mais, é mais fácil um intensivista relacionar uma pontuação 19 do APACHE II do que um valor 61 no APACHE III.

Tabela 4.1
Índices para UTI Adulto (Excluindo Índices para Trauma)

Índice	*Ano*	*Autor*	*Amostra Desenvolvimento (*)*	*Amostra Validação (*)*	*Número Citações (**)*
APACHE II	1985	Knaus e col.	—	5.815	1.563
APACHE III	1991	Knaus e col.	17.440	—	932
SAPS II	1993	Le Gall e col.	8.550	4.602	184
MPM II	1993	Lemeshow e col.	12.610	6.514	39

(*) número de pacientes
(**) referências bibliográficas encontradas em pesquisa realizada no site Internet Grateful Med v. 2.6.3 (http://igm.nlm.nih.gov) em dezembro de 1999.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DISPONIBILIDADE DE VAGAS: Sempre Cabe Mais Um?

Antonio Nuno da Conceição
Cláudio Piras
Odin B. Silva
Marcos Knibel
Luiz Alexandre Borges
Celso Coelho
Sayonara F. Barbosa
José M. C. Orlando

Ao iniciar um plantão com a "casa cheia", preocupe-se, logo de saída, em identificar possíveis candidatos já em condições de alta. Antecipe-se ao fato de que sempre é muito provável surgir um doente com indicação absoluta de UTI.

Solicite ajuda da enfermagem para verificar se há algum paciente com indicação potencial de UTI no Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro ou Enfermaria. Muitas vezes, não há como viabilizar (técnica ou administrativamente) a remoção de doente crítico para outro setor ou hospital.

É óbvio que não somos favoráveis à abertura de leitos-extra na UTI! Afinal de contas, se houvesse real condição de operacionalizar maior número de leitos, por que razão a capacidade estaria limitada?

No entanto, a prática nos ensina que essa posição não deve ser absoluta. Se for imprescindível, lance mão até de leito-extra (se houver o mínimo de espaço físico disponível!) para que não lancem mácula em seu CRM! O fato de ser inadequado abrir leitos-extra será discutido com a Administração, posteriormente.

Se as pressões por vagas se repetirem com freqüência, talvez a melhor opção seja propor à Administração que amplie o número de leitos da UTI.

Ah! É imprescindível avisar à enfermeira responsável pelo turno, quando você autorizar a vinda de um paciente. A surpresa, nesses casos, não será bem recebida. Além do que, alguns preparativos são de extrema importância: limpeza desinfecção do leito, monta-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gem do respirador, disponibilização de funcionários para assistir o paciente etc. Uma admissão urgente, e não comunicada, pode trazer sérios transtornos ao andamento dos trabalhos.

Caso haja apenas 1(um) leito disponível, procure reservá-lo para potenciais pacientes de dentro do próprio hospital, ou seja: na medida do possível, evite liberar essa última vaga para paciente externo, de outro hospital, principalmente se já estiver internado em UTI.

Lembre-se de que, se houver uma solicitação emergencial, não previsível (PCR ou insuficiência respiratória aguda na enfermaria ou no pronto-socorro), você estará diante de uma situação bastante delicada, para a qual a única saída poderá ser improvisar um leito-extra. A disponibilidade de recursos humanos em relação ao número de pacientes poderá ficar comprometida em tal situação, mas, levando-se em conta a excepcionalidade... é até contornável. Pergunta-se no entanto... e quanto ao espaço físico? Há onde colocar essa cama-extra? Há painel? Há respirador? É, sem dúvida, situação bastante complexa.

Por isso mesmo, não deixe de participá-la à chefia da UTI e/ou à Administração, de preferência antes da decisão, ou, pelo menos, logo após tê-la tomado.

Se não for factível ceder mais uma vaga, não deixe pelo menos de avaliar, assim que possível, o paciente que aguarda vaga no PS ou enfermaria. Registre sua avaliação no prontuário e colabore com o outro colega, sugerindo condutas diagnósticas e terapêuticas, e, até mesmo cedendo equipamentos, quando isto for possível.

Coloque-se à disposição para colaborar no que for possível, enquanto se aguardam, inclusive, possibilidades de remover o paciente para a UTI de outro hospital. Não se exima desse paciente grave, só porque ele está temporariamente fora da UTI. É bom frisar que nessa eventualidade a responsabilidade direta pelo caso é, obviamente, do médico do setor onde se encontra internado o paciente.

Com respeito à concessão de vagas para outros hospitais, não se envolva diretamente. O intensivista não tem condição de avaliar aspectos burocráticos da relação hospital x convênio x paciente. É recomendável que seja feita triagem prévia da solicitação pela Central de Vagas. Mas, uma vez resolvidos os aspectos burocráticos da transferência, solicite que seja feito contato com o hospital de origem (de preferência, com o médico!), para saber das condições do paciente e, conseqüentemente, dos preparativos a serem adotados para recebê-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lo, sem os tropeços de última hora. (Está intubado? Precisa de respirador? etc....)

E quanto à reserva de leito na UTI? Que garantia o intensivista pode dar ao cirurgião de que a vaga ainda estará disponível daqui a alguns dias, ou mesmo dentro de poucas horas? Qualquer internação emergencial que se apresente nesse ínterim, obviamente, será prioritária. Não há como negar vaga, com o argumento de que o leito está reservado para cirurgia no dia seguinte!

Tal vaga somente poderá ser bloqueada quando o paciente estiver no Centro Cirúrgico, com a cirurgia em andamento.

Neste sentido, em caso de haver reserva de vaga para pós-operatório em seu turno de trabalho, vale a pena confirmar tal necessidade junto ao Centro Cirúrgico. Muitas vezes as cirurgias são suspensas, ou o paciente deixa de ter indicação de internação na UTI, que, por falta desta comunicação, mantém um leito bloqueado desnecessariamente.

Com estes breves comentários, fica evidente que, devido à escassez de recursos, os hospitais e os médicos estão cada vez mais enfrentando dificuldades nas escolhas e decisões.

Quem deveria, por exemplo, beneficiar-se de respirador, quando apenas um está disponível? O prefeito ou uma pessoa desempregada? Uma mãe de cinco filhos ou um alcoólatra? Um executivo ou um ladrão?

É lógico que alertar a Administração para o bloqueio de eventuais cirurgias eletivas, bem como orientar o pronto-socorro a remover o mais rápido possível para outros serviços os pacientes com potencial indicação de UTI são medidas bastante sensatas, que devem ser desencadeadas pelo intensivista! Mas é óbvio que são, de longe, insuficientes para equacionar, satisfatoriamente, a demanda por vagas na UTI.

Portanto, conforme-se! Em determinadas ocasiões você terá mesmo que trocar o avental da UTI pela beca do juiz! A decisão, por mais inquietante, incômoda e difícil, recairá, sim, sobre o intensivista.

Se tais circunstâncias são inevitáveis, há recomendações muito importantes para minimizar o subjetivismo da decisão pessoal, sempre influenciada por algum grau de religiosidade e moralismo.

Para isso, podem ser empregados critérios médicos que estabelecem prioridades no acesso de pacientes à UTI. Muito embora não sejam capazes de resolver todas as situações de impasse, tenta-se, por esses meios, identificar, entre os potenciais candida-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tos, aquele(s) que poderá(ão) obter maiores benefícios com o tratamento intensivo.

Uma vez mais nos reportaremos aqui às recomendações publicadas pelo American College of Critical Care Medicine and Society of Critical Care Medicine (Crit. Care. Med., 1999, vol. 27, nº 3):

— ***Prioridade 1:*** *Pacientes gravemente enfermos e instáveis, porém necessitando de tratamento intensivo e monitorização de parâmetros vitais, que não podem ser oferecidos fora da UTI. Em geral, são pacientes que necessitam de suporte ventilatório, infusão de drogas vasoativas etc. Para esses pacientes, normalmente, não são estabelecidos limites à terapêutica que deve ser empregada. São exemplos dessa categoria: pacientes em pós-operatório ou com insuficiência respiratória aguda, que necessitam de suporte ventilatório; pacientes chocados ou hemodinamicamente instáveis, em uso de monitorização invasiva e/ou drogas vasoativas.*

— ***Prioridade 2****: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva e, potencialmente, podem vir a requerer alguma intervenção terapêutica imediata. Da mesma forma que na categoria anterior, a estes pacientes não são impostas quaisquer restrições quanto ao alcance da terapêutica preconizada. É o caso, por exemplo, de doentes com patologias crônicas coexistentes, que desenvolvem quadro mórbido agudo e grave, de natureza clínica ou cirúrgica.*

— ***Prioridade 3****: Pacientes criticamente enfermos e instáveis, porém com baixa probabilidade de recuperação, em virtude de doença subjacente ou da própria natureza de sua moléstia aguda. São doentes que podem receber tratamento intensivo, com o objetivo de buscar alívio para o quadro agudo, porém sendo claro que os esforços terapêuticos serão limitados, como, por exemplo, não intubar ou não reanimar. Nesta categoria estão indivíduos com doenças malignas metastáticas, complicadas por infecção, tamponamento cardíaco ou obstrução das vias aéreas.*

— ***Prioridade 4****: Aplica-se a pacientes que, na verdade, não preenchem os critérios apropriados para a admissão na UTI. Não obstante, poderão merecer análise individualizada, sob certas circunstâncias especiais e a critério do intensivista e/ou chefe da UTI. Cabe aqui mencionar dois subgrupos:*

A. Pacientes para os quais há pouca ou nenhuma evidência antecipada de benefício com o tratamento intensivo, uma vez que a

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

intervenção a ser adotada é de baixo risco (ou, dito de outra forma, são aqueles doentes que aparentam estar muito bem e, portanto, não iriam beneficiar-se da transferência para a UTI). São exemplos: pacientes submetidos à cirurgia vascular periférica; diabéticos com quadro de cetoacidose, porém estáveis hemodinamicamente; insuficiência cardíaca; pacientes com overdose, mas com consciência preservada etc.

B. Pacientes com quadros mórbidos irreversíveis e terminais, em que a morte é considerada iminente (ou, dito de outra forma, são aqueles em estado tão grave que não iriam beneficiar-se da internação em UTI). São exemplos: pacientes portadores de lesão cerebral grave e com danos neurológicos irreversíveis; falência de múltiplos órgãos, em estágio avançado e irreversível; neoplasias metastáticas refratárias à químio e/ou radioterapia (exceto para aqueles pacientes submetidos a algum protocolo terapêutico específico); pacientes competentes, e que recusam tratamento intensivo e/ou monitorização invasiva, e para os quais vêm sendo adotadas apenas medidas que visam ao conforto e alívio da dor; indivíduos em morte encefálica, e que não são doadores; pacientes em estado vegetativo persistente; pacientes em coma permanente etc.

Consulte também pareceres nº 18/99 CRM-AM, nº 0016/97 CRM-DF, e nº 126/95 CRM-RS às páginas 395, 406 e 409, Capítulo 8 — Apêndice.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PRONTUÁRIO MÉDICO: Aprenda Latim!

Antonio Nuno da Conceição
Cid Célio Carvalhaes
Marcos Knibel
Marcelo Moock
José M. C. Orlando

O prontuário deve refletir a assistência prestada. Mesmo que, durante o período de trabalho, não tenham ocorrido quaisquer situações relevantes, não deixe de lançar, ainda que resumidamente, sua prestação de serviço médico. É sempre bom "deixar pistas do seu trabalho": Suas impressões e condutas propostas. Esta exigência é bastante enfatizada na Resolução 70/95 do CRM-SP, que trata da Comissão de Revisão do Prontuário Médico. Consulte a página 389, Capítulo 8 — Apêndice.

Apesar de língua morta, o Latim continua vivamente presente no vocabulário médico. Se buscarmos a origem latina da palavra Prontuário, por exemplo, descobriremos que ela é auto-explicativa:

Promptuarium — "lugar onde se guardam ou depositam as coisas de que se pode necessitar a qualquer instante".

Mas vamos esquecer que se trata de obrigação e entender a exigência das anotações como fundamental instrumento de defesa do próprio profissional.

É muito importante a *letra legível e a identificação clara do médico* nas folhas de evolução e prescrição! O sentido da escrita é a leitura!

Nunca é demais voltar ao assunto de divergências entre colegas. Caso tais situações desagradáveis venham a ocorrer (e elas ocorrem!), lembre-se de que o prontuário, embora seja chamado "médico", interessa essencialmente ao paciente. A instituição deve, sim, zelar pela guarda de toda documentação referente ao enfermo.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A qualquer tempo, o paciente, seu representante legal, o CRM e instâncias judiciais poderão solicitar cópias do prontuário. Seu conteúdo e respectiva análise poderão interferir, e muito, no juízo a propósito de condutas médicas registradas.

É obrigação do hospital fornecê-lo aos interessados. Não há o que discutir! É obrigação de lei! Consta de preceitos constitucionais e está no Código de Ética Médica, Artigo 70.

É Vedado ao Médico:

Artigo 70 — Negar ao paciente acesso a seu prontuário médico, ficha clínica ou similar, bem como deixar de dar explicações necessárias à sua compreensão, salvo quando ocasionar riscos para o paciente ou para terceiros. (Código de Ética Médica, Capítulo V: Relação com Pacientes e Familiares.)

Certos "bate-bocas escritos", entre médicos à beira de um ataque de nervos, não são exatamente o objetivo do prontuário.

Por isso, quando for o caso, tenha a lucidez de registrar (e informar!) o fato ocorrido em memorando ou livro de ocorrências (para ser consultado exclusivamente pelos membros da equipe médica), que chegará ao conhecimento da Chefia/Administração.

Ainda assim, lembre-se sempre de que esse registro é perene e escrito sob clima de grande contrariedade, sob o calor da discórdia. Conte até 100 ou 1.000! E então redija... quando você estiver mais calmo e, portanto, mais lúcido. A discórdia verbal é sempre passível de desculpas...

Quanto às solicitações judiciais, na prática, normalmente, são atendidas sem maiores questionamentos. No entanto, rigorosamente, a necessidade de o Judiciário obter informações para instruir processos poderia ser suprida por autorização formal do paciente (ou seu responsável). Poderia, ainda, ser obtida através da designação de perito médico, que, após consultar o prontuário, elaboraria laudo sobre o caso. Esta orientação consta de parecer do CRM-SP.

Outra alternativa elegante para fazer frente às solicitações judiciais seria a intermediação do médico do Instituto Médico-Legal. Após obter as informações contidas nas fichas clínicas do paciente, esse profissional elaboraria o laudo e o repassaria à autoridade policial ou judicial.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SOLICITAÇÃO DE EXAMES E PRESCRIÇÃO MÉDICA

Rosa G. Alheira Rocha
Marcos Knibel
Cláudio Piras
José M. C. Orlando

Sempre que possível, e sem prejuízo para o bom andamento das atividades, a solicitação dos exames deve ser feita pela manhã, após a avaliação do paciente.

Embora possamos ter reservas quanto à solicitação antecipada de exames (na noite anterior), a prática do dia-a-dia demonstra que tal procedimento, em muitas ocasiões, é realmente necessário, pois, de outra forma, a burocracia pode gerar um atraso nada desprezível na rotina da enfermagem, "embolando o meio de campo" no início do plantão seguinte.

Mas, entenda bem que não estamos sugerindo adoção sistemática de rotina preestabelecida, com "Modelo-Padrão" dos mesmos exames para todos os pacientes, indiscriminadamente. Os exames a serem solicitados devem ser individualizados, de acordo com as particularidades do quadro clínico de cada doente.

Você acha razoável pedir mais amiúde exames laboratoriais para pacientes instáveis, com distúrbios metabólicos prévios ou para idosos, que recebem NPP? Então, não se esqueça de fazer isso sempre! Caso contrário, você se sentirá constrangido, se o colega que o sucedeu informá-lo de que aquele paciente apareceu com sódio de 160mEq/L e glicemia de 600mg/dL! Em outras palavras, pacientes instáveis podem exigir exames a intervalos menores.

Frente às inúmeras e questionáveis glosas perpetradas por convênios, os hospitais passaram a insistir em que certos itens sejam incorporados às prescrições médicas. Analise, a seguir, a lista dos itens mais freqüentemente solicitados e discuta com sua equipe até

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mesmo a possibilidade de incorporá-los à prescrição como tópicos pré-escritos, que apenas serão confirmados pelo intensivista e checados pela enfermagem:

- Nutrição enteral com bomba de infusão
- Nutrição parenteral com bomba de infusão
- Sondagem nasogástrica
- Sondagem nasoenteral
- Intubação traqueal
- Traqueostomia
- Ventilação mecânica
- Cateter nasal
- Nebulização contínua com máscara
- Cateter venoso central
- Flebotomia
- Instalação de PVC
- Instalação de PAM
- Instalação de cateter de Swan-Ganz
- Medida do débito cardíaco/cálculo hemodinâmico
- Cardioversão elétrica
- Sondagem vesical
- Dextrostix e/ou Glico-ceto
- Monitorização cardíaca
- Monitorização por oximetria
- Monitorização de PAM
- Monitorização por capnometria
- Fisioterapia respiratória
- Fisioterapia motora
- Cateter de duplo lúmen
- Curativos
- Cateter de diálise peritoneal
- Instalação de diálise peritoneal
- Marcapasso provisório.

Quer ver outra "mania desastrosa" do médico, e que acaba provocando muitas glosas dos convênios? São as rasuras nas prescrições! Vejamos um exemplo:

Quando você prescreve Tienan 2g EV de 6/6h e, por qualquer razão, rasura e corrige para Tienan 1g EV de 12/12h, para a auditoria do convênio fica valendo a correção. O resultado é que as doses realmente administradas até o momento da rasura (que eram maiores!) não serão pagas ao hospital. Lógico! Se está prescrito 1g, por que pagariam 2g?!

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

- Então, como proceder?
- Elementar, meu caro Watson. Basta assinalar "SUSPENSO" ao lado do item, e reescrevê-lo, com as devidas alterações, mais abaixo, na prescrição, deixando claro o horário de término da dose anterior e do início da nova dosagem. Consulte também parecer CRM-DF nº 0029/96 à página 405, Capítulo 8 — Apêndice.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PROCEDIMENTOS EM MEDICINA INTENSIVA

Luiz Alexandre Borges

Já que discutíamos no item anterior as glosas efetuadas pelos compradores de serviços médicos, não custa nada relembrar os procedimentos que podem vir a ser realizados pelos intensivistas.

Consulte também parecer CRM-PR nº 178/91 à página 407, Capítulo 8 — Apêndice.

- Assistência à ventilação mecânica
- Monitorização hemodinâmica invasiva
- Monitorização hemodinâmica não invasiva
- Atendimento do intensivista não plantonista
- Infiltração ou punção articular
- Diálise peritoneal
- Hemodiálise
- Hemoperfusão
- Hemofiltração
- Plasmaférese
- Implante de cateter venoso central para hemodiálise
- Implante de cateter femoral para hemodiálise
- Ultrafiltração isolada
- Hemodiálise contínua
- Hemodiafiltração
- Hemodiálise contínua arteriovenosa
- Hemodiálise contínua veno-venosa
- Ultrafiltração
- Implante de cateter peritoneal

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Avaliação clínica diária parenteral
- Avaliação clínica diária enteral
- Acesso à circulação venosa central
- Acesso para colocação de sonda enteral
- Avaliação clínica diária parenteral e enteral
- Avaliação nutricional com bioimpedanciometria
- Avaliação nutricional com calorimetira indireta
- Eletrocardiograma (ECG)
- Cardioversão elétrica eletiva
- Marcapasso temporário à beira do leito
- Cardioestimulação transesofágica, terapêutica ou diagnóstica
- Cardioversão elétrica de emergência
- Cardioversão química de arritmia paroxística em emergência
- Oximetria não invasiva
- Dissecção de veia ou colocação de cateter venoso
- Cateterismo de artéria radial — PA contínua
- Colocação de balão intra-aórtico
- Drenagem do pericárdio
- Pericardiocentese
- Instalação de cateteres intracavitários para monitorização hemodinâmica temporária
- Implante de marcapasso provisório ou colocação de cateteres intracavitários para monitorização hemodinâmica
- Biópsia hepática transparietal
- Paracentese abdominal
- Monitorização da pressão intracraniana
- Punção liquórica raquiana ou cisternal
- Dissecção de veia para colocação de cateter central (NPP ou QT)
- Biópsia transcutânea de pulmão por agulha
- Biópsia por agulha (pleura)
- Punções pleurais
- Retirada de dreno tubular torácico
- Pleurostomia
- Punção traqueal aspirativa transcutânea
- Traqueostomia, via cervical
- Toracostomia com drenagem aberta
- Biópsia renal por punção
- Cistostomia por punção com trocater

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VAI VENCER A COBERTURA DA UTI! E Agora?

Cid Célio Carvalhaes
Marcelo Moock
José M. C. Orlando

Uma situação bastante familiar aos intensivistas que atuam em hospitais conveniados com empresas de Saúde e Seguradoras é a expiração do prazo de cobertura da internação em UTI.

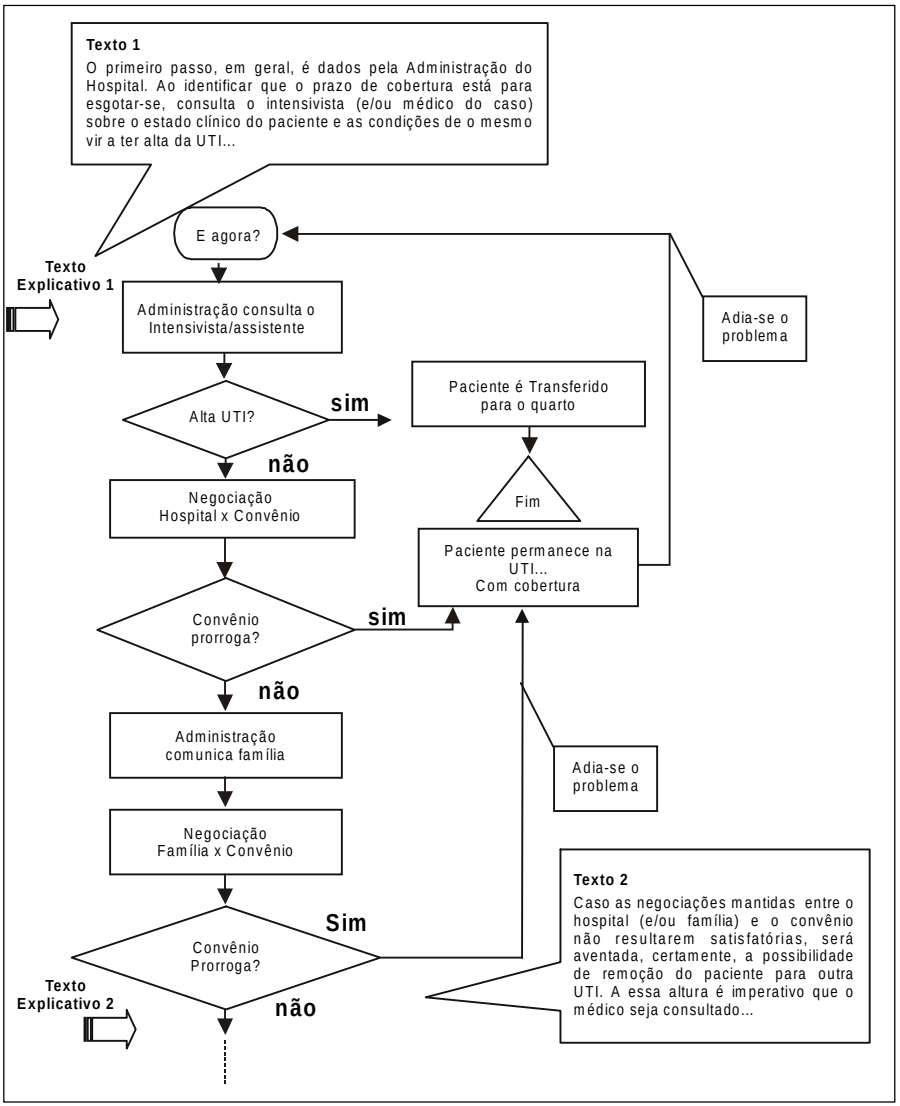
Ainda que problema fundamentalmente de ordem administrativa, é inevitável o envolvimento médico, na medida em que ele é também responsável pelo destino do paciente sob seus cuidados. A Lei nº 9.656, de 03/06/1998, modificada por várias Medidas Provisórias, define ser do médico (intensivista ou assistente), arbítrio pleno quanto ao tempo de internação de qualquer paciente. Entretanto, como tais modificações estão vigorando há pouco tempo, apesar da Lei, poderão surgir sérias controvérsias.

Não temos a pretensão de oferecer uma "receita simples", que dará certo em todos os casos. Gostaríamos apenas de discutir algumas possibilidades que podem ajudar não só a preservar o melhor interesse do paciente, mas também a evitar que certas decisões precipitadas acabem por refletir negativamente no desempenho do médico, tanto ética como legalmente.

Para efeito de clareza na apresentação de algumas alternativas, optamos pela forma simplificada de um algoritmo:

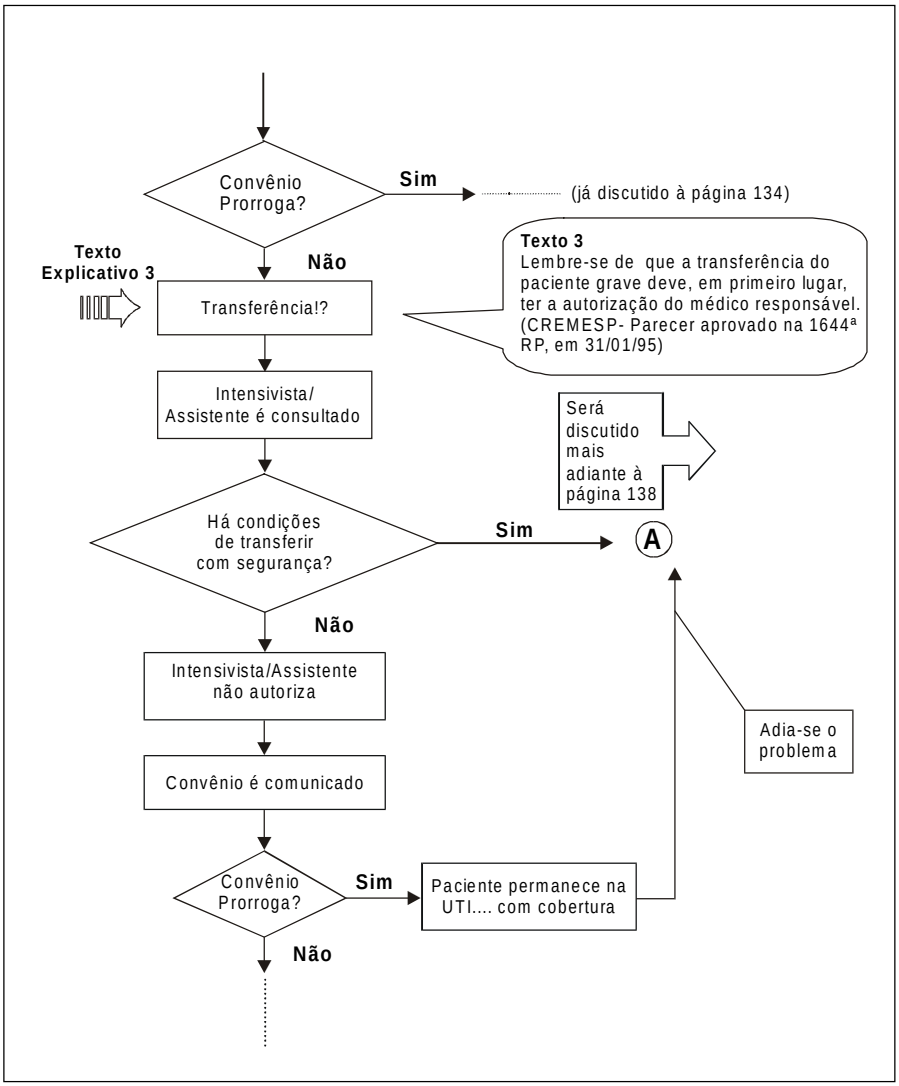
 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



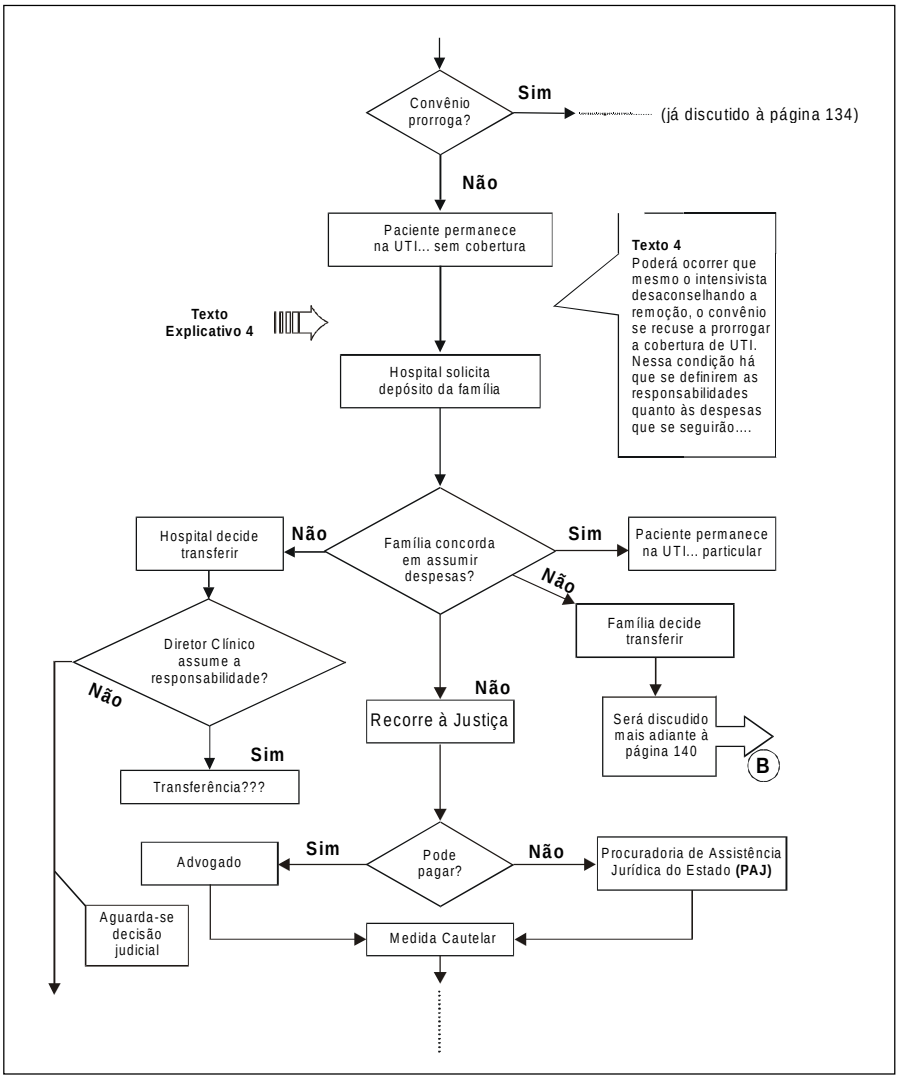
 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



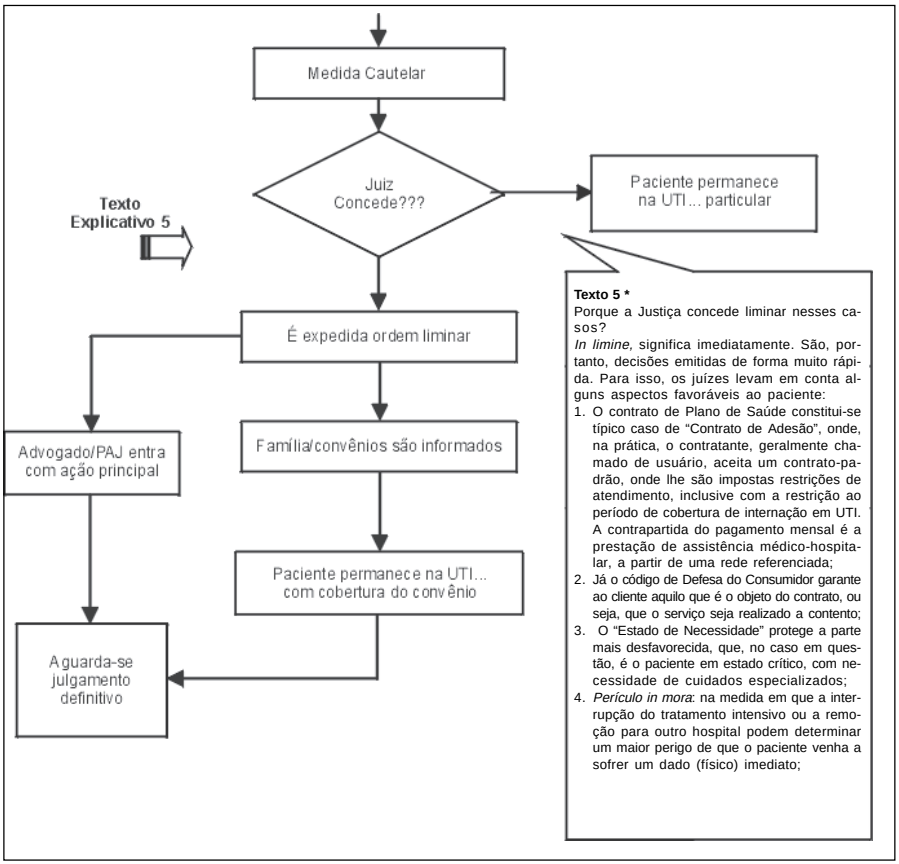
 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

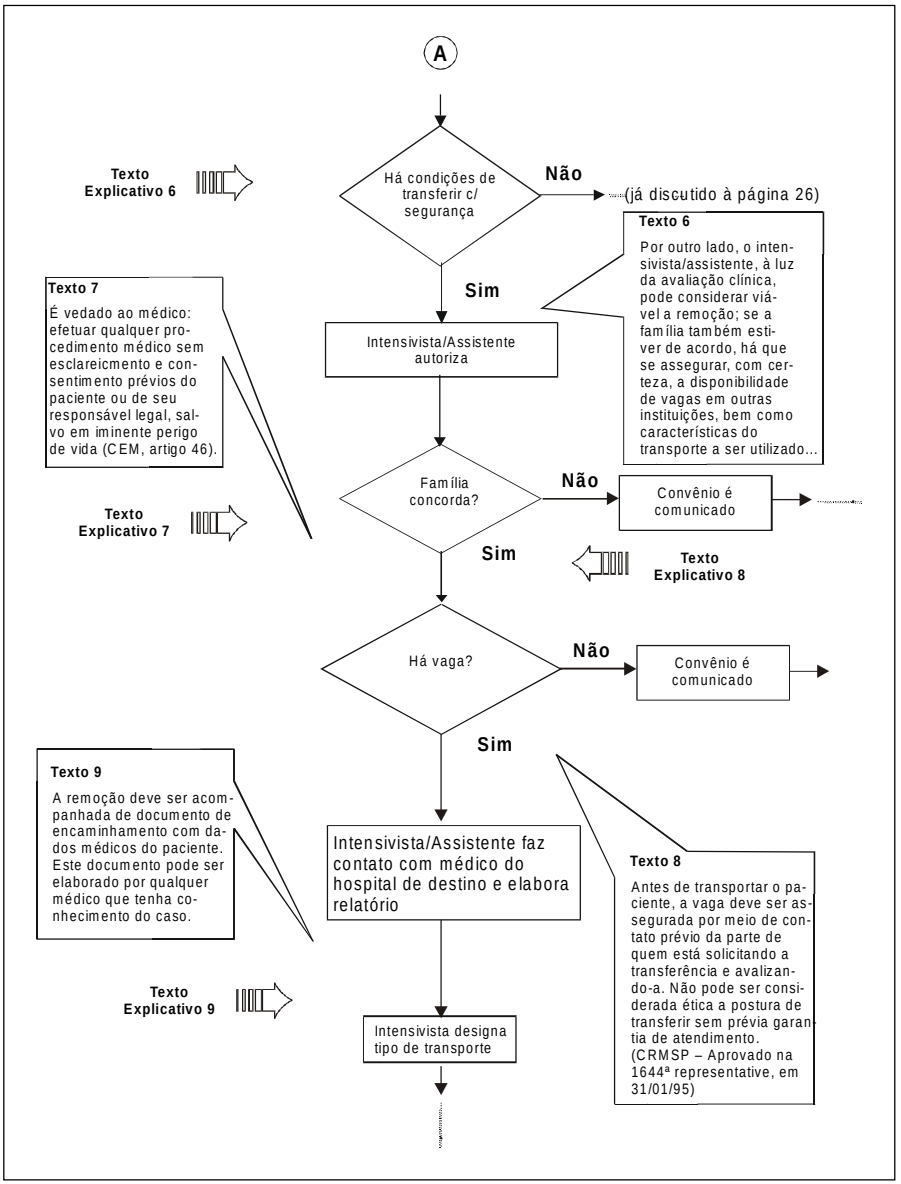
Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



*** Nota do Autor:**
Contratos entre empresas (convênios) e pacientes (usuários) são de prestação de serviços e envolvem interesses os mais diferentes. Empresas, pacientes, médicos, hospitais, serviços complementares de diagnóstico, além de outros, disputam espaços, cada qual a seu tempo.
Os princípios do Direito direcionam-se à "proteção" do segmento menos favorecido, especialmente quando se configura *fumus bonus iures* (fumaça do bom direito), qual seja, aquele potencialmente lesado cumpre com seus deveres contratuais, enquanto que a parte que o constrange, geralmente, esquiva-se em cumprir os seus. O *periculum in mora* (perigo da demora, do atraso) apresenta-se em circunstâncias tais, e quando não sendo adotadas decisões imediatas e eficientes, o direito ferido é irreparável ou de difícil reparação. Daí se originam diversas ações conflituosas, pois decisões judiciais devem ser *in limine*, através de medidas cautelares propostas, com posterior discussão nas chamadas ações principais.
Tudo isso não nos envolve diretamente, mas diz respeito às nossas labutas. Como no Direito, temos como princípios fundamentais preservar interesses dos pacientes, que são, portanto, nossos primeiros alvos.
Disputas as mais diversas assumem segundo plano. Fundamentam-se, essencialmente, em interesses econômico-financeiros de importância secundária. Prioridade aos interesses e necessidades dos enfermos!

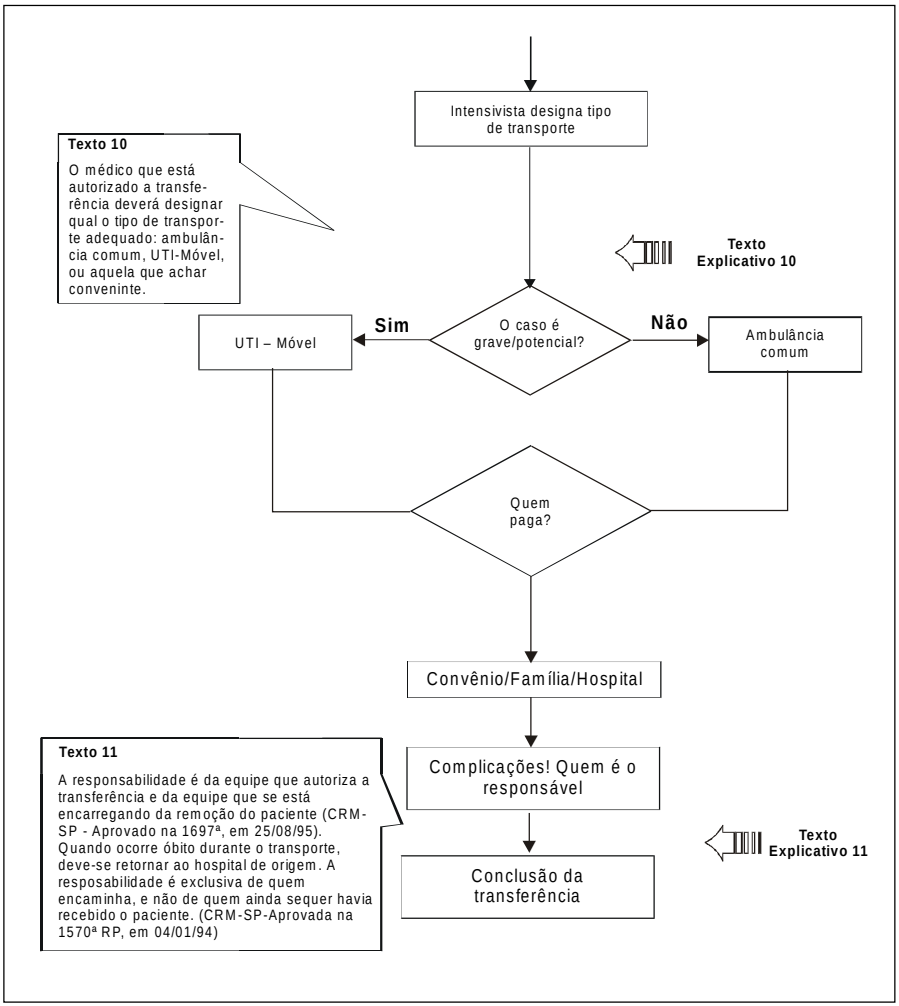
 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



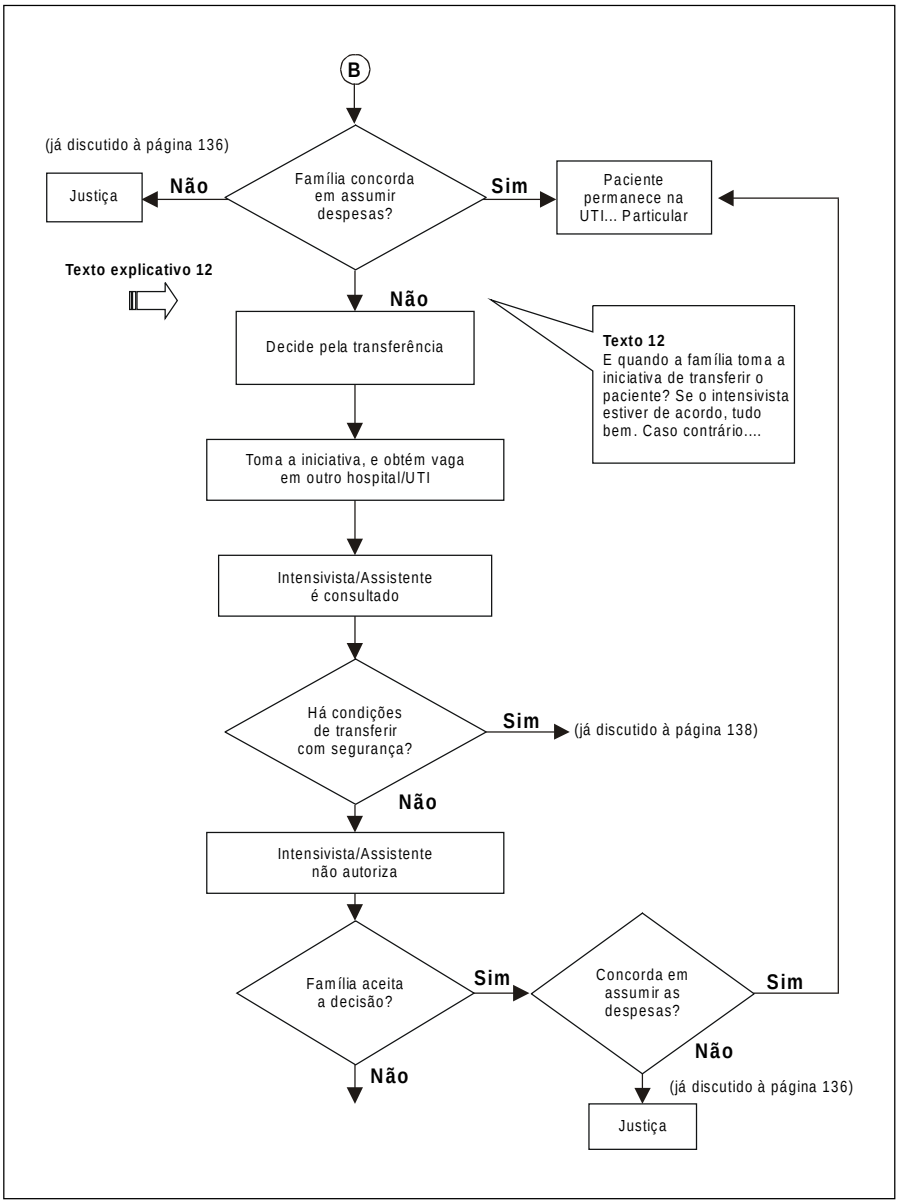
 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



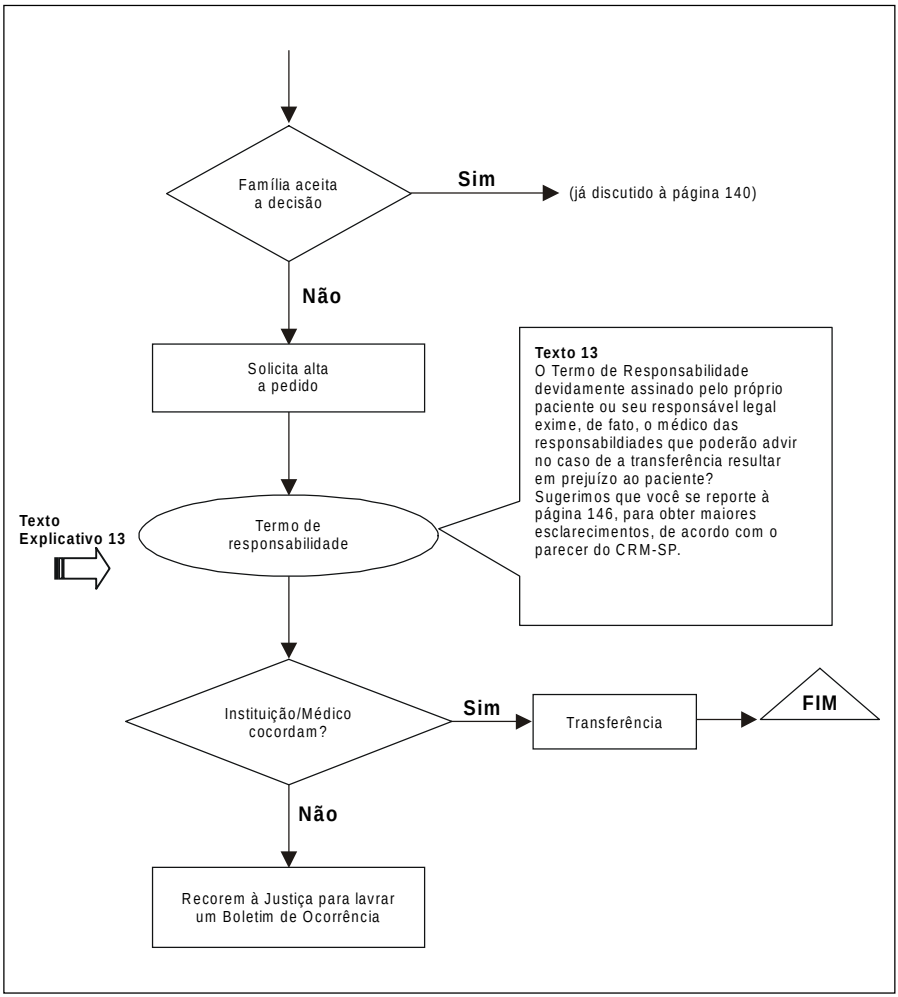
 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



Em resumo, em caso de conflito de interesses das várias partes envolvidas (paciente, família, médico, hospital, convênio), cabe ao médico assistente (que poderá ser o próprio intensivista!) defender os legítimos interesses do PACIENTE. Todas as ações que podem prejudicá-lo — entre elas, as transferências — deverão ser evitadas.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REMOÇÃO E ALTA A PEDIDO: Lavo as Minhas Mãos...

Celso Coelho
Marcelo Moock
José M. C. Orlando

Em caso de transferências solicitadas por familiares ou compradores de serviço, você deve sempre ponderar qual é o melhor interesse do paciente. Se a transferência não se constituir em nenhum agravo, não há problema em autorizá-la. Entretanto, se houver algum fator que possa determinar má evolução, você poderá ser responsabilizado. Não se esqueça de lançar os fatos no prontuário.

Na eventualidade de um médico externo — até então sem acompanhar o paciente e, portanto, não perfeitamente inteirado do caso e dos riscos potenciais do transporte — recomendar a remoção à distância, é prudente solicitar a presença dele, para que, pessoalmente, avalie as reais condições e, a partir de então, assuma, ele próprio, as responsabilidades por tal atitude.

Não concorde com a transferência de pacientes instáveis, ou daqueles que necessitem de intervenção urgente e disponível no hospital (abdome agudo hemorrágico, hemopneumotórax, infarto agudo do miocárdio etc.) Não abra mão de decisões que são de sua responsabilidade! Veja o que dizem os pareceres reproduzidos a seguir:

Consulta nº 2.505/94/CRM-SP

"A transferência de paciente grave deve, em primeiro lugar, ter a autorização do médico responsável pelo paciente.

Em segundo lugar, o paciente deve ser transportado a outro hospital, previamente contatado, que, após cientificar-se do quadro, aceite a transferência, de acordo com a sua capacidade operacional.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O médico que está autorizando a transferência deverá designar qual o tipo de transporte adequado: ambulância comum, ambulância UTI-Móvel ou aquela que achar conveniente.

Em qualquer das situações, considerando que o estado do paciente a ser transportado é grave, a transferência deve sempre ser acompanhada por médico, isto é, o médico deve acompanhar o paciente na ambulância, até ser entregue à equipe do outro hospital, momento em que outro médico assume a responsabilidade pela continuidade do tratamento".

Aprovado na 1.644ª RP, em 31/01/95 — CRM-SP

Ah! Um lembrete importante. Se a seguinte situação ainda não aconteceu com você, fique atento, porque ela é mais comum do que se imagina. Havendo alegação, por parte do Convênio Médico, de extinção da cobertura de internação em UTI e — por interveniência dele — aparecer alguma empresa de remoção para transferir o paciente para outro hospital — sem que tenha havido envolvimento prévio e direto da equipe médica da UTI! —, não permita, caso julgue que o paciente não goza de condições clínicas adequadas para o transporte.

Recentemente, foi editada uma Medida Provisória que define o seguinte: a permanência de enfermos em hospitais — inclusive em UTI — é de decisão exclusiva do médico responsável, não sendo, pois, aceitável intermediações de terceiros.

Caso sua decisão seja, de fato, liberar o paciente, certifique-se antes qual será o hospital de destino, e se realmente há vaga disponível. Infelizmente, tais remoções são, por vezes, feitas através de tentativas: sem prévio aviso, o paciente é levado para algum hospital público, que poderá ou não dispor de vaga.

Nessas circunstâncias, duas coisas podem acontecer:

1) O paciente é, de alguma forma, aceito no hospital público (algumas vezes até para ficar no Pronto-Socorro, pois não há vaga na UTI!);

2) O hospital não aceita o caso, e aí, então, inicia-se uma peregrinação da ambulância para outros hospitais, expondo, de forma perigosa, o paciente — e também você, que autorizou a remoção!

Além da empresa de remoções, o médico que autorizou a transferência também poderá ser acionado, tanto pela família como pelo hospital de destino, para esclarecimentos.

O serviço de transporte não tem que assegurar a vaga antes de transportar o paciente?

"Sim. Este contato deve ser feito por quem está solicitando a transferência e que está analisando a mesma. Não pode ser considerada ética a postura de transferir sem prévia garantia de atendimento".

Aprovado na 1.644ª. RP, em 31/01/95 — CRM-SP

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Perante o CRM, quem é responsável por complicações do paciente durante a transferência?

"A responsabilidade é da equipe que autorizou a transferência e da equipe que está se encarregando pela remoção do paciente".

Aprovado na 1.697ª RP, em 25/08/95 — CRM-SP

Para piorar a situação, o paciente pode morrer durante o trajeto para o hospital de destino. E aí, o que fazer? Segue-se em frente, ou se retorna ao hospital de origem?

"Deve-se retornar ao hospital de origem; a responsabilidade é exclusiva de quem encaminha, e não de quem sequer recebeu."

Aprovada na 1.570ª RP em 04/01/94

Este mesmo assunto (óbito em ambulância) é tratado em outro parecer do CRM-SP:

Consulta No. 39.194/96

Relator: Cons. Marco Segre

Assunto: Constatação de óbito durante a remoção de pacientes.

Ementa: Caso haja óbito na ambulância, o médico que acompanha o paciente no veículo de remoção deve, havendo razoável convicção de sua condição diagnóstica, fornecer o atestado de óbito.

O Dr. R.S., Diretor da equipe de Resgate, solicita parecer do CRM-SP, sobre como proceder caso seja constatado o óbito durante o transporte.

Parecer:

Caso haja parada cardíaca-respiratória, e/ou óbito na ambulância ou no avião destinado ao transporte do paciente, o médico que acompanha o paciente no veículo de remoção deve, havendo razoável convicção de sua condição diagnóstica, fornecer o atestado de óbito. Ressaltando que é recomendável que o médico intensivista que acompanha a remoção do paciente, tenha um resumo histórico-clínico do paciente, no qual estejam registradas as patologias essenciais ao tratamento e a recuperação do mesmo.

Não havendo elementos de convicção quanto a "causa mortis", o corpo deverá ser removido ao Instituto Médico-Legal.

Aprovada na 1.993ª RP, em 22/08/97.

Homologada na 1.996ª RP em, 26/08/97.

E quanto ao valor legal do Termo de Resposabilidade?

Mesmo com o Termo de Responsabilidade assinado pelo paciente ou responsável, o médico não fica totalmente isento de responsa-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bilidade, caso surjam complicações no estado de saúde do paciente após sua saída do hospital.

Consulta nº 1.665 — 13/86

Relator: Cons. Maria Cacilda Câmara Lima

Assunto: "Termo de Responsabilidade" assinado pelos pacientes nos casos de alta a pedido

O consulente indagava sobre a validade do "Termo de Responsabilidade" que os pacientes ou seus responsáveis legais assinam em caso de "alta a pedido".

Entendemos que a validade do "Termo de Responsabilidade" assinado pelo responsável pelos pacientes nos casos de alta a pedido tem sua eficácia condicionada ao estado de saúde do paciente e, essencialmente, aos riscos que a alta possa vir a lhe causar, não isentando de responsabilidades, igualmente, os profissionais que atendem o paciente até a efetiva data da alta.

O §2º do artigo 153 da Constituição da República Federativa do Brasil, que reza: "Ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei..." e ainda o contemplado pelos artigos 24 e 26 do Capítulo II do Código Brasileiro de Deontologia Médica que ocultam comportamento do médico em tais situações.

Todavia, sem qualquer sombra de dúvida e com o amparo legal devido, o paciente ou seus responsáveis legais têm o direito de decidir sobre a alta hospitalar. O médico deve atender a esse pedido, após informar ampla, completa e o mais isentamente possível, ao próprio paciente ou seus responsáveis, das vantagens e desvantagens da alta solicitada, alertando-os igualmente das conseqüências que essa alta possa vir a ocasionar. Se houver risco de vida ou de prejuízo grave ao paciente, estes devem ser amplamente expostos.

Após todas estas informações prestadas pelo médico assistente, pela assistência social, pela enfermagem ou por outro elemento responsável pelo paciente enquanto hospitalizado, se este ou seus responsáveis insistirem no pedido de alta, deve o médico aceitá-lo.

O "Termo de Responsabilidade" assinado pelo paciente ou responsáveis tem apenas a finalidade de servir como documento de que os riscos, vantagens e desvantagens, foram-lhes devidamente explicados, nele devendo constar todas as explicações referidas antes. A assinatura apenas explicita o direito do paciente quanto à decisão sobre sua saúde e bem-estar, amparado pela Constituição e pelo Código Brasileiro de Deontologia Médica.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O que lhe suceda após a saída do hospital deverá ser cuidadosamente analisado para a devida avaliação que a "alta a pedido" teria representado. O hospital e o médico, desde que tenham obedecido as recomendações expressas neste parecer, têm suas responsabilidades legais e éticas, cessantes no momento em que o paciente em questão deixar as dependências hospitalares, e não antes disso.

No caso de pacientes em estado muito grave e/ou em fase terminal, cuja vida dependa de aparelhagem sofisticada e específica, ou ainda daqueles que se recusam a determinados tipos de tratamento por convicções religiosas, poderá o médico assistente ou o Diretor clínico do hospital suspender temporariamente o atendimento ao pedido, após todas as explicações anteriores expostas e solicitar arbitragem de decisão judicial. Caberá, então, ao Poder Judiciário, a decisão final.

Cumpre, ainda, ressaltar que, após ter solicitado alta a pedido, poderão sempre o paciente ou seus responsáveis solicitar nova internação, sendo este seu lídimo direito, e devendo o hospital atender a esta solicitação.

Aprovada na 1.222ª em 25/11/86.

Se do ponto de vista médico, portanto, você não estiver de acordo com a solicitação de alta ou remoção, e a família/paciente não aceitar seus argumentos, o recurso final é acionar a Administração e lavrar boletim de ocorrência. Pode parecer exagero, mas, de fato, não é!

Toda remoção deve ser acompanhada de documento de encaminhamento (Relatório Médico) com dados médicos do paciente, a fim de permitir melhor entendimento da evolução do caso, por parte da equipe da outra instituição. Veja o que diz o Código de Ética Médica em seu artigo 71.

É vedado ao médico:

"Deixar de fornecer laudo médico ao paciente, quando do encaminhamento ou transferência para fins de continuidade do tratamento ou na alta, se solicitado."

Finalmente, cabe lembrar duas providências muito importantes a serem tomadas antes de efetivar a remoção do paciente: alertar o médico ou assistente que vinha acompanhando o caso e a Administração do Hospital.

Consulte também parecer CRM-AM nº 002/97 à pagina 393, Capítulo 8 — Apêndice.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GARANTIA DE QUALIDADE: Alguns Conceitos para Nossa Prática

Paulo Beraldo
Luiz G. Nunes
Marcos Knibel
José M. C. Orlando

Recentemente, tem-se falado muito em qualidade. No setor produtivo, a garantia e a melhoria da qualidade estão bem sistematizadas, pois é fácil abordar este assunto em relação a produtos nos quais se podem constatar objetivamente aspectos como, por exemplo, funcionamento, durabilidade e resistência.

Mas, o que acontece quando se trata de serviços? E quando esses serviços envolvem assistência médica, particularmente de pacientes graves?

A condução do tratamento médico é tarefa complexa, que envolve a participação de diversas equipes, e cada caso deve ser conduzido individualmente. Não se pode fazer uma linha de montagem, nos moldes da indústria, e este é o principal empecilho em se querer transferir diretamente para a área da Saúde os avanços conquistados pelo setor produtivo.

Cada vez mais, os serviços prestados pelos sistemas de Saúde são analisados e classificados sob a ótica da garantia e da melhoria de qualidade, e as pressões da sociedade manifestam-se através de vários aspectos, como custos crescentes, exigência maior dos usuários, pressão da comunidade, dos profissionais e do governo. Nós, intensivistas, precisamos perceber essas tendências mundiais e incorporá-las.

Primariamente, os fundamentos da preocupação com a qualidade passam pelo envolvimento da direção do hospital e coordenação da unidade. Esta é a base primordial para o sucesso das iniciativas de controle e melhoria da qualidade.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Nossos coordenadores, como verdadeiras lideranças, são responsáveis por decisões que orientem as demais atividades, como a priorização de projetos e a alocação de recursos. São eles os responsáveis pelo incentivo e direcionamento dos profissionais da equipe.

O grande elemento facilitador da melhoria dos processos de prestação de serviços é, justamente, o investimento na participação e experiência do pessoal que apóia ou realiza tarefas finais, sejam plantonistas, diaristas ou demais profissionais: é o que se chama *cultura organizacional orientada para a garantia e melhoria da qualidade*.

A filosofia primordial é bastante simples, como demonstra esta equação da qualidade:

QUALIDADE = (SATISFAÇÃO DO USUÁRIO) — (INEFICIÊNCIA) — (RISCO)

Existem três formas de melhorar a qualidade do sistema de Saúde:

1. Aumentar a satisfação dos usuários, através de atendimento rápido, respeitoso e com bons resultados;
2. diminuir desperdícios, ou seja, eliminar trabalho improdutivo e tornar os processos mais eficientes;
3. diminuir riscos para usuários, através da aplicação de tratamentos seguros e eficazes, baseados em evidências científicas.

É importante, ainda, destacar que os processos de acreditação despontam atualmente como importantes ferramentas para garantir um padrão mínimo de qualidade nos sistemas de Saúde. Estabelecem formas de controle, que podem ser aplicadas pelo Governo, entidades financiadoras e pelos próprios usuários, através da monitorização periódica de indicadores e padrões.

Um processo de acreditação é constituído por revisão externa, realizada por entidade imparcial e reconhecidamente capacitada para conduzir o processo, com o objetivo de garantir que o sistema administrativo, estruturas e práticas da organização de Saúde estejam operando dentro de padrões previamente estabelecidos. A maioria dos que fazem uso da acreditação utiliza as normas ISO e os critérios da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

Neste sentido, a AMIB vem estudando mecanismos para o desenvolvimento de sistema de acreditação das unidades de nosso país, a partir dos resultados do I Censo Brasileiro de UTI.

Se quisermos sobreviver profissionalmente, precisamos entender que nossas UTIs serão competentes pelo conjunto, e não pelo mérito de sua chefia ou de outros valores individuais. De nada adi-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

anta o diarista fazer pela manhã o que será desfeito no período noturno ou no fim-de-semana, por exemplo.

O termo *Unidade* significa trabalharmos em *equipe*, na harmonia e na excelência. Para tanto, precisamos perceber a importância dos indicadores que mostram — no conjunto e no tempo —, se estamos atuando dentro de determinadas expectativas: taxas de mortalidade (devidamente ajustadas, seja pelas médias históricas ou outro método, como APACHE II), de infecções, complicações, reinternações e nível de satisfação dos usuários precisam ser entendidos como necessários, e incentivados por todos da equipe. Esta é a única maneira de alimentar a fórmula anterior, avaliando nossa qualidade.

É bom enfatizar que a busca da qualidade não se resume a uma simples receita, uma técnica que se aplica e... pronto!

Antes disso, é um processo de gestão que visa atingir a conformidade com determinados requisitos, previamente estabelecidos. Por meio de constante aferição de indicadores específicos, é possível estabelecer-se a diferença entre o desempenho real de um determinado setor e os objetivos almejados. A melhoria da qualidade surge exatamente quando são adotadas ações que se propõem a reduzir essa diferença, transformando a realidade.

Ao contrário do que poderíamos imaginar, na área de Saúde as intervenções necessárias à melhoria da qualidade não se restringem apenas aos aspectos clínicos, mas demandam também especial atenção aos recursos humanos e financeiros.

O processo não pode limitar-se, unicamente, a apurar se os resultados obtidos são bons ou não. É preciso compreender quais as razões determinantes do resultado. Sem isso, não são viáveis as correções de rumo.

Recentemente, desenvolveu-se um estudo sobre gestão hospitalar, reunindo 89 UTIs de 12 países europeus. Apresentamos, a seguir, as principais conclusões do Estudo Ericus, que apontam os vários fatores capazes de influenciar positivamente o desempenho clínico das UTI, reduzindo as taxas de mortalidade:

- *"Padronização de rotinas;*
- *Descentralização das decisões e maior autonomia da enfermagem;*
- *Definição de funções e tarefas;*
- *Treinamento e educação continuada;*
- *Organização profissional, valorizando o trabalho em equipe (interação interdisciplinar)".*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Não precisamos, contudo, reportar-nos exclusivamente à experiência internacional. Já contamos, em nosso país, com alguns bem sucedidos programas de qualidade em Terapia Intensiva. Marcos Knibel, Presidente da Comissão de Qualidade da AMIB e um dos pioneiros na adoção de um sistema de acreditação para UTI, faz-nos as seguintes recomendações:

O que devemos BUSCAR?

- *Atingir a satisfação do paciente, como nosso cliente principal, em suas necessidades e expectativas;*
- *Essas necessidades e expectativas devem estar em sintonia com as de seu médico, de sua família e de seu plano de saúde.*

Para que esses objetivos possam ser alcançados, é necessário:

— *Prestar atendimento personalizado, garantindo conforto e humanidade na interação com os pacientes;*
— *Garantir atendimento aos pacientes de acordo com as necessidades técnicas individuais;*
— *Manter familiares e médicos constantemente informados;*
— *Estabelecer relacionamento pautado no código de Ética Médica e com base nas orientações definidas com os médicos assistentes;*
— *Compatibilizar os custos com a satisfação do cliente e os serviços disponibilizados na UTI.*

Ao mesmo tempo deve-se, a todo custo, EVITAR:

- *Tudo aquilo que esteja fora das rotinas previamente estabelecidas;*
- *Utilização de equipamentos que necessitem de manutenção ou calibração;*
- *Emprego de materiais de consumo com especificações inadequadas às finalidades a que se destinam;*
- *Padronização e prescrição de medicamentos impróprios;*
- *Valorização indevida de exames laboratoriais e radiológicos tecnicamente duvidosos;*
- *Ocorrência de escaras de decúbito;*
- *Deslocamento acidental — ou não! — de próteses respiratórias e cateteres vasculares.*

E, acima de tudo, nunca se conformar com o erro!

FALANDO UM POUCO DA ISO...

"As normas da família ISO 9000 são padrão normativo mundialmente reconhecido e passo decisivo na avaliação de sistemas de qualidade. Isto porque asseguram "padrões mínimos", permitindo fornecimento padronizado de produtos e serviços.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Além disso, têm-se traduzido em instrumento eficiente e eficaz para organização interna das empresas, na medida em que oferecem maior transparência aos processos, melhor definição de responsabilidades, sistemas de controle mais racionais e, conseqüentemente, redução dos custos.

Sua aplicação permite à empresa reconhecer e corrigir seus próprios erros.

O sistema ISO é controlado pela International Organization Standartization, fundada em 1947, com sede na Suíça e reconhecida por mais de 100 países. No Brasil, o representante exclusivo é a ABNT — Associação Brasileira de Normas Técnicas.

Não são normas exclusivas para a indústria, podendo ser aplicadas também às empresas do segmento de serviços, como bancos, hotéis, entidades de ensino, instituições de saúde e, obviamente, hospitais. Em tais casos, deve-se utilizar a ISO 9002.

A busca de tal certificação encontra justificativas na previsão de que, num futuro próximo, o mercado não terá espaço para organizações que não sistematizarem seus processos de melhoria da qualidade.

Embora a certificação ISO não assegure, por si só, melhoria da qualidade de uma empresa, ela garante, pelo menos, adoção e manutenção de sistema de gestão.

Estima-se que o período de preparo para obter certificação esteja por volta de um ano. Nessa fase, a instituição deve contar com trabalho de consultoria de empresa especializada.

Quando, por fim, forem atingidas as conformidades, será indicada, pela própria instituição, a empresa certificadora, dentre aquelas credenciadas pelo INMETRO.

Após obtenção do certificado, prosseguem auditorias a intervalos de seis meses. Depois de três anos é feita a nova certificação."

(Texto extraído do Relatório do Fórum de Humanização, Ética e Qualidade da AMIB — Maceió, 31/10/1998.)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

REGIMENTO INTERNO DA UTI: Providência Bastante Recomendável!

Joel I. Costa

Muito embora este tipo de documento não se encontre disponível em grande parte de nossas UTIs, hoje em dia é obrigatório, por exemplo, no Estado do Ceará, de acordo com a Resolução CREMEC 012/97 (Artigo 1º Parágrafo 2º).

Ainda que não exigido em outras localidades, trata-se de instrumento útil para estabelecer objetivos gerais de funcionamento do serviço, esfera de atuação profissional, relacionamento hierárquico, interpessoal e com outros setores do hospital.

Assim, a título de sugestão, apresentamos, à página 521, Capítulo 8 — Apêndice, proposta de Regimento, de acordo com modelo adotado no Hospital São Mateus (Fortaleza, Ceará).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A TERCEIRIZAÇÃO DA UTI: A Saúde Não Tem Preço, Tem Custos

Carlos A. Dias
Edwin Koterba
Hélio Gomes
Volnei Castanho

"A vida é breve, a arte é eterna, a oportunidade fugaz, a experiência traiçoeira e a decisão difícil."

HIPÓCRATES — *AFORISMOS*

OPORTUNIDADE DE INDEPENDÊNCIA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A terceirização dos serviços de Terapia Intensiva é, para o intensivista, uma grande oportunidade de realização profissional. Com um pouco de aprendizado em gerenciamento, poderá implementar melhorias no ambiente de trabalho, que levariam vários anos se as decisões estivessem focadas em gestão centralizada e burocrática.

Neste texto, procuramos explicar em rápidas linhas nossa visão e experiência de terceirização de serviços em Terapia Intensiva, além de traçar algumas diretrizes que consideramos importantes.

CENÁRIO

O sistema de Saúde no Brasil é híbrido. Tem um segmento privado atuante que oferece serviços para 25% da população, e um segmento público que deveria atender a outros 75%.

Com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) e a subseqüente falta de financiamento para este projeto, as classes C e D —

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nos grandes centros urbanos —, e a classe B — nas cidades e interior —, vêm enfrentando, já há vários anos, um processo de transição de responsabilidade pela assistência médica em direção ao setor privado, que oferece serviços por meio de seguradoras, medicinas de grupo e cooperativas de serviços médicos.

As empresas privadas vêm atuando, nas duas últimas décadas, pressionadas pelo binômio "produtividade e competitividade ", decorrente do processo de globalização da economia, inclusive no segmento de serviços médicos e hospitalares. Espera-se que a gestão de um hospital seja eficiente, independentemente de sua condição de público ou privado, isto é: tem de ser capaz de gerar receitas necessárias para a manutenção e para os investimentos de melhoria contínua.

Um dos recursos de gestão mais utilizados nas duas últimas décadas foi a terceirização, ou seja, a utilização de parceiros especializados, capazes e competentes para realizar serviços diferenciados.

A grande dúvida dos administradores hospitalares é saber definir quais são as atividades passíveis de terceirização nos hospitais. Para isso, precisamos definir quais são as atividades-fim, e quais são atividades-meio. Esta questão tem de ser resolvida *a priori*. Não é atividade-fim do hospital, por exemplo, realizar especificamente a ventilação mecânica na insuficiência respiratória, uma endoscopia, ou uma ressonância nuclear magnética, por serem serviços muito especializados. Mas é atividade-fim do hospital disponibilizar, integrar e otimizar a utilização desses recursos mediante uma gestão de qualidade, de resultados e de efetividade.

A partir deste enfoque é que a terceirização se transforma num eficiente mecanismo de melhoria contínua dentro dos hospitais.

UTI: VOCAÇÃO PARA TERCEIRIZAÇÃO

Numa UTI trabalham profissionais especializados: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. Também é freqüente a utilização de sofisticados recursos tecnológicos e de outros especialistas, convergindo para obtenção dos resultados desejados. Devido a essa sofisticação de recursos humanos e materiais, a UTI é segmento propício para a terceirização. As pessoas diretamente envolvidas com a assistência têm noção exata dos recursos necessários e das metas desejáveis, tomando, inclusive, como exemplo, outros serviços semelhantes de Terapia Intensiva.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O QUE CARACTERIZA A TERCEIRIZAÇÃO NA UTI

A terceirização na UTI significa deslocar a gestão dos recursos materiais, tecnológicos e humanos aos profissionais diretamente envolvidos em realizar essa atividade. Caracteriza-se pela autonomia e independência do grupo prestador de serviço nas suas atividades. O tomador de serviço (no caso, o hospital) relaciona-se com o grupo a partir de protocolos de resultados e/ou desempenho, aferidos ao longo do tempo de parceria.

Em algumas situações, a terceirização da UTI pode ser ilegal, na medida em que apenas tenta interpor um terceiro, para não gerar vínculo empregatício com o hospital. Na prática, a equipe médica não tem autonomia e independência para decidir sobre a gestão e interferir no desempenho da unidade.

A terceirização é apropriada quando o hospital:

- não comete fraude na relação com o terceiro
- não exerce supervisão direta das atividades do seu contratado
- não contrata com exclusividade
- contrata empresas comprovadamente especializadas
- avalia o desempenho com base em metas e escores clínicos definidos com o prestador.

A terceirização é inadequada quando o hospital:

- exige exclusividade
- supervisiona, dando ordens diretas aos empregados do seu contratante
- contrata terceiros inabilitados
- não respeita legislação pertinente.

Também pode ser considerada ilegal, como terceirização, a figura do investidor em equipamentos, isto é, o dono dos recursos tecnológicos e/ou materiais da UTI, que não tenha relação com o trabalho dela. Conseqüentemente, quem trabalha na UTI não são os gestores e responsáveis pelos recursos e desempenho.

Também é situação ilegal e imoral a condição em que o prestador de serviço subloca para outros a gestão do serviço, deixando de se envolver com a parte operacional e descaracterizando a terceirização.

A TERCEIRIZAÇÃO, NA PRÁTICA

Para realizar investimentos na área tecnológica, o grupo terá que obter financiamentos próprios, linhas de créditos especiais (FINAME) ou arrendamento mercantil (*Leasing*).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Ajustados os recursos humanos e estratégias de investimentos, o grupo deverá definir também, com o hospital, metas e prazos para medir desempenhos básicos, com critérios de qualidade especificados pela AMIB, e também por outros parâmetros aceitos internacionalmente.

CONSEQÜÊNCIAS POSITIVAS DA TERCEIRIZAÇÃO DA UTI PARA O HOSPITAL

- desburocratização e agilidade decisória
- alívio da estrutura organizacional da instituição
- maior especialização na prestação dos serviços
- otimização de recursos tecnológicos e humanos.

As equipes de intensivistas que terceirizam os serviços têm oportunidade de administrar a informação médica baseada em evidências, para justificar suas condutas, criar programas de qualidade com escores terapêuticos e clínicos, discutir a efetividade dos tratamentos propostos e elaborar um plano estratégico específico para o desenvolvimento da UTI em busca de padrões de excelência elevados.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

HOSPITAIS DO FUTURO: As Grandes UTIs Vêm Aí...

José M. C. Orlando

Em muitas das UTIs espalhadas por este Brasil afora, os aspectos físico e visual das unidades representam mais um fator de estresse. Por ironia, aplica-se muito bem aqui o dito popular "Quem vê cara, não vê coração", pois mesmo que a qualidade dos serviços prestados seja de bom padrão, as acomodações, em muitos casos, estão longe de satisfazer o conjunto de nossos clientes.

Pacientes, familiares e médicos assistentes voltam cada vez mais a atenção — e esta tendência deverá intensificar-se nos próximos anos! — aos aspectos ligados ao bem-estar e conforto, à privacidade e à maior proximidade dos pacientes internados em UTI. O conjunto desses elementos costuma ser reunido sob o termo genérico de "Humanização", cada vez mais em moda.

Neste quesito, convenhamos, muitas de nossas UTIs não são nem um pouco atraentes, não é verdade?

Com o acesso cada vez mais facilitado a novas tecnologias, o diferencial entre as instituições dependerá, em grande parte, do nível dos serviços oferecidos: a qualidade dos recursos humanos e a adoção de soluções arquitetônicas mais "amigáveis" representarão um papel significativo na conquista de novos clientes.

Outro aspecto a ser ponderado diz respeito ao inquestionável rumo que os hospitais deverão trilhar num futuro próximo: atendimento prioritário — senão até mesmo exclusivo! — a pacientes com doenças mais graves, que exigem tecnologias mais complexas e serviços mais diferenciados e especializados.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Segundo alguns "gurus" da Administração, os hospitais caminham, em nível mundial, no sentido de concentrar seus serviços, quase exclusivamente, nas áreas de Emergência, Centro Cirúrgico e UTI. E o restante?! Bem, as cirurgias menos complexas e de menor risco serão provavelmente direcionadas para unidades satélites — os chamados *Day Hospitals*.

As doenças de ordem clínica, segundo a mesma tendência, serão atendidas em unidades anexas ao corpo do hospital propriamente dito, predominantemente voltadas para hotelaria e serviços básicos de assistência de enfermagem. De forma alternativa, e em casos selecionados, a Assistência Domiciliar — *Home Care* — responderá por grande parte da demanda hoje atendida em regime de internação hospitalar.

Assim, com este breve exercício futurista sobre os destinos da Terapia Intensiva — evitando entrar no terreno da mera adivinhação —, podemos, ao menos, concluir que "as regras de mercado" terão pouca tolerância com aquelas organizações hospitalares que não reformularem o velho conceito — infelizmente ainda muito presente! — de que qualquer espaço dentro de um hospital pode ser "ajeitado" para, sem muito esforço e criatividade, travestir-se em UTI!

Ainda dentro desta lamentável visão que povoa a mente de alguns administradores menos avisados, e causa terror a nós, intensivistas, a área destinada à UTI deveria acomodar — sabe-se lá como! — o maior número de leitos possível, relegando o conforto e a privacidade dos pacientes ao mesmo nível de planejamento rudimentar destinado às áreas de apoio e de conforto para visitantes e profissionais da equipe.

Não podemos, porém, seguir compartilhando esta abordagem distorcida! É também missão indeclinável dos intensivistas — médicos ou não — resgatar a real importância que a área física da UTI representa dentro do contexto global de um atendimento com qualidade, e HUMANIZADO. (Consulte as Normas Mínimas para Funcionamento de UTI à página 493, Capítulo 8 — Apêndice.)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

HUMANIZAÇÃO: Não Requer Grande Prática ou Habilidade... Basicamente Requer Boa Vontade

José M. C. Orlando

"Se bons sentimentos não bastam para fazer uma boa Medicina, não há boa Medicina sem bons sentimentos."

A. BOURGUIGNON*

Muito se tem falado sobre a Humanização das Unidades de Terapia Intensiva, especialmente durante esta última década. Este tema não apenas se tem apresentado de forma cada vez mais marcante na literatura mundial, como tem conseguido competir em condições mais paritárias com temas científicos tradicionais de nossa especialidade. A prova disso é que vem recebendo tratamento de destaque, como "vedete" de muitos congressos médicos, inclusive internacionais.

Sinal dos tempos! É a Terapia Intensiva, que vem mudando o enfoque predominantemente *tecnicista* do paciente-doença, para uma abordagem mais *humanista* do paciente-pessoa.

Talvez esta nova tendência esteja a sinalizar as sensações e impressões subjetivas dos profissionais que atuam nas UTIs de que a excelência técnica, isoladamente, embora necessária, não é suficiente para alcançar a recuperação do paciente crítico, em sua plenitude biopsicossocial.

Calor humano, privacidade e individualidade, respeito ao pudor das pessoas, preservação do conforto e bem-estar físico e mental,

*André Bourguignon: médico francês, autor de "O Drama da Medicina". In: Rumo a uma antimedicina? Ed. Milliez, P; Caborit, H; Foucault e outros. Iniciativas Editoriais, Lisboa, 1973, pp. 7-31.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

proximidade entre pacientes e familiares, possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e sentir-se participante do esquema terapêutico proposto são alguns dos elementos que se fundem para atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais, como as idealizadas e concebidas dentro do pensamento anglo-saxão das décadas de 60 e 70: áreas quase esterilizadas, inclusive de emoções.

Mas, até eles — países desenvolvidos e ricos — acabaram por sucumbir ao forte apelo emocional típico de nós, latinos, e vêm adotando a humanização como estratégia válida e desejável nesta virada do século. Afinal de contas, trata-se de solução boa, bonita, barata... e que funciona.

Muito embora tais preocupações estejam "em nosso sangue", foi preciso que os países do "hemisfério superior" descortinassem a importância deste tema, para que nós também passássemos a valorizá-lo. Aí, pronto! É como se tivesse recebido uma roupagem nova de credibilidade.

Seja lá como for — ou quem tenha sido o pai da idéia! —, o fato é que este movimento de humanização não veio (com absoluta convicção!) para ser mais um modismo passageiro, mas algo que deverá modificar, profunda e definitivamente, a face sombria da UTI.

Apresentamos, a seguir, alguns itens que devem ser levados em conta dentro de uma proposta de humanização. Vários deles já foram mencionados, por vezes até em detalhes, em outros tópicos desta publicação.

Certamente, você será capaz de lembrar-se de outras providências igualmente válidas e importantes. Utilize os canais de comunicação da AMIB para divulgá-las...

Arquitetura/Instalações

- Privacidade: boxes independentes, miniapartamentos com banheiro privativo, ou simplesmente divisórias reversíveis entre os leitos (mesmo tendo em conta que o isolamento acústico estará prejudicado); disponibilidade de poltrona confortável
- Conforto térmico: climatização do ambiente (idealmente controle individualizado no quarto/boxe); a sensação de desconforto produzido pelo frio é uma das queixas mais freqüentes dos pacientes
- Controle acústico: utilização de soluções arquitetônicas e materiais de acabamento que não só isolem, mas também absorvam os sons; regulagem do nível de alarmes dos equipamentos; orientação da equipe com respeito ao nível de decibéis produzidos pelas conversas; emprego de equipamentos para medicação do nível de ruídos (decibelímetros)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Iluminação: possibilidade de graduar a intensidade luminosa em cada boxe/quarto, a fim de minimizar a interferência da luz no descanso noturno; presença de janelas que favoreçam a orientação temporal do paciente, ao mesmo tempo em que estabelecem contato com o ambiente externo
- Decoração: utilizar as combinações de cores como elemento terapêutico; as UTIs não precisam ser pálidas e frias! Quadros, cortinas e plantas artificiais se prestam a elementos de decoração e ainda favorecem a absorção de ruídos; sempre que possível, utilizar plantas naturais nas áreas externas que possam ser visualizadas pelo paciente (floreiras)
- Distração: não há nada contra o uso de televisão e música para diminuir o tédio dos pacientes; porém estas podem não ser soluções adequadas para todos; deve-se, preferencialmente, utilizá-las como opção individual, e não como imposição coletiva; painel do lado do leito para afixar fotos de amigos e familiares etc.
- Higiene pessoal: nem todo paciente internado na UTI precisa, obrigatoriamente, servir-se de papagaios, comadres e tomar banho no leito; se não há disponibilidade de banheiro privativo (miniapartamento), pelo menos que esteja disponível banheiro para uso dos pacientes.

Pacientes

- Orientação: disponibilização de relógio e calendários, posicionados de forma a serem facilmente visualizados pelo paciente; presença de janelas
- Personalização: equipe orientada a tratar o paciente pelo nome (nada de tio, vozinho etc.); neste sentido são úteis aqueles pequenos painéis junto à cabeceira, no pé da cama ou próximo à entrada do boxe/quarto, onde pode ser escrito o primeiro nome do paciente; possibilidade de acomodar alguns objetos pessoais no quarto ou próximo ao leito, ou até mesmo utilizar quadros para afixar fotos, cartões e mensagens de familiares e amigos; acesso a jornais, revistas, livros etc...
- Consentimento informado/respeito à autonomia do paciente: ver tópico específico neste manual
- Discussão de caso: evitar "palestras" junto ao leito do paciente
- Alívio da Dor: ver tópico específico
- Apoio psicológico: vivemos agora um período em que o psicólogo está em processo de incorporação à equipe interdisciplinar da UTI, da mesma forma como ocorreu recentemente com o

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

fisioterapeuta; sua necessidade é incontestável, não obstante algumas dificuldades de financiamento, particularmente em instituições privadas.

Visitantes/Familiares

- Acesso ao paciente: não mais se justifica a criação de barreiras para as visitas; o corredor externo, para que os familiares olhassem os pacientes através de pequenos visores de vidro, deve ser encarado como coisa do passado; de forma geral, estar próximo do ente querido, poder conversar com ele ou simplesmente tocá-lo só traz benefícios
- Acompanhante na UTI: ver tópico específico
- Flexibilização dos horários de visita: ver tópico específico
- Guia de orientação: ver tópico específico
- Boletim médico: ver tópico específico
- Decisões compartilhadas: na impossibilidade de o paciente decidir sobre seu destino, esta prerrogativa passa a ser exercida pelo representante legal/familiar; deixá-lo à margem desse processo pode representar sérios desgastes no relacionamento com a equipe
- Apoio psicológico: elemento de grande ajuda na relação paciente-médico-família.

Equipe Profissional

- Conforto: prover espaços adequados, que possibilitem pausas para descanso, alimentação, higiene pessoal e guarda de objetos pessoais
- Prevenção de acidentes de trabalho: prover orientação preventiva e apoio em casos de acidente
- Reconhecimento do desempenho: programas de educação continuada para reciclagem e atualização científica; estímulos pelo bom desempenho (morais e financeiros)
- Jornada de trabalho: ver tópico específico
- Apoio psicológico: desenvolvimento de programas que visem à integração e convivência entre membros da equipe multiprofissional; avaliação dos vários aspectos geradores de estresse relacionados ao ambiente (ambiente fechado, nível de ruídos, privação do sono, convívio com o sofrimento e a morte, mecanismos de defesa etc); organização de grupos de discussão.

Finalmente, cabe a lembrança de que este tema poderá ser visto com maiores detalhes nas Recomendações sobre Humanização de UTIs, elaboradas pelo Comitê de Humanização da AMIB.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 5

Aspectos Ético-Legais

- BIOÉTICA: Os Quatro Pilares da Prática Clínica
- RESPONSABILIDADE MÉDICA: Nos Tempos do Código de Defesa do Consumidor
- O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA: O Céu é o Limite?
- CONSENTIMENTO ESCLARECIDO: Quem Cala Não Necessariamente Consente!
- SIGILO MÉDICO: O que Protege Nossos Segredos?
- PROCESSO JUDICIAL: Nunca Diga desta Água Não Beberei...
- PACIENTE NÃO-REANIMÁVEL E PACIENTE DE SUPORTE MÍNIMO
- NÃO INTRODUZIR OU RETIRAR SUPORTE VITAL: Dá no Mesmo?
- TRATAMENTO FÚTIL: ...e Furor Inútil
- EUTANÁSIA & CIA: Termos que Confundem...
- MORTE ENCEFÁLICA: Um Conceito a Ser Difundido
- DECLARAÇÃO DE ÓBITO: Há mais Dúvidas do que se Imagina!
- MORTE VIOLENTA = IML: mas o que Fazer Quando a Declaração de Óbito é Fornecida Inadvertidamente?
- O PAPEL DO INTENSIVISTA NOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS: *Caro data vérmibus*

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

BIOÉTICA: Os Quatro Pilares da Prática Clínica

José M. C. Orlando

Por sua importância, complexidade e polêmica, este tema, por si só, seria merecedor de abordagem detalhada e profunda.

Longe de nós, porém, tal pretensão!

Seguindo a diretriz básica deste manual, daremos, em poucas palavras, uma noção superficial da interface entre esses princípios e a atuação médica.

Com vistas à proteção dos direitos dos pacientes incluídos em projetos de pesquisa clínica, foi criada, em 1974, a "National Comission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research", cujo trabalho resultou no chamado Informe Belmont. Nele foram estabelecidos os princípios éticos de Justiça, Beneficência e Autonomia.

Anos mais tarde, em 1979, dois autores — Beauchamp e Childress, introduziram um quarto elemento: Não-Maleficência.

— *Justiça:* todas as ações de Saúde devem ser adotadas, tendo sempre em conta a prioridade do coletivo em relação ao indivíduo. Como conseqüência natural, devem-se pesar os eventuais benefícios frente aos custos, com os quais deverá arcar, em geral, o conjunto da sociedade.

— *Não-Maleficência:* a integridade do ser humano deve ser respeitada, evitando-se, a todo o custo, ações diagnósticas e terapêuticas que possam resultar em riscos desnecessários.

— *Beneficência:* como preconizado no juramento hipocrático, o médico deve guiar suas ações sempre buscando o bem-estar do paciente. Hoje em dia, este princípio esvaziou um pouco o

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

poder por ele conferido aos médicos, na medida em que a Autonomia surge como um fator moderador do absolutismo profissional.

— *Autonomia:* confere ao paciente o direito de ouvir (informações pertinentes ao seu estado de saúde) e ser ouvido (consentimento informado, diretrizes antecipadas, recusa em aceitar certas modalidades diagnósticas e terapêuticas).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

RESPONSABILIDADE MÉDICA: Nos Tempos do Código de Defesa do Consumidor

Márcia H. Almeida

...Não contes com o agradecimento; quando o doente se cura,
a cura é devida à robustez; se morre, foste tu que o mataste...

*ESCULÁPIO**

INTRODUÇÃO

Um tema muito discutido atualmente, e que perturba a classe médica, é a possibilidade da existência de erro na conduta e as conseqüências que daí advêm. Entretanto, apesar de discussões intermináveis a esse respeito, poucas soluções são dadas com o intuito de aliviar as angústias pessoais e os temores profissionais dos médicos.

Com isso, os esculápios, acuados, acabam por agir como semideuses, criaturas isentas de imperfeições, fadados eternamente ao sucesso profissional. Passemos, então, a algumas definições que, se não capazes de solucionar todas as dúvidas, ao menos servirão como modesto auxílio no afastamento da condenação em um processo, seja ele cível, criminal ou mesmo ético-administrativo.

RESPONSABILIDADE CONTRATUAL OU EXTRACONTRATUAL

Enquanto o Código Civil dispõe em seu artigo 1.545 que os casos de responsabilidade civil dos médicos estão incluídos como res-

*Esculápio — deus da Medicina na mitologia romana.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ponsabilidade extracontratual (aquiliana), existem divergências entre os doutrinadores.

A opinião que tem prevalecido é que a responsabilidade civil médica, contratual ou extracontratual vigorará juntamente com seu dever de reparar o dano causado, quando houver culpa em sentido estrito (imperícia, imprudência, ou negligência) ou dolo (ação ou omissão voluntária).

Na verdade, as distinções entre responsabilidade contratual e extracontratual não são tão importantes. De fato, o que mudará entre uma e outra, segundo a brilhante opinião da Professora Teresa Ancona Lopes de Magalhães, transcrita para a completíssima obra *Responsabilidade Civil dos Médicos* — de autoria de Jerônimo Romanello Neto —, é que a principal diferença técnica entre esses dois tipos está na *responsabilidade contratual* do médico, que teria de provar que o contrato foi executado conforme o combinado, e na *responsabilidade extracontratual* do paciente — supostamente lesado —, que teria de provar a culpa do autor do dano.

Primeiramente, faz-se necessário esclarecer que um contrato nada mais é do que um acordo de vontades, e que boa parte das relações médico-paciente é regida por um deles. Esse contrato pode ser tácito ou expresso (escrito).

Na maioria das vezes, entretanto, vigora a forma contratual tácita, isto é, estabelece-se entre o médico e o paciente um contrato verbal. Estes contratos possuem a característica de bilateralidade, porque geram obrigações e direitos para as partes envolvidas, sendo que, de um lado, o médico tem o dever de envidar esforços para a consecução de seu objetivo, ou seja, a recuperação do paciente, e de outro, tem o direito de receber pelo procedimento realizado.

Por sua vez, o paciente tem o direito de receber o tratamento mais adequado ao seu caso e o dever de pagamento para com o médico. Na Unidade de Terapia Intensiva, assim como em outras áreas da Medicina, independentemente de a responsabilidade ser contratual ou não, os médicos intensivistas não estão isentos de responsabilidades, que se igualam àquelas prestadas pelos médicos de outras especialidades.

Mas em que é baseada essa responsabilidade?

A resposta é que a conduta médica deve-se eximir de estar enquadrada em culpa (imperícia, negligência, imprudência) ou dolo (ação ou omissão voluntária). A negligência, imperícia e imprudência — em seu conjunto — são denominadas, pela legislação brasileira, de atos ilícitos civis.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Passemos agora à definição, de forma resumida, dessas três figuras jurídicas: tanto a imperícia, como a imprudência ou a negligência confundem-se entre si, e resumidamente consistiriam em falta de habilidade técnica por parte do profissional e falta de cuidados.

Realmente, a falta de habilidade técnica não poderia ser imputada ao médico, pois este cursou uma faculdade — seja ela qual for — , que o habilitou ao exercício da Medicina, possibilitando-lhe emitir diagnósticos, indicar tratamentos e realizar procedimentos. Para isso, forneceu-lhe, habilitação técnica.

Entretanto, este não é o entendimento que prevalece em nosso Direito Pátrio, como verificamos por reiteradas vezes na postura de nossos juízes de 1º e 2º graus. Podemos citar, como exemplos, o cirurgião que, por erro técnico, numa cirurgia de safenectomia, vem a lesar a veia femoral; o médico que deixa pronta a alta de um paciente com dores no peito, internado na UTI, sem requerer nenhum exame; ou, ainda, aquele que deixa de requerer exames e opera uma pessoa com problemas de coração, que vem a falecer.

Na verdade, as três figuras confundem-se entre si, e não raro os médicos processados são incluídos pelo advogado da parte contrária, na petição inicial, como se tivessem incidido nas três modalidades de uma só vez. Cabe, então, ao advogado do profissional de Saúde, na defesa apresentada, refutar a todos eles.

Quando incidem nesses atos ilícitos civis, ou quando descumprem o contrato estabelecido com o paciente, os médicos *poderão* ser processados e condenados a reparar, por meio de indenização, os danos físicos e morais (dos quais trataremos mais tarde) sofridos pelo paciente.

OBRIGAÇÕES DE MEIOS E DE RESULTADOS

A maior parte dos procedimentos médicos encaixa-se nas chamadas obrigações de meios. O paciente chega com alguns sintomas ao médico, que lhe indica o melhor tratamento; a partir de então, o profissional envidará esforços, os mais acurados possíveis, para a recuperação do doente, evitando incorrer em imperícia, imprudência ou negligência.

Entretanto, há fatores que escapam ao controle do profissional: idade do paciente, condições gerais de saúde etc... Por isso são denominadas obrigações de meios: se o médico agir de forma precisa, acertada e, mesmo assim, o paciente não se recuperar totalmente ou vier a falecer, estará eximido de responsabilidades.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por exemplo: o paciente apresenta um tumor gástrico. É submetido à cirurgia para retirada deste tumor. Neste procedimento, todas as precauções são tomadas com rigor e não há qualquer falha técnica. Descobre-se, porém, que há metástases e o paciente vem a falecer após algumas semanas. Neste caso, o profissional estará isento de qualquer responsabilidade, pois agiu corretamente, e não será culpado pela morte do paciente.

Já as obrigações de resultados vigoram quanto às cirurgias estéticas (plástica, vascular eletiva), bem como para os procedimentos anestésicos. No caso de uma rinoplastia, por exemplo, espera-se determinado resultado: o nariz tem de ter o aspecto condizente com aquilo que foi combinado entre o cirurgião e o paciente, com a preservação de suas funções. Se isto não ocorrer, houve falha médica.

Em caso de o paciente, mesmo bem operado, apresentar uma reação fisiológica diferente em relação à cirurgia dos demais pacientes, a maioria dos juízes tem entendido que, se a reação realmente não era previsível, o médico estará isento de responsabilidades.

Caso o médico não tenha avisado o paciente sobre a possibilidade de advirem riscos da cirurgia, isto poderá ensejar uma condenação. Para a comprovação dessa informação dos riscos, previdente é o médico que se vale de documentação assinada pelo paciente. Entretanto, não é o que ocorre com freqüência. Na verdade, pouquíssimos profissionais de Saúde adotam este tipo de preocupação, na maioria das vezes por medo de que o paciente venha a desistir do procedimento cirúrgico. Para os anestesiologistas também vigora esse tipo de obrigação (de resultado), porque se espera um determinado resultado do procedimento.

Na UTI, felizmente, vigora para a maior parte dos juristas o entendimento de que se trata de obrigação de meios, o que certamente torna menos gravoso um processo contra o médico. Não faltarão argumentos de que a piora no estado de saúde do paciente, ou mesmo seu óbito, foi causada pelas próprias condições dele: exceto em casos extremos de erros, como, dentre outros, a prescrição de medicação, facilmente comprovável por prova documental (juntada do prontuário aos autos).

DANO MORAL — EM QUE CONSISTE?

Tratamos da indenização por danos físicos aos pacientes, por ter o profissional de Saúde incidido em qualquer ou todos os atos ilícitos civis (imprudência, imperícia ou negligência), ou por ter agido com dolo.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Falemos agora, de forma resumida, sobre o dano moral que provém de tudo aquilo que é causador de sofrimento a alguém. Não atinge o patrimônio financeiro ou material do ofendido, mas sim seu patrimônio ideal, também chamado subjetivo.

O dano moral que ora tratamos diz respeito ao sofrimento causado pelo médico ao paciente, por um erro. Por exemplo: um paciente vem a ter sua perna amputada por erro de diagnóstico do médico responsável pelo tratamento. Essa amputação foi desnecessária, pois não ocorreu para que se aliviasse a dor física ou evitasse a morte: causou dor moral, sofrimento emocional que poderia ter sido evitado, se o médico agisse de maneira acertada.

Essa dor, que consistiu em dano moral, poderá vir a ensejar uma compensação patrimonial. Embora não alivie o sentimento de perda indevida do membro inferior, ao menos trará conforto mínimo ao paciente, ao saber que o causador de seu mal foi punido. Por outro lado, o lesante (médico) certamente se absterá de novas práticas desse tipo, e será também processado, para que pague uma indenização.

Estes dois tipos de compensação (por danos morais e físicos) serão propostos em uma mesma ação civil de indenização.

PROCESSO CRIMINAL

O médico também poderá ser processado no juízo criminal. Isto ocorrerá quando, por sua culpa ou mesmo dolo, causar um mal que poderia ser evitado ao doente sob seus cuidados.

Geralmente, o médico se enquadrará no crime de lesão corporal culposa. Não se trata aqui da figura do dolo, porque significa basicamente a intenção de provocar certo ato. A conduta errada do médico, como já foi dito, deriva de sua culpa, já que ele não quis causar mal algum ao paciente. Em caso de condenação criminal, a pena a ser aplicada não deverá ser, de forma alguma, por demais gravosa, visto a ausência de dolo.

Em caso de condenação no juízo criminal, o objetivo é de garantir, de forma mais fácil, a condenação à indenização no juízo cível, pois a culpa já foi comprovada no juízo criminal.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO AOS MÉDICOS

A este respeito, todo cuidado é pouco:

1 — Mantenha-se sempre atualizado, seja pela participação em congressos, seminários, palestras, ou estudando por conta própria.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Na hora de um julgamento, todas as circunstâncias serão analisadas e servirão de amparo à decisão do magistrado.

2 — Procure restringir-se ao máximo à sua área de especialização (residência médica). Apesar da habilitação conferida pela Faculdade de Medicina para trabalhar em qualquer área, há magistrados que entendem que o médico deve ater-se à sua especialização.

3 — Se o paciente encontrar-se no gozo de suas razões, ciente, acordado, deve ser cientificado dos procedimentos que serão realizados e dos riscos inerentes.

Se o paciente estiver inconsciente ou for menor de 21 anos, deve-se avisar os seus familiares e/ou responsáveis legais sobre os procedimentos necessários e seus riscos.

Em caso de urgência, se o paciente encontrar-se desacordado, desacompanhado, e não houver tempo disponível ou meios para a localização de sua família, o procedimento deverá ser realizado, a fim de preservar sua vida. Caso contrário, o médico pode ser considerado omisso.

Em caso de necessidade de autorização para qualquer procedimento, deve a mesma ter a forma escrita, e, se o paciente estiver no gozo de suas faculdades mentais e for maior de 21 anos, deverá ter sua vontade respeitada.

Em caso de o paciente ser menor de 21 anos, ou estar inconsciente, deverão seus responsáveis legais e/ou familiares autorizar tal procedimento. Em ambos os casos, a autorização deverá ser escrita, onde constará o nome do paciente, o tipo de procedimento e o nome e a qualificação (endereço completo, nacionalidade, estado civil, profissão, números do RG e CIC) do(s) familiar(es) responsável(eis). Deverá ser assinada pelos autorizadores do procedimento, sejam eles familiares ou o próprio paciente, bem como por duas testemunhas também devidamente qualificadas.

4 — Em caso de negativa por parte do paciente ou de seus familiares na assinatura do termo, deverá o médico responsável pelo doente comunicar o fato ao diretor clínico do hospital e imediatamente (não abandonar o plantão!), dirigir-se ao Distrito Policial mais próximo dos fatos para a lavratura de *Boletim de Ocorrência de Preservação de Direitos.*

Não abra mão dessa prerrogativa, mesmo que lhe seja dito não haver necessidade de tal providência; insista, porque é documento fundamental. Não se esqueça de levar à delegacia o nome do paciente, das pessoas que negaram a autorização, o de duas testemunhas — que podem ser enfermeiras do hospital — e o endereço, se possí-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vel. Após lavrado o *B.O.,* dirija-se ao hospital em que ocorreram os fatos, e junte ao prontuário uma cópia do referido documento. Mantenha a cópia original em seu poder.

5 — Detalhe expressamente (por escrito) cada caso, isto é, a doença, as prescrições, queixas, histórico etc. Não podemos olvidar que, em caso de processo, o prontuário do doente será juntado aos autos, para melhor análise e decisão do Magistrado. Além disso, um prontuário completo será de extrema valia na UTI para seu colega que acaba de assumir o plantão; em caso de processo, será difícil esse colega eximir-se de responsabilidades, passando-as para você.

6 — Letra de médico, nem pensar! Se precisar, faça um curso de caligrafia. Não se trata de exagero. Muitos profissionais correlatos aos médicos alegam que ministraram remédios errados por não entender a letra de quem os prescreveu.

7 — Discutir os casos com colegas também ajuda na tomada de medidas acertadas, com mais segurança. Deixar as vaidades de lado pode ser salutar, tanto para a saúde do paciente, quanto para sua saúde emocional.

8 — Jamais se negue a prestar atendimento. A Medicina é tida como ciência do sacerdócio, e estar dentro dela significa ser acordado, muitas vezes, de forma abrupta, no meio da noite.

9 — Em caso de dúvida, proceda à internação, mantenha o paciente na UTI. Lembre-se sempre de que negligência é punida. Excesso de zelo, não.

10 — Peça todos os exames indicados ao caso. Não economize, nem se amedronte frente à ameaça de descredenciamento dos convênios.

11 — Atenção máxima em todos os procedimentos realizados.

O REVERSO DA MOEDA

Caso seja processado criminalmente e absolvido — e esta sentença confirmada pelos tribunais em segunda instância, o médico poderá processar criminalmente quem o denunciou, pelo crime de denunciação caluniosa (imputação falsa de fato criminoso a alguém).

Em caso de condenação do denunciante (paciente ou familiar), pode-se ajuizar no foro cível a competente ação de indenização por danos morais.

Em caso de processo ético-administrativo no Conselho Regional de Medicina, devemos lembrar que o denunciante tem o direito de questionar a conduta médica de forma respeitosa, sem, no entanto,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tecer comentários pessoais com relação ao profissional de Saúde, atingindo-o em sua honra ou reputação. Se assim proceder, o denunciante também poderá ser processado por ter causado dano moral ao médico.

OS MÉDICOS E O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

O Código de Defesa do Consumidor (CDC) veio iluminar uma parte legal obscura da relação prestador/fornecedor de serviços (médicos) e consumidores (pacientes). Não há como negar que tal diploma legal beneficiou a parte supostamente mais fraca da relação retrocitada, ou seja, o consumidor.

Com isto, o que realmente importa para a classe médica (prestadores de serviços) é novamente a questão do ônus da prova.

Na maior parte dos casos — que não os de responsabilidade civil dos profissionais liberais —, tratando-se de ônus probatório dos procedimentos legais no Brasil, quem alega tem de provar.

Com o Código de Defesa do Consumidor (CDC), como se presume que o paciente (consumidor) é a parte mais fraca em questão, é faculdade do Juiz a inversão do ônus da prova, e se tornou prática comum esse procedimento: quase sempre caberá ao médico a prova de que, se houve dano, este não está relacionado com ato culposo de sua autoria, pautado em negligência, imperícia e imprudência.

Por exemplo: um indivíduo necessita ser operado de apendicite; o procedimento é realizado, mas o paciente morre. A família afirma que a morte se deu por culpa do cirurgião responsável pela apendicectomia.

A família do paciente faz, portanto, uma alegação. Se fôssemos tratar desse tópico à luz da legislação brasileira, excluindo-se a interpretação do Código de Defesa do Consumidor (CDC), a família do paciente falecido teria de provar o alegado. Entretanto, tendo em vista a existência do referido diploma legal, haverá a inversão do ônus da prova: o cirurgião é que deverá provar sua ausência de culpa, mesmo porque, na prática, quem dispõe dos meios científicos, aptos a provar isenção de culpa é o profissional de Saúde.

Essa inversão de ônus da prova, como já foi dito, não é obrigação do juiz, mas, sim, uma faculdade. Quando o magistrado achar mais conveniente inverter-se o ônus da prova, estará atendendo a dois critérios: verossimilhança da alegação do paciente e hipossuficiência do mesmo.

A verossimilhança nada mais é do que a aparência de verdade de uma ou mais alegações feitas pelo consumidor. Já a hipossuficiência

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

diz respeito à escassez de meios do consumidor para provar algo que alegou.

Essa inversão dá-se porque as partes têm que estar em igualdade de posições em um processo.

Posto isto, deve-se esclarecer que o presente tópico apresenta mais interesse aos profissionais de Direito do que aos médicos, mas foi transcrita para que se elucidassem alguns pontos referentes à importância do CDC nos dias atuais, em relação à classe médica.

CONCLUSÃO

As precauções assinaladas têm como objetivo alertar o médico a respeito de possíveis riscos. Se, apesar de agir com toda diligência, ocorrer alguma situação passível de processo, isto não significa que o profissional será condenado civil, criminalmente ou em processo ético-administrativo, perante o CRM.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA: O Céu é o Limite?

José M. C. Orlando

Maria Celeste C. dos Santos, em seu livro *O Equilíbrio do Pêndulo. A Bioética e a Lei* ensinam-nos que AUTONOMIA:

"Diz respeito à capacidade que tem a racionalidade humana de fazer leis para si mesma. Significa a capacidade de autogovernar-se. Dela deriva a regra da veracidade. O princípio da autonomia, denominação mais comum pela qual é conhecido o princípio do respeito às pessoas, exige que aceitemos que elas se autogovernem, ou sejam autônomas, quer na sua escolha, quer nos seus atos.

Esse princípio requer, por exemplo, que o médico respeite a vontade do paciente, ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças. Reconhece o domínio do paciente sobre a própria vida e o respeito à sua intimidade. Emerge da relação médico-paciente, considerando-a uma relação entre sujeitos (médico e paciente).

O bem mais genérico, que está protegido pelo princípio da autonomia, é a liberdade de realizar qualquer conduta que não prejudique a terceiros. É esta a liberdade consagrada pelos artigos 4º e 5º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789".

Ainda com referência a este tema tão polêmico (em nosso país, então, nem se fala!) vale a pena trazer até você um trecho da palestra proferida por Jean Louis Bodoin — Juiz da Corte de Apelação do Distrito de Quebec, Canadá — no Congresso Mundial de Terapia Intensiva de 1997:

"(....) Como vocês sabem, em muitos casos, os pacientes não podem dar o seu próprio consentimento, livre e consciente, ao procedi-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento de manter ou retirar o suporte de vida. A decisão deve, então, ser tomada por outros, em casos como os de crianças, pacientes em coma e aqueles que sofrem de deficiência mental.

No que diz respeito às crianças, os pais normalmente têm o direito de decidir por elas, até que, finalmente, atinjam a maioridade. Isto significa que a decisão de continuar ou parar com o auxílio médico é aquela que os pais estabelecem como sendo a mais justa, e tomada sempre em favor da criança.

Quanto aos pacientes inconscientes, temos que nos referir a dois grupos distintos. Um primeiro é composto de pessoas que se tornam inconscientes em determinado momento, devido à doença ou acidente, tendo desfrutado anteriormente de completa capacidade mental. O conceito do que é melhor para o paciente deve ser avaliado de acordo com os desejos que a pessoa em questão tenha expressado antes de ficar inconsciente.

Algumas vezes, tais desejos estão explícitos ou mesmo implícitos, em casos onde o paciente, antes de ficar inconsciente, comentou com a família ou amigos o que ele gostaria que fosse feito, caso o procedimento de suporte de vida se tornasse necessário.

Em minha opinião, deve-se dar prioridade a esses desejos, pois eles mostram que é a conduta que o paciente teria adotado, se ele ou ela gozasse de total capacidade e estivesse realmente em condições de decidir. Um segundo grupo, e mais complicado, é o daquelas pessoas que nunca tiveram consciência e, desse modo, jamais pensaram na possibilidade de qual seria o desejo delas, caso precisassem do suporte de vida. Os desafios éticos e legais tentariam, então, determinar que medida seria objetivamente de melhor interesse da pessoa.

Os tribunais, no Canadá e nos Estados Unidos, têm vários casos associados a tais problemas. No caso de Dawson, resolvido em British Columbia, em 1983, uma criança de sete anos, com deficiência mental, necessitava de uma cirurgia para drenar o excesso de liquor no cérebro. Os pais da criança se negaram a dar o consentimento para a cirurgia. O caso foi, primeiramente, para o tribunal provinciano de Bristish Columbia, que julgou que a decisão pertencia aos pais e que eles eram os melhores juizes para defender o interesse da criança. A decisão judicial, no entanto, foi derrubada pelo Supremo Tribunal de British Columbia, pelo fato de que a evidência mostrava que a criança tinha um certo grau de qualidade de vida aceitável e que, sem essa cirurgia, ela poderia continuar a viver, mas em um estado ainda mais deteriorado. O meu próprio tribunal, em 1986, derrubou uma decisão do Tribunal Superior, no caso de Cortour versus Jackay, de uma meni-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

na de três anos de idade que tinha câncer pélvico e já havia sido submetida à quimioterapia, com sérios efeitos colaterais. Quando o hospital pediu permissão à mãe para submetê-la a nova sessão, com apenas 20% de chance de cura, a mãe se opôs. O supremo Tribunal julgou que o mau prognóstico e os desastrosos efeitos colaterais da terapia indicavam, claramente, que a mãe havia tomado a decisão certa no interesse da criança.

Há também o caso de uma mulher de 30 anos que viveu por muitos anos em coma permanente.

O caso foi para o Suprema Corte dos Estados Unidos, que negou o pedido dos pais, sob o argumento de que não havia qualquer evidência conclusiva do que Nancy Cruzan iria querer para si mesma.

Agora, para concluir, gostaria de fazer algumas observações: primeiramente, o reconhecimento legal e judicial do direito à autodeterminação dá uma importância suprema aos desejos do paciente no processo da decisão. Esses desejos, quando vêm de um paciente capacitado, devem sempre ser respeitados e nenhum médico poderá ser considerado civil ou criminalmente responsável, ao menos no Canadá, mesmo que o resultado final leve à morte da pessoa. Em segundo lugar, no que diz respeito a pacientes incapacitados, a lei estabelece um substituto ou um representante para dar o consentimento. As decisões devem ser tomadas de acordo com o maior interesse do paciente, quer ele tenha expressado sua vontade anteriormente ou não. O melhor interesse, em certos casos, deve ser justamente o procedimento de retirar ou não introduzir o suporte de vida e deixar a morte seguir seu curso. Em terceiro lugar, não é papel do tribunal atuar em todos os casos do mesmo modo, na decisão final do julgamento do processo. Isso é deixado para a família e o tribunal deve apenas interferir quando as decisões tomadas não forem do melhor interesse do paciente, quando há um conflito aberto entre os próprios familiares, ou quando existe uma situação de abuso em potencial que pode conduzir à perda do exercício dos direitos fundamentais do paciente".

Mas, até onde vai a Autonomia do paciente?

O ex-presidente do CREMESP, Pedro Monteleone, em artigo intitulado "*Há limites na autonomia do paciente?*", lembra que:

"(....) O código de Ética Médica, é claro, prevê que a autonomia deve ser respeitada até o momento em que exista iminente risco de vida (artigo 56)... Pois reside aí uma complexa discussão ética, à qual a classe médica não está acostumada.

Afinal, não aceitamos o desrespeito ao livre arbítrio dos pacientes.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

E, por outro lado, não deixamos de lançar mão de todos os recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis para preservar a vida (...)".

Por certo, este é um tema dos mais complexos, sobre o qual se vêm debruçando estudiosos da Ética, juristas, teólogos e profissionais da Saúde.

Ainda mais difícil se torna quando nos referimos a situações emergenciais, em que as decisões não podem aguardar, e o próprio estado de saúde do paciente freqüentemente o torna incapacitado para decidir sobre seu destino. Se for possível, a consulta ao familiar é a alternativa mais habitual de se levar em conta a vontade do paciente.

Outra forma de guiar a conduta médica está nas chamadas diretrizes antecipadas. Por meio delas, pacientes de certos grupos de risco — o que os torna candidatos mais prováveis à internação em UTI e, conseqüentemente, com indicação de suporte vital — podem manifestar, com a devida antecedência, sua vontade frente a condições emergenciais.

Ao profissional médico resta o direito de retirar-se do caso se, moralmente, ele considerar tais atitudes contrárias a seus próprios princípios morais.

De qualquer forma, esses documentos — diretrizes antecipadas — são ainda extremamente raros em nosso meio.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

*CONSENTIMENTO ESCLARECIDO: Quem Cala N*ão Necessariamente *Consente!*

José M. C. Orlando

...E quem se omite de obter tal consentimento estará, por certo, infringindo os direitos humanos e os princípios éticos. Assim, o profissional médico deve, a rigor, ser previamente autorizado pelo próprio paciente, ou responsável, antes de submetê-lo a qualquer procedimento.

E isto, por óbvio, pressupõe que o paciente deva ser previamente informado a respeito da intervenção médica que se pretende praticar.

À luz da prática legal, não basta que este processo de esclarecimento seja apenas verbal. Há que formalizá-lo por escrito. Assim, mesmo que esta não seja sua finalidade primordial, o consentimento registrado por escrito poderá prestar-se também como prova documental de que o paciente foi devidamente esclarecido e deu, de fato, seu consentimento voluntário.

Mas, como compatibilizar este preceito, universalmente consagrado, com o dia-a-dia das Unidades de Terapia Intensiva e dos Serviços de Emergência, em que sobreviver ou não depende muitas vezes de intervenções imediatas? Muitas vezes são situações em que o paciente pode não estar consciente, ou com a necessária lucidez para tomar qualquer decisão, ou os familiares estão ausentes. Ou, ainda, a autorização pode ser conscientemente negada pelo paciente ou responsável, mesmo diante de um iminente risco de morte!

Em tais condições, a "arbitrariedade" da atitude médica — indispensável nesse momento! —, encontra o necessário respaldo, tanto ético como legal. Isto equivale a dizer que o médico não será respon-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sabilizado por tomar atitude que visa preservar a vida do paciente numa situação emergencial, mesmo que contrariamente à vontade dele ou de seu responsável.

Cabe ressaltar ainda que, naquelas situações possíveis, a obtenção do consentimento não deve restringir-se à mera formalidade burocrática (mais com vistas a resguardar os direitos do profissional e da instituição do que, de fato, esclarecer o paciente) mas sobretudo preservar o justo direito do paciente à liberdade e autonomia na condução de seu destino.

Esta preocupação não deve, no entanto, derivar para a confecção de textos técnicos detalhados e, por isso mesmo, ininteligíveis para a população de usuários dos serviços de Saúde. Numa linguagem perfeitamente decifrável pela "maioria dos mortais", é possível discorrer de forma clara e objetiva acerca de benefícios esperados, e também de riscos envolvidos em determinado ato. Mesmo que o bom senso de cada profissional aponte no sentido de omitir do indivíduo doente certas informações que denotem um prognóstico mais sombrio, potencialmente capaz de induzir danos ainda maiores em sua esfera psicológica, é tarefa indeclinável do médico esclarecer e orientar, ao menos os familiares ou responsáveis.

Assim, não nos parece razoável — ou mesmo justificável! —, nos valermos de uma imagem, até certo ponto estereotipada e amplificada, de que tudo numa UTI depende de frações de minutos. Na prática do intensivismo, não raras vezes nos deparamos com intervenções que podem, sem qualquer prejuízo para o doente, aguardar o consentimento. É o que se pode afirmar com respeito a diversos procedimentos eletivos, cuja realização não poderia ser qualificada de imperiosa ou improrrogável.

A título de sugestão, apresentamos a seguir um modelo de "Consentimento", que poderia ser adotado frente à necessidade da realização de algum tipo de procedimento invasivo não-emergencial:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

• Termo de consentimento: para realização de procedimento invasivo (modelo sugerido)

Eu, _____, formalizo por meio do presente termo de responsabilidade, meu consentimento livre e esclarecido, para que a equipe médica da UTI deste Hospital, aqui representada pelo Dr. (a) _____
(Médico da Equipe)
_____, adote as providências necessárias à realização de:_____.
(Especificar o Tipo de Procedimento Invasivo)

De acordo com os esclarecimentos que me foram detalhadamente fornecidos, trata-se de conduta médica necessária para o prosseguimento dos cuidados terapêuticos pertinentes à atual condição clínica.

Estou, portanto, devidamente informado, não apenas das prováveis vantagens, como também dos riscos e complicações que poderão decorrer de tal procedimento.

Autorizo ainda a realização de qualquer outra intervenção que venha a ser indicada, em caráter emergencial, caso ocorram complicações graves durante ou após a realização do referido procedimento.

	Paciente	Responsável Legal
Nome Completo		
Assinatura		
Documento (tipo/nº)		

(Testemunha)

Confirmo que a equipe médica forneceu os esclarecimenvos e respondeu de forma clara e compreensível a todas as perguntas formuladas.
Nome: _____ Assinatura: _____
_____.
Documento (tipo/nº)

(Médico)

Eu, _____, médico, CRM _____, declaro ter esclarecido os vários aspectos relacionados ao procedimento supramencionado, apontando não só os riscos e complicações possíveis, como também as vantagens e desvantagens de tratamentos alternativos.
Assinatura: _____.
São Paulo, _____/_____/_____.

IMPORTANTE: Este termo será dispensado em situações emergenciais que demandem ação médica imediata, cabendo à equipe da UTI, posteriormente, dar ciência aos familiares ou responsáveis.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SIGILO MÉDICO: O que Protege Nossos Segredos?

Cid Célio Carvalhaes
José M. C. Orlando

"(...) Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação (...)".

(Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo XII)

O segredo médico é algo vital para que a relação médico-paciente possa prosperar. De um lado, há o "sujeito-paciente", que confia uma informação íntima sobre sua vida e seu estado de saúde a um outro "sujeito-médico" que, por sua vez, compromete-se a proteger aquela informação do conhecimento de terceiros, fazendo uso dela estritamente com fins profissionais, e visando sempre ao melhor interesse do paciente.

Obviamente, não apenas aquilo que o paciente confidencia diretamente ao médico se encontra protegido pelo sigilo profissional, mas também outros eventuais fatos transmitidos por familiares a respeito do paciente, e ainda novos dados que venham a ser descobertos pelo médico ao longo do curso da investigação clínica e da obtenção de resultados dos exames complementares.

A sobrevivência e o fortalecimento do vínculo entre o paciente e seu médico pressupõem que as informações fornecidas por ambos sejam inquestionavelmente confiáveis, e que só serão reveladas se o paciente obtiver algum benefício.

É possível identificar vários aspectos ético-jurídicos que dão respaldo à postura médica de preservar a privacidade de seus pacientes, recusando-se a revelar informações obtidas no exercício da profissão.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Primeiramente, devemos reportar-nos ao Código de Ética Médica (resolução CFM nº 1.246/88):

— *Artigo 11: "O médico deve manter sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções. O mesmo se aplica ao trabalho em empresas, exceto nos casos em que seu silêncio prejudique ou ponha em risco a saúde do trabalhador ou da comunidade".*

— *Artigo 102: "É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício da profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente".*

— *Artigo 103: "Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente".*

— *Artigo 104: "Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas, ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas".*

— *Artigo 105: "Revelar informações confidenciais obtidas quando do exame médico de trabalhadores, inclusive por exigência dos dirigentes de empresas ou instituições, salvo se o silêncio puser em risco a saúde dos empregados ou da comunidade.*

— *Artigo 106: "Prestar a empresas seguradoras qualquer informação sobre a circunstâncias da morte de paciente seu, além daquelas contidas no próprio atestado de óbito, salvo por expressa autorização do responsável legal ou sucessor.*

— *Artigo 107: "Deixar de orientar seus auxiliares e de zelar para que respeitem o segredo profissional a que estão obrigados por lei.*

— *Artigo 108: "Facilitar o manuseio e conhecimento dos prontuários, papeletas e demais folhas de observações médicas sujeitas ao segredo profissional, por pessoas não obrigadas ao mesmo compromisso.*

— *Artigo 109: "Deixar de guardar o segredo profissional na cobrança de honorários por meio judicial ou extrajudicial.*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Também em outros preceitos legais no âmbito jurídico encontramos guarida para nosso silêncio. É o que contém o inciso X, artigo 5º da **Constituição Federal**, de 1988:

"(...) são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra, a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação".

E não é só isso! **O Código Penal Brasileiro** também faz menção ao assunto, em seu artigo 154:

"(...) Revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem".

Da mesma forma, o **Código de Processo Penal** preserva o direito do médico, caso seja chamado a depor. Em seu artigo 207 declara que:

"(...) São proibidas de depor as pessoas que, em razão de função, ministério, ofício de profissão, devam guardar segredo, salvo se, desobrigadas pela parte interessada, quiserem dar seu testemunho".

Em consonância, este aspecto recebe também o mesmo tratamento no artigo 406 do **Código de Processo Civil.**

Mas, atenção! Antes de adotar como premissa absoluta que ***"em boca fechada não entra mosquito"***, lembre-se de que, para toda boa regra que se preze, sempre há as exceções. E, no caso dos médicos, as exceções para quebra do sigilo podem ocorrer em caso de:

- *Dever Legal:* é o caso, por exemplo, das doenças de notificação compulsória, para as quais há obrigação de o médico comunicar à autoridade sanitária competente, sob risco de cometer crime previsto no Código Penal, com detenção de 6 meses a 2 anos, e multa. Procura-se, com o referido controle, prevenir disseminações endêmicas ou epidêmicas de doenças. Vale, nestes casos, o princípio da segurança coletiva, a exigir maiores atenções que a individual. O correto preenchimento do Atestado de Óbito pressupõe também a quebra de sigilo.

Deixar de revelar certas informações pode também ser taxada de contravenção. É o que está dito no artigo 66 da Lei das Contravenções Penais: *"(...) deixar de comunicar crime de ação pública de que teve conhecimento no exercício da medicina, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a processo criminal".*

Tal preceito cristaliza o segredo profissional, pois sua quebra só é possível quando não compromete o cliente.

- *Justa Causa:* está presente em situações nas quais a revelação de determinado fato visa a defender os interesses do próprio

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

médico ou de terceiros. Exemplos de nosso cotidiano são os casos de crianças espancadas pelos próprios pais, o que caracteriza abuso de pátrio-poder.

Tanto o Dever Legal como a Justa Causa são situações previstas no artigo 4º da Resolução 1359 do CFM.

- *Autorização do Paciente:* esta exceção está prevista no artigo 102 do Código de Ética Médica. Também o artigo 106 prevê a divulgação de informações sigilosas, quando o médico é solicitado a preencher relatórios de empresas seguradoras, nos quais devam constar aspectos relacionados ao estado de saúde prévio e às eventuais condições envolvidas no óbito do paciente.

Qualquer que seja a circunstância, o médico deve certificar-se de que a referida autorização lhe seja fornecida por escrito e assinada pelo paciente ou seu representante legal.

Ainda que autorizado formalmente pela parte interessada, é bom esclarecer que o médico não se obriga, necessariamente, a fazê-lo. Em tais circunstâncias, a atitude médica deve ser guiada pela consciência pessoal e profissional, conforme reconhece o CFM em sua Resolução nº 999/80:

Artigo 6º — "(...) O médico, ainda que desobrigado de guardar segredo pela parte interessada, somente ***poderá*** *revelá-lo* ***se quiser*** *dar seu testemunho a processo parlamentar, administrativo ou Judiciário".*

Artigo 7º — "(...) Em face de solicitação expressa de seu paciente, o médico poderá atestar ou certificar fato resguardado por segredo médico, desde que esteja intimamente relacionado com seu caso".

O segredo médico visa, especialmente, a preservar intimidades e individualidades dos clientes, devendo como norma, ser mantido a qualquer custo. Vasta legislação, como foi referido anteriormente, sustenta tal assertiva.

Excepcionalmente poderá ser rompido e, mesmo assim, cautelas especiais norteiam tais exceções.

Ao médico cabe zelar pela segurança do paciente, sustentada por sólida confiança. Sua consciência sempre há de respaldá-la. Leia também a Resolução CFM nº 1605 à página 383 do Apêndice.

"Cum fidei obrigatione omnis humana societas tollitur".

*Faltando a confiança, acaba-se toda a comunicação entre os homens. (Tito Lívio, liv. 6)**

*Tito Lívio — historiador romano. Sua obra mais importante é **HISTÓRIA DE ROMA (59 a.C. — 17d. C.)**.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PROCESSO JUDICIAL: Nunca Diga desta Água Não Beberei...

Cid Célio Carvalhaes
José M. C. Orlando

Há alguns anos, a Comissão Estadual do Médico — São Paulo — publicou as "Orientações para Profissionais da Área Médica", em que fornece alguns esclarecimentos sobre aspectos jurídicos, com os quais estamos pouco familiarizados:

O QUE É UM INQUÉRITO POLICIAL?

O inquérito inicia no momento em que o Delegado considera necessário. É composto de interrogatórios com pessoas envolvidas, intimadas a prestarem depoimentos, bem como de perícias e outras investigações que caibam ao caso.

Não atender à intimação é considerado crime de desobediência, podendo a autoridade policial ordenar sua condução à Delegacia. Porém, só o Delegado pode determinar uma intimação.

É o Delegado também que finda o inquérito através de relatório, podendo apenas destacar se houve ou não prática criminosa.

Não compete ao Delegado arquivar ou opinar pelo arquivamento do inquérito, sendo esta prerrogativa exclusiva do Promotor de Justiça.

A FUNÇÃO DO ADVOGADO NA DELEGACIA

É sempre útil a presença do advogado na delegacia, para evitar coações, abusos ou qualquer ilegalidade.

O inquérito policial é sigiloso, não sendo permitido ao advogado interferir em qualquer investigação.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ORDEM DE PRISÃO

Qualquer cidadão só pode ser preso por ordem judicial, ou se estiver em flagrante delito. As práticas médicas que podem gerar processo judicial são normalmente oriundas de posturas imprudentes, negligentes ou imperitas, não existindo, portanto, o flagrante delito.

PROMOTORIA DE JUSTIÇA

É o Representante do Ministério Público Estadual ou Federal, titular da Ação Penal Pública, que opina sobre o arquivamento ou não de um inquérito policial em crimes como homicídios, lesões corporais, omissão de socorro etc.

O PROCESSO JUDICIAL

O inquérito policial é remetido pelo delegado ao Promotor de Justiça e, posteriormente, a um Juiz Criminal. Uma Ação Penal inicia-se com a devida aceitação do Juiz Criminal de uma denúncia do Promotor de Justiça.

O réu é novamente interrogado, tendo prazo para sua primeira oportunidade de defesa, com apresentação de rol de testemunhas. Depois de toda a instrução do processo, o Promotor de Justiça faz suas alegações, podendo pedir a absolvição ou a condenação do réu.

O advogado faz então as alegações finais da defesa e o juiz profere a sentença.

Ainda assim cabem recursos, que podem ser interpostos pelo Promotor de Justiça ou pelo advogado do réu, obtendo decisão final nos tribunais — estaduais ou federais.

IMPORTANTE

A observância do CÓDIGO DE ÉTICA e a documentação de todos os atos do médico para com seu paciente (prontuário, papeletas, termo de responsabilidade etc.) são provas fundamentais. Óbito de causa indeterminada ou duvidosa motiva realização de necropsia.

(Comissão Estadual do Médico-São Paulo)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PACIENTE NÃO-REANIMÁVEL E PACIENTE DE SUPORTE MÍNIMO

Jairo Othero
Joel I. Costa

Reproduzimos aqui algumas Recomendações da AMIB, emanadas do Fórum sobre Ética Médica em UTI, realizado em 30/10/98 (Maceió, AL).

RCCR (Reanimação cérebro-cardiorrespiratória) — A decisão final da reanimação é do MI (médico intensivista), que deve, sempre que possível, estabelecer antecipadamente, com o paciente e/ou família, MA (Médico Assistente), e/ou equipe, as condições para realização de tal procedimento. Nesse contexto recomendamos:

- *Defina, prioritariamente, com análise de especialista se for o caso, o nível de competência do paciente, que deve ficar registrado, por escrito, no prontuário;*
- *Respeite decisões de pacientes competentes, evitando sempre situações ilegais; para isto dê conhecimento à família e ao MA das decisões do paciente, bem como faça consulta formal à Comissão de Ética do hospital se a decisão do paciente provocar conflito de interesses, pois decisões colegiadas têm maior segurança;*
- *Busque junto aos familiares e ao MA o melhor interesse de pacientes incompetentes, que precisam de sua decisão técnica, após estudo da situação em seus aspectos médicos mais amplos;*
- *Reconheça a temporalidade das decisões PNR (Paciente Não-Reanimável), na medida em que um paciente hoje PNR, amanhã, na contingência de seu curso clínico, poderá ser reanimável;*

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- *Frente a uma PCR, na dúvida reanime; o tempo e o cuidado posterior, provavelmente, permitirão nova decisão em nível de maior conhecimento sobre o paciente e seu contexto.*
- *PNR — Paciente Não-Reanimável: aquele cujo curso clínico faz crer como fútil o esforço de reanimação frente a uma possível parada cérebro-cardiorrespiratória (PCCR). Aos médicos que enfrentam tal situação — paciente sem indicação de ser reanimado — vale lembrar aqui a seguinte frase de Rapaport (in Am. J. Resp. Crit. Care Med 1996) em que ele afirma que deixar de reanimar tais pacientes:* ***"(...)não aumentou a mortalidade e poupou muito dinheiro".***
- *Neste caso, mantém-se toda a terapêutica, até então utilizada, mas acréscimos de qualquer natureza serão avaliados numa perspectiva de confronto custo x benefício, isto é, se contribuem para real benefício do paciente. A equipe é então comunicada de que o paciente não será reanimado. Esta decisão, acordada com o MA, deve ser tomada em equipe, registrada em prontuário e comunicada à família. Esta condição deve ser encarada como reversível, ou seja, este paciente pode vir a ser considerado reanimável, na dependência de seu curso clínico. Esta decisão cabe ao MI (de comum acordo com o MA), não à família, mas poderá tomá-la apenas se a família suporta moralmente a conduta. Caso contrário, cabe respeitar a família em sua decisão ou abdicar da assistência, se houver imperativo moral. Pacientes já considerados como PNR não têm indicação de internação em UTI, bem como poderão ter alta da unidade frente a esse diagnóstico, desde que acordadas condições com médico assistente e familiares. É prudente que a equipe encaminhe consulta formal à Comissão de Ética, antes de colocar em prática tal política, fazendo comunicação aos colegas do corpo clínico, quando aprovada.*
- *PSM: Trata-se do Paciente de Suporte Mínimo. Aquele que foi considerado além das possibilidades terapêuticas, ou seja, quaisquer esforços terapêuticos são fúteis, não trazem real benefício ao paciente, mais prolongando o morrer com sofrimento, do que uma vida com sentido moral de pessoa humana. Nesses casos todo o esforço terapêutico é suspenso, limitando-se a suporte mínimo para conforto, analgesia, sedação e para a dignidade do paciente. Geralmente mantém-se apenas ventilação e linha venosa, além dos cuidados gerais ao paciente. Decisão, acordada com o MA e tomada em equipe deve ser comunicada aos*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

familiares, com justificativas que a sustentam. Esta decisão cabe aos médicos, não à família. Poderá ser assumida, contudo, apenas se a família suporta moralmente a conduta. Caso contrário, cabe respeitar a família em sua decisão ou abdicar da assistência, se houver imperativo moral. PSM não tem indicação de internação em UTI e pode receber alta, se houver acordos que viabilizem assistência em outros cenários do hospital. É prudente que a equipe encaminhe consulta formal à Comissão de Ética, antes de colocar em prática política desta natureza, fazendo comunicação aos colegas do corpo clínico quando aprovada. É interessante notar que o conceito PSM está um nível acima do PNR, digamos, pois todo PSM é naturalmente um PNR, mas o PNR não é necessariamente um PSM.

Bases técnicas nas quais se fundamentam decisões PNR e PSM são do nosso conhecimento. Circunstâncias serão próprias do cenário de cada paciente. Cabe ao MI a identificação desse "ponto evolutivo" do paciente gravemente enfermo. Decisões em colegiado facilitam acerto nesses quadros. Na verdade, temos feito isto há alguns anos. Isto é tão verdadeiro que, se assim não o fosse, reanimaríamos todos os nossos pacientes, o que, na prática, não acontece.

Deve ser assumido que é eticamente aceitável, tecnicamente possível e humanamente desejável limitarmos o morrer em UTI, pelo benefício dos pacientes, das instituições e saúde moral das equipes.

Questões legais estão de certo modo abertas. Interessante notar que a Lei não explica como constatamos a morte. O fundamento técnico é do médico, da Medicina. Não reanimar é diferente de eutanásia, na medida em que "reconheço a morte e não a parada, por isto não trato". No suporte mínimo, retiramos parte do tratamento por falta de indicação médica. Contudo, mantemos cuidados à pessoa humana. A assistência não acabou, apenas mudou, como forma de evitar a distanásia: o morrer em sofrimento inútil.

Percebe-se com clareza que os elementos técnicos é que são a base moral dessas duas decisões médicas, e não o "desejo de matar o paciente". A ação de "retirar" determinado procedimento baseia-se na percepção técnica de que não há benefício para o paciente que o recebe.

A ação de "não oferecer" tal procedimento, da mesma forma, justifica-se quando faltam evidências de benefícios ao doente.

No caso da eutanásia, o componente moral da ação que realmente a caracteriza é "a opção pela morte". A decisão de fazer ou retirar algo do paciente está concentrada na possibilidade de provocar morte suave. Visa à "morte do paciente", ainda que de modo "doce".

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Estas questões talvez fiquem mais claras para nosso entendimento quando, por exemplo, analisamos a clássica opção pela sedação com morfina no paciente oncológico com grave dor: se a dose tecnicamente necessária, e utilizada para alívio da dor, provoca, como conseqüência, a morte do paciente, não estaremos frente a um caso de eutanásia, pois a ação moral do médico visava ao alívio do grande sofrimento, e não da morte.

Mas, se fiz a morfina a pedido do paciente, com a intenção de provocar a morte — ainda que para acabar com um sofrimento humano inaceitável —, pratiquei a eutanásia, pois fui movido por esse desejo.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

NÃO INTRODUZIR OU RETIRAR SUPORTE VITAL: Dá no Mesmo?

José M. C. Orlando

Nos dizeres do Dr. Jeff Bocker, em mesa redonda sobre Ética, no último Congresso Mundial de Terapia Intensiva (1997, — Otawa/Canadá):

"(...) As unidades de terapia intensiva tornaram-se os bons e maus sujeitos, nos Estados Unidos. São bons do ponto de vista de estarem, obviamente, salvando vidas, prevenindo incapacitações etc. Mas pelo lado ruim, as pessoas têm noção de que os pacientes nas UTIs — quando eles próprios ou seus familiares não chegam a uma decisão! — tornam-se prisioneiros da tecnologia médica. E mesmo que vocês não gostem desse termo, todavia, há nos Estados Unidos uma idéia generalizada de que, uma vez iniciado o tratamento, é muito difícil interrompê-lo, e os pacientes acham que se tornaram prisioneiros da tecnologia médica".

Se fizéssemos ampla pesquisa entre médicos, para saber qual atitude lhes parece mais "confortável", a maioria talvez preferisse não introduzir a retirar o Suporte Vital, talvez porque a relação causa-efeito seja mais evidenciável no segundo caso, em que a morte pode sobrevir logo após a retirada do suporte (ventilação mecânica, por exemplo).

É necessário, portanto, frisar que não há qualquer distinção entre estas duas opções, quer seja do ponto de vista ético, moral, religioso ou legal.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Em rigor, poderíamos justificar a suspensão como atitude médica mais adequada, na medida em que, ao menos, tentou-se empregar opções terapêuticas mais agressivas e comprovadamente eficazes por certo período. Diante da falha em reverter a deterioração clínica, optou-se, então, racionalmente, por sua suspensão.

É sempre bom ter em mente que, se por um lado não é lícito abreviar a vida, tampouco é razoável prolongar o curso da morte, quando esta for considerada iminente.

Em meio a tanta e tão sofisticada tecnologia, os intensivistas precisam desenvolver a capacidade de analisar até que ponto o emprego de mais recursos pode, de fato, resultar em benefícios palpáveis aos pacientes.

Faça um breve exercício, procurando recordar-se de alguns casos que você já acompanhou em seus plantões. Quantas vezes deve ter-se perguntado por que insistir naquele tratamento que, à luz do conhecimento atual da Medicina, não iria, por certo, trazer qualquer chance de recuperação ao paciente!? Não estaria apenas prolongando uma morte inevitável?

Todos nós enfrentamos esse dilema em nosso dia-a-dia. É a isso que convencionou-se chamar cuidado fútil.

Atitudes como não introduzir ou retirar suporte terapêutico fútil são ainda hoje bastante polêmicas. Do ponto de vista ético e legal não há diferença entre elas. Não devem, preferencialmente, ser adotadas de forma isolada por um único médico. O envolvimento de vários profissionais da equipe, inclusive externos ao grupo da UTI (médico assistente), é recomendável. Da mesma forma, a família deverá ser informada, e estar de acordo com tais atitudes.

Atualmente, está em tramitação um projeto de alteração do atual Código Penal Brasileiro que, caso seja aprovado, poderá oferecer maior amparo legal a tais decisões:

MOÇÃO DE APOIO DA AMIB À PROPOSTA DE MODIFICAÇÃO DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

Considerando que:

A missão do médico é promover a saúde e o bem-estar do paciente;

A manutenção de um paciente com prognóstico fechado em suporte avançado de vida (máquinas e drogas) é um processo doloroso para o paciente, desgastante para a família e frustrador para a equipe de saúde;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Com base na avaliação de dois médicos e com anuência da família, a limitação do esforço terapêutico é um ato que atende aos preceitos da Bioética de não-maleficência e justiça social,

a Assembléia Geral da AMIB, reunida em 25/04/98, aprovou proposta de mudança do Código Penal Brasileiro que diz respeito especificamente à limitação do suporte avançado de vida, como definido no parágrafo 3º do artigo 121, assim redigido: "Não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial, se previamente atestada por dois médicos a morte como iminente e inevitável e, desde que haja o consentimento do paciente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge, companheiro ou irmão". (Portaria nº 304, de 17 de Julho de 1984.)

São Paulo, 25 de Abril de 1998.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TRATAMENTO FÚTIL: ...e Furor Inútil

José M. C. Orlando

"Como praticantes do high-tec*, nós devemos estar seguros de utilizar nossas aptidões e recursos da maneira mais apropriada. Determinados procedimentos, novidades tecnológicas ou equipamentos podem não ser adequados para um determinado paciente" (Gallegher, Crit Care Med, 1988).*

Vamos ao Aurélio!

Fútil: "adjetivo. — 1. Frívolo, leviano. — 2. Insignificante, vão. — 3. Sem importância, sem valor. — 4. Inútil. — 5. Falso, ilusório".

Este conceito é aplicado a situações clínicas (além, é claro, da própria morte encefálica!) em que a perspectiva de sobrevivência é tida como altamente improvável, à luz dos conhecimentos médicos e recursos terapêuticos e tecnológicos disponíveis numa determinada época.

Fica claro, portanto, o vínculo temporal desta conceituação.

O que poderia ser considerado como terapêutica fútil há algumas décadas hoje é reconhecido como tentativa perfeitamente válida. Esforços considerados inúteis em nossos dias certamente farão parte dos atos médicos rotineiros dentro de mais alguns anos.

Mesmo que atitudes médicas voltadas a evitar futilidades não devam estar submetidas a orientações administrativas com o objetivo de reduzir custos, esta é uma discussão à qual o conjunto da sociedade (especialmente em países pobres!) não se poderá furtar.

A evolução tecnológica seguirá seu curso. Os gastos com a Saúde Pública crescerão igualmente. O bem-estar geral da coletividade fatalmente implicará a economia de recursos em situações individua-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

lizadas, pois a Medicina não pode curar todos os enfermos, e os recursos financeiros da sociedade certamente não são suficientes para que todas as possibilidades terapêuticas sejam oferecidas a todos, de forma indiscriminada.

A seguinte citação, extraída de "Casos Possíveis de Questionamento Ético" (Bioética — São Paulo, Edusp, 1995), consegue apresentar de forma bastante sintética e elucidativa o papel desempenhado pela tecnologia, no chamado "Furor Terapêutico": *"Os novos tratamentos têm características positivas e negativas. Em algumas de suas aplicações são maravilhosos: pessoas que antes teriam falecido podem ser mantidas vivas, enquanto suas doenças são tratadas, voltando depois a uma vida inteiramente normal. Porém, a tecnologia pode também ser excessivamente utilizada de forma intensa e inútil. Uma morte inevitável pode ser protelada por semanas ou meses, enquanto o doente vive apenas uma existência nebulosa e dolorosa. Um corpo pode ser mantido vivo por meses ou anos, apesar de a pessoa que o animou já ter partido para sempre. Hoje nos Estados Unidos e em outros países, o excesso de tratamento em doentes graves é um problema significativo em vários centros médicos".*

*(*Charles Culver*)*

E os familiares? O que têm a dizer do tratamento fútil?

O trecho a seguir foi extraído de uma carta enviada a nós, há alguns anos, pelo filho de uma paciente. Tratava-se de uma senhora idosa, que permaneceu internada por um longo período na UTI, sob suporte tecnológico, e que acabou falecendo.

Graças ao bom nível de compreensão do problema por parte da família, aliada à inegável qualidade da redação, o texto a seguir oferece uma rara oportunidade para que nós, profissionais, desvendemos um pouco da percepção que as outras pessoas podem ter frente ao tratamento (e, por vezes, o sofrimento!) intensivo:

(...) Não existe tecnologia que tornasse possível a cura de minha mãe, quando ela foi internada no Hospital, no início de agosto. Mas sua resistência ficou além das expectativas. A extensão de seu tratamento começou a ampliar-se e como conseqüência o sofrimento do paciente, da família, dos profissionais e amigos. Cada hora de sobrevivência representava somente mais dor.

O estágio da tecnologia atualmente existente nas UTIs permite manter a vida de um paciente por tempos enormes. Mas até que ponto é conveniente aplicar todos os recursos para manter a vida de um paciente cujas possibilidades de sobrevivência são nulas?

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Os médicos prometem em seu "Juramento de Hipócrates" lutar pela vida do paciente. Mas cada um deles tem suas mães, pais, filhos, a quem desejam excluir de sofrimento desnecessário. O drama é que, nesse caso, a técnica aumenta o sofrimento e não o elimina, como sonhou o mestre grego. A tecnologia quase pode eternizar a dor.

A diferença ficou clara para mim quando vivi os últimos momentos de minha mãe. Ela sempre foi mulher de grande valor. Profissional de excelente qualidade, foi braço direito da família e dos amigos. Para mulher nascida nos anos 20 ela foi uma exceção. Lutadora, determinada e, acima de tudo, independente, seus últimos momentos não poderiam constituir-se numa negação de tudo o que fizera durante a vida.

A diferença reside na distinção entre VIDA e vida. Para alguns, desde que haja registro de atividade cerebral e cardíaca, existe vida. Não para minha mãe. Ela não aceitaria a hipótese de voltar para casa com um tubo pela traquéia, lado esquerdo do corpo paralisado, escassas possibilidades de comunicar-se e com problemas de raciocínio e concentração. Jamais seria VIDA.

As medidas chamadas "heróicas" são de valor, em alguns casos. Noutros, não se justificam. O médico não pode praticar a eutanásia. Mas, até que ponto ele deve aplicar tecnologia para prolongar uma vida? No caso de minha mãe, a diferença ficou clara: era preciso que ela tivesse VIDA, não vida. Se as técnicas de que dispõem as UTIs não servem para contribuir para a VIDA, não serviriam para manter sua vida.

Observei que nenhuma de suas mais chegadas amigas desejava a continuação do sofrimento. Ninguém, dentro de nosso círculo de amizade (com mais de 60 anos de idade) queria que o internamento continuasse. Todos se haviam dobrado à evidência: não havia possibilidade de devolver minha mãe à VIDA. Parecia que cada uma daquelas pessoas sofria os mesmos padecimentos. Alguns chegaram a afirmar que o exemplo do que ocorrera com minha mãe serviria para abrir seus olhos para não querer seu próprio internamento numa UTI.

É como se depois de um determinado tempo o paciente da UTI perdesse sua condição de ser humano para transformar-se num objeto de manipulação científica. Dolorosa possibilidade.

No caso de minha mãe, porém, esse pesadelo não ocorreu. Seu sofrimento e o nosso foram imensos. Foram feitos os esforços necessários para dar a seu organismo a oportunidade de recuperar-se. Porém, diante de um quadro geral de impossibilidades, cedeu-se à rea-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

lidade de que nada mais restaria a ser feito. Dolorosos e inevitáveis foram os últimos momentos: ser testemunha da deterioração final do corpo de quem se ama (...). A. M. F.

Assim, mesmo com a motivação inicial — que resultou na transferência do paciente para a UTI — fundamentada nos critérios médicos de admissão, há que se considerar a possibilidade da evolução insatisfatória, com uma pouco provável perspectiva de recuperação e a limitação do investimento terapêutico.

Aí, uma vez mais, a melhor atitude deverá resultar de adequada interação entre intensivista, médico assistente e familiares.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

EUTANÁSIA & CIA: Termos que Confundem...

José M. C. Orlando

Acreditamos ser útil estabelecer aqui alguns conceitos diante dos quais o intensivista pode sentir-se confuso:

EUTANÁSIA

> "(...) Se qualquer pessoa solicitar uma droga para produzir a morte eu não darei, nem acolherei tal conselho."
>
> *(Juramento de Hipócrates)*

Esta palavra de origem grega (Euthanásia Eu = bem + Thánatos = morte), embora consagrada pelo uso popular como algo negativo, etimologicamente identifica a morte que sobrevém de forma tranqüila, calma, fácil, sem sofrimento, angústia ou dor. Enfim, a "boa morte".

O que na Antigüidade se referia, fundamentalmente, aos hábitos de vida a serem cultivados pelos homens, para que pudessem ter uma "boa morte", recebeu, a partir de Francis Bacon (1605), a conotação de medidas empregadas por terceiros, com o objetivo de apressar a morte, evitando assim mais dor e sofrimento aos doentes terminais. Nos dizeres do filósofo inglês:

"O médico deve acalmar os sofrimentos e as dores não apenas quando este alívio possa trazer a cura, mas também, quando puder servir para procurar uma morte doce e tranqüila".

*(*Francis Bacon*, Novum Organum)*

Esta, no entanto, não tem sido a visão da Medicina e da Lei.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O Código de Ética Médica não deixa dúvida com relação a tal prática, quando, em seu capítulo V, artigo 66, afirma:

"(....) É vedado ao médico: Utilizar, em qualquer caso, meios destinados a abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu responsável legal".

Já o "novo" Código Penal Brasileiro (em fase de aprovação, no momento) caracteriza a Eutanásia como crime de homicídio movido por compaixão, ainda que a pedido da vítima, para abreviar-lhe o sofrimento em razão de doença grave: *"Eutanásia — se o autor do crime é cônjuge, companheiro, ascendente, descendente, irmão ou ligado por estreitos laços de afeição à vítima, e agiu por compaixão, a pedido desta, imputável e maior de dezoito anos, para abreviar-lhe sofrimento físico insuportável, em razão de doença grave e em estado terminal, devidamente diagnosticado.*

Pena: Reclusão de 2 a 5 anos".

Várias são as expressões que derivam do termo original*:*

Eutanásia Ativa é aquela resultante de medidas empregadas com objetivos explícitos de produzir a morte (ex. injeção de droga em dose letal), enquanto a **Passiva** é aquela que ocorre em conseqüência da privação dos meios indispensáveis para a manutenção da vida; ou seja, deixar que o processo mórbido siga naturalmente seu caminho, sem adoção de suporte vital, até sobrevir a morte. Moral e eticamente, não há que se fazer distinção entre estas modalidades.

Eutanásia Voluntária, realizada por outrem, mediante solicitação de paciente competente. Hoje em dia é confundida com ***Suicídio Assistido***, amplamente discutido na mídia pela ação do Dr. Kevorkian ou "Dr. Morte". Refere-se às medidas postas em prática por terceiros, a pedido do próprio paciente. Diferente da Eutanásia Voluntária, contudo, o Suicídio Assistido pressupõe que o "auxiliar" fornece os meios para abreviar a vida, mas não executa o ato direto responsável pela morte.

Em contraponto, a **Eutanásia Involuntária** refere-se às situações em que a decisão não é tomada pelo paciente.

É bom frisar que o Suicídio Assistido também constitui **CRIME.**

Eutanásia Indireta diz respeito à morte que acaba sobrevindo, mesmo que as medidas empregadas não tenham como objetivo produzir a morte.

Infelizmente, na prática, esta expressão tem sido confundida de maneira imprópria com **Terapêutica Paliativa**, por meio da qual o médico pretende aliviar a dor (p. ex. de paciente com neoplasia terminal). Para isso, os médicos valem-se da administração de medicações sedativas e analgésicas, isoladas ou em associação.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Potência, dosagem e via de administração devem ser tituladas de acordo com a intensidade da dor e ansiedade do paciente, e os incrementos necessários sempre feitos de forma gradual. Fica claro, portanto, que não se trata, em absoluto, de injetar diretamente uma dose sabidamente letal (Eutanásia Ativa). Mas, obviamente, assume-se o risco de que a morte possa ocorrer como efeito colateral indesejável (por depressão respiratória e/ou cardiocirculatória), à medida que as doses vão sendo aumentadas na tentativa de se obter adequado controle da dor. Esse risco deve, portanto, ser assumido e aceito como algo inerente à própria terapêutica, especialmente em situações extremas, de dores rebeldes.

Não obstante, muitos médicos acabam por não oferecer o necessário conforto ao paciente terminal, que sofre dores e ansiedade intensas, exatamente pelo receio de que a analgesia possa ser diretamente implicada como causa da morte, e, desta forma, seu ato ser qualificado como crime de homicídio. Os partidários da Terapia Paliativa, por sua vez, argumentam que, se os pacientes terminais recebessem abordagem adequada para seus sofrimentos, não teriam tanta necessidade de desejar a própria morte.

Mencionado pelo Dr. Jeff Bocker durante o Congresso Mundial de Terapia Intensiva (1997), um estudo clínico norte-americano mostrou que, dos pacientes agonizantes internados em UTI, com dores agudas, 50% morreram sem tratamento efetivo que aliviasse suas dores! Por quê? A resposta é mais do que óbvia! Receio dos profissionais de que suas prescrições para alívio do sofrimento pudessem implicá-los na morte dos pacientes! Ou seja, a imobilidade (ou se preferir, aparente falta de piedade!), acaba sendo um mecanismo de defesa dos profissionais que se vêem ameaçados de acabar nas barras dos tribunais.

Mesmo levando em conta toda a polêmica que envolve este tema, um fato é incontestável: se nós, médicos, tivéssemos maiores cuidados com o paciente agonizante, que padece dores, angústia psicológica e desconforto intensos, sem tanta preocupação com conseqüências legais, por certo não estaríamos assistindo a essa tendência crescente de solicitações de Suicídio Assistido ou Eutanásia Ativa.

Por isso, é imprescindível a revisão do atual Código Penal Brasileiro, que continua pairando sobre a cabeça dos médicos, como "lembrança ameaçadora" das conseqüências que poderão advir de atitudes que não visam a outra coisa senão auxiliar o paciente terminal a ter um pouco de conforto e dignidade, em seus momentos finais.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Fica evidente, assim, a importância de registrar de forma clara, no prontuário do paciente, a real intenção de que se reveste aquela prescrição: única e exclusivamente oferecer um mínimo de conforto por meio do alívio da dor.

Kathrin A. Koch declara no volume sobre Ética Médica, da série Critical Care Clinics:

"(...) realmente é responsabilidade do médico cuidar não apenas dos pacientes que devam viver, mas também daqueles que devam morrer".

Finalmente é bom frisar que tratamentos paliativos não devem restringir-se, exclusivamente, à administração de drogas (sedativos e analgésicos) para alívio da dor. Trata-se de abordagens mais abrangentes. Veja o que nos diz a Professora Abby Ann Lynch, consultora canadense de ética:

"(...) É importante observar que o tratamento paliativo não consiste apenas na remoção ou não introdução de certas tecnologias, para minimizar a dor e o sofrimento. Requer, também, a companhia das pessoas que são compassivas, o apoio dos amigos, a oportunidade de estar com o paciente agonizante de um modo especial nos seus últimos momentos. Dedicar atenção contínua, mesmo quando o tratamento da patologia básica cessa, requer atenção para as necessidades espirituais do paciente, como também para os anseios emocionais dos familiares e amigos, e também da própria equipe de saúde".

Toda vez que o tema Eutanásia é discutido, invariavelmente há que se fazer menção à prática holandesa.

Naquele país, muitos médicos têm ajudado milhares de pacientes a cometer suicídio, ou mesmo participado da eutanásia (fontes oficiais dão conta de que cerca de 3% dos óbitos estão vinculados a essa prática). Entidades favoráveis à eutanásia dão conta de que aproximadamente 2.200 pacientes terminais morreram em 1999 com a ajuda de médicos, algo em torno de 2% do total de óbitos. Já a Sociedade Holandesa de Eutanásia Voluntária, que inclui também os casos não comunicados à Justiça, afirma que esse número é ainda maior; em 1995 teriam acorrido 3.600 mortes por eutanásia. Essa prática vem sendo amplamente tolerada pela comunidade médica, legisladores, poder judiciário e o conjunto da sociedade, há mais de 20 anos.

Em 1994, o Parlamento da Holanda promulgou lei de proteção aos médicos que assistem o suicídio ou a eutanásia, desde que respeitadas algumas regras, e os casos comunicados à Justiça.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O "Guideline" holandês estabelece que deve haver solicitação voluntária formulada pelo próprio paciente; este deve ser informado adequadamente com respeito à evolução da doença, ao procedimento e às eventuais alternativas; deve estar sofrendo terrivelmente, sem esperança de recuperação; sua decisão deve permanecer inalterada por um determinado período de tempo, a fim de evitar que indivíduos deprimidos ou impulsivos tomem decisões pouco consistentes. O médico envolvido deve submeter o caso à apreciação de, pelo menos, outro colega experiente; todos os atos e procedimentos devem ser devidamente registrados e documentados, de forma a permitir controle do Judiciário. Portanto, os médicos deixam de ser processados, desde que respeitem os procedimentos oficialmente preconizados.

Mais recentemente, em 28/11/2000, a Câmara Baixa do Parlamento holandês aprovou, por 104 votos a 40, o projeto de lei que descriminaliza a eutanásia. Isso foi possível graças ao acordo firmado entre os três partidos que formam a coalizão de governo na Holanda — Trabalhista, Liberal e Democrata. O partido de oposição — Apelo Cristão-Democrático — apesar de contrário à eutanásia, reúne tão-somente 29 deputados das 150 cadeiras do Parlamento.

Em 10/04/2001 o projeto foi finalmente transformado em Lei pela Câmara Alta (Senado) da Holanda, por 46 votos a favor e 28 contra. O aspecto mais polêmico das discussões, que autorizava a eutanásia também para crianças maiores de 12 anos, foi retirado do projeto. Pacientes com idades entre 12 e 16 anos deverão ter, necessariamente, a concordância expressa dos pais. Entre os 16 e 18 anos de idade, a opção por abreviar a vida será livre, porém os pais devem estar envolvidos no processo decisório.

Embora legalizada, o médico que não se restringir às circunstâncias especiais da eutanásia na forma determinada pela Lei poderá ser punido com 12 anos de prisão.

Essa decisão histórica transformou a Holanda no primeiro país do mundo a permitir oficialmente a prática da eutanásia.

DISTANÁSIA

> Preferirei morrer a mendigar servilmente a vida e fazer-me outorgar uma existência mil vezes pior que a morte."
>
> *(Sócrates)**

Sócrates — filósofo grego; dedicou-se principalmente à reestruturação moral da sociedade de seu tempo, ensinando a Virtude e a Sabedoria pelas ruas de Atenas. (Atenas 470-469 — id. 399 a.C.)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Pode-se considerar a Distanásia o oposto da Eutanásia, isto é, processo arrastado e doloroso de "morrer".

Se, por um lado, NÃO praticamos a Eutanásia no contexto das UTIs, a Distanásia ocorre com freqüência muito elevada para ser encarada apenas como uma eventualidade excepcional. Infelizmente não o é!

Mesmo que o pacto com o sofrimento do paciente terminal não faça parte do caminho trilhado pelo intensivista, muitas vezes a obstinação terapêutica (Tratamento Fútil) ou o receio de que medidas paliativas possam ser consideradas responsáveis pela morte do paciente inibem no médico aquilo que deveria ser impulso natural, ou seja, buscar maior conforto para seres humanos que evoluem para morte inevitável.

EVITAR A TODO CUSTO A DISTANÁSIA deve ser compromisso moral e ético de todo intensivista.

ORTOTANÁSIA

Este conceito é aplicável ao ato médico de retirar os aparelhos de suporte vital de pacientes terminais, obedecidas determinadas condições.

Nós, intensivistas, devemos, por certo, acompanhar com expectativa otimista a tramitação do Projeto de Reforma do Código Penal Brasileiro,* que no parágrafo 6º, do artigo 121, propõe a descriminação da ORTOTANÁSIA:

"(...) Não constitui crime a conduta de médico que omite ou interrompe terapia que mantém artificialmente a vida de pessoa vítima de enfermidade grave e que, de acordo com o conhecimento médico atual, perdeu irremediavelmente a consciência ou nunca chegará a adquiri-la. A omissão ou interrupção da terapia devem ser precedidas de atestação, por dois outros médicos, da iminência e inevitabilidade da morte, do consentimento expresso do cônjuge, do companheiro em união estável, ou na falta, sucessivamente do ascendente, do descendente ou do irmão, e de autorização Judicial. Presume-se concedida a autorização se, feita imediata conclusão dos autos ao Juiz com as condições exigidas, o pedido não for por ele despachado no prazo de três dias". (1ª Subcomissão de Reforma da Parte Especial do Código Penal Brasileiro, 1993).

*Nota do Autor — O Código Penal Brasileiro, atualmente em vigor, data de 1940.
Em 1984 foi levada a efeito reforma da chamada "parte geral" do código, que estabelece conceitos dos crimes, bem como respectivas penas.
Para reforma da "parte especial" (definição de cada crime) foi constituída comissão revisora, no ano de 1997. Em março de 1998, o referido grupo apresentou proposta, submetida à consulta pública durante seis meses.
A redação final do anteprojeto ficou a cargo de equipe de especialistas em Direito, cujo trabalho vem-se desenvolvendo desde novembro de 1998.
Os próximos passos incluem apreciação pelo Ministro da Justiça e Presidente da República. Este último deverá, então, remetê-la, com eventuais emendas, ao Congresso Nacional para apreciação e decisão.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

MISTANÁSIA

Também designada como Eutanásia Social, refere-se à morte imposta a uma parcela nada desprezível da população menos favorecida, sobretudo em países do Terceiro Mundo.

Neste caso, a morte sobrevém — e aos milhares! — como conseqüência da miséria, da fome, das doenças infecto-contagiosas, enfim de uma condição de vida amplamente insalubre, que, em grande parte, poderia ser evitada.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

MORTE ENCEFÁLICA: Um Conceito a Ser Difundido

Antonio Nuno da Conceição
Jairo Othero
Roberto Verçoza
Cid Célio Carvalhaes
José M. C. Orlando

Faremos algumas considerações gerais, principalmente com respeito a critérios diagnósticos. Para maior aprofundamento deste tema, você deve reportar-se ao manual da AMIB: "Orientações para o Diagnóstico de Morte Encefálica e Manejo do Potencial Doador de Órgãos", da autoria de Jairo B. Othero e Mauro Kauffman.

O diagnóstico de Morte Encefálica pode ser estabelecido com base em critérios clínicos (consulte páginas 369, 374 e 375, Capítulo 8 — Apêndice), porém sua confirmação exige a realização de exames complementares (EEG, arteriografia e cintilografia cerebral), principalmente com fins legais nos casos de doação de órgãos.

Você tem bem claros os critérios para estabelecer diagnóstico de morte encefálica? De qualquer modo nunca é demais recordá-los:

I. Ausência de Função Cerebral: coma profundo, arreativo e aperceptivo (Glasgow 3); eventualmente reflexos medulares periféricos podem persistir;

II. Ausência de Função do Tronco-Cerebral: ausência de reflexos:

III. Reflexo fotomotor: sua ausência é mais significativa do que a simples dilatação pupilar;

- Reflexo córneo-palpebral: estimulação da córnea bulbar;
- Reflexo óculo-cefálico: "olhar de boneca";
- Reflexo vestíbulo-ocular: ausência de nistagmo com a introdução de soro gelado no conduto auditivo externo;
- Reflexos profundos: tosse e deglutição;
- Teste de apnéia: deve ser obtido com Pa CO_2>60mmHg; durante o período de desconexão do ventilador, a oxigenação adequa-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da deve ser proporcionada por meio de cateter de O_2 (100%) introduzido na cânula endotraqueal. Não é adequado oferecer o O_2 no tubo T, pois a ausência de movimento respiratório não permitirá que o fluxo de oxigênio atinja os pulmões, resultando em hipoxemia, o que irá prejudicar o teste.

Por fim, lembre-se de que o paciente só poderá ser declarado com morte encefálica, desde que:

- A causa do dano encefálico esteja bem estabelecida;
- Sejam afastadas causas tóxico-metabólicas, como emprego de drogas sedativas, curares, hipotermia e hipotensão.
- O diagnóstico clínico seja confirmado por exame complementar.

A constatação deverá ser feita por dois médicos. Em caso de doação de órgãos, um deles deve ser especialista em Neurologia.

Os entendimentos finais deverão ser conduzidos pela equipe da Central de Transplantes; porém nada impede que o MI realize uma abordagem inicial, se considerar necessário. Na maioria das vezes os MI sentem-se pouco à vontade para lidar com estas situações de morte.

Em geral, os potenciais doadores são jovens que perdem a vida de forma súbita e trágica. Infelizmente, este é o cenário. O MI que tem experiência com equipes de transplantes e convive com esta realidade pode abordar inicialmente a família, deixando claro que a morte encefálica é MORTE!

Não pode permitir que a família fique confusa com o fato de que o paciente continua com batimentos cardíacos, aquecido etc... À pergunta:

— Doutor, não há mais nada a ser feito?

— Há: TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS! A vida de seu ente querido pode continuar em cinco ou seis pessoas.

Explicar detalhadamente a situação, falar da importância do tempo exíguo para tomar esta importante decisão, insistir na irreversibilidade da situação, declarar o paciente CADÁVER, CORPO. AFASTAR AS FALSAS ESPERANÇAS!

IMPORTANTE: Fale que entende a dor daquele momento, mas que, infelizmente, é a única alternativa. Comunique que chamará a equipe de transplantes para conversar com os familiares e dê-lhes algum tempo para refletir sobre o assunto. Dê respostas diretas: não fale metaforicamente; o que não souber responder, não responda!

Embora careça de bom senso, a experiência prática em nosso meio recomenda que — mesmo estabelecido o diagnóstico de Morte En-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cefálica —, se a família discordar da doação, devem-se evitar atitudes como dar alta da UTI ao "cadáver", pois esta é uma situação que costuma gerar sérios conflitos com os familiares.

Portanto, se houver premência de vaga, é prudente buscar antes apoio junto à Administração, e certificar-se de que a família tenha sido devidamente esclarecida. Depois disso, é só desligar os aparelhos, lavrar a declaração de óbito e liberar o cadáver? Parece óbvia e lógica tal atitude, mas infelizmente nem sempre é possível segui-la à risca na prática diária.

Nossa legislação tem orientação organicista: a morte só é reconhecida pela Justiça quando há parada cardíaca. Por isso, só há autorização expressa para desligar o respirador (resolução do CFM e Lei dos Transplantes), em caso de morte encefálica, COM O OBJETIVO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS! E só! Em qualquer outro caso, a Justiça considerará eutanásia, portanto, CRIME! É incoerente? Sim, mas é a lei em vigor! O ato de "regular" o respirador para apressar a parada cardíaca não está isento de sérias complicações legais, se levado aos tribunais!

Atenção: se, em qualquer documento do paciente, por qualquer motivo, houver a inscrição de "não-doador", de nada adiantará a autorização da família: é proibido por lei o uso dos órgãos para fins de transplante.

Quanto ao atestado de óbito, qual a hora da morte a ser registrada? A hora em que foi confirmada a morte encefálica, ou a hora da retirada dos órgãos?

Mais uma vez, prevalece o entendimento anterior — aquele que não nos permite retirar o suporte de vida! —: A hora do óbito no atestado será a do desligamento do ventilador, com conseqüente parada cardíaca.

Quem pode dar esse atestado de óbito? Qualquer médico da Central de Transplantes, MI ou médico assistente; os únicos vetados são os membros das equipes transplantadoras.

Não esquecer jamais que, em caso de morte violenta, vale a mesma regra dos demais óbitos: o atestado de óbito só poderá ser fornecido pelo IML após necrópsia. Nestes casos, o IML deverá ser contatado antes da realização do transplante, para que o perito (médico legista) autorize a retirada dos órgãos.

Nunca colocar como *causa mortis* Morte Encefálica, mas sim o diagnóstico da condição que levou à morte encefálica: TCE, ruptura de aneurisma cerebral, tumor cerebral etc.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Com respeito às gestantes, as medidas de suporte vital deverão ser mantidas até a retirada do feto, desde que tenha idade superior a 26 semanas e seja viável.

Lembre-se sempre: em caso de suspeitas ou evidência de violência de qualquer natureza (quedas, acidentes, agressões) e suicídio, o corpo deve ser encaminhado ao IML, evitando, assim, eventuais complicações futuras.*

*Nota do Autor — Caso queira obter mais detalhes sobre os aspectos legais, recomendamos a leitura da monografia: "Morte Encefálica e a Lei de Transplante de Órgãos" — Coleção Saber Jurídico — de Maria Celeste C. L. Santos. Ed. Oliveira Mendes, 1998.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DECLARAÇÃO DE ÓBITO: Há mais Dúvidas do que se Imagina!

José M. C. Orlando

Em casos de óbito, certifique-se de que algum familiar ou responsável — e também o médico assistente! — tenham sido (de fato!) imediatamente acionados para comparecer ao hospital. Às vezes, o funcionário da enfermagem ou do setor administrativo, no afã de desincumbir-se de várias outras tarefas, pode esquecer-se de tal comunicado. Cuidado... dor de cabeça à vista! Não permita que o médico assistente só tome conhecimento do óbito ao encontrar a família no corredor do hospital:

— Olá, como vai sua mãe? Está melhor hoje?

— Doutor, mamãe morreu ontem à noite! Não avisaram o senhor?

Nestas circunstâncias, o que você, como intensivista, alegaria? Que não é de sua alçada aferir se o médico assistente foi cientificado? Pode apostar que é, e se algo sair errado no fluxo dessa comunicação, você não estará livre de dissabores!

Quanto ao preenchimento da Declaração de Óbito, lembre-se do que diz o Código de Ética, no Artigo 115: é vedado ao médico: *"deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta"*.

Mesmo que você não seja o titular do caso, pode preencher a Declaração, assinalando o campo de médico substituto. Isto é possível (e legal!), mesmo que você não tenha atendido diretamente o paciente.

O artigo 114 do Código de Ética diz ser vedado ao médico *"atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

verificação médico-legal". Por ex.: O paciente morreu no plantão anterior, mas a família somente compareceu com os documentos do falecido no seu horário. Basta verificar no prontuário os diagnósticos corretos do caso, preencher a Declaração e poupar a família de mais dissabores.

Na letra "a" (causa que provocou diretamente a morte), não deve ser colocado "Parada Cardíaca ou Cardiorrespiratória". Quando a morte ocorre, obviamente, há parada de batimentos cardíacos, o que torna o emprego desta terminologia redundante.

O Pro-AIM — Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade do Município de São Paulo — também recomenda evitar termos como "Hemorragia Digestiva Alta", por serem muito vagos (dar preferência para úlcera gástrica ou varizes de esôfago).

É bom deixar claro ainda que o fato de um paciente ter falecido antes de completar 24, 48, 72 horas de permanência no hospital *não deve,* por si só, ser impedimento para liberar-se a Declaração de Óbito.

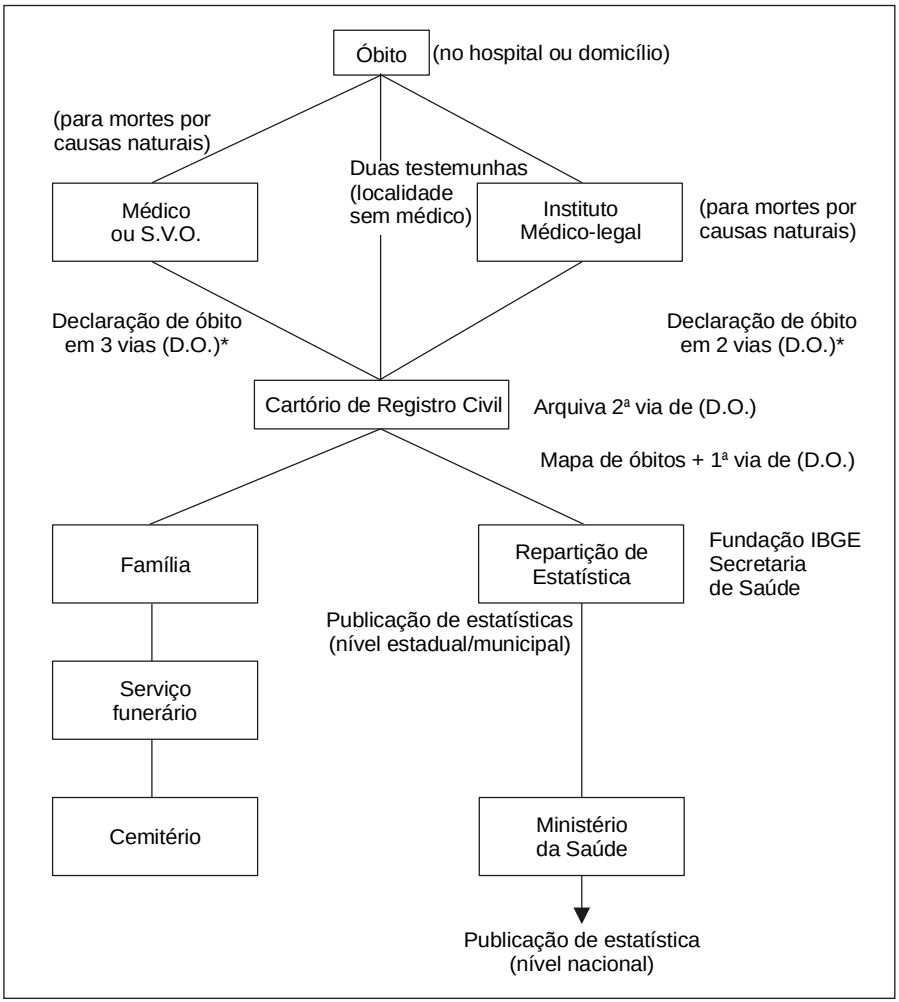
O aspecto fundamental é o fato de ser ou não conhecida a causa da morte (exceto a não natural), independentemente de intervalo de tempo.

Mesmo sabendo que o papel do médico encerra-se com a comunicação da ocorrência do óbito aos familiares e do preenchimento da Declaração, parece-nos pertinente ir um pouco mais além, e conhecer melhor os caminhos percorridos por esse documento, quando ele deixa o hospital.

É o que está apresentado de forma simples e didática no seguinte fluxograma a seguir:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte



**Sugere-se que as instituições fiquem com uma via para ser retirada pelos serviços de estatística. Fonte: Laurenti R et al. Estatísticas de Saúde, EPU/EDUSP, 1985*

Para mais detalhes sobre a Declaração de Óbito consulte a Resolução CFM nº 1601/2000 à página 377, Capítulo 8.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

MORTE VIOLENTA = IML: Mas o que Fazer Quando a Declaração de Óbito é Fornecida Inadvertidamente?

José M. C. Orlando

De acordo com a resolução CFM nº 1601/2000:

Art. 2º 3) Mortes violentas ou não-naturais: — A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Entenda-se por morte violenta aquela que é resultante de uma ação exógena e lesiva, mesmo tardiamente.

Entenda-se por morte suspeita aquela que decorre de morte inesperada e sem causa evidente.

Com respeito ao fornecimento da Declaração de Óbito, é imprescindível que o médico (principalmente no caso do plantonista!) certifique-se antes de que não há, de fato, qualquer anotação em prontuário com referência à causa externa (atropelamento, agressão, suicídio etc.)

O fato de tratar-se de internação prolongada — em conseqüência de uma série de intercorrências clínicas, como broncopneumonia, edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio etc. — não exclui a possibilidade de que, como fato inicial, tenha havido causa externa.

Imaginemos, por exemplo, um paciente idoso que deu entrada no PS como vítima de atropelamento. O resultado foi "apenas" uma fratura de tornozelo, porém com indicação cirúrgica. Em função da idade e de antecedentes cardiológicos, a cirurgia foi adiada por duas vezes. No PO o paciente apresentou quadro de AVC e foi transferido para a UTI. Lá, sua evolução foi arrastada, até que finalmente desenvolveu quadro súbito de insuficiência respiratória e evoluiu para óbito, de madrugada, cerca de 50 dias após a internação.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O plantonista que atendeu o caso, após rápida consulta ao prontuário, resolveu liberar a seguinte Declaração de Óbito:

— Insuficiência respiratória aguda
— Tromboembolismo pulmonar
— Broncopneumonia
— Acidente vascular cerebral

Estaria tudo perfeito, se não fosse pelo "pequeno detalhe" de que toda a seqüência de eventos mórbidos teve início no PO de cirurgia ortopédica, que, por sua vez, foi motivada por um atropelamento! (não importa que tenha sido há quase dois meses).

Se houve um atropelamento, certamente foi lavrado (ou, pelo menos, deveria!) um Boletim de Ocorrência, a partir do qual será aberto um processo, que, num determinado momento, exigirá um laudo necroscópio do IML. Ocorre que a essa altura o paciente já estará sepultado! E então?

Caberá à instituição onde se deu a confecção irregular da Declaração de Óbito providenciar a abertura de BO — Boletim de Ocorrência — relatando o fato. O Delegado de Polícia, então, abrirá Inquérito Policial e consultará o IML. Solicitará, mediante ordem judicial, acesso ao prontuário do falecido, para proceder a exame necroscópico indireto — ou seja, "Necropsia do Prontuário", para emitir parecer sobre as possíveis causas da morte. De posse de tais conclusões, ficará ao arbítrio da autoridade judiciária decidir se haverá ou não necessidade de exumação do cadáver.

Simultaneamente, a instituição deverá informar ao CRM o nome do profissional responsável pela liberação do "Atestado"; ele, então, será convocado a prestar esclarecimentos.

Outra situação que merece ser lembrada diz respeito à substituição da Guia do IML/SVO por Declaração de Óbito.

Trata-se de situação relativamente comum em pronto-socorro, que também pode ocorrer na UTI. Pode ser exemplificada quando da admissão de paciente já em parada cardiorrespiratória, ou que evoluiu para óbito dentro de poucos minutos, ou ainda nas primeiras horas após sua chegada.

Caso o médico julgue não haver elementos suficientes para concluir sobre as possíveis causas da morte, ele poderá requerer o encaminhamento do corpo para verificação necroscópica, mediante preenchimento do impresso próprio (SVO/IML).

No entanto, pouco tempo depois, chega ao hospital outro médico, trazido por familiares do falecido, prontificando-se a fornecer o "Atestado". Como proceder?

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por se tratar de alternativa vantajosa para a família, não deve ser obstaculizada pela instituição, desde que sejam observadas as seguintes condições:

— deverá estar descartada evidência flagrante de morte violenta;
— o médico externo deverá comparecer pessoalmente ao hospital, apresentar-se ao médico-chefe e identificar-se adequadamente mediante documento do CRM;
— dirigir-se ao local onde se encontra o corpo para, ele próprio, constatar o óbito;
— preencher a Declaração de Óbito, anotando no campo destinado ao endereço o local de seu consultório ou residência;
— assinar o livro de Óbitos, como médico responsável pela emissão do "atestado".

Quanto à Guia do IML/SVO que havia sido emitida, o médico responsável ou chefe de plantão deverá identificá-la com o termo "CANCELADA", e, de preferência, mantê-la também anexa ao prontuário.

Embora menos freqüente, o contrário também pode ocorrer, isto é, o cancelamento de Declaração de Óbito já preenchida. É o que pode acontecer quando o óbito se dá no final de um plantão e o médico prefere deixar o "Atestado" pronto para não transferir ônus ao colega que assumirá o plantão (e sequer conheceu o caso!).

Pode suceder que não seja possível localizar familiares, amigos e, diante da ausência de documentação do falecido, o corpo tenha de ser removido para o IML, mediante preenchimento da Guia apropriada.

Nestes casos, o "Atestado" deve ser CANCELADO (mas nunca desprezado!) e devolvido ao setor administrativo competente, que deverá, posteriormente, prestar contas desse documento às autoridades sanitárias.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O PAPEL DO INTENSIVISTA NOS TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS: "Caro data vérmibus"

José M. C. Orlando

Se imaginarmos que o transplante de órgãos é um processo constituído por diversas etapas seqüenciais que se devem encadear de forma harmônica, tal qual uma sucessão de engrenagens, o intensivista pode ser considerado o elo inicial desse sistema.

Quer seja participando do diagnóstico da morte encefálica, da identificação e notificação do potencial doador, ou da manutenção da estabilidade orgânica, enquanto se aguarda a retirada dos órgãos, a intervenção do intensivista é imprescindível para o pleno sucesso do transplante. Seu envolvimento no diagnóstico de morte encefálica acaba, na prática, por ser mandatório, pois, além de o potencial doador encontrar-se muitas vezes internado na UTI sob os cuidados do intensivista, os integrantes da equipe de transplantes estão eticamente impedidos de participar dessa etapa, conforme proíbe o Artigo 72 do Código de Ética: *"Participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais de prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante".*

Todos nós conhecemos bem (e criticamos!) as dificuldades envolvidas na captação de órgãos em nosso país, e consideramos que elas derivam, principalmente, da falta de maior número de doações.

Em parte, isto é verdade, mas só em parte! E quanto aos inúmeros casos de pacientes com diagnóstico presumido de morte cerebral, cujos testes clínicos conclusivos não são realizados ou acabam injustificavelmente retardados? Quantos e quantos órgãos estão sendo enterrados sem que, ao menos, as famílias tenham sido consultadas quanto às possibilidades de doação?

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Este é, lamentavelmente, o sentido exato da seguinte frase em latim: "Caro data vérmibus", isto é, carne dada aos vermes! (observe que o termo cadáver é formado pela fusão das primeiras sílabas destas três palavras).

Provavelmente, as respostas estão no fato de que muitos profissionais que atuam em UTI ainda não foram devidamente esclarecidos do quão fundamental é o envolvimento de todos nesse processo.

Podemos afirmar, com convicção, que grande contingente de intensivistas nem ao menos sabe que os vários atos médicos envolvidos na doação vêm sendo remunerados pelo SUS, desde setembro/1998. (Editorial do Boletim "Atualidades AMIB, nº 12 — Jul — Ago — Set /98.) Aliás, a lei da Doação *obriga* o intensivista a comunicar a morte encefálica!

Pela importância deste tema, você tem à disposição, à página 447, Capítulo 8 do Apêndice, a legislação vigente no presente momento.

Como se vê, o intensivista desempenha um papel fundamental para o sucesso da captação de órgãos e do próprio transplante. Por isso, é imprescindível que todo intensivista esteja perfeitamente familiarizado com os procedimentos necessários para:

— Estabelecer o diagnóstico clínico de morte encefálica

— Manter os cuidados básicos para com o doador potencial

— Desencadear a seqüênca de atitudes a serem adotadas para notificar a Central de Captação de Órgãos.

Nunca é demais, portanto, repetirmos aqui os critérios para o diagnóstico de morte encefálica:

— Em primeiro lugar, o paciente não pode estar sob uso de drogas depressoras do sistema nervoso central;

— Exame neurológico deve demonstrar ausência dos reflexos:

- Fotomotor: ambas as pupilas devem está midriáticas;
- Córneo-palpebral;
- Óculo-cefálico: os globos oculares se mantêm imóveis quando a cabeça é lateralizada; a ausência desse reflexo também é designada como "olhar de boneca";
- Reflexo da tosse: movimentado-se a cânula traqueal (ou durante a introdução de sonda de aspiração), tais estímulos não são capazes de provocar tosse;
- Reflexo vestíbulo-coclear: também conhecido como "prova calórica", é realizado com o paciente em decúbito dorsal e cabeceira elevada a 30º; após realização de otoscopia (para afastar a possibilidade de obstrução do conduto auditivo externo), é injetado soro fisiológico gelado no conduto auditivo, por meio de seringa; a esti-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mulação térmica provoca resposta ocular — nistagmo — como conseqüência de reflexo de integração no nível do tronco cerebral; em pacientes com perda da integridade do tronco cerebral (morte encefálica) não se observa qualquer movimentação dos olhos.

Os movimentos respiratórios devem estar ausentes; para nos certificarmos disso, deve-se realizar o chamado teste de apnéia:

- Providencia-se coleta de amostra de sangue arterial; caso a $PaCO_2$ esteja baixa, os parâmetros do respirador devem ser ajustados para que a $PaCO_2$ fique dentro dos limites da normalidade.
- Ventila-se o paciente com oxigêncio a 100% durante 10 minutos
- Em seguida o paciente é desconectado do respirador mecânico
- A oxigenação alveolar e sangüínea é assegurada mediante oferta de oxigênio (6 litros/minuto) através de um cateter introduzido no interior da cânula de intubação
- Ao final de alguns minutos é coletada nova amostra de sangue arterial que deverá mostrar uma $PaCO_2$ igual ou superior a 55mmHg
- Caso os movimentos respiratórios não sejam restabelecidos, o teste é considerado válido e conclui-se que o paciente está de fato, em apnéia.

— Este protocolo clínico deve ser repetido após 6 (seis) horas e assinado por 2 (dois) intensivistas ou 1 intensivista e 1 neurologista.

A partir do momento que o primeiro exame clínico-neurológico apontar para a possibilidade de morte encefálica — e sem prejuízo de todas as outras medidas terapêuticas cabíveis, até que o segundo exame ratifique tal diagnóstico! —, o intensivista deve igualmente ficar atento à manutenção dos parâmetros fisiológicos do potencial doador, o mais próximo possível da normalidade. A instabilização de tais parâmetros irá acarretar sérios prejuízos à perfusão tecidual, e poderá inviabilizar o aproveitamento dos órgãos para transplante.

Com tal preocupação em mente deverá o intensivista:

— Assegurar uma adequada hidratação: cerca de 4-6/L/dia, alternando soro glicosada 5% e SF a 0,9% (com o intuito de minimizar a hipernatremia);

— A instabilização hemodinâmica deve ser prontamente combatida com o emprego de drogas vasoativas; inicia-se com dopamina ou dobutamina, para manter a pressão arterial sistólica superior a 100mmHg; em casos de hipotensão rebelde, pode-se empregar noradrenalina;

— Vigiar os níveis séricos de potássio, realizando dosagens freqüentes; a reposição fica condicionada ao resultado laboratorial;

— Outras avaliações laboratoriais também devem ser providenciadas (uréia, creatinina, glicemia, ionograma, hemograma, transaminases, CKMB); urina I e raios X de tórax devem estar disponíveis;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— A transfusão sangüínea deve ser realizada quando houver redução significativa do hematócrito (abaixo de 25%);

— Atenção especial deve ser dada à manutenção da temperatura corporal (acima de 35ºC), evitando-se assim os efeitos deletérios da hipotermia;

— Deve-se prevenir o ressecamento das córneas, mantendo as pálpebras fechadas.

Uma vez estabelecido o diagnóstico clínico de morte encefálica, o intensivista deve notificar a Central de Captação da área de abrangência de seu hospital. Para isso é fundamental que toda a equipe da UTI tenha acesso facilitado ao número de telefone da Central.

Mesmo que o médico intensivista possa informar os familiares a respeito da constatação da morte encefálica, caberá necessariamente aos membros da Organização de Procura de Órgãos (OPO) abordar a família sobre a possibilidade da doação de órgãos.

A realização de exame complementar é obrigatória (por exemplo, pan-carótido-angiografia) e poderá ser feita tanto no hospital de origem como na instituição que realizará a retirada dos órgãos. Os exames sorológicos deverão ser viabilizados pela OPO.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 6

Aspectos Científicos

- AFINAL, COMO SE MANTER ATUALIZADO?
- NAVEGAR É PRECISO...
- ARTIGOS CIENTÍFICOS: Algumas Noções Necessárias para Análise Crítica
- PREPARANDO UMA AULA: Leve em Conta Algumas Regras Básicas
- PESQUISA CLÍNICA EM UTI: Há Normas...
- PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA: Técnica para a Redação de Artigos
- TEMAS LIVRES E *POSTERS*: Evite Tremedeira na Hora da Apresentação
- ESTATÍSTICA HOSPITALAR: Essencial para Acompanhar o Desempenho da UTI

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

AFINAL, COMO SE MANTER ATUALIZADO?

Paulo Beraldo
Luiz G. Nunes

Sabemos o quanto é importante manter-se atualizado em Medicina, como um todo, e no cuidado intensivo do paciente, em particular. Nossa especialidade lida, no cotidiano, com situações de risco potencial ou iminente de vida e, talvez por isso, sejamos, literalmente, bombardeados com novas e "promissoras" — ou, muitas vezes, "milagrosas" — modalidades diagnósticas e terapêuticas, várias das quais carecendo de fundamentação metodólogica.

As dúvidas não são poucas: qual a melhor estratégia protetora pulmonar? Assistência ventilatória invasiva ou não? Otimização hemodinâmica na sepse? Posição prona? Passo ou não o cateter de Swan-Ganz? Dopamina protege, de fato, o rim? Nutrição precoce? Enteral ou parenteral? E assim por diante. São questões com respostas dinâmicas, muitas das quais ainda sem definição.

Sabemos o quanto é difícil nos mantermos atualizados. O termo "educação continuada" foi cunhado por esta e outras razões. Todos nós sabemos o peso desta preocupação e tentamos compensá-la, seja indo a congressos e encontros científicos da especialidade ou especialidades afins, assinando revistas, participando de reuniões de atualização das nossas UTIs, conversando com colegas mais experientes, acessando a Internet etc. Mas será que isso de fato basta?

Muito se tem escrito sobre este assunto, e a tônica do momento é pautar nossa prática nas evidências científicas: o intensivismo baseado em evidências. Tal postura exige análise crítica da literatura e dispomos de estratégias para alcançá-las, como citamos adiante.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sobre este tema, existe um artigo considerado clássico, e voltado especificamente para nós, intensivistas, escrito pela médica canadense, Dra. Débora Cook (Crit. Care Med 24:1757, 1996).

Nele são traçadas estratégias e dicas de atualização, que vão desde a condução de uma busca efetiva no MEDLINE, cautela com livros-texto, ênfase nas revisões sistemáticas, importância da informática, e assim por diante. Especificamente sobre o "intensivismo baseado em evidências", a mesma autora editou um volume inteiro do Critical Care Clinics, exclusivamente voltado para estas questões. (Crit. Care Clin 14 (3):353-8,1998), que é leitura obrigatória para todos nós.

Além das dicas e referências citadas, uma prática importante no sentido de garantir a atualização que tanto desejamos, configura-se nas reuniões científicas regulares da equipe, para discussão de artigos originais: os chamados "clubes de revista".

Trata-se de atividade de reconhecido valor na atualização individual e do grupo, cujo sucesso, manutenção e motivação dependem de algumas estratégias: periodicidade e horário adequados às conveniências do grupo; seleção de artigos pré-analisados, facilmente obtidos nos diversos *sites* da Internet; rodízio de debatedores para cada sessão; divulgação e disponibilidade antecipada do artigo selecionado, para facilitar e estimular o debate; divulgação de cartas e editoriais suscitados pelo artigo em pauta; escolha de artigos palpitantes e polêmicos, metodológica e ideologicamente; pesquisa de artigos de revisão sistemática ou de metanálise sobre o tema.

O título pomposo — *Medicina Baseada em Evidências* — não traz, na realidade, nenhum fato genuinamente novo. Afinal de contas, seria mais do que razoável que a Medicina — e os médicos — baseassem suas decisões nas melhores e mais rigorosas provas científicas colocadas a seu alcance. Alguém discorda desta assertiva?.

Ocorre, porém, que a tradição médica sempre valorizou mais a prática clínica; por isso, dados sistematizados parecem pertencer mais à seara das ciências exatas do que à "arte médica" (!?).

O médico de nossos dias, porém, está exposto a número incomensurável de novas informações. E esse montante cresce a cada dia... Há uma verdadeira avalanche de artigos científicos, veiculando um sem-número de ensaios clínicos que brotam de todos os cantos do mundo! Muitos deles, porém, apesar do bom nível, são freqüentemente controversos.

Se a terapêutica adotada não refletir sinteticamente as conclusões das revisões sistemáticas dos casos disponíveis na literatura,

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

serão contabilizados muitos insucessos terapêuticos, pois, para cada estudo que diz "sim", há três que se contrapõem, e vice-versa.

Diante disso, os profissionais da Saúde precisam dispor de referencial seguro, de um "farol" a guiar-lhes as condutas, em meio a um mar de paradoxos científicos.

É a isto que se propõe a Medicina Baseada em Evidências: revisões metódicas e sistemáticas de todos os estudos realizados sobre determinado tema, até aquele momento. Em seguida, os resultados de cada trabalho são submetidos a tratamento estatístico, de modo a extraírem-se conclusões que espelhem o resultado da soma de todas as pesquisas analisadas. Este procedimento estatístico é conhecido como METANÁLISE. Aí, sim, o médico terá dados confiáveis em que apoiar a conduta.

REVISÃO SISTEMÁTICA

É um tipo de investigação científica que sintetiza os resultados de múltiplos estudos independentes. Possui metologia própria para limitar o viés (*biais*) e o erro aleatório.

Sua estratégia consiste na pesquisa extensa de todos os artigos potencialmente relevantes sobre um assunto e, através de critérios explícitos, na seleção de alguns para revisão. Após avaliação do desenho da pesquisa inicial e de características do estudo, os dados são sintetizados e os resultados interpretados. Os resultados são sumariados, mas não combinados estatisticamente: é a revisão sistemática qualitativa.

METANÁLISE

É um tipo de revisão sistemática quantitativa, isto é, utiliza metodologia estatística para combinar o resultado de dois ou mais estudos do tipo ensaio clínico randomizado.

É feita a integração da informação numérica de vários estudos, mesmo que eles, isoladamente, não sejam estatisticamente significantes. Avaliados em conjunto, os estudos podem ser representativos. As amostras (número de indivíduos) são somadas e o tamanho do efeito terapêutico é quantificado. O objetivo é integrar os resultados, somar os dados e identificar uma tendência genérica.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

NAVEGAR É PRECISO...

Odin B. Silva
Cláudio Piras
José Antonio Almeida
Rodolfo Milani Jr.
Nuberto Neto
José Maria C. Orlando

*"Navigari necesse, vivere non necesse."**
(PLUTARCO**: VIDA DE POMPEU, §50)

Este capítulo pretende ser um pequeno guia para o médico intensivista obter na *Internet* informações relacionadas a sua especialidade. Existem vários recursos disponíveis, alguns de boa qualidade e gratuitos, que podem contribuir com o aperfeiçoamento da prática médica, tanto fornecendo informações úteis com agilidade, assim como contribuindo para simplificação dos vários processos administrativos a que o médico está sujeito. Neste tópico conectividade é a palavra-chave.

A seguir desenvolvemos este capítulo em dois diferentes tópicos:

A) Internet sem medo: informações básicas para utilização da rede mundial de computadores. B) Recursos na internet para médico intensivista.

INTERNET SEM MEDO: INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA UTILIZAÇÃO DA REDE MUNDIAL DE COMPUTADORES

Serão abordados aqui os tópicos:

*"Navegar é necessidade, viver não o é", respondeu Pompeu aos marinheiros que o tentavam dissuadir, durante uma tempestade, de singrar para Roma, aonde devia conduzir o trigo colhido na Sicília, Sardenha e África. Era uma sentença grega, que as cidades hanseáticas adotaram como lema.

**Plutarco — escritor grego. Foi um dos últimos representantes do Helenismo (c.50-id.C.125).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1. O que é a *Internet*?
2. Uma breve história sobre a *Internet*
3. A *Internet* e o Brasil
4. O que é necessário para conectar.
5. O que é e como usar a *Web*
6. Os *URL* e *Links*
7. O Navegador ou *Browser*
8. O *e-mail*

O QUE É A *INTERNET*?

A *Internet* é uma rede que interliga usuários do mundo todo, através de microcomputadores, usando como protocolo padrão o TCP/IP, o que permite que os computadores mais diversos e distantes "falem a mesma língua".

A *Internet* é organizada como uma malha. Quando se deseja acessar um computador em outro país, não é necessário fazer uma ligação internacional, basta ligar-se ao provedor de sua cidade, que está ligado a outro computador (em outra cidade ou país) percorrendo a malha até o destino. Os provedores são controlados por universidades, governos ou empresas. Esse funcionamento permite um custo baixo à *Internet*.

Pode-se obter vários serviços, principalmente cópias de arquivos, enviar mensagens, participar de grupos de discussão e visitar serviços de informação.

BREVE HISTÓRIA DA *INTERNET*

A Internet foi fundada em 1969, no auge da guera fria, e originalmente interligava laboratórios de pesquisa. Foi concebida pelo Departamento de Defesa Norte-americano, com a intenção de preservar a informação, pois, se um dos laboratórios fosse bombardeado, os outros funcionariam independentemente, uma vez que não há um computador central de controle. Surgiu, assim, o conceito base de *internet*. O nome antigo era *ARPANET* que só mudou para *Internet* quando, nos EUA, começou a conectar universidades e laboratórios. Atualmente, já é um conjunto de 40 mil redes.

A linguagem comum que permite essa integração é o protocolo TCP/IP. Graças a isso a *Internet* é uma comunidade de pessoas que usam e desenvolvem esta rede. Em 1987, permitiu-se a utilização comercial, nos EUA. Já em 1992 a rede estava em grande evidência e surgiram várias empresas provedoras de acesso à *Internet*. Milhares de pessoas já a utilizavam para disseminação de informações. Assim, a *Internet* começou a ganhar alcance mundial.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Internet no Brasil

Em 1990 a *Internet* chega ao Brasil; em 1995, começou a operar comercialmente. A *Internet* no Brasil apresenta uma taxa de crescimento anual de cerca de 30%. Assim a sua utilização cresce a uma velocidade sem precedentes em relação a outros meios de comunicação.

O que é Necessário para Conectar-se?

- Microcomputador (recentemente televisores e até aparelhos celulares vêm sendo utilizados no lugar do computador)
- Placa de *Modem*.
- *Software* de rede (conexão *Dial-up*).
- Linha telefônica (existem outras opções de conexão).
- Assinatura do Provedor de Acesso (existem gratuitos).
- *Software* de acesso a *Internet* (*Browser*) — *Netscape*® ou *Microsoft Internet Explorer*®. A rede pode ser acessada através de provedores de acesso que permitem a conexão de usuários individuais à rede.

Operadoras comerciais de serviços de telecomunicação podem interligar provedores de acesso à *Internet*, via fibra óptica ou satélite. A conexão com os provedores de acesso usualmente se faz entre o computador do usuário através de um *modem*, que é um dispositivo que conecta o computador a uma linha telefônica, podendo ser utilizado também o sistema de tevê a cabo.

A linha telefônica, nesse caso, transmite então os impulsos digitais que conectam o computador do usuário ao provedor de acesso.

O Que é e Como Usar a *World Wide Web*?

A *World Wide Web* que significa "teia de alcance mundial" (ou simplesmente *Web*) é a parte multimídia da *Internet* e o principal serviço por ela oferecido. As páginas podem ter fotos, animações, trechos de vídeo e sons. Pode-se ainda fazer compras em lojas virtuais e consultar bancos de dados. É a região mais fácil de usar de toda a rede. O único programa que você precisa é o navegador (ou *Browser*). É possível ainda saltar de um lugar a outro na *Internet* por meio de páginas interligadas. A quantidade e diversidade do conteúdo colocado na *Web* é tão grande que é preciso utilizar serviços de catalogação para encontrar as informações que você está procurando.

Como funciona a *Web* e o sistema de endereços?

A *Web* é formada por milhões de "locais virtuais" conhecidos como *sites* (*local, sítio*). Existem *sites* de universidades, empresas, órgãos do governo e até *sites* mantidos por apenas uma pessoa.

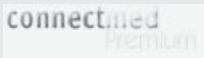
© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

As informações estão organizadas na forma de páginas ligadas entre si. Quando você acessa um *site*, normalmente entra pela porta da frente, onde existe uma mensagem de boas-vindas e uma espécie de índice para as demais páginas. Essa entrada se chama página principal, ou *home page*.

Os *Links* e os *URLs*

As ligações entre as páginas, conhecidas como *hyperlinks* ou *links*, não ocorrem apenas dentro de um *site*. Os *links* consistem em palavras, símbolos ou figuras; o clicar neles, remete-nos a outra página.

Exemplos de *links*:
Clique aqui
ou


— Note que ao passarmos o cursor do *mouse* em cima de um *link* aparece um símbolo gráfico (mão). Freqüentemente um *link* é grifado e escrito em azul.

Os *links* podem ligar informações armazenadas em diferentes computadores, mesmo de diferentes continentes. Na *Web*, é possível que uma página faça referência a praticamente qualquer documento disponível na *Internet*.

O que faz essa malha de informações funcionar é um sistema de endereçamento que permite a cada página ter a sua própria identificação. Assim, desde que o usuário saiba o endereço correto, é possível acessar qualquer arquivo da rede. A *Web* tem um sistema de endereços específicos, também chamado *URL* (*Uniform Resource Locator*, localizador uniforme de recursos). Com ele, é possível localizar qualquer informação na *Internet*. Tendo em mão o endereço, como http://www.connectmed.com.br, você pode utilizá-lo no navegador e ser transportado até o destino.

Cada *site* da *Web* tem um *URL* único que é o seu "endereço". Cada URL irá conter um conjunto de documentos eletrônicos (páginas) em HTML. O código HTML é interpretado pelo programa de navegação (*browser*) e exibido na tela em forma de textos, imagens, tabelas e gráficos.

Componentes da URL: http://www.connectmed.com.br
(1) http:// — Protocolo de comunicação (hypertext transfer protocol)
(2) Prefixo www — Identifica um site na World Wide Web.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

(3) Domínio (connectmed). Indica o nome do site.
(4) Sufixo com — Identifica que o proprietário do domínio é uma empresa.
(5) Sufixo br — Identifica o país de origem do domínio. Ex: BR = Brasil, MX = México; AR = Argentina, UK = Reino Unido, DE = Alemanha, ES = Espanha, CA = Canadá, JP = Japão, IT = Itália, FR = França.

Exemplos de domínios de 1ª Ordem

com = empresa comercial, companhia
gov = entidade governamental
edu = entidade educacional
org = organização não governamental, sem fins lucrativos
net = organização de rede

O NAVEGADOR (*BROWSER*)

O navegador é o principal programa (*software*) para acessar a *Internet*. Com ele, você pode visitar endereços na rede, copiar programas e trocar mensagens de correio eletrônico. O *browser* é capaz de traduzir uma dada página da *Internet* a qual é originalmente criada em uma linguagem, como a HTML.

O usuário então navega pelas diversas páginas que constituem um *site* (conjunto de páginas de uma mesma instituição, loja etc) e/ou pelos diversos *sites* tematicamente relacionados à página que se está vendo, em um dado momento, através de *links*.

Teclas principais do navegador



recarrega a página



apresenta links para suas páginas favoritas

volta à página inicial



interrompe uma operação não completada



volta ou avança por páginas de um site

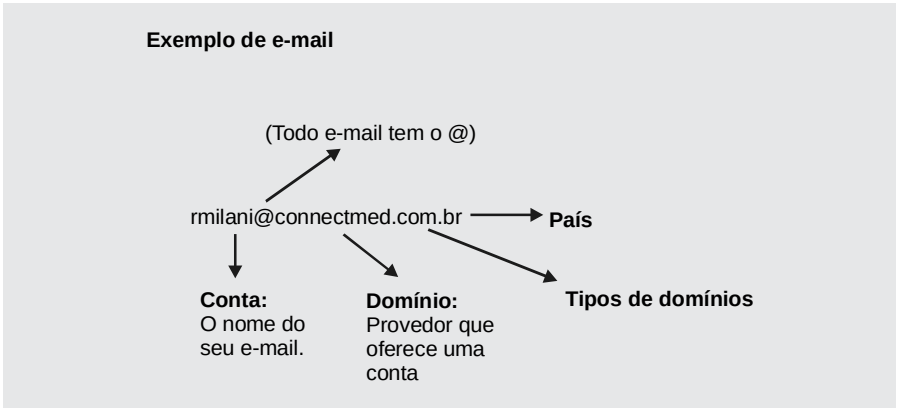
O E-MAIL

O correio eletrônico é o recurso mais extensamente utilizado na Internet. Com ele é possível enviar mensagens para qualquer usuário da rede. O texto (ou outro tipo de arquivo ou informação chega

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ao destino em alguns minutos (ou horas, dependendo do tráfego). O usuário não precisa estar conectado para receber a mensagem. A mensagem fica armazenada em uma caixa postal eletrônica até que o destinatário resolva abrir o "envelope" digital.



RECURSOS NA INTERNET PARA MÉDICO

FERRAMENTAS DE BUSCA

Altavista: Um dos maiores e mais completos indexadores da *Internet*. O Altavista possui uma tecnologia em que *softwares*, chamados robôs, percorrem a rede indexando tudo o que encontram pela frente. Não há interferência humana nesse processo. O resultado é que o Altavista possui mais de 15 milhões de páginas indexadas.
http://www.altavista.com

Yahoo: *Site* de busca mais conhecido. Oferece oportunidade de busca na *Web* em várias categorias incluindo saúde e ciências. Os *sites* são em geral sugeridos pelos usuários. Outros serviços como *e-mail*, compras, previsão do tempo e notícias são disponíveis.
http://www.yahoo.com

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Livro texto de Medicina: A melhor sugestão é o Scientific American Medicine. Atualizado, conteúdo amplo. Requer registro, porém com acesso gratuito para médicos a partir da "Medical Library" do WebMD http:\\webmdpractice.medcast.com/Z/Channels/1842.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Farmacologia: Boa sugestão é o Clinical Pharmacology 2000. Informações sobre medicamentos: Em inglês, requer registro, porém o acesso é grátis.
http://cp.gsm.com/

Portais Médicos

Medscape: Conteúdo médico amplo e de boa qualidade. Trata-se de um portal segmentado em diversas especialidades. Em inglês, requer registro, porém é gratuito. http://www.medscape.com/

Connectmed: Portal médico em português. Conteúdo atual e de boa qualidade. Oferece informações sobre medicamentos, conteúdo médico exclusivo, cursos *on line*, alerta bibliográfico, *web-mail* e fórum sobre temas em Medicina. Requer registro; gratuito.
http://www.connectmed.com.br/

Revistas Médicas

Diretório de revistas médicas disponíveis com acesso gratuito pela Internet — http://www.freemedicaljournals.com/

New England Journal of Medicine — www.nejm.org. Aqui é a edição eletrônica da famosa revista. Você terá acesso parcial. Poderá ver alguns resumos de artigos atuais e recentes. No entanto, para ter acesso irrestrito, terá obrigatoriamente que possuir uma assinatura da revista na versão impresssa.

Journal Watch: dos mesmos editores do *New England*, o "watch" (existem vários: cardiologia, clínica médica etc...) é uma compilação dos artigos mais relevantes em Medicina, mensalmente publicados em várias revistas médicas indexadas (*New England, Critical Care, Circulation* etc.); endereço: www.jwatch.org. Até 1 de janeiro de 2001 o acesso era livre.

British Medical Journal (www.bmj.com) — conceituada revista médica britânica; semanal. O grande atrativo é que publica semanalmente o texto completo, gratuitamente, na *Internet*.

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine — (http://intlajrccm.atsjournals.org) — Revista da American Thoracic Society

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— mensal, publica o resumo de todos os trabalhos, com o texto completo apenas para assinantes na versão impressa. Publica trabalhos de ponta em terapia intensiva mundial, principalmente em ventilação mecânica.

Chest — (http://journals.chestnet.org/chest/first.html) — Publicação do American College of Chest Physicians; também tem uma seção importante só de Medicina Intensiva (além de doenças do tórax). Mensal; só os resumos são gratuitos.

Journal of Pediatrics
http://www1.mosby.com/mosbyscripts

Annals of Emergency Medicine
http://www1.mosby.com/mosbscripts/

Canadian Medical Association Journal
http://www.cma.ca/cmaj/index.html

Archives of Internal Medicine — (http:\\archinte.ama-assn.org) — revista quinzenal da American Medical Association, agora publicando texto completo na *Internet*.

Posgraduate Medicine — (http://www.postgradmed.com/journal.htm) — mensal, com pequenos artigos de revisão. Gratuita na *Internet*.

The Lancet — (http:\www.thelancet.com/newlancet) — semana. Resumos dos trabalhos; texto completo para assinantes na versão impressa.

Annals of Internal Medicine (www.acponline.org) — Revista do American College of Physicians, com duas edições mensais e versão integral gratuita na *Internet*.

Critical Care Medicine (http://www.ccmjournal.com/) — Revista mais influente na área da Medicina Intensiva, editada pela Society of Critical Care Medicine, Disponível na *Internet* apenas o título e os autores dos trabalhos científicos.

Journal of American Medical Association (www.ama-assn.org) — Revista principal da American Medical Association — Semanal, disponível na *Internet* o resumo dos artigos e alguns artigos selecionados nem versão integral.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Intensive Care Medicine (http://link.springerny.com/link/service/journals/00134/index.htm). Revista da European Society of Intensive Care Medicine — Artigos e resumos não disponíveis para não pagantes.

Pediatric Critical Care Medicine (http://pedsccm.wustl.edu/) — Home page da revista sobre Medicina Intensiva pediátrica, além de outros recursos e links.

Respiratory Care (http://rcjournal.com). Revista médica recentemente incluída no Index Medicus.

Care of the Criticaly Ill (www.stockon-press.co.uk/cci). Revista sobre Medicina Intensiva. Apenas alguns resumos são disponíveis para consulta *on line*.

The Internet Journal of Emergency and Intensive Care Medicine (www.ispub.co). Revista exclusivamente *on line* sobre medicina intensiva

The Journal of Trauma (http://www.jtrauma.com/) Importante revista sobre trauma e Medicina Intensiva. Em dezembro de 2000, versão integral era disponível *on line*, gratuitamente.

Pediatrics
http:www.pediatrics.org/

Sociedades Médicas

Medicina Intensiva e Disciplinas Relacionadas

Society of Critical Care Medicine (SCCM): (www.sccm.org).

Este é o *site* americano a partir do qual você pode navegar para *subsites*. Ainda está em fase de construção e tem poucos artigos de revisão. Visite-o, mas não se perca e nem queira comprar tudo (aliás, é bom precaver-se, pois existe uma discussão de que não é seguro comprar pela *Internet*!)

Sociedade Argentina de Terapia Intensiva: (hppt://www.sati.org.ar) — simples, mas boa página de medicina intensiva. Em espanhol; pode ser vantagem para quem não domina bem o inglês).

Sociedade Brasileira de Cardiologia: www.cardiol.br

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB): (www.amib.com.br) e-mail (sedenac@amib.com.br). *Site* em processo de remodelação

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

OUTRAS SOCIEDADES

- American College of Chest Physicians (www.chestnet.org)
- American College os Surgeons (www.jacs.org)
- American Heart Association (www.americanheart.org)
- American Medical Association (www.ama-assn.org)
- American Society of Critical Care Anesthesiologists (http://gasnet.med.vale.ed/ascca)
- Associación Mexicana de Medicina Crítica Y Terapia Intensiva (www.jacmed.unam.mx)
- Australian and New Zealand Intensive Care Society (http://anzics.herston.up.edu.an)
- Canadian Critical Care Society (http://criticare.lhsc.on.Ca)
- Critical Care Uk (www.critical-care.co.uk)
- European Society of Cardiology (www.esc.se)
- European Society of Intensive Care Medicine (www.esicm.org)
- Sociedad Espanola de Medicina Intensiva (www.semiuc.es/)
- Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (www.spci.org)
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (www.spci.org)
- Sociedade Venezoelana de Medicina Crítica (www.samient.it/siter/)
- Societá Italiana di Terapia Intensiva (www.samient.it/siter/)
- The Intensive Care Society (www.icsuk.org)
- The New England Society chapter of SCCM (http://www.ultranet.com/~nesccm/)

Sociedades Regionais de Medicina Intensiva

- Sociedade Alagoana de Terapia Intensiva — SOALTI (http://www.optionlene.com/members/mvmb)
- Sociedade Brasiliense de Medicina Intensiva — SOBRAMI (http://www.ambr.com.br/sobrami/)
- Sociedade de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul-SOTIR-GS (http://amrigs.com.br.sociedad/yintens.htm)
- Sociedade Espiritosantense de Terapia Intensiva — SOESTI (http://www.shaman.com.br/soesti/)
- Sociedade Paraibana de Medicina Intensiva (http://members.xoom.com/sopami)
- Sociedade Paulista de Terapia Intensiva — SOPATI (www.sopati.com.br)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro — SOTIERJ
  (www.sotierj.com.br)

PESQUISA MÉDICA — MEDLINE E BIREME

A National Library of Medicine é a maior biblioteca de Medicina do mundo. Pode-se pesquisar mais que 11 milhões de artigos médicos em um banco de dados conhecido como MEDLINE. Duas ferramentas de busca são disponíveis: PubMed e Internet Grateful Med (IGM). MEDLINE plus com informações para pacinetes e consumidores de serviços de saúde são disponíveis. *Links* com as editoras das revistas, são algumas vezes disponíveis com a possibilidade de acesso, por *Internet*, ao artigo científico na íntegra.

www.ncbi.nlm.gov/pubMed/
www.nlm.nih.gov (U.S. National Library of Medicine)

A Biblioteca Regional de Medicina permite pesquisa e disponibiliza um serviço para entrega de artigos científicos via *fax*, correio ou *e-mail*. Você terá seu código e uma conta mensal, por meio dos quais poderá pedir artigos. Com um projeto em parceria com a FAPESP, a BIREME desenvolve biblioteca eletrônica *on line*, que compreende publicações científicas brasileiras, para pesquisa gratuita de artigos em versão integral.

www.bireme.br
http://www.scielo.br/

Listas de Discussão

Essas listas permitem troca de experiência, como correio eletrônico, entre profissionais. Você se inscreve na lista, enviando *e-mail* para o coordenador, solicita a inscrição e passa a receber todas as discussões dos membros da lista e responder quando desejar. Existem sobre quase todos os assuntos na *Internet*. Em Medicina intensiva, sugerimos consultar:

CCM-L — (ccm-l@list.pitt.edu) — lista americana (usada por intensivistas de todo o mundo) coordenada pelo Dr. David Crippen (PA, EUA). Prepare-se para receber dezenas de mensagens diariamente.

Outros Endereços de Listas de Discussões

- Anesthesia and Critical Care Resources on the Internet (accrif@nabdpo.dpo.nab.edu)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Adult Critical Care Transport (transpot@criticare.vichosp.london.on.ca)
- Anaesthesia and Intensive Care (AIC-I@bitmed.med.uchile.cl)
- Intensive Care Outcome Studies (icountcome-l@mailhox.mq.edu.au)
- Neuro-ICU (neuroicu@virginia.edu)
- Neonatal Intensive Care (nicu-net@u.washington.edu)
- Neonatal Intensive Care Issues (ucin-net@listserv.rediris.es)
- Pediatric Critical Care Study Group (pccsg@its.mcw.edu)
- Pediatric Intensive Care Unit (picu@its.mcw.edu)
- Trauma — L (trauma-l@listsew.lsumc.edu)

ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA

- American Association of Critical Care Nurses (www.aacn.org)
- Canadian Association of Critical Care Nurses (www.execulink.com/~caccn)
- Emergency Nurses Association (www.ena.org)
- Emergency Nursing World (www.hooked.net)
- American Association for Respiratory Care (www.aarc.org)
- American Phisical Therapy Association (www.apta.org)

Algumas Dicas: é óbvio que você poderá ter o seu próprio roteiro e, aliás, é bom que assim seja. Porém aqui vai apenas mais um como sugestão:

1) Procure horas fora de pico para sua conexão à Internet.
2) Digite corretamente os endereços.
3) Visite com regularidade portais médicos como o Medscape e o Connectmed. Você encontrará novidades na área tecnológica, na área de cursos, artigos científicos.
4) Vá ao site de revistas como o NEJM, JAMA, BMJ e solicite o envio de newsletter. Você receberá, por e-mail, o conteúdo a ser publicado pelas revistas.
5) Inscreva-se na BIREME. Esta além de permitir-lhe acesso à MEDLINE, envia-lhe os artigos na íntegra e por preços acessíveis. As formas de envio são: correio e correio eletrônico. Este último um puco mais rápido, porém limitado a poucos trabalhos e mais caro. O envio por correio leva cerca de quatro a cinco dias e tem um custo menor.

Durante a pesquisa à MEDLINE alguns conceitos devem estar em nossas mentes. A MEDLINE é um enorme arquivo de publicações,

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

indexadas, a disposição daqueles que necessitam realizar revisão bibliográfica rápida. Contém, na maioria das vezes, o *abstract* e outros dados que facilitam a importação destas referências bibliográficas para programas específicos de manuseio destas. É, portanto, fundamental sermos específicos para não perdermos tempo precioso procurando agulhas em palheiros:

a) Se a revisão for para tese, podemos iniciar a pesquisa com a data limite de 1966. Caso seja para atualização, os últimos dois anos são geralmente, suficientes.
b) Utilizar sempre os mecanismos avançados de busca. Estes dispositivos nos permitem sofisticar a procura, retirando das referências enviadas, aquelas que não têm relação com o que se procura. Isso acontece porque os mecanismos de busca sempre procuram as palavras digitadas em qualquer área da referência (título, autores, *abstract*, palavras-chave etc.), o que permite que uma palavra genérica como hipertensão localize trabalhos de hipertensão arterial, hipertensão porta, hipertensão na gravidez etc. Nestes mecanismos avançados podemos utilizar artifícios para separar o joio do trigo. Utilizar o maior número de palavras possível, utilizar as palavras de ligação *and*, solicitar a procura das palavras-chave no título, se for o caso solicitar trabalhos realizados apenas em humanos e, em alguns casos, publicados apenas na língua inglesa.
c) Exemplo de uma pesquisa. Palavra-chave "renovascular" e procura nos últimos dois anos. Digitada apenas esta palavra, sem restrições quanto à língua e ao tipo de estudo (humano ou animal), encontraremos 480 referências. Se acrescentarmos a palavra "Hypertension" teremos um decréscimo para 418 referências. Se acrescentarmos a palavra "treatment of" o número desce para 127 referências. Vamos ser mais específicos? — 70 referências. Mais específicos?! "renovascular **and** hypertension **and** treatment of, publicados em inglês e realizados em humanos, procurar apenas no título — seis referências (curiosidade: um desses trabalhos foi publicado na Revista Paulista de Medicina em janeiro de 1998).

Caso você queira ser abrangente, não tem problema. Vamos ver o que encontramos quando solicitamos "renovascular **or** hypertension **or** treatment of" em qualquer língua, humano ou experimental, nos últimos dois anos? Apenas 173.402 referências!!

Outros *Sites* Úteis

— WHO-OMS HOME PAGE — Word Health Organization
Página oficial da Organização Mundial de Saúde; inglês e francês (http://www.who.org.)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde (Brasil) (www.opas.org.br)
— PRHOAHSA
Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. HC-FMUSP/GV
http://www.hcnet.usp.br/proahsa
— JCAHO — Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
Organização não governamental, sem fins lucrativos, é a maior e mais antiga entidade acreditadora dos EUA, especializada em serviços de saúde.
http://www.jcaho.org/
— NIH — National Institute of Health (www.nih.gov/icd)
— BioMedNet — área de biologia e medicina, resumos gratuitos
http://biomednet.com/
— MedWeb
Informática e tecnologia médicas; em português
www.medwebonline.com.br
— Bibliomed
Livros e textos sobre saúde; em português
www.bibliomed.com.br
— Dr. Koop
Enciclopédia médica; em inglês
www.drkoop.com
— Healing well
Artigos e livros sobre doenças; em inglês
www.healingwell.com
— Healthology
Debates, ao vivo, sobre temas médicos; em inglês
www.healthology.com
— On Health
Debates e vídeos ao vivo; em inglês
www.onhealth.com
— WebMD
Chats com especialistas e debates; em inglês
my.webmd.com
— Medconnect
http://www.medconnect.com/

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— The International Society for Quality in Health Care http://hsfo.health.latrobe.edu.au/ISQua/Home.html
— CDC — Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/
— AUPHA — Association of University Programs in Health Administration http://www.aupha.org/
— Sociedade Brasileira de Informática e Saúde — Centro de Informática em Saúde/Unifesp — http://www.sbis.epm.br/
— Around Anesthesia and Critical Care Medicine (www.invivo.net/bg/index2.html)
— UNIFESP-EPM. Conteúdo e informações on line (www.virtual.epm.br)
— USP. Portal da Universidade de São Paulo (www.usp.br)
— Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas (www.nib.unicamp.br)
— MedNets. Diretório e mecanismo de busca sobre Medicina (www.internets.com/mednets/)
— UTI-HC/Universidade Federal de Pernambuco (http://aguia.redes.ufpe.br/utilhc/utihtml)
— Mayo Clinic — http://www.mayohelaht.org/: Respeitada organização de saúde, com informação para profissionais e consumidores.
Food and Drug Administration (FDA) — http://www.fda.gov/ : Órgão regulador e fiscalizador de medicamentos.

ENTIDADES MÉDICAS BRASILEIRAS

— CFM — Conselho Federal de Medicina (www.cfm.org.br)
— CREMEB — Bahia (www.bahianet.combr/cremeb)
— CRMDF — Distrito Federal (www.rudah.com.br/crmdf)
— CRMGO — Goiás (www.crmgo.org.br)
— CRMPR — Paraná (http://mais.sul.com.br/crmpr)
— CREMERJ — Rio de Janeiro (www.cremerj.com.br)
— CREMERS — Rio Grande do Sul (www.procergs.com.br/cremers)
— CREMERSC — Santa Catarina (www.cremersc.org.br)
— CREMESP — São Paulo (www.cremesp.com.br)
— CRMMA — Maranhão (www.elo.com.br/crm)
— CRMMG — Minas Gerais (www.cfm.org.br/crmmg.htm)
— AMB — Associação Médica Brasileira (www.amb.org.br)
— APM — Associação Paulista de Medicina (www.apm.org.br)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

— MS — Ministério da Saúde (www.saude.gov.br)
— CNS — Conselho Nacional de Saúde (www.datasus.gov.br/conselho/conselho.htm)
— SIMESP — Sindicato dos Médicos de São Paulo (www.simesp.com.br)
— Coordenação Nacional de DST e Aids (www.aids.gov.br)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ARTIGOS CIENTÍFICOS: Algumas Noções Fundamentais para Análise Crítica

Janete Livianu

O intensivista deve procurar sempre manter-se atualizado por meio da leitura de artigos publicados na literatura médica. Para isso, é essencial a compreensão de conceitos estatísticos básicos na avaliação crítica do que se preconiza nesses trabalhos.

Mesmo sem a pretensão de discutir em profundidade assunto tão complexo e árido, consideramos oportuno relembrar aqui, de maneira bastante sucinta, alguns conceitos essenciais:

VARIÁVEL

Qualquer atributo, fenômeno ou evento que possa apresentar valores diferentes.

Pode ser:

Variável categórica (qualitativa):

- nominal (sexo, grupo sangüíneo);
- ordinal (pressão arterial: alta, baixa, normal).

Variável numérica (quantitativa):

- discreta (contagem) — nº de dias, nº de cigarros;
- contínua (mensuração) — peso, altura, glicemia.

A descrição das variáveis numéricas pode ser feita pelas seguintes medidas:

1. Medidas de posição ou de tendência central: média, mediana, moda.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Média aritmética — fornece informação geral sobre um conjunto de medidas individuais. É calculada pelo somatório dos valores individuais dividido pelo número de valores.
- Mediana — valor que divide ao meio um conjunto de mensurações: 50% com os valores menores e 50% com os valores maiores que a mediana.
- Moda — é o valor que se repete com maior freqüência em um conjunto de observações.

2. Medidas de variabilidade ou dispersão: amplitude de variação, variância, desvio padrão.

- Amplitude de variação — diferença entre valores extremos (mínimo e máximo) da distribuição.
- Variância — mede a dispersão dos dados em torno da média. O desvio em relação à média é a diferença entre o valor de um dado e o valor da média da amostra de onde proveio esse dado. A variância tem a desvantagem de apresentar a unidade de medida ao quadrado. Por exemplo, se os dados são medidos em metros, a variância é dada em metros ao quadrado.
- Desvio padrão — é a raiz quadrada da variância. É uma medida de dispersão com as qualidades da variância, mas tem a mesma unidade de medida dos dados.

3. Medida de assimetria — coeficiente de assimetria (*Skewness).*

4. Medida de achatamento — curtose.

	Doença presente	Doença ausente	
Teste	Verdadeiro-positivo (a)	Falso-positivo (b)	Testes positivos (a)+(b)
Teste negativo	Falso-negativo (c)	Verdadeiro-negativo (d)	Testes negativos (c)+(d)
	Doentes (a)+(c)	Não doentes (b)+(c)	Todos os testes (N)

$$\text{Sensibilidade} = \frac{\text{verdadeiros-positivos}}{\text{doentes}} \quad \frac{a}{a+c}$$

$$\text{Especificidade} = \frac{\text{verdadeiros-negativos}}{\text{não-doentes}} \quad \frac{d}{b+d}$$

$$\text{Valor preditivo positivo} = \frac{\text{verdadeiros-positivos}}{\text{testes positivos}} \quad \frac{a}{a+b}$$

$$\text{Valor preditivo negativo} = \frac{\text{verdadeiros-negativos}}{\text{testes negativos}} \quad \frac{d}{c+d}$$

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A descrição das variáveis categóricas pode ser feita pela seguinte medida: proporção — número de observações com a característica de interesse dividido pelo número total de observações.

INTERVALO DE CONFIANÇA

Ao se calcular o valor de determinado parâmetro populacional (média, desvio padrão, risco) não é feita a medida em todos os indivíduos da população, o que forneceria o verdadeiro valor do parâmetro. O que se faz é, a partir de uma amostra, obter um valor que seja o mesmo, ou mais próximo, do valor verdadeiro.

Ocorrências de ERROS		*O que é observado na realidade*	
		Existe diferença	*Não existe diferença*
Conclusão a que chegou a pesquisa:	*Existe diferença*	Bom! A diferença foi detectada	Ruim! Detecta diferença que não existe (erro tipo I)
	Não existe diferença	Ruim! Não detecta diferença que existe (erro tipo II)	Bom! Não detecta diferença que não existe

Estima-se um intervalo (variação) entre dois valores determinados a partir de dados amostrais, de tal forma que existe probabilidade especificada (usualmente 95%) de que nele esteja incluído o valor verdadeiro de toda a população-alvo ou do universo.

Exemplo: observou-se em um estudo que o risco de desenvolvimento de linfoma gástrico era de 6,3 maior (95% de intervalo de confiança: 2,0 a 19,9) entre os portadores de infecção prévia por *H. pylori* do que em casos controle. Isto é: existe 95% de probabilidade de que o valor na população esteja entre 2,0 e 19,9, enquanto 6,3 está neste intervalo.

SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA

Estimativa de probabilidade de que a diferença encontrada entre os valores de dois ou mais conjuntos de medidas é verdadeira, não decorrendo do acaso. A diferença é estatisticamente significativa, quando sua chance de ocorrer ao acaso é inferior a 5% ($p < 0,05$), ou, sendo mais rigoroso, inferior a 1% ($p < 0,01$). Quanto menor a probabilidade de a diferença encontrada ser obra do acaso, menor será o valor de p.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SENSIBILIDADE DE UM TESTE DIAGNÓSTICO

É a propriedade de um determinado teste diagnóstico ser positivo, quando aplicado em uma pessoa que tem a doença.

ESPECIFICIDADE DE UM TESTE DIAGNÓSTICO

É a propriedade de o teste ser negativo, quando aplicado em uma pessoa que não tem a doença.

VALOR POSITIVO

Indica qual a probabilidade de não ter a doença quando o resultado do teste é negativo.

Erro α (alfa) ou Tipo I

Ocorre quando os dados amostrais demonstram um resultado estatisticamente significante mas, na realidade, não existe uma diferença verdadeira. É também chamado resultado **Falso-positivo**. Usualmente, tolera-se um erro tipo I de 5%.

Erro β (beta) ou Tipo II

Ocorre quando os dados amostrais não demonstram uma diferença estatisticamente significante, mas, na realidade, essa diferença existe. É também chamado de resultado **Falso-negativo**. Usualmente, tolera-se um erro tipo II de 10% ou 20% (ver tabela):

Eficácia (*Efficacy*)

Quando a intervenção funciona em condições ideais.

Exemplo: um paciente educado que tem e toma o medicamento prescrito regularmente e melhora.

Eficiência (*Efficiency*)

Quando a intervenção, de poucos recursos e baixo custo, proporciona grande benefício.

Efetividade (*Effectiveness*)

Quando a intervenção (adequada e fornecida em tempo correto) funciona no meio real. Apesar das imperfeições (exemplo: o paciente não tem boa condição clínica, não tem acesso ao medicamento, ou não o ingere como prescrito), o resultado esperado é alcançado.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PREPARANDO UMA AULA: Leve em Conta Algumas Regras Básicas

Luiz A. Factore

A comunicação é uma questão de sobrevivência profissional nos dias de hoje. Ela tem como objetivo transmitir mensagens a um receptor. Pode ser feita de várias formas: palavra falada, palavra escrita, gestos simbólicos, imagens e, mais recentemente, através da multimídia, que usa diversas tecnologias de informação.

Falar em público constitui forma de comunicação eficaz para transmitir mensagens a um grande número de pessoas, seja em sessão de treinamento, seminários ou conferências. Se, por um lado, falar em público constitui a forma mais eficaz de transmitir uma mensagem, por outro, exige preparo maior para que a comunicação alcance seu objetivo de forma clara.

O principal objetivo de uma apresentação é transmitir informações. Observe algumas recomendações que podem ajudá-lo a ter sucesso no uso da palavra falada:

1 — ensinar: o público deve aprender alguma coisa com a sua fala;

2 — entreter: o discurso deve ser agradável;

3 — explicar: todas as passagens de sua apresentação devem ficar claras.

As apresentações descontraídas, que aparentam segurança e tranqüilidade, são invariavelmente resultado de árduo preparo, pesquisa e trabalho. Para cada hora de apresentação, reserve 10 (dez) horas de preparo!

A fase de preparação constitui elemento dos mais importantes para o sucesso. Ela envolve a definição do objetivo de seu discurso,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a organização dos principais itens de sua fala e a escolha do método audiovisual empregado.

O primeiro princípio básico da mensagem é ter um objetivo: é a Meta, o Destino, o Propósito, o Fim que temos em vista, o Alvo. É a razão de ser do que estamos fazendo. É espantoso com que freqüência as oportunidades são desperdiçadas, porque a pessoa tem um objetivo misturado ou confuso. A falta de definição clara da razão da apresentação pode torná-la caótica e desinteressante.

Determinando com precisão nosso objetivo, podemos dar o primeiro passo vital para expor com clareza as idéias. A definição do objetivo de sua apresentação deve ser clara e limitada, no máximo, a três ou quatro itens principais, que deverão ser apresentados de forma simples.

Durante a elaboração de sua apresentação, concentre-se no objetivo, a fim de garantir eficácia.

Sua narrativa deve fornecer um começo (Introdução), um meio (Conteúdo) e um fim (Conclusão) definidos claramente. Prepare um esboço escrito do que será apresentado. Ao elaborá-lo, lembre-se que ele deve ser simples o suficiente para ser lido com uma passada de olhos. Um texto para 30 minutos de discurso precisa de cerca de 4.800 palavras e muitas horas de trabalho. Lembre-se de que é melhor terminar seu discurso antes do previsto do que estourar o tempo!

Ao preparar uma apresentação, devemos levar em conta a capacidade de atenção da platéia. O público está bastante alerta logo após o início, atinge sua capacidade máxima de atenção aos 10 minutos que, a partir daí, vai caindo até os 30 ou 35 minutos, quando volta a crescer próximo do encerramento.

INTRODUÇÃO

A Introdução deve oferecer à platéia uma noção geral do tema que será trabalhado. Use dados estatísticos que possam chamar a atenção.

Procure mostrar que o assunto que será apresentado constitui fato da maior importância para a platéia. Lembre-se de verificar o nível de informação do público para o qual está sendo feita a apresentação. Sua introdução deverá ser concluída com uma lista de objetivos e uma breve descrição dos tópicos que serão utilizados na palestra. Nesta fase do discurso, a platéia não está com o máximo de atenção; portanto, reserve suas idéias mais fortes para serem apresentadas durante o meio da apresentação, quando abordar o Conteúdo.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CONTEÚDO

O Conteúdo deve ser constituído de "pontos de referência" bastante claros e relacionados entre si, de forma que a apresentação possa fluir de maneira lógica, com os itens relacionando-se entre si. Nesta fase da apresentação a platéia encontra-se com a atenção no ponto ideal para que sejam apresentadas as idéias mais fortes do discurso. A duração desta fase não deve ultrapassar 20 minutos.

CONCLUSÃO

A Conclusão de sua apresentação deve ser feita com chave de ouro. É vital fazer uma conclusão forte, uma vez que isso ajuda a formar na platéia a impressão de que alguma coisa foi ganha. Sinalize o final de sua apresentação, pois, ao informar a platéia de que o término se aproxima, a intensidade da atenção volta a se tornar maior. Neste momento são apresentados os pontos centrais de forma resumida, de tal sorte que a platéia tenha a oportunidade de recapitular o assunto, e repensar as perguntas que queira formular.

Use recursos visuais, sempre que possível. Lembre-se de que a platéia absorve mais informação pelo olhar do que pela audição. Os recursos audiovisuais podem ser classificados como de baixa, média e alta complexidade. Os de baixa complexidade envolvem: folhetos, quadro de anotações e *flip-chart*. No grupo que envolve os de média complexidade encontramos os projetores de *slides*, projetor de transparências e os sistemas de áudio para tradução simultânea. Os recursos de alta complexidade envolvem os sistemas de vídeo, multimídia e gráficos de computador. Estes recursos devem ser selecionados de acordo com o tamanho da platéia e com a familiaridade do orador. Os diversos recursos exigem abordagens diferentes para sua melhor utilização. Os recursos audiovisuais mais usados ainda são o projetor de *slides* e o retroprojetor.

Observe, a seguir, algumas "dicas" que a prática nos vai ensinando:

1) Antes da apresentação, procure inteirar-se sobre os recursos audio-visuais disponíveis na sala e, em particular, aqueles existentes no oratório: ajustes de altura para o microfone, posição da chave liga-desliga, controle remoto para o projetor de *slides,* comprimento e posicionamento dos fios, possibilidade de retirar o microfone do pedestal etc.

2) Ao entregar seus diapositivos no *slides-desk*, certifique-se de que os mesmos foram colocados na seqüência e na posição corretas dentro do carrossel;

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3) A aparência do orador causa enorme impacto na platéia; nem sempre é necessário vestir um terno, mas é obrigatório estar bem trajado;

4) O uso do oratório favorece consultar eventuais anotações, mas restringe a movimentação;

5) Se puder, fale sem usar anotações e movimente-se pelo palco, quando possível; muito cuidado com a tentação de ler os *slides*; lembre-se de que a platéia consegue visualizar o texto de forma mais rápida do que sua leitura; o resultado é um prejuízo certo na interação entre orador e audiência;

6) Ao falar, mantenha seu olhar no centro da platéia; estabeleça contato visual com os diferentes ouvintes;

7) Mantenha as mãos fora dos bolsos;

8) Dê uma pausa toda vez que apresentar um tópico importante;

9) Caso você saiba, antecipadamente, que não poderá prescindir de algumas "deixas" escritas nos diapositivos, procure posicionar-se em local mais afastado e lateralizado em relação à tela de projeção; dessa forma será possível evitar dar as costas totalmente à platéia, para ler o *slide*;

10) É recomendável não interromper bruscamente sua fala entre um diapositivo e outro; procure introduzir um texto de transição que funcione como preparativo para o assunto contido no próximo *slide;* tal recurso impressiona positivamente a audiência, na medida em que comprova que a aula foi, de fato, bem preparada; uma maneira simples é escrever o título do próximo tópico no final das anotações (em papel) feitas para o *slide* anterior;

11) A utilização de apontador do tipo *laser* demanda uma certa prática no manuseio; nada distrai mais a atenção da platéia do que acompanhar as loucas peripécias de uma "bolinha vermelha" movimentando-se frenética e aleatoriamente por todas as paredes e o teto da sala!;

12) Utilize uma idéia básica para cada visual; evite mais de sete palavras por linha e mais de sete linhas por diapositivo; empregue letras grandes, e não utilize mais de três tamanhos de letras por *slide;*

13) O uso de cores nos *slides* constitui forma de proporcionar impacto visual; cuidado, porém, com os excessos.

Existem excelentes manuais de recomendações que mostram como organizar seu material, criar recursos visuais e como se comportar diante do público. Devemos lembrar, entretanto, que a melhor forma de aperfeiçoar nossa capacidade de realizar boas apresentações é a prática.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PESQUISA CLÍNICA EM UTI: Há Normas...

Janete Livianu
Eduardo Motti
Flávio Maciel
José G. Gerstler

O atendimento em Terapia Intensiva é uma atividade assistencial intimamente ligada à pesquisa clínica, em virtude do impacto que novas tecnologias e medicamentos podem ter na sobrevida dos pacientes.

Está claro, porém, que a imensa maioria das UTIs brasileiras dedica-se, de forma quase exclusiva, à atividade assistencial.

Contrastando com a realidade de países mais desenvolvidos, científica e tecnologicamente, pesquisas clínicas e básicas no campo da Medicina Intensiva são bastante incipientes e limitadas a uns poucos centros em nosso país.

São várias as razões que nos colocam na condição básica de *"consumidores de* know-how *estrangeiro",* e sua discussão fugiria ao escopo deste manual.

De qualquer forma, e apesar das dificuldades, não há por que nos resignarmos e passivamente assimilarmos o rótulo de *"meros importadores de Ciência".*

Para aqueles mais céticos, está aí o exemplo da Solução Hipertônica, uma pesquisa genuinamente "nativa", e que ganhou respeito mundial! Mais recentemente, o Brasil vem alcançando destaque também com trabalhos sobre novas técnicas de suporte ventilatório. Exemplos como esses **precisam** multiplicar-se...

Talvez este cenário pouco lisonjeiro comece a modificar-se nos próximos anos, com retorno de vários colegas intensivistas, que foram complementar sua formação científica em renomados centros de pesquisa na América do Norte e Europa.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Outro fator a ser considerado é que há mais de uma década os governos e as indústrias famacêuticas vêm trabalhando no sentido de definir claramente os padrões internacionais de qualidade para as pesquisas com novas drogas. Esses padrões chamam-se em inglês "Good Clinical Practice" ou Boas Práticas em Pesquisa Clínica e regulam os requisitos científicos das pesquisas, a proteção aos direitos dos pacientes e a capacidade de as informações serem verificadas (ou auditadas) a qualquer momento.

Como resultado, as pesquisas realizadas na Alemanha, EUA, Brasil, ou Tailândia passam a ter um padrão de qualidade único e verificável. Assim, as indústrias podem realizar as pesquisas em qualquer lugar do globo, sem se restringirem aos centros tradicionais.

Por outro lado, o Brasil também deu sua contribuição, ao aprovar, a partir de 1988, legislação específica sobre a pesquisa com seres humanos, cristalizada na resolução 196, de 1996. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, basicamente cria os Comitês de Ética em Pesquisa nas instituições interessadas, e dá diretrizes claras e detalhadas dos cuidados que os pesquisadores devem ter. Criou também uma Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP, em Brasília, que coordena as atividades dos comitês locais (veja o texto completo da resolução na página 430, Capítulo 8 — Apêndice).

Com essas condições, o número de projetos internacionais com participação de centros brasileiros vem crescendo significativamente, e as indústrias farmacêuticas vêm procurando, cada vez mais, conduzir pesquisas clínicas com instituições hospitalares brasileiras.

Aos centros interessados — e seus intrépidos intensivistas! — aqui vai um teste rápido para saber se seu projeto está de acordo com as normas de Boas Práticas em Pesquisa Clínica:

1 — Existe protocolo escrito, com objetivos e metodologia bem definidos?

2 — Existe termo de consentimento que descreve o estudo, assinado livremente pelo participante?

3 — Existe Comissão de Ética independente, que revisou e aprovou o protocolo e o termo de consentimento?

4 — O estudo foi conduzido de acordo com o protocolo?

5 — Existe contabilidade dos medicamentos utilizados?

6 — As reações adversas foram adequadamente reportadas?

7 — Os documentos-fontes estão arquivados?

8 — Há procedimento para retenção das informações do estudo?

9 — Há arquivo administrativo do estudo, com os documentos oficiais assinados?

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

10 — Houve monitorização documentada dos itens anteriores? Aceitaria auditoria externa?

Para esses "intrépidos intensivistas", e para tantos outros que se sintam estimulados a seguir-lhes os passos, vão aqui algumas informações interessantes.

Voltando um pouco na história, vamos ao ano de 1979, quando, nos Estados Unidos, a "National Commission for the Protection of the Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences" produziu o chamado "Belmont Report", onde foram lançadas as bases dos itens éticos. Pouco depois, Beauchamp e Childress introduziram mais um princípio — NÃO MALEFICÊNCIA — completando o conjunto dos princípios que regem a Bioética de nossos dias:

- Justiça,
- Beneficência,
- Autonomia
- Não Maleficência.

No que diz respeito especificamente à Medicina Intensiva, foi elaborada, em 1991, a Declaração do Rio de Janeiro.

Trata-se de documento que reúne uma série de recomendações organizadas pela Federação Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva, acerca da investigação biomédica:

A investigação biomédica de pacientes em unidades de terapia intensiva é regida por normas estabelecidas em documentos como a Declaração de Helsínqui (1964), Normas Éticas para Investigação Clínica da Associação Médica Americana (1996) e Investigação em Seres Humanos da Associação Médica Britânica (1963).

Os aspectos que podem estar relacionados ao doente crítico são os seguintes:

a) O protocolo do projeto de investigação deve ser revisado por Comitê Institucional constituído de pessoas capacitadas no campo de ética médica e investigação biomédica.

b) A validade de consentimento do paciente depende: 1) de sua competência para tomar decisões ou por consentimento de um representante, no caso de incapacidade do paciente; 2) de que lhe sejam oferecidas informações apropriadas; 3) da total ausência de coação.

c) Investigação clínica é diferente do tratamento inovador.

Uma vez falhando o tratamento convencional, podemos usar fármacos aprovados e utilizados para outras finalidades, em situação na qual não se tenha ainda usado; a isto chamamos tratamento inovador.

Nessa situação, o mais importante é o juízo clínico. A investigação clínica tem como finalidade dar lugar a novos conhecimentos e deve ser submetida a regras estritas.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

d) Se algum médico tem objeções fundamentadas contra alguma investigação clínica, deve comunicar ao Comitê Institucional, a fim de ser excluído de responsabilidades, tanto na realização como nas eventuais conseqüências do estudo.

Como fica claro na leitura do texto acima, obter consentimento do paciente, ou responsável é condição indispensável para qualquer pesquisa biomédica. Cabe, porém, ao pesquisador zelar para que as necessárias informações sejam, de fato, esclarecedoras e perfeitamente compreensíveis. Isto inclui, certamente, menção a riscos potenciais e, inclusive, pleno direito do paciente de recusar-se a participar de determinada pesquisa.

Para aqueles que concordam, deve ser assegurado compromisso de que não será negado acesso, nem tampouco suspensão de terapêutica comprovadamente eficaz. Qualquer atitude que se afaste desta diretriz não poderá ser considerada ética.

Cabe aqui também menção aos artigos 129 e 130 do Código de Ética Médica, que proíbem ao médico:

"Executar ou participar de pesquisa médica em que haja necessidade de suspender ou deixar de usar terapêutica consagrada e, com isso, prejudicar o paciente".

"Realizar experiências com novos tratamentos clínicos ou cirúrgicos em pacientes com afecção incurável ou terminal, sem que haja esperança razoável de utilidade para o mesmo, não lhe impondo sofrimentos adicionais".

Você gostaria de elaborar corretamente o tal "Consentimento Livre e Esclarecido", já em seu próximo estudo clínico? Tudo bem: então, observe O MODELO sugerido à página 535, Capítulo 8 — Apêndice.

A assinatura desse termo é fundamental para qualquer projeto de pesquisa ou utilização de terapêutica experimental não aprovados pela autoridade sanitária.

Sua utilização correta e humana é igualmente importante, particularmente na UTI, onde os pacientes e seus familiares estão em situação estressante.

Muita gente ainda acha que, por estar em situação extrema, ou inconsciente, não se faz necessário que o paciente formalize seu consentimento por escrito. Essa experiência não é comprovada pelos centros que realizam rotineiramente pesquisas clínicas. O que faz a diferença é a habilidade do entrevistador em prestar as informações com confiança e, ao mesmo tempo, isenção.

Os pacientes de UTI, sempre que possível, devem receber as explicações devidas sobre a pesquisa e as condições do termo e assiná-lo

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pessoalmente. Quando sua capacidade de assinar estiver comprometida, mas a capacidade de julgamento preservada, o consentimento pode ser atestado por uma testemunha que não faça parte da equipe de pesquisa.

Por outro lado, quando for impossível obter o consentimento direto do paciente, o familiar ou responsável legal podem assinar o termo em seu lugar.

O paciente e sua família devem sempre receber uma cópia do termo de consentimento utilizado.

Duas dicas finais sobre pesquisa clínica: essa atividade é hoje considerada multiprofissional por excelência. Não existe mais aquela pesquisa feita pelo médico, e só por ele. Hoje, é fundamental a formação de equipe constituída de vários profissionais da área médica, de enfermagem, de administração, de farmácia e de psicologia.

A segunda dica importante é consultar a recém-criada Sociedade Brasileira de Profissionais de Pesquisa Clínica, que desenvolve cursos e orienta os interessados em pesquisa.

ESTRATÉGIAS PARA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

As principais estratégias para investigação de um tema de saúde são:

1. Estudo de caso
2. Investigação laboratorial
3. Pesquisa populacional
3.1. estudo descritivo
3.2. estudo analítico
3.2.1. ensaio clínico randomizado
3.2.2. estudo de coorte
3.2.3. estudo de caso-controle
3.2.4. estudo transversal
3.3. estudo ecológico (ou estatístico)

Agora, vamos entender um pouco melhor cada uma destas modalidades:

1. ESTUDO (RELATO) DE CASO(S*):* é a descrição detalhada de um só caso ou de vários casos. Geralmente é a primeira abordagem de um tema, para avaliação inicial de doença rara ou mal conhecida.

2. INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL*:* o laboratório é ideal para estudos experimentais. A subjetividade na aferição dos dados pode ser reduzida através de rigoroso controle. O problema de investigação em animais é a extrapolação dos resultados para seres humanos.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3. PESQUISA POPULACIONAL*:* é a abordagem principal da epidemiologia.

3.1. ESTUDO DESCRITIVO*:* informa, em termos quantitativos, a distribuição de um evento. Pode ser sobre incidência ou prevalência. Como não há grupo-controle, são estudos não controlados.

3.2. ESTUDO ANALÍTICO*:* a principal diferença dos estudos descritivos é a presença de um grupo de controle, formado simultaneamente com o grupo de estudo, e que serve para comparação dos resultados.

3.2.1. ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO*:* parte-se da causa em direção ao efeito. Os participantes são colocados aleatoriamente (visando grupos com características semelhantes) para formar os grupos-estudo e controle. A intervenção será feita apenas em um grupo, sendo o outro para comparação dos resultados. Exemplo: comparação do efeito de uma vacina e de um placebo.

3.2.2. ESTUDO DE COORTE*:* em inglês *cohort study*. Parte-se da causa em direção ao efeito, mas não há alocação aleatória da exposição. Os participantes são escolhidos a partir de evento comum a todos eles e acompanhados para observação do aparecimento do resultado do estudo. Exemplo: exposição a um fator de risco e acompanhamento até o desenvolvimento da doença.

3.2.3. ESTUDO DE CASO-CONTROLE*:* parte-se do efeito para chegar às causas. Identifica-se um grupo de indivíduos que apresenta em comum a doença, o evento ou atributo a ser estudado: é o grupo de casos. Ao mesmo tempo, identificam-se indivíduos com características demográficas (idade, sexo, raça, classe social) semelhante ao grupo de casos, mas que não apresentam a doença. Então, quantifica-se a freqüência da variável supostamente causal (fator de risco, uso de medicamentos, exposição a agente físico etc.) que esteve presente no grupo de casos e no grupo-controle.

3.2.4. ESTUDO TRANSVERSAL*:* também chamado estudo seccional. É realizado em um momento determinado ou em curto período de tempo, onde a exposição e o efeito são medidos simultaneamente. Este tipo de estudo fornece um perfil da população em relação à freqüência e tipo de eventos e problemas de saúde.

3.3. ESTUDO ECOLÓGICO*:* a exposição a fatores causais de uma doença ou de sua proteção são avaliados no total de população (país, estado, região), e não nos indivíduos. Exemplo: pesquisa de correlação entre consumo de álcool e incidência de câncer gástrico que utilize anuários estatísticos. Este tipo de estudo serve para levantar hipóteses, que, posteriormente, serão investigadas por métodos mais detalhados.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PLANEJAMENTO DA PESQUISA CLÍNICA

Ensaio clínico é o modelo de pesquisa científica onde o pesquisador especifica o grupo que vai ser estudado, seleciona o tratamento ou as intervenções a que esse grupo será submetido e observa os resultados.

Este modelo descrito assemelha-se muito ao experimental, que se compõe de um grupo de tratamento — também denominado **Grupo Experimental** ou **de Estudo** —, comparado a outro grupo, que será submetido às mesmas condições do primeiro, exceto nos tópicos-alvo da pesquisa; este segundo grupo é chamado **Grupo-Controle**.

A pesquisa clínica utiliza-se do modelo amostral, que significa retirar amostra da população-alvo do estudo, observar e testar variáveis nesta amostra e inferir o mesmo comportamento para a população de origem.

A principal etapa na realização da pesquisa clínica é o planejamento. Fazendo uma analogia, o que aconteceria se um avião decolasse sem traçar um plano de vôo e sem considerar os fatores climáticos externos à aeronave? Provavelmente, não conseguiria completar o trajeto, ou chegaria a um ponto muito diferente do pretendido.

Na pesquisa clínica, a falta de planejamento pode levar à impossibilidade de conclusão do estudo, ou a resultados muito distantes da realidade. Este desvio da realidade é chamado, tecnicamente, **vício ou tendenciosidade** (em inglês *bias*), e pode ocorrer a qualquer momento no decorrer do estudo.

O planejamento deverá traçar objetivos, e evitar o vício, através de métodos que serão descritos a seguir. Quando acontece um vício no planejamento da pesquisa, é impossível detectá-lo através da análise estatística; esta tem a função de apontar apenas a probabilidade de haver ocorrido o acaso nas diferenças reveladas durante a observação.

Esse planejamento, tão importante, é descrito em documento chamado **protocolo.** Ele deve ser escrito em linguagem clara e detalhada e será o guia da realização da pesquisa, que inclui o objetivo, a metodologia e a ética do estudo. Nesse documento deverão constar todas as informações e explicações para a realização de estudo, assim como as regras de inclusão, exclusão, interrupção da pesquisa e padrões clínicos e laboratoriais aceitos para o estudo em questão.

O protocolo de pesquisa deverá ser utilizado somente para leitura; as anotações e o registro dos dados obtidos da observação clínica deverão ser feitos de forma dirigida e específica para o estudo em andamento, em impresso chamado **ficha de observação clínica**; ela será utilizada para levantamento dos dados.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

É imperativo, portanto, que **o protocolo seja escrito antes de iniciar a pesquisa**, e os passos apresentados de forma detalhada. As observações clínicas e os dados laboratoriais serão anotados em ficha separada, específica para esse fim.

FASES DO PLANEJAMENTO DA PESQUISA CLÍNICA

- Definir claramente o objetivo
- Planejar a coleta dos dados (amostragem)
- Escolher o esquema para evitar o vício (desenho metodológico)
- Calcular o tempo e o custo da pesquisa
- Planejar alocação de recursos, equipamentos e serviços de terceiros

Definir Claramente o Objetivo do Estudo

Devemos ter em mente que é impossível atingir a verdade universal e explicar todos os fenômenos envolvidos em um único estudo, e que este tem o objetivo de contribuir de forma honesta e cientificamente válida, com o mínimo de desvio possível da realidade, para responder a indagações do conhecimento humano.

Devemos ter consciência de que, ao iniciarmos um estudo, estaremos ligados a nosso conhecimento prévio. Se hoje, por exemplo, pode ser considerada uma piada falar a um estudante de Medicina que o centro das emoções localiza-se no coração, durante séculos esta já foi uma verdade incontestável. Por isto, não nos podemos esquecer jamais de que o conhecimento avança em degraus, e que estamos fortemente ligados ao conhecimento acumulado e aos recursos tecnológicos atuais.

Um estudo clínico deverá ter um único objetivo ou alguns poucos objetivos interligados entre si, e as questões formuladas deverão estar diretamente relacionadas a este ou estes objetivos.

Planejar a Coleta de Dados (Amostragem)

A extrapolação dos resultados obtidos em ensaios clínicos depende das características dos pacientes do estudo, sendo essa situação, por si, uma restrição à abrangência da conclusão do estudo.

As razões para que os pacientes sejam ou não estudados dependem dos critérios estabelecidos previamente pelo pesquisador; estes, por sua vez, são descritos no item inclusão e exclusão do protocolo. Esses critérios visam manter a homogeneidade dos fatores que serão controlados durante o ensaio, tanto no grupo-controle quanto no grupo de estudo.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Quanto maior o rigor nesses critérios, menor será o vício. O preço que se paga, porém, é a menor capacidade de generalização dos resultados obtidos. Devemos também sempre considerar que este método de seleção dos pacientes é uma forma de viciar a amostra; por isso, é inaceitável um trabalho realizado com metodologia amostral tecer conclusões generalizadas a todos os centros de atendimentos médico.

Outra causa de vício inerente à metodologia é a possibilidade de alteração do comportamento do paciente, sua opinião sobre a eficácia, ou até mesmo o curso das doenças de cunho psicossomático (efeito *Hawthome*), em virtude da situação e da atenção especial que recebe. Formas para minimizar os desvios serão apresentadas no próximo tópico.

Na maioria dos estudos clínicos, o número de pacientes analisados é pequeno e a amostragem pode ser delineada conforme algumas características:

a) **estudos com relato de casos:** são estudos com descrição de doenças pouco comuns, de forma detalhada. Estes estudos são de vital importância para delinear novas linhas de pesquisa e de auxílio para a prática clínica, na solução de problemas difíceis e incomuns;

b) **estudos de caso-controle:** esses estudos de maior complexidade tendem a definir causa-efeito, por meio do controle da população que freqüenta o serviço médico; não se tem a definição exata da população geral e o grupo-controle é escolhido pelo investigador à semelhança do grupo de estudo;

c) **estudos de incidências:** em geral se iniciam com a definição da população que será estudada e se registra a ocorrência de casos novos. Não ocorre seleção ativa por parte do investigador e o grupo-controle são as pessoas desta mesma população, que, no período de estudo, não apresentaram a ocorrência do evento estudado.

Os modelos acima são os mais utilizados nos serviços médicos para pesquisa clínica. Existem muitos outros modelos, principalmente no âmbito da pesquisa epidemiológica, que não serão aqui discutidos.

Definido o modelo amostral, o profissional da área de Estatística deverá ser convocado para definir a coleta propriamente dita dos dados, planejar a análise que será realizada e dimensionar o tamanho da amostra suficiente para a detecção de alguma diferença, se ela existir.

Escolha do Esquema para Evitar o Vício (Desenho Metodológico)

Inicialmente, faremos uma breve consideração sobre os tipos mais comuns de vícios inerentes à própria metodologia da pesquisa clínica, no modelo experimental. São três os principais:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a) **vícios de amostragem:** ocorrem quando grupos diferentes — quanto a fatores que influenciam a análise clínica — são comparados, como, por exemplo: avaliar a influência do tabagismo nos adolescentes quando, no grupo estudado, 80% são do sexo masculino e, no grupo-controle, 80% são do feminino;

b) **vícios de confusão:** confusão que se pode fazer entre a causa e a conseqüência de um fator. Por exemplo: detectou-se aumento de infarto do miocárdio com o uso de um medicamento, e também se notou que os pacientes com a mesma medicação desenvolviam hipertensão arterial, o que sabidamente aumenta o risco de infarto. Evitando esse vício, a conclusão correta é que o novo medicamento leva à hipertensão arterial, e não diretamente ao infarto;

c) **vícios de aferição:** quando se utilizam formas de mensuração distintas entre os pacientes ou grupos de pacientes, com métodos laboratoriais diferentes, equipamentos diferentes etc.

Os métodos utilizados para minimizar os vícios são vários, sendo o mais utilizado a aleatorização (ou randomização). Outros métodos existem, com o pareamento, a estratificação e o ajustamento. Já para diminuir o risco de aferição, o método de cegamento é o mais indicado. O estudo poderá ser simples-cego, quando o paciente não sabe a que grupo pertence, ou duplo-cego, quando o paciente e o investigador desconhecem a que grupo o paciente pertence.

Calcular o Tempo e o Custo da Pesquisa

Muitas vezes a procura de respostas para questões leva ao início de pesquisas que jamais terminam. Com a experiência de cada serviço médico, o tempo poderá ser estimado aproximadamente. Uma regra simples é fazer levantamento retrospectivo no arquivo do hospital, a respeito de quantos casos seriam incluídos por mês, caso o protocolo tivesse começado um ano antes. No planejamento bem feito, tem-se uma perda de 10% a 20% dos casos, devido a fatores não previsíveis. Então, fazemos a seguinte conta para estimar o tempo necessário: (nº de casos previstos no estudo + 20%) / (nº de casos atendidos por mês no serviço) = tempo estimado do estudo (em meses).

Caso o estudo dependa de financiamento, os custos com material de consumo, exames complementares, contratação ou remuneração de pessoal deverão ser previstos. Em todas as fases, os fatores de custo monetário e tempo de deslocamento da equipe do atendimento assistencial deverão ser cruzados com o benefício da pesquisa clínica voltada para os próprios pacientes.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Planejar Alocação de Equipamentos e Serviços de Terceiros

Um estudo clínico, muitas vezes, deixa de concretizar-se, por falta de envolvimento com a instituição, falta de equipamentos, mudança de um reagente ou material de análises clínicas que vinha sendo utilizado, falta de tempo disponível da equipe paramédica, não envolvimento da equipe médica, falta de disponibilidade do setor de Estatística etc. Todos esses fatores deverão ser considerados, negociados e compromissados antes da realização do estudo.

ÉTICA NA REALIZAÇÃO E NA PUBLICAÇÃO DA PESQUISA CLÍNICA

O progresso da Medicina, com a descoberta e aplicação de novos métodos terapêuticos, inevitavelmente implica também novos riscos para os enfermos. Isto se deve tanto a efeitos colaterais como à falta de conhecimento completo das conseqüências de drogas ou procedimentos técnicos avançados. Para controle de tais riscos, a experimentação é fundamental.

Ocorre, no entanto, que os experimentos em animais nem sempre bastam, pois sua correspondência no homem não é completa, e pode ser questionada. Daí a necessidade da condução de experimentos em seres humanos, o que, é claro, levanta importantíssimas questões éticas.

Este fator, ressaltado no Código de Nuremberg, em 1947, estabeleceu que toda experiência desse tipo deveria evitar qualquer dano ou sofrimento físico e mental.

Esses conceitos foram insistentemente debatidos, destacando-se o II Congresso Internacional sobre a Moral Médica, realizado na França, e a Conferência Ciba, na Inglaterra, ambos na década de 60.

O documento mais significativo sobre o assunto, entretanto, ficou conhecido como Declaração de Helsínqui, e foi publicado em 1964. Os principais pontos da famosa declaração são:

- A pesquisa clínica deve basear-se em experiências laboratoriais e animais, ou em outro fato científico comprovado;
- A pesquisa clínica deve ser conduzida por pessoas previamente qualificadas cientificamente;
- A importância do objetivo deve considerar o risco da metodologia;
- A personalidade do indivíduo submetido ao estudo deve ser considerada dentre os cuidados especiais a serem tomados na condução da pesquisa;

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Todos os detalhes, incluindo o risco da pesquisa clínica, devem ser minuciosamente expostos pelo médico ao indivíduo;
- Sem prévio consentimento do paciente, a pesquisa clínica não pode ser realizada;
- Esse consentimento deverá ser, de preferência, obtido por escrito. Isso, no entanto, não livra o médico da responsabilidade de tudo o que for realizado com o paciente;
- O indivíduo pode, a qualquer momento da pesquisa, cancelar a permissão, devendo seu desejo ser respeitado;
- Também constitui motivo de interrupção da pesquisa o julgamento, por parte do médico, de que está colocando o paciente em risco maior do que o projetado inicialmente.

Tudo isto já deve ser considerado no planejamento da pesquisa e mentalizado durante toda a sua execução. As Comissões Científicas e as Comissões de Ética das instituições devem manter constante vigilância sobre os protocolos, no sentido de orientar os jovens pesquisadores a respeito do assunto.

No momento da publicação, novos princípios éticos devem ser obedecidos: a publicação do mesmo material em veículos diferentes de informação médica constitui afronta à lei de direitos autorais e à ética da publicação científica; já a publicação paralela do material em dois veículos, simultaneamente, com o consentimento de seus respectivos editores, quando se tratar de revistas de línguas diferentes, é, no entanto, permitida. A fraude e o plágio são obviamente criminosos. Não se pode copiar ou reproduzir um trabalho original, em parte ou por inteiro, sem autorização do proprietário dos direitos autorais, devidamente citada no texto. Da mesma forma, as separatas de uma publicação são propriedade do detentor de direitos autorais.

FASES DA PESQUISA DE NOVAS DROGAS

Em eventos científicos, é relativamente comum que os conferencistas façam referência a novas drogas, em vias de chegar ao mercado, informando à platéia que tal substância química se encontra ainda em "Fase II", ou outro produto já em "Fase IV". Afinal, você sabe exatamente o que significa esta terminologia?

O caminho do desenvolvimento de novos medicamentos, que vai do descobrimento de uma nova molécula até a prateleira da farmácia, dura de oito a 12 anos e consome US$ 400 milhões, em média.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Durante esse período, são realizados testes iniciais em laboratórios (*in vitro*) e em várias espécies de animais de experimentação. Esses testes servem, em primeiro lugar, para verificar a atividade bioquímica da nova molécula (por exemplo, um inibidor enzimático), a relação de doses ativas e tóxicas em vários tipos de animais, a metabolização, a toxicidade aguda e crônica, a carcinogênese e a embriotoxicidade.

Caso esses estudos iniciais se mostrem promissores, a nova droga deve receber aprovação para o início dos testes em humanos, que se dividem em cinco "fases":

Fase I — Farmacologia Clínica e Toxicidade

Estudo do *perfil farmacológico* (absorção, metabolismo, distribuição e excreção), farmacocinética e *efeitos tóxicos* em doses crescentes.

É a primeira introdução de uma droga ou vacina em seres humanos, sempre realizada em um número pequeno de voluntários sadios (até de 20 ou 100), monitorizados rigorosamente em unidades de farmacologia clínica. Raramente é realizada no Brasil.

Fase II — Investigação Clínica Inicial do Efeito do Tratamento

Geralmente dividida em duas etapas. Na *fase IIa,* são realizados estudos-pilotos, com pacientes da doença a ser tratada, para *comprovar a ação terapêutica*.

São também chamados estudos de prova de conceito, especialmente quando se trata de medicamentos com novo modo de ação. Algumas dezenas de pacientes sadios altamente selecionados e monitorizados com rigor recebem a droga em períodos curtos, para avaliar a ação terapêutica e eventuais efeitos tóxicos.

Na fase IIb avalia-se a dose-resposta, isto é, procura-se a dose ideal para provocar o efeito terapêutico, sem efeitos colaterais. São geralmente tratados 200 a 500 pacientes em estudos controlados com placebo, ou com a terapia padrão para a condição clínica.

Fase III — Ensaio Clínico em Larga Escala

Nessa fase, procura-se avaliar com mais exatidão a *eficácia e segurança clínicas.*

Para tanto, os estudos devem abranger várias centenas de pacientes, com as características mais próximas possíveis da realidade clínica. Eles são tratados com as doses mais adequadas da droga em teste, em comparação com placebo (no caso de condições sem trata-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mento adequado), ou com as drogas corretamente em uso para a doença. Em geral são desenvolvidos concomitantemente vários protocolos randômicos, controlados e duplo-cegos.

Ao final desses estudos, a experiência com a nova droga chega a incluir vários milhares de pacientes e, se os resultados fazem prever a utilidade clínica e a viabilidade econômica, o laboratório produtor pode apresentar os resultados conjuntos das três fases à autoridade sanitária e requerer o registro do novo medicamento e licença para comercialização.

Fase IV — Estudos Pós-comercialização

Esta fase é realizada após a liberação da droga para comercialização pelo Ministério da Saúde ou FDA (Food and Drug Administration) nos Estados Unidos. Os estudos propostos nessa fase têm várias finalidades: farmacovigilância (melhorar o conhecimento sobre o perfil de segurança, com informações controladas em grandes populações ou por prazo mais longo, desenvolvimento de mercado (comparação com drogas líderes de mercado), ou uso em populações especiais (crianças, idosos, diabéticos etc.).

Fase V — Novas Indicações

Nessa fase, buscam-se novas indicações para drogas já comercializadas, com base no mecanismo de ação, que pode estar envolvido em variadas condições clínicas. Por exemplo, os inibidores da enzima conversora de angiotensina eram aprovados como anti-hipertensivos quando estudados para insuficiência cardíaca, ou a finasterida que age sobre a hipertrofia prostática e sobre a calvície masculina.

Em geral, apenas uma de cada 200 substâncias submetidas aos testes iniciais chega ao uso clínico.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA: Técnica para a Redação de Artigos

Flávio Maciel
José G. Gerstler

Um dos requisitos pouco lembrados pelos residentes egressos de Programas de Treinamento em Medicina Intensiva é a redação obrigatória de monografia.

Conforme já explicado em outras partes deste livro, o candidato à prova de título tem de cumprir um ano de estágio em Centro Formador reconhecido pela AMIB. Esse estágio é regido por normas próprias, emanadas da Comissão de Formação do Intensivista, que incluem a redação de uma monografia ao final do ano.

Não há definição precisa sobre a forma da monografia, mas normalmente é realizado estudo sobre determinado assunto, com ou sem a presença de casos clínicos analisados retrospectivamente.

Essa é a forma mais freqüente de monografia encontrada, mas, a nosso ver, não é ideal. Melhor seria a confecção de ensaio clínico bem planejado e executado, mas a falta de tempo, e, principalmente, a de planejamento são freqüentemente citadas como obstáculo à realização de monografias melhores.

Desta maneira, trataremos nesse capítulo de sugerir algumas "dicas" para a confecção de ensaio clínico de caso-controle, na tentativa de melhorar a qualidade e o nível de nossas monografias, que, assim, poderiam ser publicadas como artigos científicos na Revista da AMIB.

Com nossa experiência de vários anos na coordenação de um Programa de Formação na cidade de São Paulo, acreditamos ser este assunto tão importante, que deveria ser discutido e planejado entre os orientadores e os alunos já na primeira semana do estágio, a partir das preferências e características individuais dos candidatos, e

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

também, por outro lado, da casuística e disponibilidades da instituição.

Deste modo, ao invés de escrever às pressas uma revisão da literatura na última semana do estágio, apenas para cumprir uma exigência da AMIB, haveria tempo suficiente para a realização de um bom trabalho, única forma de gerar monografias melhores.

Cuidados ao Escrever o Material de Publicação

Todo trabalho científico pode ser seriamente prejudicado, se mal escrito. Existe técnica para a redação de artigos ou projetos científicos.

A começar do **título**, ele tem que ser conciso e informativo a respeito dos objetivos do trabalho. Se puder salientar a relevância e/ou originalidade do trabalho sem prejudicar a concisão, melhor.

O **resumo** é fundamental: deve caber em uma página (cerca de 250 palavras) e conter seções correspondentes à introdução (*background,* objetivos principais e alcance da pesquisa), objetivos, metodologia, resultados e conclusões. Ele é muito importante para a compreensão do trabalho, já que será a primeira parte lida, e precisa ser extremamente claro. Tem de motivar o leitor a ler o trabalho inteiro, com boa vontade; deve ser evitado a todo custo o uso de citações bibliográficas, a não ser que sejam modificações de protocolos estabelecidos.

Na **introdução** entram a revisão da literatura e a colocação da pergunta científica à qual estarão ligados os objetivos.

É o espaço para citarmos trabalhos prévios (de preferência os nossos ou do grupo). Deve conduzir ao raciocínio que gera os objetivos do trabalho, de forma convincente e em etapas encadeadas.

R. A. Day dá as seguintes "dicas": *na introdução, deve-se fornecer informação suficiente para que o leitor possa compreender e avaliar os resultados do estudo, sem necessidade de consultar publicações anteriores sobre o tema; deve apresentar o fundamento racional do estudo, e, sobretudo, descrever o propósito de se escrever o trabalho. Para tal, sugere as seguintes regras: a) expor primeiro, com toda clareza possível, a natureza e o alcance do problema investigado; b) revisar as publicações pertinentes para orientar o leitor; c) indicar o método de investigação e, se necessário, expor as razões para a escolha de um determinado método.*

Os objetivos devem ser claros e sucintos, sempre em tópicos. Devem ainda ser claramente relacionados ao título e praticamente dedutíveis do final da introdução, numa transição suave e natural.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A seção **Pacientes, Materiais e Métodos** começa com a polêmica da palavra **material**.

Alguns autores advogam a idéia de usá-la no singular, porque ela já traduz um conceito de coletivo, como em "o material". Preferimos a forma no plural, mas admitimos a existência da polêmica.

Os três itens devem ser descritos claramente, com suficientes detalhes, para que o leitor possa repetir o procedimento — ou, pelo menos, para que possa avaliar sua adequação. O revisor, geralmente um *expert* na área, não deve ter dúvidas do conhecimento e da capacidade do autor em realizar o procedimento.

É possível usar citações, mas quase sempre é necessário descrever de forma breve o procedimento. Essa descrição deve ser ainda mais detalhada se houver modificações em relação ao procedimento descrito na fonte citada.

Os **resultados** correspondem à parte mais fácil de escrever, sendo necessária uma forma clara, compreensível e didática, que não leve a dúvidas ou desentendimentos.

Na **discussão**, é necessário que se comparem os resultados obtidos com os dados da literatura. A arte da redação dessa parte é apenas discutir os nossos resultados, sem apresentá-los novamente, o que tornaria a discussão maçante e repetitiva.

As **conclusões** devem aparecer sob forma de tópicos.

Não se esquecer, quando cabível, de citar as fontes financiadoras do projeto, os agradecimentos a outros pesquisadores ou colaboradores e a aprovação da Comissão de Ética da instituição.

Padronização para Referências Bibliográficas

Referência bibliográfica é o conjunto de indicações precisas e minuciosas, que permite identificar uma publicação no todo ou em parte. Já a bibliografia se constitui no material sugerido para a complementação de um texto, e não é necessariamente usada para a elaboração. É, portanto, a leitura sugerida ou recomendada.

As publicações citadas numa lista de referências bibliográficas têm, obrigatoriamente, que estar citadas no texto do trabalho a que se referem. Caso haja conveniência de referenciar material bibliográfico, sem menção explícita no texto, deve ser feito sob o título de bibliografia, depois das Referências Bibliográficas, ou listado em ordem alfabética, após a conclusão dos capítulos.

Tem sido enfatizada a necessidade da perfeita ordem dos elementos das referências bibliográficas contidas nos trabalhos científicos. As técnicas dessa operação são tantas e tão diversificadas, que nem as

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

recomendações dispostas pela ABNT — norma brasileira NBR-6023 — podem exemplificar casos isolados. Cada país adota normas próprias.

Notando a necessidade de padronização, um grupo de editores das mais renomadas revistas biomédicas publicadas em inglês reuniu-se em Vancouver, Colúmbia Britânica, Canadá, em 1978, e decidiu uniformizar os requisitos para os trabalhos científicos a serem submetidos a publicação. Essas normas foram publicadas em 1979, e o grupo de Vancouver transformou-se no "International Committee of Medical Journals Editors".

Os requisitos são revisados pelo Comitê a pequenos intervalos e, hoje, mais de 500 revistas americanas e européias adotam essas normas intituladas *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*.

A seguir, alguns exemplos mais comuns de referências dos "Uniform Requirements":

LIVRO, considerado no todo: Hollinshead WH, Cornelius R. Textbook of Anatomy. 3. ed. Philadelphia, Harper & Row, 1985.

CAPÍTULO DE LIVRO: Duke-Elder S, Scott Gl. Neuro-ophtalmology. In: Duke-Elder S, 2. ed. System of ophtalmology. London, Henry Kempton, V. 12, p.344-69, 1971.

AUTORES CORPORATIVOS: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. Manual de orientação para uso de psicofármacos. Brasília, 1983.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS: Maciel FMB, Sarrazin P, Morisset S, de Brum-Fernandes AJ. Induction of cyclooxygenase-2 by parathyroid hormone in human osteoblasts in culture. The Journal of Rheumatology 24 (2): 220-225, 1997.

TESE: Maciel FMB. Expressão da ciclooxigenase — 2 (COX-2) induzida pelo hormônio paratiróide em osteoblastos humanos em cultura. São Paulo (Tese de Doutorado — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), 1997.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS, CONGRESSOS ETC.: Palacios S, Bittencourt P, Cançado E, Porta G, Carilho F, Marin ML, Kalil J, Goldberg AC. Association of HLA antigens and TNF-α promoter alleles with primary sclerosing cholangitis in: XXIV Congresso da Sociedade Brasileira de Imunologia, Águas de Lindóia. Resumos. P. 34, 1999.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TEMAS LIVRES E POSTERS*:* *Evite Tremedeira na Hora da Apresentação*

José G. Gerstler

A apresentação de trabalhos durante eventos científicos pode deixar qualquer profissional inseguro, mesmo o mais experiente. O fator surpresa é o grande inimigo.

Neste tópico estaremos transmitindo nossa experiência, por meio de dicas, para evitar a tremedeira na hora da apresentação de Temas Livres.

Mencionaremos a seguir alguns aspectos importantes para a elaboração de trabalhos científicos. Conhecê-los, por certo, influenciará seu desempenho no momento de apresentação em público.

FASE DE PLANEJAMENTO

O planejamento inicia-se com a seguinte pergunta: *"Qual é o objetivo do trabalho"*, questão comum a qualquer trabalho científico.

Para um tema livre, que deverá ser apresentado diretamente pelo autor, devemos incluir uma segunda pergunta: *"O que queremos transmitir?"*.

O diferencial da apresentação é o planejamento que a antecede, pois não estando claro o que se quer transmitir, comete-se o grave erro de apresentar uma aula magistral, ao invés de relatar um trabalho cientificamente conduzido.

FASE DE PREPARO DO MATERIAL A SER APRESENTADO

Com o trabalho terminado em mãos, escreva um roteiro com suas próprias palavras, sem se preocupar com a forma ou linguagem utiliza-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da. Apresente verbalmente a um colega, sem ser interrompido, e, ao final, pergunte: "Qual o objetivo do trabalho?". Se a resposta for diferente daquilo que você havia pensado em transmitir, não comece a dar explicações para seu colega: volte para a mesa e reescreva. Repita este passo quantas vezes forem necessárias para o ajuste da comunicação, isto é, até que pessoas diferentes entendam seu trabalho da mesma forma.

Ora, até o momento só falamos de planejamento, objetivo... E o resultado?... não é a parte mais importante do trabalho? A resposta é não.

A parte mais importante de um Tema Livre é a forma como o questionamento foi conduzido e a sustentação metodológica dos resultados obtidos. Afinal, se o trabalho não precisar mais de ajustes ou o resultado responder a uma questão polêmica sem deixar dúvidas, mande-o para publicação! O objetivo de enviá-lo como Tema Livre é obter algumas soluções para problemas que você esteja enfrentando na condução do trabalho.

São as discussões de trabalhos em Temas Livres que, muitas vezes, ajudam os autores a aprimorar um protocolo de pesquisa, aumentando assim suas chances de publicação. No Tema Livre, o mais importante é **COMO** se chegou a um resultado, e não o resultado em si.

Bem, agora chegou a hora de elaborar a apresentação. Com o trabalho científico já concluído, a seqüência abaixo é uma orientação da apresentação propriamente dita:

1 — Apresentação
2 — Introdução
3 — Objetivo
4 — Metodologia
5 — Resultados
6 — Conclusão
7 — Comentários

Apresentação

O início de qualquer Tema Livre é a apresentação do título do trabalho, o local onde foi feito e os autores. Esta é a fase em que o apresentador do trabalho deverá utilizar-se de alguns recursos para "quebrar o gelo", isto é, criar um canal de comunicação com a banca de comentadores e a platéia.

Sua postura, linguagem, entonação de voz e simpatia são as ferramentas principais. O egocentrismo, a falta da citação do nome de todos os que participaram do estudo — de forma direta e indireta — e a falta de agradecimento ao chefe do serviço criam um bloqueio difícil de quebrar no decorrer da apresentação.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Introdução

Esta é a oportunidade para fazer a promoção pessoal, mostrando seu conhecimento, mas NÃO EXAGERE. É muito desagradável perder o exíguo tempo de que dispõe, proferindo aula magistral aos professores da banca. O conhecimento e o domínio do assunto são percebidos pela banca através do poder de síntese. Para verificar se a introdução está adequada, responda as perguntas abaixo:

- O conhecimento sobre o assunto tem uma ordem cronológica e está sintético?
- Que aspecto polêmico ou não elucidado o trabalho pretende abordar?
- O que o levou a pesquisar o assunto?
- Que contribuição seu trabalho poderá oferecer ao conhecimento?

Até este momento, sua experiência pessoal não deve ser citada. Aborde de forma sintética a literatura científica, com o intuito de preparar a platéia para entender o trabalho.

Objetivo

Esta é a fase mais importante da apresentação, que deverá ser sustentada por um objetivo claro. Por mais que os resultados estejam bem elaborados, um objetivo confuso faz desabar todo o trabalho.

Dica: Utilize objetivo único, claro e preciso. Não deixe dúvidas a respeito do que você está estudando.

Metodologia

Este tópico, por si, é um grande capítulo, que foge ao escopo deste texto, pois o domínio da metodologia científica é pré-requisito para elaborar qualquer trabalho científico. No entanto, algumas dicas são importantes para evitar a tremedeira na hora da apresentação. Seguindo os tópicos abaixo, os pontos críticos poderão ser contornados.

- Quais são os critérios de exclusão? Simplesmente, cite-os. Não subestime a banca e a platéia. Não é necessário dar explicações óbvias, salvo se solicitado.
- Descreva o grupo-controle (exceto nos trabalhos de descrição de casos). Detalhe o porquê da escolha e as características do grupo-controle, pois dará visão do viés do estudo, evitando argüições para testar seu conhecimento em metodologia científica. Esta é uma excelente oportunidade para demonstrar sua ca-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pacidade de elaborar e conduzir estudos científicos. A descrição do grupo-controle dará sustentação ética e científica ao seu trabalho.

- Descrição do *Gold Standard*. Este termo não tem tradução que abranja todo o seu significado. Em um trabalho científico, o *Gold Standard* é a principal mensuração para a conclusão do estudo. É o ponto de comparação entre os grupos-controle e o estudo; para tanto, precisará ter sustentação científica, comprovada e aceita pela comunidade médica, baseada em publicações científicas; não basta a experiência pessoal. Se foram utilizados métodos de avaliação ainda não validados, certamente você estará em apuros ao final da apresentação. Na descrição metodológica não tem valor utilizar frases como: "a experiência do nosso serviço" ou "em nosso serviço fazemos desta forma".

Apresentação dos Resultados

Nesta fase da apresentação você precisará utilizar todo seu poder de síntese; abuse das tabelas e gráficos, porém com critério. As tabelas e os gráficos precisam ser auto-explicativos, e o resultado deverá saltar aos olhos, sem a necessidade da presença do autor. Para tanto, não faça tabelas gigantescas; se necessário, utilize várias tabelas. O mesmo se aplica aos gráficos. Para a apresentação dos resultados sugerimos a seqüência abaixo descrita:

1 — Descrição da amostra

2 — Tabelas e gráficos com todos os resultados obtidos no estudo

3 — Pesquisa dos dados relevantes que conduzirão à conclusão e resumo.

Conclusão

A conclusão é estruturada com base nos objetivos do estudo e nos resultados obtidos. Pegue a questão formulada no Objetivo e responda-a: a conclusão estará pronta.

As observações e dados interessantes que surgiram no decorrer do estudo, de forma não intencional, ou na análise dos resultados, não fazem parte deste tópico e deverão estar nos comentários.

Comentários

Este é o único momento de um relato científico, escrito ou apresentado, onde suas opiniões poderão ser expostas, baseando-se na

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

experiência pessoal acumulada. É local aberto ao devaneio, orbitando sobre o tema proposto no estudo. A finalidade deste tópico, em um Tema Livre, é expor dados interessantes e pontos de relevância para abrir possibilidades, dar continuidade à pesquisa e apontar as falhas observadas no planejamento e condução do experimento.

DICAS NO MOMENTO DA APRESENTAÇÃO

• SIGA O ROTEIRO

Apresentação, Introdução, Objetivo, Metodologia, Resultados, Conclusão e Comentários. Com certeza você não se perderá na apresentação.

• NÃO IMPROVISE

Mesmo que tenha vasto conhecimento, o improviso consome tempo, que é precioso na apresentação de Temas Livres.

• Use... "ESTE ASPECTO NÃO FOI ESTUDADO NO PRESENTE ESTUDO"

Assuma as falhas metodológicas do trabalho. Geralmente explicações dadas de improviso perdem a sustentação científica necessária. Não esqueça que o comentador do Tema Livre foi escolhido pela experiência: anote seus comentários e observações, e aproveite este contato para colher sugestões, em vez de tentar justificar algumas falhas comuns a este tipo de relato científico.

• NÃO SUBESTIME O PÚBLICO

Explicações óbvias, com a desculpa de ser didático, dispersam a platéia e a banca de comentadores. Lembre-se: você está apresentando um trabalho científico, e não palestra.

Para finalizar, é bom ter sempre em mente que nenhuma técnica didática é capaz de encobrir a falta de conhecimento e planejamento de um estudo.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ESTATÍSTICA HOSPITALAR: Essencial para Acompanhar o Desempenho da UTI

Janete Livianu
José M. C. Orlando

"Quando se pode medir aquilo a respeito do que se está falando e expressá-lo em números, obtém-se conhecimento. Mas quando não se pode medir, quando não se pode expressar em números, então, o conhecimento que se tem é escasso, e não podemos compará-lo a outros conhecimentos."

*Lord Kelvin (1883)**

LEITOS-DIA

Tendo por base o número de leitos operacionais (isto é, em funcionamento) na unidade, multiplica-se pelo número de dias de determinado período (mês). Assim, uma UTI com 10 leitos terá no mês de março (31 dias) 310 leitos-dia e, em abril, 300.

PACIENTES-DIA

Somatório do tempo de permanência de cada paciente em determinado período (mês), ou, dito de outra forma, somatório mensal do número de pacientes internados na unidade, a cada dia. Assim, se no primeiro dia do mês havia 10 pacientes na UTI, no segundo, oito, no terceiro, nove,... no 30º, 11, a soma total desses números representará os pacientes — dia/mês.

*Sir William Thomson (Lord Kelvin), físico britânico. Entre outras pesquisas, estabeleceu a escala de temperatura absoluta (1824-1907).

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

MÉDIA DE PACIENTES-DIA

Relação entre o número de pacientes-dia, em determinado período e o número de dias no mesmo período.

$$\text{MPDi} = \frac{\text{Número de pacientes–dia}}{\text{Número de dias}} \text{ (ex.: mês)}$$

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (EM DIAS)

Relação numérica entre o total de pacientes-dia, em determinado período e o total de pacientes egressos da unidade (por altas, óbitos e remoções) no mesmo período.

$$\text{TMPe} = \frac{\text{Número de pacientes–dia durante terminado período}}{\text{Número de pacientes egressos no mesmo período}}$$

TAXA DE OCUPAÇÃO (%)

Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, em determinado período (mês).

$$\text{Taxa de ocupação} = \frac{\text{Pacientes–dia}}{\text{Leitos-dia}} \text{ x } 100$$

ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO

Assinala o tempo médio em que um leito, berço ou incubadora permanece desocupado, entre a saída de um paciente do Serviço e a admissão de outro. Essa medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

$$\text{IIS} = \frac{\text{\% de desocupação x média de permanência (em dias)}}{\text{Taxa de ocupação (\%)}}$$

TAXA DE MORTALIDADE GERAL (%)

Relação percentual entre o número total de óbitos ocorridos e o número de pacientes egressos da unidade (altas, óbitos e remoções) em determinado período.

$$\text{TxMG} = \frac{\text{Total de óbitos}}{\text{Pacientes egressos}} \text{ x } 100$$

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (%)

Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos após 48 horas de internação, em determinado período de tempo, e o número de pacientes egressos da unidade (alta, óbito e remoções).

$$\text{TxMI} = \frac{\text{Óbitos} > 48 \text{ horas}}{\text{Pacientes egressos}} \text{ x } 100$$

ÍNDICE DE MORTALIDADE ESTANDARDIZADA

Razão entre a mortalidade observada e esperada, esta última a partir dos sistemas de classificação de severidade de doença.

$$\text{IME} = \frac{\text{Mortalidade observada}}{\text{Mortalidade esperada}}$$

TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR (%)

Relação percentual entre o número de episódios de infecção ocorridos em pacientes internados no Serviço de Tratamento Intensivo, durante um determinado período, e o número de pacientes egressos da unidade (por altas, óbitos e remoções) no mesmo período, multiplicado por 100 (cem).

$$\text{TIHo} = \frac{\text{Número de episódios de infecção (ex.: mês)}}{\text{Número de paciente egressos}} \text{ x } 100$$

DENSIDADE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (%)

Relação entre o número de episódios de infecção ocorridos em pacientes internados no Serviço de Tratamento Intensivo, durante um determinado período, e o número de pacientes-dia, no mesmo período, multiplicado por 1.000 (mil).

$$\text{DIHo} = \frac{\text{Número de episódios de infecção (ex.: mês)}}{\text{Número de pacientes-dia}} \text{ x } 100$$

TAXA DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS (%)

Relação percentual entre o número de complicações ou intercorrências em pacientes internados no Serviço de Tratamento Intensi-

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

vo, durante determinado período, e o número de saídas da unidade (altas, óbitos e remoções) no mesmo período.

$$\text{TCo} = \frac{\text{Número de complicações (ex.: mês)}}{\text{Número de pacientes egressos}} \text{ x } 100$$

TAXA DE PROCEDIMENTOS (%)

Relação percentual entre o número de pacientes que se submeteram a procedimentos durante um determinado período (no Serviço de Tratamento Intensivo) e o número de pacientes egressos da unidade (altas, óbitos e remoções), no mesmo período.

$$\text{TPr} = \frac{\text{Número de pacientes submetidos a procedimentos (ex.: mês)}}{\text{Número de pacientes egressos}} \text{ x } 100$$

INCIDÊNCIA

Proporção de casos novos (doença ou evento clínico) em um grupo de indivíduos anteriormente sem doença ou evento clínico.

$$\text{Incidência anual} = \frac{\text{Número de casos novos no ano}}{\text{Número de indivíduos em risco}}$$

DENSIDADE DE INCIDÊNCIA

Considera a velocidade com que os casos novos ocorrem. A sua dimensão é o tempo. Varia de zero a infinito.

INCIDÊNCIA CUMULATIVA

Considera apenas a freqüência com que os casos novos ocorrem em determinado período de tempo. Varia de zero a um (ou 0% a 100%).

PREVALÊNCIA

É a proporção de indivíduos (casos existentes) apresentando uma doença, condição ou evento em determinado momento de tempo. Varia de zero a um (ou 0% a 100%).

$$\text{Prevalência anual} = \frac{\text{Número de casos novos no ano}}{\text{Número de indivíduos em risco}}$$

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 7

Algumas Dicas Técnicas

"Nós também, quando moços, fizemos essas coisas."
*(Juvenal)**

- PARÂMETROS VENTILATÓRIOS X EQUIPE INTERDISCIPLINAR
- ANTES DE CONECTAR O DOENTE AO VENTILADOR...
- PREVENDO A INTUBAÇÃO: Intensivista Prevenido Vale por dois!
- O *CUFF* FUROU! A CÂNULA ENTUPIU!
- AGITAÇÃO SOB VENTILAÇÃO
- ANTES DE EXTUBAR... *Abundans cautela non nocet.*
- TRAQUEOSTOMIA: Quando e Onde?
- BRONCOSCOSPIA: Não me Deixem só!
- CIRCUITOS VENTILATÓRIOS: Trocar ou Não?
- SONDA NASOENTERAL: Está lá?
- IATROGENIA: Quem Foi?
- DANÇA DOS ANTIBIÓTICOS: Conte até 10 antes de Mudar
- ALÍVIO DA DOR: Não Menospreze a Dor Alheia
- RAIOS X DE TÓRAX: Uma Rodada pra Todo Mundo!

*Decimus Junius Juvenalis, poeta latino. Autor de **Sátiras** (c. 60 d. C. — C.130).

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- DESFIBRILAÇÃO: Aponta pra um e Derruba o Outro...
- LINHA ISOELÉTRICA NO MONITOR: Nem Tudo o que Parece é...
- ANTES DO CATETER DE SWAN-GANZ
- ALARMES: Chatos, mas Necessários!
- DIURESE ZERO: no Paciente Sondado?
- CATETER VENOSO CENTRAL E INSTALAÇÃO DE PVC: Jugular ou Subclávia? Direita ou Esquerda?
- ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: Não Tem Segredo... Será Mesmo?
- DROGAS VASOATIVAS: Quanto Pesa o Paciente?
- GLICEMIA CAPILAR: Uma Picada Incomoda Muita Gente, Duas Picadas...
- INSTALAÇÃO/MONITORIZAÇÃO DE PAM: Mesmo que Seja com o "Velho Manômetro"
- MONITORIZAÇÃO CARDÍACA: é Sempre Necessária?
- FLEBOTOMIA: Fora de Moda?
- TERMODILUIÇÃO: Dá pra Confiar?
- SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO: com Critério
- OXIMETRIA DE PULSO: Todo Paciente Precisa?
- CAPNOMETRIA: Não é um Supérfluo!
- PORTADORES DE MARCA-PASSOS (MP) NA UTI: Não se Esqueça deles!
- VENTILAÇÃO MECÂNICA: Cuidado para Não Piorar as Coisas...
- LAVAR AS MÃOS: Baixo Custo, Alto Benefício
- HEMODERIVADOS: Informações Práticas
- HEPARINA: Cuidados para uma Anticoagulação Adequada

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PARÂMETROS VENTILATÓRIOS X EQUIPE INTERDISCIPLINAR

José M. C. Orlando

No manejo dos pacientes em suporte ventilatório, qualquer alteração de parâmetros utilizados deve ser discutida antes pelo médico (ou pelo menos participada) com os profissionais de Fisioterapia e Enfermagem. Lembre-se de que o trabalho é multidisciplinar. Exija também reciprocidade.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANTES DE CONECTAR O DOENTE AO VENTILADOR...

José M. C. Orlando

Diante da perspectiva de receber um doente que será colocado sob suporte ventilatório mecânico, verifique sempre, com antecedência, se o respirador está funcionando adequadamente. Algumas vezes você só descobrirá que há algo errado quando conectá-lo ao paciente. E daí, será obrigado a recorrer ao auxílio do ambu, até que se descubra o problema ou se troque o aparelho.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PREVENDO A INTUBAÇÃO: Intensivista Prevenido Vale por dois!

Antônio Capone Neto
Marco Aurélio S. Bueno
Milton Rodrigues Jr.

1. Numa UTI, cada leito deverá sempre estar preparado para a realização de intubação de emergência. Aqueles minutos perdidos à procura de materiais são inadmissíveis num ambiente preparado para o atendimento ao paciente crítico. Certifique-se de que haja sempre um ambu e uma fonte de oxigênio (redutor de pressão ou fluxômetro) previamente preparados para aquele leito.

Ao identificar pacientes com desconforto respiratório, e que poderão vir a ser intubados a qualquer instante, seja previdente! Alerte a enfermagem para essa possibilidade. Não é nenhum exagero preparar material de intubação, e disponibilizá-lo ao lado do leito. Caso sua previsão não se confirme, não haverá qualquer prejuízo. Mas, se o contrário ocorrer, certamente haverá menos atropelo...

Por falar em intubação, vamos lembrar que a tentativa de locar a cânula na traquéia não deve exceder 30 segundos! Caso você encontre alguma dificuldade, não tenha dúvidas em interromper momentaneamente as manobras; posicione a cabeça em hiperextensão e ventile o paciente com ambu/máscara, conectado à fonte de oxigênio. Procedendo desta forma, você assegura que o paciente não deverá desenvolver hipoxemia. Depois de alguns instantes, faça nova tentativa. A causa mais comum de insucesso na intubação é a não-visualização adequada das cordas vocais, ou seja, tentar intubar " às cegas".

2. Em situações de intubações programadas com minutos de antecedência, certifique-se de que as drogas habitualmente utilizadas em ressuscitação cardiorrespiratória estejam à mão.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3. O uso de relaxantes musculares é muitas vezes necessário. A sedação adequada do paciente é fundamental no ato da intubação traqueal, diminuindo o desconforto respiratório. Hipotensão e depressão respiratória são os maiores riscos da sedação; daí a importância de se utilizarem drogas de ação curta, e de se ajustar a dosagem para pacientes idosos.

Percebe-se que às vezes há exagero na dose das drogas utilizadas, talvez pela ansiedade do momento. É possível, em muitas oportunidades, proceder à intubação com a ajuda do paciente e/ou com "sedação" leve. Neste sentido, é interessante que, por um momento, antes da EOP, o intensivista avalie esta perspectiva, assim como o biótipo do paciente, e que dificuldades esse paciente pode acarretar ao procedimento.

De qualquer forma, é preciso considerar o procedimento: mesmo quando o paciente tem condições e colabora, costuma ser uma experiência desagradável. Neste sentido, a sedação com benzodiazepínico (BDZ) oferece uma *amnésia* anterógrada, que interessa de modo particular.

4. O posicionamento correto do paciente é também um fator fundamental para o sucesso do procedimento. Antes de se realizar a intubação traqueal propriamente dita, deve-se ventilar o paciente adequadamente, utilizando-se máscara e ambu.

5. Lembrar que politraumatizados recém-admitidos na UTI, principalmente com TCE, não devem ter a cabeça hiperestendida e, possivelmente, devem receber intubação nasotraqueal. Caso já se tenha em mãos exames que confirmem a integridade da coluna cervical, condutas mais liberais podem ser tomadas.

6. É essencial a confirmação do posicionamento correto do tubo endotraqueal. Deve-se auscultar bilateralmente o tórax, e confirmar a ausência de insuflação estomacal. O posicionamento do tubo entre as cordas vocais é um sinal suficiente para a confirmação do seu correto posicionamento, porém nem sempre isto é possível. Não se deve proceder à ventilação do paciente pelo tubo orotraqueal antes dessa confirmação. Na dúvida, ante a possibilidade de intubação esofágica, deve-se retirar o tubo, ventilar o paciente com máscara e ambu, e realizar nova tentativa. A criança pequena, neste aspecto, oferece muitas dificuldades, e pode ser uma armadilha, mesmo para o teste da ausculta pulmonar. Considere o todo. Se a situação não melhorar, extube, ventile e tente oportunamente. Se está cansado do procedimento, ou especialmente estressado, não hesite: chame um colega disponível. Nos casos mais difíceis, em que repetidamente se intu-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ba o esôfago, uma possibilidade é deixar um tubo no esôfago e tentar a via aérea por exclusão. Em pacientes agitados, onde a sedação se mostra pouco efetiva, a via nasotraqueal pode ser uma alternativa interessante, na medida em que permite a intubação com o paciente ventilando e pouco cooperativo. Cuidado com o sangramento, embora o diâmetro do tubo não chegue a ser, em geral, um impedimento. Considere sempre a anatomia e eventual presença de trauma que inviabilize a técnica.

7. Medidas preventivas para se evitar a aspiração de conteúdo gástrico durante a intubação:

a) Intubar o paciente acordado; nesta situação os reflexos de tosse estão presentes, protegendo a via aérea do paciente;

b) Intubação guiada por fibroscopia ótica;

c) Pressionar a cartilagem cricóide, ocluindo o esôfago (manobra de Sellick);

d) Evitar a ventilação excessiva com ambu, o que poderia causar distensão gástrica;

e) Evitar a intubação esofágica e "ventilação" gástrica;

f) Posicionar o paciente em decúbito elevado (30º).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O CUFF *FUROU! A CÂNULA ENTUPIU!*

José M. C. Orlando

O *cuff* furou! Tem rolha! Pois bem; antes de proceder à troca da cânula traqueal, certifique-se primeiro de que todas as providências necessárias para executar esse procedimento com segurança foram, de fato, tomadas. Tenha sempre à mão cânulas de tamanhos diferentes, pois se houver dificuldade, você pode contar com cânulas de menor calibre. Cuidado! Nem sempre o número menor está ali, a seu lado, como você imagina! A utilização de sonda nasogástrica fina como guia é também uma alternativa válida.

Ah! Não deixe de testar o *cuff* da nova cânula antes da intubação. Lubrificar com Xylocaina® gel é providência necessária! Como pode haver dificuldades no posicionamento da nova cânula — e isso acaba gerando alguma demora —, certifique-se de que um ambu/máscara esteja pronto para ser usado, devidamente conectado à fonte de O_2 e com a respectiva máscara facial. Para troca de cânula, tenha sempre aspirador "funcionante", e o auxiliar de enfermagem preparado para aspirar secreções.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

AGITAÇÃO SOB VENTILAÇÃO

José M. C. Orlando

Paciente desconfortável no respirador: antes de sedar (e até curarizar) um paciente que, sob suporte ventilatório, encontra-se agitado e desconfortável, é imprescindível afastar outras possibilidades, tais como: intubação seletiva, atelectasia, pneumotórax, obstrução da cânula (rolha de secreção, mordedura), bexigoma, vazamentos nos circuitos e/ou conexões inadequadas, broncoespasmo, febre, hipoxemia etc...

Da mesma forma, diante de uma rápida elevação da PVC, sem causa hemodinâmica aparente, e com o *display* do respirador mostrando aumento do pico de pressão inspiratória, desconfie. Ausculte o hemitórax. Se houver diminuição do murmúrio de um lado, palpe a posição da traquéia na fúrcula esternal. Caso esteja desviada para o outro lado, você não precisa aguardar a radiografia: drene o pneumotórax hipertensivo!

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANTES DE EXTUBAR...
Abundans cautela non nocet.*

José M. C. Orlando

Antes de levar adiante a extubação de um paciente (principalmente durante a madrugada) não deixe de checar os seguintes aspectos:

1) Há número adequado de profissionais de enfermagem para uma correta vigilância?

2) Há atendimento de fisioterapia durante o período?

3) Há disponibilidade de oxímetro para monitorar a Sat de O_2?

4) O paciente vinha recebendo doses generosas de analgésicos/sedativos que poderão mantê-lo excessivamente sonolento nas próximas horas?

5) Antes de retirar o tubo você procurou observá-lo respirando apenas no "Tubo T", para melhor certificar-se de que a mecânica respiratória está realmente adequada?

6) Há excesso de secreção traqueobrônquica?

7) Há broncoespasmo?

8) Há distensão abdominal excessiva?

9) As condições hemodinâmicas estão estáveis? As drogas vasoativas estão ainda em doses elevadas?

10) A FiO_2 e a PEEP foram previamente reduzidas a valores mínimos?

Lembre-se também de que: pacientes intubados por períodos prolongados, ou com uma intubação mais trabalhosa, ou ainda repetida por algumas vezes (extubações acidentais), têm maiores chances de desenvolver dificuldade respiratória alta após a extubação.

*Cautela em excesso não faz mal.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TRAQUEOSTOMIA: Quando e Onde?

Cristiane Hoelz
Eduardo C. Meyer
Marco Aurélio S. Bueno

Quanto tempo se deve aguardar para realização de traqueostomia?

Tendo em conta a experiência prática e a literatura internacional, pode-se afirmar, categoricamente, que não há período exato a ser observado, indistintamente, para todos os pacientes. Não existe, portanto, consenso sobre o assunto. O bom senso deve imperar, e a decisão deve ser individualizada para cada caso, indicando-se traqueostomia sempre que houver benefício aparente deste procedimento para o paciente, e sempre que a observação clínica previr longo período de intubação traqueal.

Mesmo que as melhores cânulas de *cuff* de baixa pressão possam permanecer por várias semanas, sem maiores riscos de provocarem lesões laríngeas diretas (desde que seja observada monitorização periódica da pressão intra-*cuff*), em muitas situações é perfeitamente justificável indicar traqueostomia ainda dentro da primeira semana. São casos de pacientes com insuficiência respiratória (associada ou não a seqüela neurológica significativa) que, em função da natureza e gravidade, requerem suporte ventilatório prolongado. Em tais casos não há por que retardar o procedimento.

Quando se decide a realização de traqueostomia, surge a pergunta: Ela pode ser feita na própria UTI, ou se deve levar o doente para o Centro Cirúrgico? É indiferente, até certo ponto. Há que se pesar:

- Eventual risco em deslocar um paciente já instável;
- Quanto pode interferir com a demanda das salas de cirurgia;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Possibilidades de providenciar, à beira do leito, instrumental cirúrgico, campos estéreis e condições adequadas de iluminação e aspiração eficiente.

Diante de tais ponderações, é "perfeitamente aceitável (e, às vezes, até recomendável!)" a realização do procedimento no próprio leito da UTI.

Exija um "joelho" para conexão do circuito do ventilador à cânula de traqueostomia. Deste modo, evita-se que a cânula fique "deitada" sobre a região anterior do pescoço, forçando a porção interna do tubo contra a parede da traquéia, o que aumenta a possibilidade de lesão.

Recentemente, houve popularização do uso de técnicas percutâneas de traqueostomia (modificação da técnica de Seldinger) no ambiente de UTI. Com isso, o procedimento passou a ser efetuado também pelo clínico intensivista, em geral na própria UTI. A possibilidade de execução sem necessidade de transporte para sala de operações é, em certas situações, bastante desejável.

Por outro lado, a técnica percutânea não é isenta de riscos e complicações, como, por exemplo, sangramentos. Nessa circunstância é importante a atuação de um cirurgião experiente.

A complicação mais grave da traqueostomia é a decanulação precoce: aquela que ocorre na primeira semana de pós-operatório. Após uma traqueostomia, podem decorrer diversos dias até que o pertuito esteja bem formado e permaneça patente após a decanulação. Tentativas de reintroduzir a cânula antes da completa formação do pertuito poderão gerar falso trajeto e insucessos, que as tornam procedimentos de risco.

Com traqueostomias realizadas cirurgicamente, há possibilidade de deixar pontos de reparo fixados nas bordas da cartilagem traqueal incisionada, o que facilitaria o processo de reintrodução de nova cânula. Deve-se, portanto, prestar um cuidado especial a esse tipo de paciente, para que se evite decanulação acidental.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

BRONCOSCOSPIA: Não me Deixem só!

José M. C. Orlando

Enquanto o paciente se está submetendo à broncoscopia, o intensivista não precisa permanecer ao seu lado, uma vez que ele já está sob os cuidados do endoscopista, certo?

Totalmente errado! Além de complicações relacionadas ao emprego de drogas (benzodiazepínicos, morfina, atropina, lidocaína), que são as mais freqüentes, lembre-se da eventual ocorrência de arritmias, sangramentos, broncoespasmo, hipóxia, hipercapnia e, até mesmo, parada cardiorrespiratória.

Quando é praticada a biópsia transbrônquica, o risco de algumas dessas complicações é ainda maior (é o caso de pneumotórax, especialmente em pacientes ventilados mecanicamente). Deve-se, portanto, redobrar a atenção para a monitorização do ECG e a saturação de O_2.

Acesso imediato às vias aéreas e oferta suplementar de O_2 (máscara/ambu, intubação, ventilação mecânica) devem ser providenciados e disponibilizados à beira do leito, antes de iniciar o procedimento! Certifique-se também da disponibilidade de sistema de aspiração realmente eficiente. Com o objetivo de reduzir riscos de aspiração de conteúdo digestivo, deve-se observar jejum de pelo menos seis horas antes, e até duas horas após o procedimento (em função da sonolência, diminuição dos reflexos, náuseas). Nos pacientes intubados, é recomendável o uso de cânula nº 8 ou maior, pois, além de facilitar a introdução do broncoscópio, provoca menor resistência ao fluxo de ar. Quando é maior a dependência do oxigênio, deve-se ventilar o paciente a 100%, imediatamente antes e durante a broncoscospia. Esta providência é ainda mais importante quando é realizado o lavado bronco-alveolar.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CIRCUITOS VENTILATÓRIOS: Trocar ou Não?

José M. C. Orlando

A rotina de troca de circuitos respiratórios tem sido intensamente discutida, nos últimos anos. No início da década de 80, o Center for Disease Control And Prevention (Atlanta, EUA) recomendava que trocas de circuitos fossem realizadas a cada 24 horas. Posteriormente, diversos estudos compararam períodos de troca com 24 e 48 horas, em relação à incidência de pneumonia.

Esses estudos demonstram que trocas de circuitos a cada 24 horas estavam relacionadas a maior incidência de pneumonia hospitalar associada a ventilação mecânica.

A partir de 1990, estudos prospectivos, comparando a troca de circuitos a cada 48 horas ou a cada sete dias — e mesmo a não-troca —, têm demonstrado que não existe aumento de pneumonia hospitalar entre estes períodos. Além disso, as trocas em intervalos superiores a 48 horas estão relacionadas a importante diminuição dos custos. Assim, a recomendação atual é que circuitos respiratórios não devem ser trocados em períodos inferiores a 48 horas. Vale ter, em registro apropriado de enfermagem, a data de troca destes circuitos, para maior controle.

Apesar disso, deve-se descartar periodicamente o líquido condensado que se vai acumulando no interior das mangueiras, a fim de prevenir o refluxo para as vias aéreas do paciente.

Caso sejam utilizados filtros higroscópicos (nariz artificial), obviamente não há necessidade dos umidificadores tradicionais, nem tampouco que se façam trocas rotineiras dos circuitos, desde que os filtros sejam substituídos de acordo com as recomendações do fabricante (em geral, a cada 24 horas).

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Os circuitos respiratórios devem ser submetidos a desinfecção de alto nível ou esterilização, após o uso. A desinfecção é realizada com glutaraldeído a 2%, por 20 a 30 minutos. O hipoclorito de sódio não é recomendado. A esterilização pode ser feita com óxido de etileno. Esterilização por altoclave altera características do material do circuito. *Acinetobacter baumonnii* pode colonizar circuitos respiratórios e permanecer viável por semanas. Limpeza e desinfecção/esterilização corretas dos circuitos previnem a disseminação desse agente para pacientes com ventilação mecânica.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SONDA NASOENTERAL: Está lá?

Eliézer Silva
Júlio César M. Monte
Oscar F. Pavão Santos

Após a passagem da SNE, e antes de iniciar administração de dieta, é recomendável certificar-se do correto posicionamento da sonda por meio de radiografia, principalmente nos casos em que o procedimento foi mais trabalhoso.

Se o paciente tem risco de aspiração e recebe suporte nutricional enteral, certifique-se de que a sonda esteja posicionada além do piloro. Para colocá-la nessa posição, insira-a, com o paciente em decúbito lateral esquerdo.

Se o paciente estiver colaborativo ao inserir uma sonda enteral, faça-o beber (água, p. ex.:) durante a passagem. Isso pode facilitar o procedimento.

Antes de colocar sonda de Dubbhoff, pingar algumas gotas de Luftal® dentro dela pode facilitar a retirada do fio-guia sem o deslocamento da sonda.

Nunca utilize equipo de administração parenteral em nutrição enteral por bomba de infusão, pois este possui um filtro que dificulta a administração da dieta. É indicado o uso de equipos de cor diferenciada para a administração da dieta, pois facilita a identificação, evitando a possibilidade de administração da dieta por via endovenosa.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

IATROGENIA: Quem Foi?

José M. C. Orlando

Ao admitir paciente proveniente de outro hospital, C.C. ou P.S. com prótese ventilatória ou cateter venoso central e, principalmente, antes de realizar procedimentos invasivos (punção venosa central), é recomendável realizar raios X de tórax para documentar a preexistência de eventual intubação seletiva, atelectasia ou pneumotórax, SNE mal posicionada etc..., pois, caso contrário, a iatrogenia poderá ser imputada à equipe da UTI.

Iatrogenia refere-se a "*qualquer condição, doença ou ocorrência adversa, que resulte de um tratamento médico. Doença iatrogênica não necessariamente implica falta de cuidado ou conhecimento por parte do médico*".

(Medicina — Conselho Federal — ano XIV, n.º 102, 02/99)

Dados recentes da literatura mundial revelam taxas da ordem de 10% de circunstâncias envolvendo iatrogenia (drogas, tratamento clínico ou cirúrgico), do total de pacientes admitidos na UTI: a taxa de mortalidade desses casos foi de 13%. (Arch. Intern. Med 1999, 159:71-8).

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DANÇA DOS ANTIBIÓTICOS: Conte até 10 antes de Mudar

José M. C. Orlando

Cada um de vocês sabe perfeitamente das dificuldades em avaliar antibioticoterapia quando não há anotações (na própria prescrição) dos dias de uso de determinada droga. Pequenos detalhes como este não podem ser esquecidos!

Em geral, não há necessidade de proceder a alterações no esquema antibiótico nos plantões noturnos. A atitude mais sensata é sugerir modificações para o próximo plantão diurno, que terá melhores condições de discutir o caso com o CCIH — Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Caso contrário, corre-se o risco de estimular uma incontrolável "Dança dos Antibióticos", fato muito comum nas UTI.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ALÍVIO DA DOR: Não Menospreze a Dor Alheia

Odin B. Silva
Sayonara F. Barbosa

"Os homens não têm medo da morte; eles temem a dor do morrer".
(Apsley Cherry-Garrard)

Adote como verdade que pacientes internados em UTI, especialmente em pós-operatório imediato, têm suas dores subvalorizadas e, portanto, subtratadas. As razões são várias; entre elas, o receio da ocorrência de efeitos colaterais ou dificuldades de comunicação e expressão dos próprios pacientes.

Infelizmente, não há maneiras objetivas de aferirmos o montante de dor: para ela contribuem, em muito, fatores subjetivos, como a ansiedade do paciente, que se amplifica por alguns fatores decorrentes do ambiente da UTI, com seus ruídos e privações do sono.

A priori, não parece correto (nem justo!) esperar que o paciente reclame de dor para autorizar medicações. Estabelecer regimes de analgesia a intervalos predefinidos, adaptando-os às necessidades individuais, certamente, proporcionará mais conforto ao paciente e, provavelmente reduzirá as necessidade esporádica de *bolus* maiores e de efeitos colaterais. Para tanto, a equipe de enfermagem deve avaliar continuamente as manifestações de dor do paciente, comunicando-as ao intensivista, com vistas a uma analgesia mais adequada.

Tenha sempre em mente: o paciente que reclama de dores não o faz porque é um "chato" e gosta de pedir analgésicos, e sim, porque sofre. Não há nada que prove que o paciente fica dependente de drogas após alguns dias numa UTI. Este é mais um fato anedótico de nosso dia-a-dia.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Por fim, lembre-se de que os benzodiazepínicos não são analgésicos e, portanto, ao usá-los no paciente com dor e agitação, devem ser associados a sedativos. Da mesma forma, os bloqueadores neuromusculares não provocam sedação. Por isso, antes de curarizar um paciente com ventilação mecânica, é necessário sedá-lo e, se for o caso, também administrar analgésicos (caso contrário, o paciente persistirá consciente, com dores, mas imóvel!).

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

RAIOS X DE TÓRAX: Uma Rodada pra Todo Mundo!

Edson Stefanini
José M. C. Orlando

Deve-se solicitar raios X de tórax, diariamente, para todos os pacientes internados na UTI?

Esta não parece ser uma atitude sensata. Cada caso deve ser avaliado com critério. Não há dúvidas de que pacientes mantidos intubados, com ou sem suporte ventilatório, podem ser radiografados diariamente e, às vezes, até mais de uma vez. Da mesma forma, é sempre recomendável solicitar raios X de controle após a realização de procedimentos invasivos (*Intracath*, intubação, drenagem torácica etc....). Em contrapartida, não parece haver justificativa plausível para solicitar exame em pacientes já estabilizados, e que clinicamente não denotem qualquer alteração em seu estado físico (por ex.: paciente infartado, evoluindo em Killip 1).

Em conclusão, seja crítico e racional com o chamado "PERFIL-UTI" ou "UTI Grama": em que será que esse hemograma, solicitado para a manhã seguinte, vai contribuir para esclarecimento diagnóstico ou evolução do tratamento? E este raios X de tórax? E este Ecocardiograma??!!

Qualquer exame — laboratorial, radiológico ou ultra-sonográfico —, mais ou menos sofisticado, mais ou menos caro, continua sendo subsidiário à avaliação e ao raciocínio clínico. Observe, à sua volta, todos os pacientes internados hoje na UTI: necessitam, de fato, de "monitorização" laboratorial e radiológica contínua?

A propósito! Não podemos desconsiderar efeitos deletérios da radiação para os demais pacientes e a própria equipe da UTI. Considera-se segura a distância mínima de 3 metros, a partir do raios X portátil.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DESFIBRILAÇÃO: Aponta pra um e Derruba o Outro...

Elias Knobel
Manes R. Erlichman
Marcos Knobel
José M. C. Orlando

Tudo pronto para desfibrilar? Ótimo! É só preparar, apontar e...

Cuidado, porque o tiro — quer dizer o choque! —, poderá sair pela culatra. Antes de deflagrar a carga elétrica contra o tórax do paciente, não se esqueça de:

- Afastar todos os membros da equipe da beira do leito e, certificar-se de que você próprio não está em contato com o paciente e/ou a cama;
- Avisar, em voz alta, que você vai disparar a carga. Afinal, acidentes acontecem...

A cardioversão e a desfibrilação elétrica são procedimentos cuja diferença é a sincronização — ou não — da descarga elétrica com os complexos QRS.

A menos que esteja diante de uma fibrilação ventricular, acione sempre o sincronizador do cardioversor/desfibrilador elétrico. Isto evita contratempos de conseqüências, por vezes, trágicas. Contudo, na presença de taquicardias ventriculares polimórficas (*torsade de pointes*, por exemplo), os aparelhos podem não identificar adequadamente complexos QRS e não disparam o "choque" de modo sincronizado. Diante de tal situação, não perca tempo e proceda à reversão da arritmia no modo desfibrilação cardíaca.

Por fim, o sucesso desses procedimentos, mesmo quando adequadamente indicados, depende de coisas banais, como qualidade de gel condutor, distância e posicionamento das pás e pressão aplicada sobre o tórax do paciente.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

LINHA ISOELÉTRICA NO MONITOR: Nem Tudo o que Parece é...

José M. C. Orlando

Diante de traçado isoelétrico, no monitor, não se apresse a tirar conclusões. Não nos referimos aqui às situações que os humoristas já tão bem celebraram em algumas piadas clássicas:... "a senhora deitada no leito retira inocentemente os eletrodos precordiais, soa um alarme e, então, a equipe se lança sobre ela, disparando um choque em seu peito..."

Pelo sim, pelo não, é sempre prudente confirmar tal achado, checando pulsos em grandes vasos e outras derivações. Por vezes, aquilo que parecia ser assistolia, pode estar mascarando, quem sabe, fibrilação de baixa amplitude.

Por outro lado, não raramente um traçado muito próximo ao normal pode camuflar uma parada cardíaca em dissociação eletromecânica, e o médico deve ser suficientemente "esperto" para agir com rapidez, mesmo quando a equipe ainda tem dúvidas sobre o que está acontecendo com determinado paciente.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANTES DO CATETER DE SWAN-GANZ

Elias Knobel
Eliézer Silva
Nelson Akamine

Parece fora de moda, mas conhecer detalhadamente a história clínica do paciente, realizar exame físico minucioso, analisar exames realizados previamente, verificar conduta terapêutica adotada e resultados obtidos certamente contribui para a indicação mais adequada dos procedimentos e das informações oferecidas pelos mesmos, ou até para prescindir da utilização de métodos dispendiosos e, potencialmente, de maior morbidade.

O médico intensivista tem à disposição complexa tecnologia para esclarecimento diagnóstico e suporte orgânico. Embora não seja obrigado a usá-la, deve conhecer suas reais indicações, quando e quanto pode, efetivamente, contribuir para o tratamento do paciente, e quais os potenciais malefícios.

Não existe, teoricamente, metodologia ideal ou local de eleição para inserção do cateter de artéria pulmonar; estes são, habitualmente, determinados pela experiência do operador. No entanto, algumas regras podem auxiliar nas escolhas.

a) Há, basicamente, dois métodos para acessar a artéria pulmonar: por punção ou dissecção de veias de grande calibre. Deve-se sempre escolher o método por punção (menor risco de infecção). O método por dissecção deve ser reservado para duas situações: coagulopatia grave ou incapacidade técnica de punção.

b) É importante conhecer distâncias entre os locais de punção/dissecção e diferentes pontos anatômicos. Isto ajuda no reconhecimento de "falsos trajetos" ou enovelamento do cateter:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Átrio Direito	
Veia jugular interna direita	15cm
Veia jugular interna esquerda	20cm
Veia antecubital direita	45 cm
Veia antecubital esquerda	50cm
Veia subclávia	10cm
Ventrículo Direito	
Veia jugular interna direita	25cm
Veia jugular interna esquerda	30cm
Veia antecubital direita	60cm
Veia antecubital esquerda	65cm
Veia subclávia	20cm
Artéria Pulmonar	
Veia jugular interna direita	40cm e para posição “encunhada” 45cm
Veia jugular interna esquerda	45cm e para posição “encunhada” 50cm
Veia antecubital direita	75cm e para posição “encunhada” 80cm
Veia antecubital esquerda	80cm e para posição “encunhada” 85cm
Veia subclávia	35cm e para posição “encunhada” 40cm

c) Cuidados com o balonete: — checar, antes da inserção, a integridade da parede do balonete, injetando 1,5ml de ar; — nunca utilizar líquido para preenchê-lo; durante a progressão do cateter, o balonete deve estar plenamente preenchido com ar. Isto minimiza lesão endotelial e risco de arritmias: quando houver suspeita de comunicação interatrial ou ventricular, o balão deve ser preenchido com dióxido de carbono, uma vez que este é rapidamente absorvido, diminuindo riscos de embolia gasosa.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ALARMES: Chatos, mas Necessários!

Antonio Nuno da Conceição

Não deixe desligados os alarmes! A tendência, após alguns disparos sem motivo aparente, é de mantê-los desligados. O ideal é que se conservem sempre ligados e corrija-se o que os fez disparar. Às vezes é a faixa de valores-limites que não está correta para as condições daquele paciente.

Mas, cuidado para não menosprezar um alarme! Muitas vezes ele está soando realmente porque surgiu alguma intercorrência, que pode, inclusive, ser letal. Confira sempre!

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DIURESE ZERO: no Paciente Sondado?

Antonio Nuno da Conceição

Se o paciente não chocou nem tampouco está desidratado, e, ainda assim, a diurese passou de valor normal para cerca de zero, desconfie! Provavelmente a sonda está dobrada, tem outro tipo de obstrução, ou ainda está inadvertidamente fechada, até porque é bastante incomum "diurese zero", mesmo nas insuficiências renais agudas de pacientes gravemente enfermos assistidos em UTI.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CATETER VENOSO CENTRAL E INSTALAÇÃO DE PVC: Jugular ou Subclávia? Direita ou Esquerda?

Antonio Nuno da Conceição

Antes de passar um *intracath*, mantenha o tórax na horizontal e eleve bem os membros inferiores, para aumentar a PVC e distender a veia-alvo. Ao contrário do que diz a quase totalidade das publicações, no cateterismo de veia subclávia, se você rodar a cabeça do paciente para o lado da punção, o cateter terá menos possibilidade de subir para a jugular homolateral.

Evite canular a veia jugular interna esquerda, pois, devido à sua entrada na veia subclávia esquerda em ângulo perpendicular, a chance de acidente é maior, com o cateter podendo penetrar no espaço mediastinal.

Quando empregada adequadamente, a medida da PVC é arma poderosa no manuseio de pacientes críticos.

Valores isolados têm pouca ou nenhuma utilidade. Já o estudo do padrão de comportamento da PVC frente à terapêutica (especialmente provas de volume), pode oferecer noção muito boa de volemia, complacência ventricular e alterações hemodinâmicas decorrentes de distúrbios respiratórios.

Atente para a morfologia da curva de PVC (desde que disponível): o esforço diagnóstico em determinadas situações clínicas pode ser reduzido consideravelmente. Muito cuidado com interferências provocadas pela pressão capilar pulmonar em certas moléstias, especialmente em cardiopatas.

Evite precipitação: avalie sempre a posição do cateter por meio de radiografia. Quando posicionado adequadamente, é útil também para a obtenção de amostras de sangue venoso (propicia valores ga-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

simétricos que guardam boa relação com cifras encontradas em sangue venoso misto, a partir da artéria pulmonar).

Embora a experiência individual deva ser valorizada no momento da passagem do cateter, tenha sempre em mente que o número de complicações é menor quando se emprega abordagem pela via jugular interna.

Na vigência de coagulopatias e risco de sangramento, uma alternativa à dissecção venosa é punção de veia jugular externa com *abbocath* e inserção do cateter com auxílio do fio-guia. Nem sempre o guia progride adequadamente, mas o baixo risco e a facilidade de compressão em caso de sangramento justificam o procedimento.

Se decidir pela punção da jugular interna, lembre-se de que a esquerda é de maior risco — por relações anatômicas próprias — para punção arterial e de ducto torácico, além de ser de acesso mais sinuoso e angulado, o que dificulta, às vezes, a progressão do cateter, especialmente se duplo ou triplo lume.

Uma última lembrança em relação aos acessos: a punção da veia femoral pode ser de interesse, notadamente em pacientes nos quais a disponibilidade de mais uma via se impõe, ou ainda quando há problemas de sangramentos. Acredito que vale a pena o médico intensivista estudar e praticar esta via. Costumeiramente é fácil, de baixo risco, adequada para cateteres de duas a quatro vias; suas limitações passam pelo biótipo dos pacientes (obesos), por situações clínicas desfavoráveis ao procedimento (ascite tensa e volumosa, lesões vasculares, infecciosas ou traumáticas de membros), e pelo maior risco de infecções próprias ao sítio de punção. Pode-se considerá-la adequada para utilização em períodos curtos, de até 72/120 horas.

Não há mais indicação de trocas rotineiras de cateteres, independentemente do tempo de permanência do mesmo. Troca-se apenas quando houver sinais de infecção na pele, próximo ao orifício de passagem, e/ou suspeita fundamentada de infecção relacionada ao mesmo.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL: Não Tem Segredo... Será Mesmo?

Antonio Nuno da Conceição
Alexandre H. Campos
Cristiane Hoelz
Elias Knobel

A realização de aspiração traqueal num paciente intubado e sob ventilação mecânica deve ser conduzida por pessoas que tenham treinamento adequado para tal procedimento. Apesar de simples, este procedimento deve seguir alguns conceitos fundamentais:

1. Técnica asséptica —utilização de equipamento estéril (luvas e sondas) e evitar que esse equipamento possa ser contaminado antes da aspiração;

2. Oxigenar e ventilar adequadamente o paciente antes do procedimento. Aumentar a FiO_2 para 100%, dois a três minutos antes de iniciar a aspiração;

3. Aspirar somente pacientes com real necessidade de aspiração, ou seja, aqueles com secreção copiosa, que interfira no processo de ventilação. Não se devem programar horários para a aspiração do paciente, evitando-se assim que este seja desnecessariamente submetido ao estresse de uma aspiração;

4. Sempre que possível, utilizar alguma forma de sedação rápida do paciente durante a aspiração;

5. Não prolongar demasiadamente o ato da aspiração, e estar sempre atento a eventuais quedas da oxigenação e alterações hemodinâmicas (como, por exemplo, arritmias). Lembrar que uma queda de oxigenação, para ser captada pelo oxímetro, necessita de, pelo menos, dois minutos (tempo de latência mínimo de resposta deste equipamento; eventualmente, o tempo de latência poderá ser tão longo quanto quatro ou cinco minutos);

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6. Lembrar sempre que, ao aspirar um paciente de maneira aberta, ou seja, desconectando-o do circuito do aparelho, haverá perda temporária da PEEP, com possível colapso pulmonar e piora da oxigenação. Percebe-se, por vezes, que o restabelecimento do nível de oxigenação existente antes do ato da aspiração leva muitas horas. Devemos, portanto, dar preferência aos sistemas fechados de aspiração em pacientes que estejam utilizando PEEP maior ou igual a 8;

7. Importante: proceder à aspiração de vias aéreas com equipamento de vácuo de, no máximo, -20cmH_2O (de pressão negativa). O circuito de vácuo da maioria dos hospitais, e mesmo os aspiradores elétricos, fornecem pressões tão baixas quanto – 100cmH_2O (de pressão negativa)! A traquéia possui um epitélio respiratório de revestimento extremamente delicado, e a aspiração das vias aéreas com estes níveis tão importantes de pressão negativa poderá ocasionar verdadeiras "biópsias" deste epitélio, provocando, por vezes, sangramentos graves (principalmente em pacientes com distúrbio da coagulação). Estes sangramentos gerados pelo mau uso da aspiração traqueal são fonte potencial de agravamento da situação clínica desses pacientes, em virtude da formação de rolhas hemáticas e, em conseqüência, atelectasias e infecção. Um cuidado que poderia minimizar essa lesão secundária seria o de aspirar apenas "dentro" do tubo, observando o cumprimento do cateter introduzido na aspiração e a anatomia do paciente;

8. A mudança de posição da cabeça e a mudança de decúbito do paciente podem ser artifícios que tornam mais eficiente a aspiração, permitindo o acesso às vias aéreas mais baixas, como divisão brônquica segmentar;

9. Uma manobra que pode ser tentada com o auxílio do médico intensivo, principalmente naqueles pacientes difíceis, cuja aspiração repetida não traz melhoras e um "tampão baixo" parece não sair, é a de provocar "intubação seletiva" para aspiração dirigida. Com alguma freqüência se resolve, ainda que momentaneamente. É claro que uma fibrobroncoscopia, oportunamente, poderá ajudar na condução mais definitiva desse tipo de situação.

E aqui vai uma dica prática: se você deseja fazer aspiração brônquica seletiva, nem sempre é necessário cateter especial, que é caro. Use uma sonda que esteja encurvada na ponta, ou encurve-a. Introduza-a com a curvatura orientada para o lado em questão. Terá, assim, muitíssimas chances de sucesso, sem custos adicionais.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

DROGAS VASOATIVAS: Quanto Pesa o Paciente?

Sayonara F. Barbosa
José M. C. Orlando

Tenha por hábito exprimir doses das drogas vasoativas em microgramas/kg/min. Só assim é possível termos noção da magnitude da dose que está sendo empregada naquele paciente específico. Não é raro observarmos, durante a passagem de plantão, que a referência às drogas é feita em microgotas/min ou ml/hora. Isto pouco significa, se não soubermos o peso do paciente.

No manejo de pacientes em uso de drogas vasoativas, em caso de alteração no gotejamento, é importante comunicar o fato aos profissionais de enfermagem, para melhor controle do gotejamento e sua adequação aos parâmetros hemodinâmicos.

Uma forma interessante de trabalhar é ter à disposição, na UTI, uma tabela com as soluções e diluições que o grupo costuma usar, de modo que a enfermagem saiba o volume da solução diluente, a concentração e até a velocidade de infusão a ser adotada, tudo de acordo com a solicitação do médico intensivista.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GLICEMIA CAPILAR: Uma Picada Incomoda Muita Gente, Duas Picadas...

Alexandre H. Campos
Elias Knobel
Júlio César M. Monte

A praticidade e rapidez de execução compensam a falta de precisão inerente ao método, e a tornam a maneira mais adequada de controlar a glicemia de pacientes em estado crítico. Mantenha os valores ligeiramente acima da faixa da normalidade. Isto ajuda a prevenir episódios de hipoglicemia.

Uma vez demonstrada hiperglicemia importante (como no caso de pacientes com diabetes *mellitus* descompensado, ou em uso de nutrição parenteral), anteveja as alterações nas próximas aferições, administrando insulina precocemente. É mais fisiológico do que "correr atrás" de valores muito elevados.

Sempre que houver dúvidas a respeito da fidedignidade do exame, confirme com glicemias de sangue periférico. No entanto, diante de hipoglicemia, não aguarde um minuto sequer para qualquer confirmação (nem mesmo repetir o "dextro"): trate imediatamente! Cérebros detestam hipoglicemia (mesmo que breve) e, na hipótese de erro do exame, um pouco de hiperglicemia não faz mal a ninguém.

Podem-se considerar aceitáveis valores entre 120 e 240mg%, num contexto geral, para pacientes gravemente enfermos, que vivenciam situações de multiplicidade clínica desconcertante, e que estão sob efeito concomitante de inúmeras drogas. Fora desta faixa, deve-se ter atenção especial, para evitar situações extremas e perigosas ao paciente.

E por falar em picada...

Precisamos melhorar o conforto do paciente, combatendo a insônia, a dor, a náusea, o vômito e a febre, de forma a não acrescentarmos mais um desconforto... a injeção intramuscular!

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Todo paciente de UTI tem, ou deveria ter, um acesso venoso disponível. Não usá-lo por quê? É inacreditável a quantidade de colegas que continuam prescrevendo benzodiazepínicos, opiáceos, antieméticos, AINEs (antiinflamatórios), antitérmicos, aminoglicosídeos, vitamina K etc., por via IM! Tenha dó! Existem opções EV para quase tudo!

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

INSTALAÇÃO/MONITORIZAÇÃO DE PAM: Mesmo que Seja com o "Velho Manômetro"

Alexandre H. Campos
Marcos Knobel
Elias Knobel

A facilidade atual de aplicação do método aumentou, sobremaneira, seu emprego. Um "Jelco", equipo de soro, coluna de mercúrio e um mínimo de habilidade técnica são suficientes (o teste de Allen é fundamental na punção da artéria radial!).

Não hesite em recorrer ao procedimento quando houver dúvidas quanto à fidelidade das medidas obtidas por métodos convencionais (manguito).

Havendo necessidade de drogas vasopressoras em doses moderadas/elevadas, é prudente que se indique a instalação do cateter de PAM, pelo menos em fases iniciais do quadro, onde a labilidade tensional pode ser uma constante. É muito provável que a quantidade de drogas necessárias ao tratamento seja bastante diferente daquela considerada adequada a partir de dados de PA não-invasiva.

Finalmente, lembre-se de que o cateter de PAM é mais uma fonte de infecção, e deve ser retirado logo que possível.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA: é Sempre Necessária?

Alexandre H. Campos
Marcos Knobel
Elias Knobel

É essencial para detecção de alterações na freqüência e na condução de estímulos elétricos no miocárdio. Pouco confiável para avaliação de eventos isquêmicos e instalação de bloqueios de ramo (o ECG comprobatório é indispensável).

O uso em pacientes estáveis, por simples zelo, aumenta os custos e gera tensão para o paciente, a família e a equipe da UTI.

Ajuste os limites dos alarmes do equipamento conforme a necessidade de cada caso: isto colabora para a manutenção da "sanidade mental" de todos.

Por fim, olhe sempre muito bem para o paciente (a calma é o segredo do sucesso em uma UTI): não exagere tratando o que não existe, sendo causador de iatrogenias.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

FLEBOTOMIA: Fora de Moda?

Antônio Capone Neto
Elias Knobel
Júlio César M. Monte

Indicações de flebotomia em UTI restringem-se, atualmente, às situações onde punções percutâneas não podem ser realizadas, ou estão contra-indicadas. Por exemplo, na presença de alterações anatômicas ou infecções nos locais de punção, na vigência de coagulopatias ou após tentativas, sem sucesso, de cateterização percutânea.

Durante o atendimento inicial de emergências, como politraumatismo ou parada cardíaca, o estabelecimento de acesso venoso segue outras recomendações. Dá-se preferência à colocação de cateteres periféricos em veias superficiais dos membros superiores, na jugular externa ou na veia femoral. Quando não for possível a utilização destes acessos, a flebotomia tem preferência.

Feita a opção pela flebotomia, opta-se inicialmente pela dissecção da veia basílica, próxima à prega do cotovelo. Em situações de emergência, na impossibilidade de utilização das veias dos membros superiores, ou quando o operador tiver pouco treinamento em dissecções, uma boa opção é a dissecção da veia safena interna, junto ao maléolo medial. Nesta localização, a veia está em posição superficial, e distante de feixes vasculonervosos. Logo que possível, a dissecção da safena deverá ser substituída por outro acesso venoso, por apresentar incidência aumentada de flebites. Também deverá ser considerado o fato de a safena ser muito utilizada em cirurgias de revascularização, e, portanto, dissecá-la para cateterização poderá inutilizar a veia para esse fim.

Outro aspecto importante a ser considerado nas cateterizações venosas centrais por dissecção é a incidência de mau posiciona-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

mento dos cateteres, que varia de 30 a 55%. Torna-se, portanto, fundamental certificar-se do posicionamento da ponta do cateter (que deverá estar em cava superior) com radiografia simples de tórax, se o cateter utilizado for radiopaco, ou, caso contrário, com o cateter preenchido com contraste.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

TERMODILUIÇÃO: Dá pra Confiar?

Alexandre H. Campos
Elias Knobel
Eliézer Silva
Sayonara F. Barbosa

Uma das principais funções da inserção do cateter de Swan-Ganz é a mensuração do débito cardíaco por termodiluição.

É fundamental que o médico assistente compreenda importantes fatores que alteram a precisão e confiabilidade do método, bem como aqueles que interferem na interpretação.

Fatores que podem influir na precisão/confiabilidade do método:

a) ciclo respiratório/ventilação mecânica: sempre injetar o líquido-indicador durante a fase expiratória, principalmente se o paciente estiver sob ventilação mecânica;

b) o líquido a ser injetado deve ter temperatura inferior à do paciente. Quanto menor for o débito cardíaco, maior tem que ser esta diferença;

c) o débito cardíaco mensurado por termodiluição pode não ser confiável, se houver regurgitação tricúspide. Em geral, haverá subestimação do débito real.

Em relação à interpretação do débito cardíaco, devemos estabelecer uma seqüência de raciocínio, que auxiliará nosso entendimento do real estado hemodinâmico do paciente:

a) sempre indexar o débito cardíaco pela superfície corporal;

b) conhecer a hemoglobina e temperatura do paciente;

c) verificar saturação venosa mista de oxigênio (SvO_2);

d) em geral, baixa SvO_2, na presença de $SaO_2 > 90\%$, indica débito cardíaco insuficiente;

e) SvO_2 normal ou elevada pode não indicar débito cardíaco adequado, principalmente na presença de *shunt* periférico. Devemos, então, conhecer o valor do lactato venoso misto. Se este valor estiver

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

normal, podemos afirmar, *a priori*, que o débito cardíaco está adequado.

Em unidades que disponham de monitorização hemodinâmica invasiva é fundamental que os enfermeiros sejam devidamente treinados no reconhecimento das curvas de pressão, para vigilância constante, pois, em alguns casos, pode o cateter migrar para o ventrículo ou o capilar pulmonar, necessitando pronta identificação e comunicação ao intensivista.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

SUPLEMENTAÇÃO DE OXIGÊNIO: com Critério

Eduardo C. Meyer
Elias Knobel
Jairo Othero
Marco Aurélio S. Bueno
José M. C. Orlando

"(...) o aumento da concentração de oxigênio no ar inspirado acima do nível normal não parece oferecer qualquer vantagem, pelo contrário. As vantagens, quando presentes, parecem ser mais favoráveis ao ar não enriquecido com oxigênio, onde a vida tende a ser mais longa. O desenvolvimento dos girinos e das larvas de insetos ocorre de forma mais rápida."

PAUL BERT*

Cânula nasal e máscara de Venturi são métodos para suplementação de oxigênio. Devem ser empregados sempre que a SaO_2 for inferior a 90% em ar ambiente (o que corresponde a $PaO_2 < 60mmHg$).

Para doentes muito taqui/hiperpnéicos, a cânula nasal não é o método de escolha, pois fornece O_2 a fluxos baixos, geralmente entre 0,5 e 6l/min? Vale a pena lembrar que, no caso de oxigenoterapia por cânula nasal, o reservatório de O_2 utilizado é o próprio paciente, o *cavum*, e portanto, limitado. Esta é razão pela qual 6l/min é o limite de utilidade clínica deste método. Carece de base fisiológica usar 7, 8 ou mais L/min de O_2 neste método, assim como usar "um cateter em cada narina", como eventualmente se vê.

Por oferecer O_2 a 100%, através de sistemas capazes de aumentar a velocidade de entrada do gás (que permite fluxos progressivamente mais altos, de acordo com a troca de válvula específica), a máscara de Venturi é o método ideal para pneumopatas crônicos, que necessitam de certo grau de hipoxemia, para manter o *drive* respiratório estimulado.

(*) Paul Bert: Fisiologista que realizou estudos experimentais sobre as adaptações fisiológicas apresentadas por animais expostos a ambientes com reduções abruptas da pressão atmosférica. Em 1878 publicou a obra intitulada "La pression barométrique. Recherches de physiologie expèrimentale".

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

OXIMETRIA DE PULSO: Todo Paciente Precisa?

Alexandre H. Campos
Cristiane Hoelz
Eduardo C. Meyer

Oxímetro de pulso deve sempre ser usado em casos onde é necessário afastar estados de dessaturação arterial.

O sensor do oxímetro transcutâneo deve ser colocado, preferencialmente, em dedos das mãos, dos pés, orelhas ou asa do nariz e, periodicamente, ser realizado rodízio do local de colocação, principalmente nos pacientes edemaciados.

Principais fatores que interferem na leitura do oxímetro: mau posicionamento do sensor, claridade excessiva do ambiente, uso de esmalte, vasoconstrição periférica e níveis elevados de carbóxi-hemoglobina. Icterícia discreta não interfere no método.

Está bem estabelecido que seu emprego reduz a necessidade de gasometrias arteriais seriadas na avaliação do paciente, diminuindo morbidade e reduzindo custos. Geralmente, não há indicação de manter um paciente com oxímetro transcutâneo, se o mesmo não estiver recebendo oferta suplementar de oxigênio.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPNOMETRIA: Não é um Supérfluo!

Antônio Capone Neto
Cristiane Hoelz
Marco Aurélio S. Bueno

O capnômetro é muito útil na adequação da ventilação mecânica, evitando discrepâncias entre a $PaCO_2$ desejada e a encontrada. Em pacientes sem doença pulmonar, existe diferença entre a $PaCO_2$ e o CO_2 no final da expiração ($ETCO_2$) menor ou igual a 6mmHg.

A aplicação da capnometria é muito importante em pacientes neurológicos, em que a variação de CO_2 pode influenciar na circulação cerebral e, conseqüentemente, na pressão intracraniana. Outra utilização muito prática da capnometria é na ressuscitação cardiopulmonar. A parada circulatória leva à relação V/Q infinita (Q=O).

Na presença de volume-minuto e produção de CO_2 constantes, alterações no $ETCO_2$ irão refletir as alterações no débito cardíaco.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PORTADORES DE MARCA-PASSOS (MP) NA UTI: Não se Esqueça deles!

Lourival de Campos

O MP constitui sistema de estimulação cardíaca artificial, composto de microcircuito eletrônico (gerador), alimentado por baterias. Ao gerador são conectados fios metálicos revestidos (eletrodos), cuja função é não apenas conduzir estímulos elétricos até o músculo cardíaco, como também "sentir" as despolarizações cardíacas espontâneas, informando sua ocorrência ao gerador.

Na extremidade distal, o elemento possui um (unipolar) ou dois (dipolar) pólos metálicos.

As designações atrial, ventricular ou dupla-câmara referem-se a posicionamentos possíveis dos pólos distais, em relação às câmaras cardíacas.

Utiliza-se o termo MP de demanda para aqueles geradores que têm a propriedade de se auto-inibirem, quando "percebem" a existência de potenciais elétricos gerados pelo próprio músculo cardíaco.

Dentro do ambiente hospitalar, alguns fatores podem interferir no adequado funcionamento dos MP. Tais situações, obviamente, precisam ser do conhecimento dos intensivistas.

Com respeito aos equipamentos habitualmente utilizados na UTI — oxímetro, monitor cardíaco, capnógrafo, ventilador eletrônico e pressométrico, bomba de infusão, debitômetro, monitor de PA não-invasivo, cama elétrica, balão intra-aórtico, hemodialisador — não há quaisquer evidências de que possam causar interferências significativas, desde que, é claro, em condições adequadas de funcionamento, o que também pressupõe que estejam corretamente aterrados.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A realização de ressonância magnética é contra-indicada nesses pacientes, em virtude das interferências produzidas pelos campos magnéticos, que poderão resultar em sérios danos ao MP.

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular e de Cardiologia publicou várias orientações sobre interferências provocadas em Marca-passos pelo emprego de Eletrocautério e Cardioversão elétrica (Gauch e col., Arq. Bras. Cardiol — vol. 68, n.º 02, 1997):

ELETROCAUTÉRIO

1) iniciar o procedimento somente após a monitoração do ECG e/ou do pulso arterial;

2) evitar o uso do eletrocautério a menos de 15cm do gerador de pulsos;

3) utilizar a menor energia possível para a eletrocirurgia;

4) dispor de ou contar com a presença do programador do marca-passo;

5) utilizar o eletrocautério de forma intermitente, em pulsos de curta duração, < 1s. Na presença de inibições do gerador, as aplicações deverão ser espaçadas de forma a evitar comprometimento hemodinâmico significativo;

6) na ausência de competição, programar o marca-passo para um modo assincrônico. Na impossibilidade de programação, recomenda-se a colocação de um ímã sobre o gerador de pulso;

7) utilizar, de preferência, o bisturi bipolar que reduz de forma significativa a área de interferência;

8) caso seja necessário o uso de bisturi unipolar, posicionar a placa do eletrodo indiferente, de forma que a corrente elétrica do cautério não atravesse a região entre o gerador de pulsos e a ponta do cabo-eletrodo;

9) posicionar a placa do eletrodo indiferente o mais próximo possível da área a ser operada, de forma a reduzir a região de interferência, observando a recomendação anterior;

10) dispor de ou contar com marca-passo temporário transtorácico, transesofágico ou endocárdico;

11) logo após o procedimento, reavaliar e reprogramar o gerador, fazendo a avaliação dos limiares de comando e de sensibilidade e a verificação das condições da bateria.

CARDIOVERSÃO

A cardioversão ou a desfibrilação podem ser utilizadas nos portadores de marca-passo, desde que observados alguns cuidados:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1) a aplicação do choque nunca deve ser realizada sobre o gerador de pulsos e áreas adjacentes (deve-se respeitar 15cm de raio em torno do gerador);

2) deve-se aplicar o choque perpendicularmente ao eixo entre o gerador e a ponta do cabo-eletrodo, principalmente nos geradores unipolares. A aplicação de choque deve ser ântero-posterior, entre o precórdio e o dorso do paciente;

3) recomenda-se a colocação de um ímã sobre o gerador no momento do choque;

4) deve-se dispor de estimulação cardíaca provisória;

5) após a cardioversão/desfibrilação reavaliar o gerador de pulsos.

Os métodos diagnósticos a que mais freqüentemente são submetidos os pacientes críticos não determinam alteração do funcionamento do gerador. Entre eles: tomografia, cineangiocoronariografia, ecocardiograma, radiografia e ultra-som.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VENTILAÇÃO MECÂNICA: Cuidado para Não Piorar as Coisas...

Cristiane Hoelz
Marco Aurélio S. Bueno
Milton Rodrigues Jr.

O conceito que mais tem influenciado a ventilação mecânica nos últimos anos é a existência de lesão pulmonar induzida pelo próprio suporte ventilatório, e este fato pode ser a causa de SDRA — síndrome do desconforto respiratório agudo. A busca constante de abordagem ventilatória menos agressiva, ou até mesmo protetora na SDRA, tem ocorrido, com resultados bastante atraentes. Assim, recomendamos, na SDRA:

— Utilizar valores elevados de PEEP, suficientes para que a maior parte dos alvéolos, que se encontram colapsados (atelectasiados), possam ser recrutados. Este valor de PEEP pode ser norteado por um estudo de mecânica pulmonar à beira do leito, com curva pressão/volume, ou curva de complacência pulmonar em diferentes níveis de PEEP, encontrando-se o ponto de inflexão da curva P/V ou a PEEP relacionada à melhor complacência pulmonar. Pode-se ainda, buscar um valor de PEEP suficiente para que se possa reduzir a FiO_2 para valores inferiores a 60%;

— Ao se elevarem os valores de PEEP, deve-se reduzir o volume corrente para valores iguais ou inferiores a 8ml/kg, evitando-se a ocorrência de hiperdistensão pulmonar e barotrauma. O uso de volumes correntes baixos implica a aceitação de níveis mais elevados de PCO_2 (hipercapnia permissiva);

— Evitar valores de pico de pressão traqueal acima de 40cmH_2O; dar preferência aos modos ventilatórios com pressão controlada ou pressão de suporte.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

LAVAR AS MÃOS: Baixo Custo, Alto Benefício

José M. C. Orlando

Este ato tão simples já tinha sua importância reconhecida no século IX! A Escola de Salerno — a mais famosa escola médica da época, localizada na cidade do mesmo nome, na Itália, fazia a seguinte recomendação: *Si fore vis sanus, ablue saepe manus*: Se queres ter saúde, lava sempre as mãos.

Semmelweis também tentou em vão demonstrar para seus colegas médicos do final do século XIX (1861) a importância da lavagem das mãos antes de procedimentos cirúrgicos. Ele foi capaz de reduzir a taxa de infecção puerperal pelo simples fato de tornar rotina o ato de lavar as mãos com solução de hipoclorito.

O que mais é necessário fazer para pôr, de uma vez por todas, nas nossas cabeças duras, a importância da lavagem freqüente das mãos dentro da UTI?!

Lamentavelmente, ainda hoje a literatura está repleta de artigos que apontam a baixa aderência e o emprego de técnicas inadequadas de lavagem das mãos pelos profissionais de saúde.

Talvez a carência de dispositivos *High Tech*, como tantos outros que proliferam ao redor do intensivista, provoque em nós um certo menosprezo diante da visão, já tão ultrapassada, de uma simples pia.

Se servir de consolo (mas não deveria!), este não é um mal de que padecem apenas os profissionais brasileiros. Um estudo recente de um hospital suíço surpreendeu com alguns dados, no mínimo, preocupantes. (Ann Intern. Med 1999;130:153-155.) Os enfermeiros foram os que mais freqüentemente lavaram as mãos — 52% das ocasiões —, seguidos dos auxiliares de enfermagem (47%) e dos outros profis-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sionais da equipe da UTI (38%). Mas, e os médicos? Ah, estes só o fizeram em 30% das oportunidades em que deveriam ter lavado as mãos!

Outra constatação por demais constrangedora para os profissionais da UTI: foi exatamente no setor do hospital onde o risco de infecção é dos mais elevados que se constatou o menor índice de lavagem das mãos.

Atribui-se tal situação, em parte, à falta de tempo dos profissionais mais atarefados. Ou, dito de outra forma, naquele desenrolar de atividades da UTI, acaba não sobrando "um minutinho" para o ritual de água e sabão, o que não parece ser uma justificativa aceitável.

Ora, se o problema é este, existem hoje em dia algumas alternativas mais ágeis, embora talvez menos eficazes. São os produtos na forma de gel (contendo álcool e emolientes) ou outros anti-sépticos que poderiam ficar facilmente disponíveis em dispensadores à beira dos leitos. Vários deles ainda oferecem a vantagem de causar menos dermatite do que água e sabão.

De acordo com alguns estudos, o emprego de clorhexidine parece ser mais eficaz no controle da infecção hospitalar do que o sabão ou álcool.

Está vendo?! Não há desculpa... Portanto, doutor, *mãos à água!*

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

HEMODERIVADOS: Informações Práticas

Hugo Vilanova

O aperfeiçoamento das técnicas de separação e armazenamento de hemoderivados permitiu o uso mais acurado dos diversos hemocomponentes. Tal benefício é mais palpável para os médicos que tratam de doentes oncológicos ou doenças hematológicas. Mesmo assim, é necessário que o intensivista tenha visão mais detalhada de tais produtos, para que possa indicá-los com maior precisão e menos riscos para os pacientes críticos.

Muitas vezes, será imprescindível a opinião do hemoterapeuta/hematologista. Queremos aqui apenas orientar de modo claro e conciso a respeito de como fazer uso desses produtos, de forma racional.

Alguns cuidados devem ser observados. O tempo de infusão de sangue total ou concentrado de hemácias não deve exceder a quatro horas por unidade, em virtude do risco de contaminação bacteriana.

O plasma e seus derivados — plaquetas e crioprecipitado — devem ser infundidos o mais rápido possível, e imediatamente após atingirem a temperatura adequada. Devido à labilidade que tais componentes apresentam, quando expostos à temperatura ambiente, perdem parte de sua atividade numa relação proporcional ao tempo de permanência descongelado.

Deve ser lembrado o risco de hipocalcemia, decorrente do anticoagulante das bolsas, que ocorre em pacientes politransfundidos, mesmo que não maciçamente.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

USO DOS HEMODERIVADOS

SANGUE TOTAL

Seu uso é quase restrito a situações emergenciais, normalmente em prontos-socorros, onde não há, a princípio, necessidade de rigoroso balanço hídrico e, além da anemia, há urgência na expansão volêmica. Atualmente, quase não há razão para uso dentro da UTI, devendo-se optar por concentrado de hemácias.

Contém leucócitos e plaquetas; entretanto, suas quantidades não têm maior significado clínico. Os leucócitos presentes só aumentam o risco de reação transfusional.

- Volume: 400-500mL
- Rendimento: 1 unidade aumenta Hb em 1g/dL e o Ht em 3%
- Indicação: correção da anemia em pacientes que necessitem expansão volêmica (quando a perda de volume > 25%)

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

É o hemoderivado mais prescrito pelo intensivista. Atualmente, os estudos têm mostrado que o uso mais criterioso — tolerar Hb entre 7 e 9mg/dL!— produz os mesmos (ou até melhores!) resultados, com menos riscos e complicações.

- Volume: 250 — 300mL
- Rendimento: 1 UI eleva Hb em 1 — 1,5g/dL e Ht em 3 — 4%
- Indicação: aumentar a capacidade de transporte de oxigênio em pacientes com anemia.

Obs: em crianças repor 15 — 20ml/kg

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS LAVADAS E/OU FILTRADAS

Consiste na lavagem em solução salina, ou na passagem do concentrado por um filtro específico. Tais processos permitem a remoção de quase todo o plasma, plaquetas, restos celulares e glóbulos brancos. A lavagem reduz os leucócitos em 70% — 80%. O uso do filtro pode reduzir em até 99% os leucócitos, a depender do filtro utilizado.

Tem volumes e rendimento semelhantes ao concentrado não lavado ou filtrado.

- Indicação: para pacientes com reações febris, não-hemolíticas, repetidas; imunodeprimidos; CMV negativo; portadores de doenças crônicas que necessitarão de repetidas transfusões de

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

qualquer hemoderivado. A finalidade é diminuir a formação de anticorpos Anti-HLA e antigranulócitos, que aumentariam a refratariedade a transfusões futuras, mormente de plaquetas.

Concentrado de Plaquetas

Atualmente, as plaquetas podem ser obtidas de duas formas:

a) Bolsas individuais: consiste na separação das plaquetas da bolsa de sangue total inicial. Em pacientes adultos de 70kg, aumenta as plaquetas em 5.000;

b) Aférese: contém de 6 — 10 vezes mais plaquetas, provenientes de um único doador, diminuindo o risco de transmissão de doenças e de sensibilização do receptor.

A indicação de plaquetas não segue um padrão uniforme. Depende do risco de sangramento, níveis plaquetários e patologia de base. Assim, a consulta ao hemoterapeuta é fundamental. De forma mais simplificada, porém, recomenda-se:

1) Concentrados de plaquetas devem ser usados se plaquetopenia 20.000, mesmo sem sangramento vigente;

2) Se as plaquetas estão entre 20.000 a 50.000, administrar o concentrado se houver sangramento ativo ou necessidade de algum procedimento com risco de sangramento importante;

3) Se plaquetas 50.000 — 100.000, repor apenas quando da necessidade de cirurgias ou procedimentos cruentos, a depender do risco de sangramento em tal ato;

4) Plaquetas > 100.000, normalmente não está indicada reposição.

A transfusão de plaquetas deve ser evitada quando sua diminuição estiver relacionada a mecanismos imunológicos (PTI: púrpura trombocitopênica imunológica, ou PTT: púrpura trombocitopênica trombótica). Avaliar risco de vida.

- Dose: 1 UI/10kg de peso corporal. Esta dose pode ser usada 1 — 3 vezes ao dia, a depender do nível de plaquetas, do sangramento e risco de vida.
- Administração: deve ser infundido o mais rápido possível.

Plasma Fresco Congelado

É obtido do sangue total, congelando-se o plasma dentro de 6h após a coleta. Preserva todos os fatores de coagulação, inclusive os termolábeis.

- Volume: 200 — 250ml

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Indicação: sangramento associado à deficiência de múltiplos fatores da coagulação (CIVD, hepatopatia etc.); coagulopatia dilucional secundária à transfusão maciça; PTT; sangramento associado ao uso de cumarínicos.
- Dose: muito variável. A dose e a periodicidade da infusão dependerão do quadro clínico e dos fatores envolvidos na deficiência. De forma geral, inicialmente, pode-se pensar em 1 UI a cada 8h ou 12h. A dose para criança é de 15 — 20ml/kg de peso corporal.
- Administração: deve ser infundido imediatamente após o descongelamento.

CRIOPRECIPITADO

Foi muito usado para reposição de fatores de coagulação em pacientes hemofílicos. Dá-se preferência, atualmente, ao concentrado de fator VIII.

É rico em fator VIII, fator XIII, fator Von Willebrand e fibrinogênio.

Uma unidade de crioprecipitado contém ≅ 90 — 120 UI de fator VIII, 250 mg de fibrinogênio, 20 — 30% fator XIII, 40 — 70% de fator Von Willebrand (em relação ao contido inicialmente na bolsa de plasma fresco congelado).

- Volume: ≅ 30ml
- Indicação: hemofilia A, doença de Von Willebrand, deficiência de fibrinogênio, CIVD.
- Dose: depende da patologia e de quanto se deseja elevar a atividade do fator a ser reposto.

Em doentes gerais de UTI, com sangramentos por deficiências adquiridas e agudas, pode-se usar a dose e intervalo preconizados para o plasma fresco congelado.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

HEPARINA: Cuidados para uma Anticoagulação Adequada

Hugo Vilanova

As doses de heparina preconizadas para manter os níveis de TTPa adequados, a cada situação clínica, são de conhecimento geral, e facilmente encontradas na literatura especializada. Não está no escopo deste livro discutir tais parâmetros. Tentaremos, sim, mostrar de forma prática, com cuidados simples, um modo de conseguir essa anticoagulação com maior confiabilidade.

Há características pertinentes à própria técnica de dosagem do TTPa.

A cada amostra de heparina empregada pode ocorrer ampla variação de pesos moleculares em um mesmo frasco ou lotes! Tais fatos ocasionam enormes discrepâncias, amiúde incompatíveis e incompreensíveis, nos níveis de TTPa liberados pelos laboratórios.

Assim, é prudente tomarmos todas as medidas possíveis para minimizar o risco de hipercoagular — ou, mais freqüentemente, não anticoagular da forma preconizada — o nosso paciente.

De modo prático:

1. A heparina deve ser infundida de forma contínua, nunca em *bolus*, a não ser o inicial;

2. Ela é estável em qualquer das soluções amiúde usadas para diluições (SF0,9%, SG5% etc.); logo, pode ser trocada apenas a cada 24 horas;

3. Quando possível, separar de um mesmo lote, na farmácia, a quantidade de heparina prevista para aquele paciente, por todo o tratamento. É uma tentativa de homogeneizar os pesos moleculares. As heparinas de baixos pesos moleculares são mais uniformes, e por

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

isso mais confiáveis — não para anticoagulação plena — exatamente por terem pesos moleculares menores, e, assim, menos díspares;

4. Devemos dosar TTPa de todos os pacientes antes de qualquer dose de heparina;

5. O TTPa deve ser dosado a cada 4-6 horas, até que se tenha estabelecido a infusão adequada de Heparina/hora para determinado paciente. Dosagens seguintes podem — e devem! — ser feitas a cada 24 horas, para ajustar a infusão; caso necessário, esse intervalo pode ser menor;

6. O TTPa deve ser liberado pelo laboratório, sempre como valor relacionado ao controle normal. Valores absolutos em unidade de tempo (segundos) não devem ser utilizados.

É necessário rigor na coleta de sangue para amostra. O uso de volumes acima ou abaixo do preconizado para cada frasco interferirá irremediavelmente no resultado, uma vez que a quantidade de anticoagulante é a exata, necessária para o referido volume. Punções repetidas certamente ativarão a cascata da coagulação no local. Isto também pode interferir no resultado do exame.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO 8

Apêndice

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Grupo I do Apêndice: — Resoluções e Pareceres do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

— Resoluções e Pareceres do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

ASSUNTO: Reconhecimento da Terapia Intensiva como especialidade médica (Resolução nº 1.349, de 17/01/1992)

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando o parecer CFM nº 2.969/91, referente ao reconhecimento da Terapia Intensiva como especialidade médica;

Considerando a existência da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, conveniada à AMB;

Considerando, finalmente, o decidido na sessão plenária de 16 de janeiro de 1992,

Resolve:

Reconhecer a Terapia Intensiva como especialidade médica.
Presidente Ivan de Araújo Moura Fé Waldir Paiva Mesquita
2º secretário

ASSUNTO: Define critério de morte encefálica em crianças de sete dias e prematuros. Revoga-se a Resolução CFM nº 1.346/91. (Resolução CFM nº 1.480, 08/08/1997)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Fonte: DOU, SEC, I, nº 160 de 21/08/91, p. 18.227-8
Situação: **Norma na Íntegra**

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

Considerando que a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a retirada de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, determina em seu artigo 30 que compete ao Conselho Federal de Medicina definir os critérios para diagnóstico de morte encefálica;

Considerando que a parada total e irreversível das funções encefálicas equivale à morte, conforme critérios já bem estabelecidos pela comunidade científica mundial;

Considerando o ônus psicológico e material causado pelo prolongamento do uso de recursos extraordinários para suporte de funções vegetativas em pacientes com parada total e irreversível da atividade encefálica;

Considerando a necessidade de judiciosa indicação para interrupção do emprego desses recursos;

Considerando a necessidade da adoção de critérios para constatar, de modo indiscutível, a ocorrência de morte;

Considerando que ainda não há consenso sobre a aplicabilidade desses critérios em crianças menores de sete dias e prematuros,

Resolve:

Art. 1º — A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias.

Art. 2º — Os dados clínicos e complementares observados quando da caracterização da morte encefálica deverão ser registrados no "Termo de Declaração de Morte Encefálica" anexo a esta **Resolução**.

Parágrafo Único — As instituições hospitalares poderão fazer acréscimos ao presente termo, que deverão ser aprovados pelos Conselhos Regionais de Medicina da sua jurisdição, sendo vedada a supressão de qualquer de seus itens.

Art. 3º — A morte encefálica deverá ser conseqüência de processo irreversível e de causa conhecida.

Art. 4º — Os parâmetros clínicos a serem observados para constatação de morte encefálica são: coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinal e apnéia.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 5º — Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) de sete dias a dois meses incompletos — 48 horas

b) de dois meses a um ano incompleto — 24 horas

c) de um ano a dois anos incompletos — 12 horas

d) acima de dois anos — seis horas

Art. 6º — Os exames complementares a serem observados para constatação de morte encefálica deverão demonstrar de forma inequívoca:

a) ausência de atividade elétrica cerebral ou,

b) ausência de atividade metabólica cerebral ou,

c) ausência de perfusão sangüínea cerebral.

Art. 7º — Os exames complementares serão utilizados por faixa etária, conforme abaixo especificado:

a) acima de dois anos — um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", 'b" e "c";

b) de um a dois anos incompletos: um dos exames citados no Art. 6º, alíneas "a", "b" e "c". Quando optar-se por eletroencefalograma, serão necessários dois exames com intervalo de 12 horas entre um e outro;

c) de dois meses a um ano incompleto — dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas entre um e outro;

d) de sete dias a dois meses incompletos — dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas entre um e outro.

Art. 8º — O Termo de Declaração de Morte Encefálica, devidamente preenchido e assinado, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente.

Art. 9º — Constatada e documentada a morte encefálica, deverá o Diretor Clínico da instituição hospitalar, ou quem for delegado, comunicar tal fato aos responsáveis legais do paciente, se houver, e à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos a que estiver vinculada a unidade hospitalar onde o mesmo se encontrava internado.

Art. 10º — Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.346/91

Brasília — DF, 08 de agosto de 1997

Walter Paiva Mesquita
Presidente

Antônio H. Pedrosa Neto
Secretário-Geral

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Res. CFM nº 1.480, 08/08/97)
NOME:_____
PAI:_____
MÃE:_____
IDADE:_____ANOS:_____MESES:_____DIAS.
DATA DE NASCIMENTO:____/____/_____.
SEXO: M___ F___ RAÇA: A___ B___ N___
REGISTRO HOSPITALAR:_____.

A. CAUSA DO COMA
A. 1 — Causa do coma:
A. 2 — Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame

a) Hipotermia ( ) SIM ( ) NÃO
b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central ( ) SIM ( ) NÃO
Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

B. EXAME NEUROLÓGICO — Atenção: Verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela a seguir:

Idade	*Intervalo*
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	6 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das opções SIM/NÃO, obrigatoriamente, para todos os itens a seguir).

ELEMENTOS DO EXAME NEUROLÓGICO

RESULTADOS	*1º EXAME*	*2º EXAME*
Coma aperceptivo	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Pupilas fixas e arreativas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo córneo — palbebral	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexos oculocefálicos	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de respostas às provas calóricas	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Ausência de reflexo de tosse	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO
Apnéia	( ) SIM ( ) NÃO	( ) SIM ( ) NÃO

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C. ASSINATURAS DOS EXAMES CLÍNICOS — Os exames devem ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes de equipe de remoção e transplante.

1 – PRIMEIRO EXAME	1 – SEGUNDO EXAME
DATA: ___/___/___ HORA: ____:____	DATA: ___/___/___ HORA: ____:____
NOME DO MÉDICO:_____	NOME DO MÉDICO:_____
CRM:_____ FONE:_____	CRM:_____ FONE:_____
END.: _____	END.: _____
ASSINATURA: _____	ASSINATURA: _____

D. EXAME COMPLEMENTAR — Indicar o exame realizado e anexar laudo com identificação do médico responsável.

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia radioisotópica	3. Doppler transcraniano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. EEG	8. Tomografia por emissão de pósitrons	9. Extração cerebral de oxigênio	10. Outros (citar)

Observações

1 — Interessa para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente, a arreatividade supra-espinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos flexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 — Prova calórica

2.1 — Certifique-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmen ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 — Usar 50ml de líquido (soro fisiológico, água etc.) próximo de 0 grau Célsius em cada ouvido.

2.3 — Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 — Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 — Teste de apnéia

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

No doente em coma, o nível sensorial de estímulo para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO_2 de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região ponto-bulbar ainda esteja íntegra. A prova de apnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 — Ventilar o paciente com O_2 de 100% por minutos.

3.2 — Desconectar o ventilador.

3.3 — Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de seis litros por minuto.

3.4 — Observar se aparecem movimentos respiratórios por 10 minutos ou até quando pCO_2 atingir 55mmHg.

4 — Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre, inequivocamente, a ausência de circulação sangüínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação do tipo de exame e faixa etária.

5 — Em pacientes com dois anos ou mais — um exame complementar entre os a seguir mencionados:

5.1 — Atividade circulatória cerebral: cintilografia radioisotópica, doppler transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xênônio, SPETC.

5.2 — Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 — Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 — Para pacientes abaixo de dois anos:

6.1 — De um ano a dois incompletos: o tipo de exame é facultativo. No caso de eletroencefalograma são necessários dois registros com intervalo mínimo de 12 horas.

6.2 — De dois meses a um ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 — De sete dias a dois meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48 horas.

7 — Uma vez constatada morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve, obrigatoriamente, ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, Art. 13).

ASSUNTO: Havendo morte encefálica, pode-se ou não suspender meios artificiais de manutenção da vida?

Relator: Conselheiro Luiz Carlos Sobânia

(Processo Consulta CFM Nº 1.722/88 PC/CFM/Nº 27/90)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

O conceito de "Morte Encefálica" já esta definido clínica e tecnicamente como diagnóstico de morte e, portanto, não existe contradição entre o art. 66 e o art. 72 do Código de Ética Médica, pois o art. 66 está vedando utilizar meios destinados a abreviar a vida do paciente e, no presente caso, não mais existe vida. Não existem intervivos e, portanto, com menos lesões corporais desnecessárias.

Há a necessidade de que cada Unidade de Terapia Intensiva adote um protocolo de morte encefálica aceito internacionalmente e que sejam preenchidos os critérios éticos, principalmente no que diz respeito ao artigo 72 do código de Ética Médica, que diz: É vedado ao médico: **"Art. 72: participar do processo de diagnóstico da morte ou da decisão de suspensão dos meios artificiais do prolongamento da vida de possível doador, quando pertencente à equipe de transplante"**, e que a morte encefálica seja atestada por no mínimo 2 (dois) profissionais que tenham conhecimento específico da área, tudo com a aprovação da Comissão de Ética do Hospital.

Quando um paciente for considerado em "Morte Encefálica", portanto considerado em óbito, o médico responsável pelo paciente, antes da suspensão dos meios artificiais de sustentação de funções vegetativas, deverá comunicar o fato à família, para que a mesma possa ter tempo até de questionar o diagnóstico, pois essa prática ainda não entrou claramente na cultura do povo, e possa até solicitar outro profissional para confirmar o diagnóstico, sendo este o momento para discutir a possibilidade da doação de órgãos para um transplante.

É o nosso parecer, S.M.J.

Curitiba, 04 de junho de 1990.

Luiz Carlos Sobânia

Cons. Relator

Aprovado em Sessão Plenária dia 14 de julho de 1990.

ASSUNTO: Morte encefálica — aspectos legais para desligar os aparelhos

Relator: Nei Moreira da Silva

(Processo Consulta CFM Nº 7.311/97 PC/CFM/Nº 12/98)

Ementa: os critérios para verificação de morte encefálica não se aplicam apenas às situações de transplantes de órgãos.

Os médicos devem comunicar aos familiares a ocorrência e o significado da morte encefálica antes da suspensão da terapêutica.

Consulta protocolada em 13/11/97:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"Frente à resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, que normatiza e define critérios de morte encefálica em pacientes nas suas diversas faixas etárias, as unidades de tratamento intensivo do hospital, abaixo representadas por suas chefias, assim como o Comitê de Bioética deste hospital vêm solicitar o vosso posicionamento no que se refere a:

a — Esta resolução refere-se à constatação de morte apenas para fins de transplante ou aplica-se a qualquer paciente internado em UTI, mesmo àqueles que não candidatos à doação de órgãos para transplantes?

b — Aplicando os critérios estabelecidos por esta resolução, constando-se a morte encefálica de um paciente não candidato à doação de órgãos, os médicos, dentro dos aspectos legais, **PODEM** (estão amparados legalmente para) suspender a terapêutica de suporte (ventilação mecânica, vasopressores etc.)? Neste caso, precisam da concordância da família?

c — Dentro dos aspectos legais, e éticos, depois de constatada a morte encefálica, obedecendo aos critérios estabelecidos por esta resolução, os médicos **DEVEM** suspender todo terapêutica de suporte (ventilação mecânica, vasopressores etc.)? Se devem, como se conduzir se a família não concordar?".

PARECER

A constatação de a morte encefálica nos termos da Resolução CFM nº 1.480/97 tem a sua maior motivação e aplicabilidade nos casos de transplantes de órgãos, em vista da necessidade de retirada dos mesmos antes que se instale a degradação hemodinâmica que venha a comprometer o seu aproveitamento.

No entanto, conforme, se depreende da leitura dos seus considerandos, outras situações além dos transplantes são contempladas.

Assim, por exemplo, o descompasso entre a oferta e a demanda de leitos de terapia intensiva gera situações em que mesmo sem a perspectiva de transplante, a verificação de morte encefálica em um paciente permitirá a utilização daquele leito de UTI por outro paciente ainda viável quanto à sobrevida. Igual preocupação a uma espera infrutífera que tem apenas um inexorável desfecho: a parada cardíaca.

Nesses casos, indaga-se: têm os médicos o poder/dever de suspender a terapêutica de suporte? Necessitam concordância da família? E se a família não concordar?

Sobre o tema, existe manifestação deste Conselho Federal, no Parecer nº 27/90, da lavra do Cons. Luiz Carlos Sobânia, a seguir transcrito em parte:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

"Quando um paciente for considerado em "Morte Encefálica", portanto, considerado em óbito, o médico responsável pelo paciente, antes da suspensão dos meios artificiais de sustentação e funções vegetativas, deverá comunicar o fato à família, para que a mesma possa ter tempo para questionar o diagnóstico, pois essa prática ainda não entrou claramente na cultura do povo, e possa até solicitar outro profissional para confirmar o diagnóstico...".

Pensamos ser esta a conduta acertada frente a estas situações. Explicar à família a ocorrência e o significado da morte encefálica e a total impotência da medicina em qualquer benefício para o "paciente" ou sua família.

Fica ainda uma questão: se a família recusar-se a aceitar a interrupção dos cuidados, ainda que tal posição tenha sido referenciada pelo médico de sua confiança, têm os médicos assistentes o poder de interrompê-los? Pensamos que sim, pois a verificação da morte por quaisquer critérios é um ato de competência do médico. No entanto, deverão ter os médicos a sensibilidade para que este seu poder não venha a constituir-se em uma causa adicional de dor àqueles que já passam pelo sofrimento da perda de um ente querido e que devem encontrar no médico uma mensagem de alívio e solidariedade.

É o parecer, S.M.J.

Brasília, 2 de março de 1998.

Nei Moreira da Silva

Conselheiro Relator

Aprovado em Sessão plenária do dia 17/06/98.

NMS/mfmo

Assunto: Atestado de Óbito
Resolução CFM Nº 1.601/2000

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERADO o que consta nos artigos do Código de Ética Médica:

Art. 14 — O médico deve empenhar-se para melhorar as condições de saúde e os padrões dos serviços médicos e assumir sua parcela de responsabilidade em relação à saúde pública, à educação sanitária e à legislação referente à saúde.

É vedado ao médico:

Art. 39 — Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 44 — Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação vigente.

Art. 110 — Fornecer atestado sem ter praticado o ato profissional que o justifique, ou que não corresponda à verdade.

Art. 112 — Deixar de atestar atos executados no exercício profissional, quando solicitado pelo paciente ou seu responsável legal.

Art. 114 — Atestar óbito quando não o tenha verificado pessoalmente, ou quando não tenha prestado assistência ao paciente, salvo, no último caso, se o fizer como plantonista, médico substituto, ou em caso de necropsia e veificação médico-legal.

Art. 115 — Deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta.

CONSIDERANDO que a declaração de óbito é parte integrante da assistência médica;

CONSIDERANDO a declaração de óbito como fonte imprescindível de dados epidemiológicos;

CONSIDERANDO que morte natural tem como causa a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte;

CONSIDERANDO que morte não-natural aquela que sobrevêm em decorrência de causas externas violentas;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a responsabilidade médica no fornecimento da declaração de óbito;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido em Reunião Plenária realizada em 9 de agosto de 2000,

Resolve:

Art. 1º — O preenchimento dos dados constantes na declaração de óbito são da responsabilidade do médico que a atestou.

Art. 2º — Os médicos, no preenchimento da declaração de óbito, obedecerão às seguintes normas:

1) Morte natural:

I) Morte sem assistência médica

a) Nas localidades com Serviço de Verificação de Óbitos — S.V.O.

- A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do S.V.O.

b) Nas localidades sem S.V.O.

- A declaração de óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; e na sua ausência, por qualquer médico da localidade.

II) Morte com assistência médica

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a) A declaração de óbito deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência.

b) A declaração de óbito do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e na sua falta por médico substituto pertencente à instituição.

c) A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência ou pelo S.V.O.

2) Morte fetal:

- Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a declaração de óbito do feto, quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm.

3) Mortes violentas ou não-naturais:

- A declaração de óbito deverá obrigatoriamente ser fornecida pelos serviços médico-legais.

Parágrafo único: Na localidade onde existir apenas 01 (um) médico, este é o responsável pelo fornecimento da declaração de óbito.

Art. 3º — Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Resolução CFM nº 1.290/89.

Brasília-DF, 9 de agosto de 2000
Edson de Oliveira Andrade
Presidente
Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

ASSUNTO: Transfusão sangüínea em testemunhas de Jeová (Resolução CFM Nº 1.021, 26/09/1980)

Adota os fundamentos do parecer no processo CFM nº 21/80

O problema criado, para o médico, pela recusa dos adeptos da Testemunha de Jeová em permitir a transfusão sangüínea, deverá ser encarado sob duas circunstâncias:

1 — A transfusão sangüínea teria precisa indicação e seria a terapêutica mais rápida e segura para a melhora ou cura do paciente. Não haveria, contudo, qualquer perigo imediato para a vida do paciente se ela deixasse de ser praticada. Nessas condições, deveria o médico atender o pedido de seu paciente, abstendo-se de realizar a transfusão de sangue. Não poderá o médico proceder de modo contrário,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pois tal lhe é vedado pelo disposto no artigo 32, letra "f" do Código de Ética Médica: "Não é permitido ao médico: f) Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente, resolver sobre sua pessoa e seu bem-estar."

2 — O paciente se encontra em iminente perigo de vida e a transfusão de sangue é a terapêutica indispensável para salvá-lo. Em tais condições, não deverá o médico deixar de praticá-la, apesar da oposição do paciente ou de seus responsáveis em permiti-la. O médico deverá sempre orientar sua conduta profissional pela determinação de seu Código. No caso, o Código de Ética Médica assim prescreve:

"**Art. 1º** — A medicina é uma profissão que tem por fim cuidar da saúde do homem, sem preocupação de ordem religiosa..."

"**Art. 30** — O alvo de toda a atenção do médico é o doente, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional."

"**Art. 19** — O médico, salvo o caso de "iminente perigo de vida", não praticará intervenção cirúrgica sem prévio consentimento tácito ou explícito do paciente e, tratando-se de menor incapaz, seu representante legal."

Por outro lado, ao praticar a transfusão de sangue, na circunstância em causa, não estará o médico violando o direito do paciente.

Realmente, a Constituição Federal determina em seu artigo 153, 2ª que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei."

Aquele que violar esse direito cairá nas sanções do Código Penal quando este trata dos crimes contra a liberdade pessoal e em seu artigo 146 preconiza:

"Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda."

Contudo, o próprio Código Penal no parágrafo 3º. desse mesmo artigo 146, declara:

"I — a intervenção médica ou cirúrgica sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justifica por iminente perigo de vida."

A recusa do paciente em receber a transfusão sangüínea, salvadora de sua vida, poderia, ainda, ser encarada como suicídio. Nesse caso, o médico, ao aplicar a transfusão, não estaria violando a liberdade pessoal, pois o mesmo parágrafo 3º do artigo 146, agora, inciso

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

II, dispõe que não se compreende, também, nas determinações desse artigo: "a coação exercida para impedir suicídio".

ASSUNTO: HIV (responsabilidade médica)
(Resolução CFM nº 1.359/92)

O conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

Considerando que o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina são os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho técnico e ético da Medicina;

Considerando que o artigo 1º do Código de Ética Médica determina que "a Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade, e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza";

Considerando as normas emanadas pela Organização Mundial de Saúde — OMS — e pelo Ministério da Saúde sobre o tratamento dos pacientes portadores de AIDS;

Considerando a contínua expansão de epidemia de AIDS no país, e a progressiva mudança em seu perfil, atingindo grupos populacionais cada vez mais amplos, aliada à pouca eficiência das campanhas preventivas até aqui desencadeadas;

Considerando o profundo impacto que a doença provoca no paciente portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV), limitando a sua atividade física, tornando-o vulnerável física e moral, social e psicologicamente;

Considerando os termos dos pareceres CFM nº 14/88 e 11/92;

Considerando, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 11 de novembro de 1992;

Resolve:

Art. 1º — O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

§ 1º — Tal imperativo é extensivo às instituições assistenciais de qualquer natureza, pública ou privada.

§ 2º — O atendimento a qualquer paciente, independente de sua patologia, deverá ser efetuado de acordo com as normas de biossegurança recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Mi-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nistério da Saúde, razão pela qual não se poderá alegar desconhecimento ou falta de condições técnicas para esta recusa de prestação de assistência.

§ 3º — As instituições deverão propiciar ao médico e demais membros da equipe de saúde condições dignas para o exercício da profissão, o que envolve, entre outros fatores, recursos para a sua proteção contra a infecção, com base nos conhecimentos científicos disponíveis a respeito.

§ 4º — É de responsabilidade do Diretor Técnico da instituição a garantia das condições de atendimento.

Art. 2º — O sigilo profissional deve ser rigorosamente respeitado em relação aos pacientes com AIDS; isto se aplica inclusive aos casos em que o paciente deseja que sua condição não seja revelada sequer aos familiares, persistindo a proibição de quebra de sigilo mesmo após a morte do paciente.

Parágrafo Único — Será permitida a quebra do sigilo quando houver autorização expressa do paciente, ou por dever legal (ex.: notificação às autoridades sanitárias e preenchimento de atestado de óbito) ou por justa causa (proteção à vida de terceiros: comunicantes sexuais ou membros de grupos de uso de drogas endovenosas, quando o próprio paciente recusar-se a fornecer-lhes a informação quanto à sua condição de infectado).

Art. 3º — O médico que presta seus serviços à empresa está proibido de revelar o diagnóstico de funcionários ou candidatos a emprego, inclusive ao empregador e à seção de pessoal da empresa, cabendo-lhe informar, exclusivamente, quanto à capacidade ou não de exercer determinada função.

Art. 4º — É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV, em especial como condição necessária a internamento hospitalar, pré-operatório, ou exames pré-admissionais ou periódicos e, ainda, em estabelecimentos prisionais.

Art. 5º — Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação.

São Paulo — SP, 11 de novembro, de 1992.

Ivan de Araújo Moura Fé
Presidente
Hércules Sidnei Pires Liberal
Secretário-geral
Aprovado em Sessão Plenária em 11/11/1992.- CRM
Cons.ª Alcione Núbia Pittan Azevedo
1ª Secretária
(Publicada no D.O.E. de 4/09/96)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ASSUNTO: Sigilo do Prontuário
(Resolução CFM Nº 1.605/2000)

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

CONSIDERANDO o disposto no art. 154 do Código Penal Brasileiro e no art. 66 da Lei das Contravenções Penais;

CONSIDERANDO a força de lei que possuem os artigos 11 e 102 do Código de Ética Médica, que vedam ao médico a revelação de fato de que venha a ter conhecimento em virtude da profissão, salvo justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente;

CONSIDERANDO que o sigilo médico é instituído em favor do paciente, o que encontra suporte na garantia insculpida no art. 5º, inciso X, da Constituição Federal;

CONSIDERANDO que o "dever legal" se restringe à ocorrência de doenças de comunicação obrigatória, de acordo com o disposto no art. 269 do Código Penal, ou à ocorrência de crime de ação penal pública incondicionada, cuja comunicação não exponha o paciente a procedimento criminal conforme os incisos I e II do art. 66 da Lei de Contravenções Penais;

CONSIDERANDO que a lei penal só abriga a "comunicação", o que não implica a remessa da ficha ou prontuário médico;

CONSIDERANDO que a ficha ou prontuário médico não inclui apenas o atendimento específico, mas toda a situação médica do paciente, cuja revelação poderia fazer com que o mesmo sonegasse informações, prejudicando seu tratamento;

CONSIDERANDO a freqüente ocorrência de requisições de autoridades judiciais, policiais e do Ministério Público relativamente a prontuários mmédicos e fichas médicas;

CONSIDERANDO que é ilegal a requisição judicial de documentos médicos quando há outros meios de obtenção da informação necessária como prova;

CONSIDERANDO o parecer CFM nº 1.973/2000;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária de 15.9.00,

RESOLVE:

Art. 1º — O médico não pode, sem o consentimento do paciente, revelar o conteúdo do prontuário ou ficha médica.

Art. 2º — Nos casos do art. 269 do Código Penal, onde a comunicação de doença é compulsória, o dever do médico restringe-se ex-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

clusivamente a comunicar tal fato à autoridade competente, sendo proibida a remessa do prontuário médico do paciente.

Art. 3º — Na investigação da hipótese de cometimento de crime o médico está impedindo de revelar segredo que possa expor o paciente a processo criminal.

Art. 4º — Se na instrução de processo criminal for requisitada, por autoridade judiciária competente, a apresentação do conteúdo do prontuário ou da ficha médica, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz, para que neles seja realizada perícia restrita aos fatos em questionamento.

Art. 5º — Se houver autorização expressa do paciente, tanto na solicitação como em documento diverso, o médico poderá encaminhar a ficha ou prontuário médico diretamente à autoridade requisitante.

Art. 6º — O médico deverá fornecer cópia da ficha ou do prontuário médico desde que solicitado pelo paciente ou requisitado pelos Conselhos Federal ou Regional de Medicina.

Art. 7º — Para sua defesa judicial, o médico poderá apresentar a ficha ou prontuário médico à autoridade competente, solicitando que a matéria seja mantida em segredo de Justiça.

Art. 8º — Nos casos não previstos nesta resolução e sempre que houver conflito no tocante à remessa ou não dos documentos à autoridade requisitante, o médico deverá consultar o Conselho de Medicina, onde mantém sua inscrição, quanto ao procedimento a ser adotado.

Art. 9º — Ficam revogadas as disposições em contrário, em especial a Resolução CFM nº 999/80.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2000
Edson de Oliveira Andrade
Presidente
Rubens dos Santos Silva
Secretário-Geral

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

ASSUNTO: Atividades das UTIs: dúvidas e conflitos exigem normatização
(Resolução CRM-SP 71/95)

Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva

O CRM-SP, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Considerando ser a Medicina Intensiva modalidade de atendimento mundialmente aceita;

Considerando existirem UTIs na quase totalidade dos hospitais do Estado de São Paulo;

Considerando as inúmeras dúvidas e conflitos que vêm ocorrendo nessas Unidades devido à grande complexidade;

Considerando a necessidade de definição de atribuições e âmbito de ação dessas Unidades;

Considerando a necessidade de normatização das responsabilidades dos médicos envolvidos no cuidado aos pacientes nessas áreas;

RESOLVE:

Artigo 1º — Definição: UTI é o local dentro do hospital destinado ao atendimento, em sistema de vigilância contínua, a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis.

Artigo 10 — As medidas diagnósticas e terapêuticas durante a internação são indicadas e realizadas pela equipe da UTI; sempre que não houver urgência nas decisões elas devem ser discutidas com o médico assistente que é o encarregado dos aspectos globais da condução do caso, bem como da relação com familiares.

§ 1º — Nos casos de pacientes internados diretamente na UTI, sem médico responsável, é aconselhável que se defina o mais rapidamente possível algum médico que assuma este papel.

§ 2º — Caso o médico responsável pelo paciente não esteja disponível para o acompanhamento, a equipe da UTI poderá tomar suas decisões sem consultá-lo.

Artigo 11 — A alta do paciente deve ser decidida de comum acordo entre a equipe da UTI e o médico assistente.

Artigo 12 — A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

São Paulo, 08 de novembro de 1995.
Pedro Henrique Silveira
Presidente
(Aprovada na 1.719ª Reunião Plenária, realizada em 07/11/95)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ASSUNTO: Atestado de Óbito
(Expediente nº 12.488/85)

C O N S U L T A
O Dr. _____médico cardiologista da Fundação da Santa Casa de Misericórdia de _____ formula consulta solicitando esclarecimento sobre fornecimento de atestado de óbito, sobre funcionamento do Serviço de Verificação de Óbitos e sobre autorização para necropsia.

PARECER

I

Em conformidade com o disposto nos artigos 52 e 53 do Código de Deontologia Médica em ocorrendo o óbito, deverá o médico atestá-lo, exceto se não verificou pessoalmente a realidade da morte ou não prestou assistência ao paciente na qualidade de plantonista em hospitais, clínicas ou estabelecimentos congêneres, ou desconhecer a *causa mortis*.

Assim sendo, é uma obrigação do médico, e não opção deste, em ocorrendo o óbito proceder à confecção do respectivo atestado. Essa regra aplica-se tanto aos médicos que prestam mera assistência intercorrente, como aos que tenham sob sua responsabilidade o tratamento do *de cujus*.

A esta regra o próprio texto legal traça exceções, determinando não ser dever do médico atestar o óbito, quando: a) não tenha constatado a realidade da morte; b) não tenha prestado assistência ao falecido; e c) desconheça a causa da morte.

Assim sendo, temos que o médico do Corpo Clínico deverá atestar o óbito de pessoas, mesmo que sobre estas não tenha nenhuma responsabilidade quanto ao tratamento ministrado, desde que pelas anotações de seu prontuário possa, sem sombra de dúvida, auferir a *causa mortis*.

Se a documentação existente sobre o caso clínico do paciente não for satisfatória, o médico poderá recusar-se a confecção do atestado de óbito, lançando mão, neste caso, até da realização da necropsia, a fim de individualizar o fato gerador da morte do paciente.

Nos casos de mortes ocorridas no atendimento de urgência, se o médico que atendeu o caso para o qual está sendo solicitado o atestado de óbito tiver feito o diagnóstico, e apuração da possível *causa mortis* correlata, afastada seguramente a hipótese de morte não natural, obrigatoriamente deverá assinar o atestado de óbito.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Por outro lado, se o médico não tiver feito o diagnóstico, e não tiver condições de fazê-lo, ou ainda não estiver convicto de que se trata de morte natural, não deverá assinar o atestado de óbito.

Nessas hipóteses, a diretoria do hospital onde ocorreu o óbito, deverá entrar em contato com a autoridade policial local, deixando o cadáver a sua disposição que, após exame sumário, decidirá tratar-se ou não de morte natural.

Havendo notícia de que a origem da morte foi violenta (ex.: estupro, homicídio, lesões corporais etc.), a autoridade policial solicitará os serviços do Instituto Médico Legal. Entretanto, decidindo ser caso de morte natural, será o cadáver encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbitos ou, na sua falta, ao órgão oficial que o substitua, representado pelo médico da Secretaria da Saúde do Estado (Centro de Saúde).

Idêntico procedimento deve ser adotado para os casos dos pacientes internados sem diagnósticos e que venham a falecer. De acordo com o artigo 4º, inciso I da Lei nº 10.095/68, competente para atestar o óbito é o Serviço de Verificação de Óbitos.

II

Necropsia é a perícia médico legal que tem por finalidade, através do exame do cadáver, determinar a causa de sua morte.

Esse ato será obrigatório nos casos em que a morte tiver sido violenta ou houver suspeita de violência e, quando a *causa mortis* for ignorada. No primeiro caso, a competência para realização da necropsia é do Instituto Médico Legal; e no segundo, é do Serviço de Verificação de Óbitos.

Aliás, por ser ato obrigatório independentemente de autorização dos familiares, o termo de responsabilidade mencionado pelo Consulente é plenamente dispensável.

É nosso parecer, S.M.J.

São Paulo, 29 de outubro de1985.
Dr. Antônio Carlos Mendes
Assessor Jurídico
Drª Thereza Christina Riccó
Assessora Jurídica
Aprovado na 1.186ª Reunião, Plenária Realizada em 25/03/86.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ASSUNTO: Médico assistente e intensivista dividem obrigações (Consulta nº 8.356/95/ CRM-SP)

O médico U.V.AS., chefe da UTI de uma Santa Casa, indaga: 1) Paciente encaminhado à UTI para pós-operatório, uma vez transferido, cessa de existir a responsabilidade do cirurgião? 2) Paciente submetido a cirurgia de urgência encaminhado à UTI, evolui com complicações e falece em 24 horas; quem deve assinar o atestado de óbito? 3) Tendo em vista alguma destas situações, pode o cirurgião exigir do intensivista o preenchimento do atestado de óbito?

1 — O relacionamento entre o médico intensivista e o cirurgião (assim como qualquer outro médico especialista inicial de um paciente) deve ser de trabalho em conjunto, procurando agir de forma complementar. A responsabilidade do cirurgião não cessa após o paciente chegar à UTI, pois a ele compete acompanhar o pós-operatório, assim como indicar e executar qualquer ato cirúrgico que seja necessário, tanto programado como de emergência. Por outro lado, o intensivista é o médico que está no acompanhamento contínuo do paciente, cabendo-lhe as decisões médicas de rotina, de comum acordo com o médico inicial e o controle das intercorrências.

2 e 3 — O atestado de óbito deve ser preenchido pelo médico que constatou o óbito, como seqüência natural dessa constatação. Dentro da UTI, o intensivista está presente durante todo o tempo e, portanto, será ele o médico que mais provavelmente deve constatar óbitos. O médico não deve assinar o atestado nos seguintes casos:

A — Morte por causa externa (trauma, homicídio, suicídio) ou suspeita;

B — Quando não for possível fazer diagnóstico da doença de base.

É importante notar que essas situações não têm nenhuma relação com o tempo de internação do paciente. No caso (A) o corpo deve ser encaminhado ao IML e nos outros casos ao Serviço de Verificação de Óbitos. Em locais onde não exista S.V.O. é necessário elaborar o atestado, ainda que seja colocado "diagnóstico ignorado ou indefinido". Na situação (B) o médico responsável pelo paciente pode assinar o atestado se desejar, responsabilizando-se pelas informações registradas e observando o disposto no artigo 114 do CEM.

4 — O atestado de óbito é uma exigência legal e responsabilidade médica. Se o intensivista que constatou o óbito não tiver condições de preenchê-lo, ninguém pode exigir que ele o faça. Por outro lado, se ele tiver os dados suficientes, tem obrigação de elaborar o documento sem que ninguém tenha de exigir isso.

Deve ser observado que o intensivista não é apenas um "plantonista", mas sim um médico que efetivamente presta assistência ao

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

paciente, ainda que, eventualmente, trabalhe em "sistema de plantão", que aqui se refere a horário das atividades e não a atribuições. Por este motivo, deve-se observar o disposto no artigo 115 do CEM.

Conselheira Mariza D'Agostinho Dias

(Aprovado na 1.681ª Reunião Plenária, realizada em 04/07/95).

ASSUNTO: Comissão de Revisão do Prontuário Médico (Resolução 70/95)

O Conselho Regional de Medicina de Estado de São Paulo, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

Considerando que o código de Ética Médica preconiza ser vedado ao médico, deixar de elaborar prontuário para cada paciente;

Considerando que o prontuário é o documento imprescindível do atendimento médico e que traduz a atenção dispensada ao paciente, devendo conter todas as anotações dos profissionais de saúde envolvidos;

Considerando que prontuário constitui meio de prova idôneo para instruir Processos Disciplinares e/ou Judiciais;

Considerando que o exercício ético profissional da medicina exige a transparência de todo atendimento médico;

Considerando que o prontuário médico deve ser confeccionado segundo critérios que atendam às suas finalidades;

Considerando finalmente o decidido na Sessão Plenária realizada em 14/11/95.

RESOLVE:

Art. 1º — É obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuário Médico nas Unidades de Saúde onde se presta Assistência Médica;

Art. 2º — Os integrantes da Comissão de Revisão de Prontuário Médico terão os seus mandatos e processo de escolha, consignados no Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição;

Art. 3º — À Comissão de Revisão de Prontuário compete:

I — A avaliação do itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do médico e respectiva inscrição no CREMESP;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

d) Tipo de Alta.

II — Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

III — Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

Art. 4º — As Unidades de Saúde terão o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data da publicação desta Resolução para implantar as modificações dela decorrentes em seus Regimentos Internos.

Art. 5º — Esta Resolução entrará em vigor na data da sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

São Paulo, 14 de novembro de 1995.

Dr. Pedro Henrique Silveira

Presidente

Aprovada na 1.723ª, Reunião plenária, realizada em, 14/11/1995.

ASSUNTO: Atestado de Óbito
(Consulta nº 376/95)

O Prof. Dr. V.P. solicita revisão do parecer publicado no Jornal do CREMESP nº 67, Jan/Fev/ de 1993, sob o título "AINDA SOB O ATESTADO DE ÓBITO", tecendo reparos à orientação preconizada naquele parecer.

PARECER

Quanto ao fornecimento do atestado de óbito, nas seguintes situações:

a) Paciente deu entrada no Pronto-Socorro em parada cardiorrespiratória;

b) Paciente deu entrada no Pronto-Socorro, em estado agônico e falece nas primeiras horas de internação, sem esclarecimento de diagnóstico;

c) Paciente de clínica psiquiátrica, na qual estava internado há mais de uma semana, e é transferido para o hospital geral e falece nas primeiras 24 horas de internação.

Primeiramente, cumpre-nos informar que a Resolução CFM 1.290/89, subsidia a resposta às indagações do colega.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Então vejamos o que estabelecem os artigos 3º e 4º da referida Resolução:

Art. 3º — Quando ocorrer em hospital caberá ao médico que houver dado assistência ao paciente a obrigatoriedade do fornecimento do atestado de óbito ou, em seu impedimento, do médico de plantão;

Art. 4º — No caso de morte violenta ou suspeita é vedado ao médico assistente atestar o óbito, que caberá ao médico legalmente autorizado;

§ 1º — Entende-se por morte violenta aquela que é resultante de uma ação exógena e lesiva, mesmo tardiamente;

§ 2º — Entende-se por morte suspeita aquela que decorre de morte inesperada e sem causa evidente."

Nestes termos, em qualquer das situações propostas pelo consulente, ocorrendo o êxito letal o profissional que vinha prestando assistência ao paciente deverá ser comunicado para constatar a ocorrência e exarar o competente atestado.

Por outro lado, a copiosa legislação da morte, vigente em nosso País, a saber, Código Civil, Código Penal, Código de Processo Penal, lei das Contravenções Penais, Lei de Acidentes do Trabalho, Lei nº 6.015 de 31/12/73 (Lei dos Registros Públicos), Decreto Federal nº 20.931 de 11/01/32, Decreto Federal nº 49.974-0 de 21/01/61, Leis Estaduais, pareceres do Conselho Federal de Medicina, pareceres do CREMESP e Código de Ética Médica (Resolução CFM 1.246/88), ressalta, desde logo, ser vedado ao médico atestar o óbito sem tê-lo verificado pessoalmente, quando ignorar a causa da morte, ou quando de causa violenta ou suspeita como tal ou não tiver prestado assistência ao falecido (salvo exceções). Isto posto, afastada, seguramente, a circunstância de morte não natural, é razoável a convocação do médico que vinha prestando assistência para verificar o óbito e atestá-lo, caso tenha elementos para diagnosticar a **causa mortis**. Na terceira situação suscitada "C", há que se destacar que não tendo os médicos do hospital geral condições de identificar a causa do óbito, é possível que também não as tenha o psiquiatra. É pouco provável que o transtorno mental tenha sido a causa básica desencadeante do mecanismo letal: essa consideração não exclui, entretanto, o psiquiatra como possível subscritor do atestado de óbito.

Salientamos ainda que, na primeira situação "A" aventada pelo consulente, trata-se de morte sem assistência médica. Nas duas últimas "B" e "C ", caberá ao Serviço de Verificação de Óbitos — S.V.O., se existir na localidade, a realização da necropsia para esclarecer a *Cau-*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sa Mortis (Lei Estadual nº 5.452 de 22/12/86, art. 2º e 3º). Não havendo S.V.O., na situação "A" — Morte natural sem assistência médica — o atestado deverá ser fornecido por médico da Secretaria da Saúde, qualquer médico do Município, e por óbvio também o plantonista atestará o óbito **não a causa do óbito** — desconhecida —, registrando na Declaração de Óbito "morte sem assistência médica". Nas duas últimas hipóteses, sim, caberá ao médico plantonista atestar o óbito (Resolução CFM nº 1.246 de 08/01/88, art. 114 e 115), dando como causa "moléstia (ou doença) mal definida", como consta na Classificação Internacional de Doenças Lesões e Causa de Morte (9ª revisão, 1975) e determina a Lei, Decreto Federal nº 20.931 de 11/01/32).

Em relação às situações de morte violenta, tendo em conta o Código de Processo Penal — arts. 154, 158 e 162, e o Decreto Estadual nº 35.566/59 (dispõe sobre o IML), art. 22. I, II e III nos casos de morte violenta ou suspeita como tal (inclusive resultantes de acidente comum ou de acidente do trabalho) — "Causas Externas" como as denomina globalmente a OMS. — é obrigatório o exame externo do cadáver ou a necropsia pelos peritos oficiais. De peritos oficiais. De carreira (médicos-legistas) ou compromissados pela autoridade competente. Caso o S.V.O. tenha recebido caso suspeito de morte violenta e verificado a circunstância, antes ou no decorrer da autópsia, deverá remover o corpo para o IML. (Lei Estadual nº 5.452 de 02/12/86, art. 3º, III).

Cumpre lembrar, ainda:

1 — Mesmo nas mortes naturais, se a identificação for desconhecida, o cadáver deverá ser encaminhado ao IML para as providências cabíveis;

2 — Em casos de óbito suspeito de ter sido causado por doença transmissível deverá ser comunicada a autoridade sanitária competente, para a tomada das medidas necessárias (Decreto Federal nº 49.971 — A, de 21/01/61).

Este é o nosso parecer, S.M.J.

Conselheiro Mario Segre

Aprovado na 1.745ª Reunião Plenária, Realizada em 23/01/96

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS — CREMAM

ASSUNTO: Transferência de pacientes críticos de estabelecimentos de saúde públicos para estabelecimentos privados.

(Parecer-consulta CRM/AM nº 002/97)

Considerações Preliminares

1. A consulta refere-se à transferência de pacientes críticos entre instituições, os quais necessitam de cuidados intensivos em regime de isolamento.

2. A REFERÊNCIA, ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade, envolve ato médico que necessita de atividades administrativas para sua realização.

3. Para ocorrer REFERÊNCIA há necessidade de acordo prévio entre os responsáveis pelas duas instituições para o ajuste das condicionantes administrativas e técnicas (simples acordo verbal, convênio, contrato, ajuste de custos, disponibilidade de leito, remessa de prontuário — envelope lacrado por tratar-se de informação confidencial e de uso médico exclusivo — condições de segurança médica no transporte etc.), as quais devem estar bem explícitas.

4. As normas e mecanismos que estabelecem a REFERÊNCIA devem constar do Regimento Interno dos Estabelecimentos de Saúde, documento obrigatório em todos os estabelecimentos de saúde, registrado e aprovado no Conselho Regional, e serem do conhecimento dos médicos que integram seu Corpo Clínico.

5. A constatação da necessidade de cuidados intensivos para paciente, em qualquer estabelecimento de saúde, é do médico assistente, que deverá informar ao Diretor Clínico as suas necessidades de local apropriado, instrumental, aparelhos, materiais e medicamentos, bem como o apoio de especialistas.

6. A responsabilidade de prover dependência apropriada para cuidados intensivos, bem como instrumental, aparelhos, materiais e medicamentos em qualquer instituição é do Diretor Técnico.

7. Por ser o _____ instituição referencial, no Estado, para tratamento de patologias transmissíveis infecto-contagiosas, algumas com evolução que levam os pacientes a estado crítico, dependentes, de cuidados intensivos, a instituição deveria contar pelo menos com uma unidade de cuidados especiais.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

8. É responsabilidade do médico assistente, após acertos prévios com o estabelecimento de saúde de destino, definir se o paciente que será transferido necessita ou não de cuidados especiais e acompanhamento médico.

9. O médico assistente poderá ser responsabilizado por possíveis danos a pacientes, decorrentes de intercorrências médicas durante transporte para o qual não previu acompanhamento médico ou não acompanhou o paciente, cessando sua responsabilidade com a entrega da documentação nosológia, informações complementares solicitadas pela equipe médica do novo estabelecimento e regularização da internação.

10. A REFERÊNCIA na rede pública hospitalar deve ser normatizada pelo gestor do SUS, dentro das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e nos casos de envolver entidade privada sem convênio junto ao SUS, a provisão de meio de ressarcimento dos serviços.

11. Os médicos de qualquer estabelecimento de saúde não podem deixar de atender e dar os primeiros socorros a pacientes que cheguem em caráter de urgência e emergência, mesmo vindo de outro hospital, e a remoção destes só poderá se feita após serem estabelecidas condições seguras de transporte.

12. O estabelecimento de saúde privado pode exigir garantias prévias de pagamento de seus serviços para a admissão de qualquer paciente, entretanto, o médico plantonista deve ater-se aos condicionamentos de urgência e emergência para não lhe se imputada acusação de omissão de socorro.

Conclusão:

Pelo exposto nas considerações preliminares, constata-se ser, a REFERÊNCIA, ato médico precedido de cuidados necessários, visando preservar a vida e a saúde do paciente internado, considerada continuidade do tratamento e responsabilidade do médico assistente que a determinou, bem como, um ato de responsabilidade ética e administrativa que vincula os Diretores Técnico e Clínico do estabelecimento de saúde que encaminha o paciente, e a própria pessoa jurídica do estabelecimento de saúde, responsáveis pelos meios que iriam evitar a remoção ao propiciar condições internas, seja feita com segurança e em benefício do paciente.

Cabe aos Diretores Técnico e Clínico de cada estabelecimento de saúde reconhecer a necessidade e propiciar as melhores condições de segurança no atendimento do paciente internado, bem como ao Corpo Clínico exigir condições mínimas para o exercício de seu mister.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Vale ressaltar que a avaliação ética de cada ato médico sempre será feita de maneira individualizada, à medida que uma denúncia se concretize.

Esclareço que o Corpo Clínico deve sempre estabelecer condutas e normas administrativas a serem seguidas pelos médicos dos estabelecimentos de saúde, e que as mesmas devem estar contidas no seu Regimento Interno e Regulamento do Corpo Clínico, ambos previamente aprovados pelo Conselho Regional.

S.M.J., é a nossa orientação e parecer.

Manaus, 25 de agosto de 1997.

Álvaro Luiz salgado Pinto

Conselheiro Relator

ASSUNTO: Atendimento de paciente crítico na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

(Parecer CREMAM nº 18/99)

EMENTA: É responsabilidade de toda a equipe médica o controle e seguimento de paciente que após o ato cirúrgico necessite de cuidados de terapia intensiva até que seja removido para a UTI.

Na ausência de leitos vagos, os Diretores Clínico e Técnico são responsáveis pela manutenção de condições de segurança ao paciente internado e de providenciar a remoção para outra instituição que possua vagas em UTI.

Da Solicitação:

Em 25 de maio do corrente ano foi solicitado parecer a respeito da responsabilidade ética dos profissionais envolvidos e destino do paciente que após terminado o ato anestésico-cirúrgico, necessite de continuidade imediata de tratamento intensivo, sem vaga na UTI da instituição.

Solicita resposta aos seguintes questionamentos: 1) Onde fica o paciente? 2) Aos cuidados de quem? 3) Quem deve prescrever o paciente? 4) Quem é o responsável pelo paciente caso fique na sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) já que em tal setor o doente deverá ficar até recuperar-se da anestesia?

Da Análise:

Parte expositiva:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Face aos questionamentos apresentados, verificamos tratar-se de análise da reponsabilidade ético-profissional de tratamento médico cirúgico em equipe para paciente que após o encerramento do ato cirúrgico, necessita de cuidados intensivos imediatos, sem vagas na UTI da instituição.

Estabelece a norma vigente que todo centro cirúrgico deve possuir uma sala de recuperação pós-anestésica, com quantidade de leitos, instrumental, equipamentos e material de acordo com o número de salas e complexidades dos procedimentos nele realizados (Portaria nº 1.884/94 do Ministério da Saúde e Resolução CFM 1.363 de 12 de março de 1993).

Aos pacientes criticamente enfermos, impossibilitados de despertar pela necessidade de manutenção de prótese ventilatória, portadores de distúrbios neurológicos, renais e cardiorrespiratórios, compete à equipe cirúrgica a decisão do encaminhamento direto à UTI, sem a passagem pela SRPA.

A quantidade de leitos de UTI e cuidados intermediários, em estabelecimentos de saúde, que recebem pacientes em regime de urgências, está relacionado ao número de leitos, à incidência de casos que determinem necessidade de cuidados impossíveis de serem obtidos em unidade de internação regular. Na legislação vigente, os leitos de UTI ficam em torno de 10% (dez por cento) dos leitos gerais da instituição, excluídos os atendimentos neurológicos, renais e cardiológicos, cujas necessidades e cuidados são específicos.

O Código de Ética Médica estabelece ao médico como dever: guardar absoluto respeito pela vida humana, não podendo, seja qual for a circustância, praticar atos que a afetem ou concorram para prejudicá-la; ter como alvo de sua atenção a saúde do ser humano, em benefício do qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional; manter tratamento ou assistência ao paciente, salvo situações previstas no referido Código; assumir responsabilidade sobre procedimento, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente. (Resolução CFM nº 1.246 de 08 de janeiro de 1988).

Compete eticamente aos Diretores Técnico e Clínico a responsabilidade da prestação de assistência médica do estabelecimento de saúde, público e privado, no âmbito de suas respectivas atribuições, e responderão ao CRM por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal e civil (Resolução nº 1.342/91 de 08 de março de 1991).

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parecer:

Confrontando a norma vigente e os questionamentos apresentados podemos responder:

1. Onde deve ficar o paciente?

Nos casos em que exista vaga na UTI da instituição, o paciente crítico pós cirurgia, deverá ficar no local que apresente as melhores condições de segurança, até que a Diretoria Cínica e Técnica propiciem condições de segurança e conforto em local da instituição, ou se possível, a remoção para outra UTI, o mais seguro é deixá-lo na própria sala de cirurgia ou na SRPA se possuir pessoal habilitado e condições técnicas para dar segurança ao paciente.

2. Aos cuidados de quem?

O paciente crítico pós cirurgia, sem vaga em UTI no estabelecimento de saúde, até que se obtenha local que apresente equipe especializada e condições de segurança (UTI, Unidade Intermediária), deve se acompanhado pela equipe que fez o procedimento cirúrgico.

3. Quem deve prescrever o paciente?

O médico assistente ou chefe de equipe cirúrgica, mesmo quando encaminha paciente para a UTI, mantém vínculo de responsabilidade. Na UTI o paciente recebe cuidados especializados e tratamento de intercorrências até sair do estado crítico. A prescrição sempre será feita pelo médico assistente, qualquer que seja o local onde o paciente esteja, sendo que na UTI/SRPA deverá relacionar-se com a equipe de plantonistas.

4. Quem é responsável pelo paciente caso fique na SRPA?

Os pacientes direcionados para SRPA são normalmente os que terão condição de acompanhamento em unidade de internação após um período máximo de 12 horas da cirurgia, isto é, passado o período de maior possibilidade de intercorrências pós-anestésicas. Em caso de paciente crítico, que seja deslocado para SRPA por falta de leito na UTI, a responsabilidade continuará sendo da equipe de cirurgia e subsidiariamente dos diretores técnico e clínico, para oferecer melhores condições de tratamento e segurança ao paciente. É obrigatório a presença de médico plantonista na SRPA capaz de tratar as intercorrências, nos casos de manutenção de paciente que necessite de cuidados intensivos.

É o parecer, S.M.J.

Manaus, 01 de julho de 1999.

Dr. Álvaro Luiz Salgado Pinto

Conselheiro CRM

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ASSUNTO: Atendimento de crianças por Intensivista de Adultos (Parecer CREMAM nº 005/96)

Consulta

Está o plantonista da UTI, voltado principalmente para o atendimento de pacientes adultos, mas que eventualmente recebe crianças, obrigado a atender crianças, uma vez que se considera intensivista de adultos, embora conte com a colaboração de pediatras plantonistas, que não ficam na UTI em caráter permanente.

Análise da Legislação

O estatuto do Funcionário Público nos três níveis da administração (federal, estadual e municipal) regula a dependência e subordinação do médico empregado em instituições públicas, que se apresenta nas seguintes modalidades: jurídica, hierárquica, técnica, econômica e social.

Ressalte-se que o grau de subordinação de um trabalhador é, em geral, inversamente proporcional aos seus conhecimentos técnicos. Sendo assim, é de se esperar que um médico, como outros profissionais extremamente, qualificados, no curso de sua relação empregatícia, mantenha certo grau de autonomia no desempenho de suas tarefas. Entretanto, alguma subordinação acaba existindo.

Das modalidades de subordinação, as que interessam a presente consulta são: a jurídica, caracterizada pelo contrato de trabalho; a hierárquica, caracterizada pela sujeição ao poder diretivo do empregador e suas normas, já que não pode recusar-se a atender pacientes a ele encaminhados dentro dos limites do contrato; a técnica, que em face a legislação específica para a profissão médica, resume-se somente a aspectos operacionais.

O relacionamento do Corpo Clínico e o Estabelecimento de Saúde deve estar bem especificado no Regimento Interno do Estabelecimento de Medicina da área de atuação da instituição (Res. CFM nº 1.124/83).

Em nosso país, a habilitação para o exercício da medicina veio através do Decreto-lei 20.931, de 11/11/32 — Art. 1º: "O exercício da Medicina, Odontologia, Medicina Veterinária, e da profissões de Farmacêutico, Parteiro e Enfermeiro fica sujeito à fiscalização na forma desse artigo". "Os médicos somente poderão exercer legalmente a medicina, em qualquer de seus ramos de especialidades, após o registro de seus títulos diplomados, Certificados ou Cartas do Ministério da Educação e de sua inscrição no Conselho Regional de Medici-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

na, em cuja jurisdição se ache o local de atividade". Pelo exposto, a habilitação para o exercício legal da medicina e suas especialidades requer, além de diploma legal, o registro no Conselho Regional de Medicina. O médico legalmente habilitado pode executar qualquer ato médico, há quem entenda, jamais poderia ser imperito porque pressuposto o conhecimento para o exercício da profissão. Em trabalho publicado na Revista dos Tribunais, o jurista Pedro Lúcio Tavares Ramos é textual ao afirmar: "Possuindo essas duas condições (diploma e registro no CRM), não pode ser considerado como imperito, em qualquer eventualidade)".

Os modernos incrementos do conhecimento médico, incapazes de serem totalmente absorvidos por um indivíduo, propiciaram o aparecimento dos médicos especialistas, profissionais que, além do diploma de habilitação, possuem estudos médicos especializados restritos a uma área do conhecimento médico, celebrando contratos para somente nela exercerem seus ofícios. Nestes casos, não podendo ser obrigados pelo empregador a executar outras especialidades não constantes do contrato de trabalho.

O art. 282 do Código Penal diz: "Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico sem autorização legal ou excedendo-lhes os limites: Pena — detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. Com o processo acelerado de especialização, a atividade de médico especializado em um ramo da medicina, atuar em outro ramo da medicina, atuar em outro ramo ao qual não está familiarizado pela prática, estágio ou curso especializado, pode, ressalvando as desigualdades de nosso país, em tese, segundo o jurista João José Leal, ter o insucesso de conduta médica ao adentrar em especialidade diversa, ser capitulado neste artigo por excesso no exercício da profissão, principalmente se exercendo essa atividade em local onde existam os profissionais da área específica.

A Resolução CFM nº 1.441/94 informa as especialidades reconhecidas pelo CFM para efeito de registro de qualificação de especialistas. Das especialidades constantes e relacionadas em consulta, só existem Terapia Intensiva e Medicina Intensiva, sem divisão, ainda, para a área pediátrica e adulta, embora já existam de fato, devido ao avanço científico e principalmente tecnológico, restritas a cada fase específica da idade humana.

Parecer

Ninguém pode ser obrigado a fazer algo que não deseje, exceto por imposição legal. No caso de médico, empregado de instituição,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

somente o contrato para exercer a atividade de plantonista "geral" ou socorrista ser condição básica para o exercício da medicina obriga-o ao atendimento de paciente em qualquer idade cronológica.

O exercício das especialidades médicas é uma realidade. O reconhecimento pelo CFM de que a Pediatria e suas subespecialidades tem características que a tornam diferente e que a Terapia Intensiva, ligada à Pediatria, embora ainda não configurando uma especialidade para o CFM, necessita de conhecimentos específicos. Ao especialista em Terapia Intensiva, com treinamento só em adultos, em situações onde a urgência, a ausência de outro profissional, ou a sua negativa possa trazer danos irreversíveis ao paciente, não estiverem previamente caracterizados, e que se considere tecnicamente incompetente para executar atividade médica para a qual não foi contratado, não pode ser obrigado a fazê-lo pelo seu empregador.

Convém lembrar que o empregador é o co-responsável pelo dano causado pelo empregado, e que a este, em nenhum momento poderá ser imputado, se o tiver feito por deficiência técnica, coagido pelo empregador, principalmente se previamente informado.

É o parecer, S.M.J.

Dr. Álvaro Luiz Salgado Pinto

Conselheiro

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA — CREMEB

ASSUNTO: Paramentação para os visitantes
(Parecer CREMEB nº 03/96)

Os pacientes internados em UTI são portadores de patologias graves e são submetidos a diversos procedimentos médicos e paramédicos que "quebram" as barreiras de defesa do organismo, a exemplo da pele (venopunção, cirurgias) ou mucosas (intubação orotraqueal, sondagem vesical) apenas para citar as mais comuns.

Esta associação (patologia grave + procedimentos) leva estes pacientes a ficarem mais suscetíveis a infeccões. Estatísticas mundiais mostram que a maioria das infecções hospitalares ocorre nestas unidades.

Setenta por cento das infecções hospitalares ocorrem pela flora endógena dos pacientes, ou seja, as bactérias existentes na pele, trato respiratório superior, intestino grosso, genitália, enfim, na maior parte do organismo humano. Devido a patologias, procedimentos e uso de

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

medicamentos a exemplo de corticosteróides e antibióticos, há um desequilíbrio desta flora, provocando a infecção cruzada (de um paciente para outro). Uma pequena percentagem pode ser transmitida por via aérea (resfriados gripes, tuberculose etc.). Para minimizar estas possibilidades, as visitas e funcionários são orientados a não comparecer ao hospital quando doentes.

Diante disso, paramentação só é necessária nos seguintes casos:

- Pacientes em isolamento de bloqueio — com patologias transmissíveis por via aérea ou portadores de germes multirresistentes;
- Pacientes em isolamento reverso — com imunodeficiência, mais restrito a pacientes com o número de neutrólitos inferior a 500.

Salvador, 30 de novembro de 1995.
Ceuci de Lima Xavier Nunes
Conselheira.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ

ASSUNTO: Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Intensiva

(Resolução CREMEC nº 12 /97)

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 e,

Considerando ser a Medicina Intensiva uma especialidade médica relativamente recente e uma modalidade de atendimento mundialmente aceita;

Considerando a necessidade de regulamentar as atividades dos Serviços de Tratamento Intensivo, e de definir as atribuições e âmbito de ação das UTIs;

Considerando existir número razoável de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) nos hospitais do Estado do Ceará;

Considerando as inúmeras dúvidas e conflitos que decorrem da grande complexidade e da operacionalidade dessas Unidades;

Considerando os riscos a que fica exposto o paciente que se submete a tratamento intensivo, e a necessidade de definir um padrão de qualidade e segurança para este atendimento;

Considerando a necessidade de normatização das responsabilidades dos profissionais médicos envolvidos com tratamento intensivo;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

RESOLVE:

Art. 1º — Definir Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como a dependência hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, em sistemas de vigilância contínua, pessoal e tecnológica.

§ 1º — Incluem-se entre os pacientes com indicação de tratamento intensivo os potenciais doadores de órgãos, desde que a Unidade Hospitalar esteja vinculada a um Centro de Transplante de Órgãos.

§ 2º *— É requisito obrigatório a existência de Regimento Interno da UTI, delimitando os objetivos gerais, o campo de atuação, o relacionamento com os demais setores hospitalares, as diretrizes de funcionamento, as atribuições dos componentes, a hierarquia e a política disciplinar da Unidade, os quais devem ser estruturados em consonância com o Regimento Interno do Hospital e com o Código de Ética Médica.*

Art. 2º — Paciente grave é aquele que apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas.

Art. 3º — Paciente de risco é aquele que tem alguma condição potencialmente determinante de instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos.

Art. 4º — Uma dependência hospitalar para ser caracterizada como UTI deve conter pelo menos 05 (cinco) leitos, com área física por leito de 09 (nove) metros quadrados para adultos, 07 (sete) metros quadrados para crianças e 05 (cinco) metros quadrados para neonatos.

Art. 5º — A equipe médica da UTI é composta obrigatoriamente por um supervisor ou chefe e respectivo corpo clínico {médico(s) diarista(s) não plantonista(s) e médicos plantonistas}, sendo que, todos os membros devem ter Registro de Qualificação de Especialista em Medicina Intensiva ou Registro de Qualificação de Especialista em áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria ou Anestesiologia com treinamento específico comprovado na área de Medicina Intensiva durante a respectiva Residência Médica, ou ainda, a comprovação de exercício prático da Medicina Intensiva durante 05 (cinco) anos ininterruptos em Serviço de Medicina Intensiva reconhecido pela autoridade sanitária local.

§ 1º — Médico(s) diarista(s) não plantonista(s) é(são) o(s) responsável(is) pelo seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 2º — Médicos plantonistas são responsáveis pela vigilância e assistência ao paciente crítico em regime de plantões.

§ 3º — A Residência Médica deverá ser reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

§ 4º — Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina.

§ 5º — *Fica estabelecido o prazo de 01 (hum) ano para o cumprimento desta norma.*

Art. 6º — O médico supervisor ou chefe é o responsável técnico e administrativo da UTI. Exige-se que o mesmo possua Registro de Qualificação de Especialista em Medicina Intensiva junto ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único *— Fica estabelecido o prazo de 05 (cinco) anos para o cumprimento desta norma.*

Art. 7º — O corpo clínico deve ser exclusivo da UTI, devendo se organizar em escalas, a fim de garantir a presença de médico na Unidade durante 24 (vinte e quatro) horas, 07 (sete) dias por semana, sendo que a proporção entre o número de médicos e o número de leitos não deve ultrapassar a relação de um médico plantonista para no máximo 07 (sete) leitos.

Art. 8º — A UTI deve estar estruturada de forma a fornecer suporte (diagnóstico e terapêutico) nos aspectos hemodinâmico, metabólico-renal, neurológico, nutricional, respiratório, e de reabilitação.

Parágrafo Único *— É requisito obrigatório que a UTI disponha de meios adequados para tratar doentes com patologias infecto-contagiosas, de maneira que estes não ofereçam riscos adicionais aos demais pacientes nem ao corpo funcional da unidade.*

Art. 9º — Cinco a dez por cento dos leitos de qualquer instituição hospitalar que possua mais de 50 (cinqüenta) leitos devem obrigatoriamente funcionar como leitos de UTI, variando o percentual de acordo com a destinação da Unidade Hospitalar, devendo ser observado o limite mínimo de 05 (cinco) leitos.

§ 1º — A Unidade Hospitalar deve estar estruturada, a fim de manter permanente auxílio para a UTI, sendo requisito obrigatório a possibilidade de realização de exames diagnósticos e de medidas de suporte e de terapêutica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia.

§ 2º — *Fica estabelecido o prazo de 01 (hum) ano para o cumprimento desta norma.*

Art. 10º — A presença de acompanhantes e de visitantes deve ser normatizada pela direção da UTI, respeitando-se o Estatuto da Criança e do Adolescente.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 11º — A internação de paciente na UTI deve ser feita de comum acordo entre o médico solicitante e o médico da UTI, salvo em casos de iminente risco de vida, respeitando-se sempre a relação médico plantonista por leito.

Art. 12º — A responsabilidade do intensivista sobre o paciente, mesmo quando este seja acompanhado por Médico Assistente, inicia-se no momento da internação na UTI.

Art. 13º — As medidas diagnósticas e terapêuticas durante a internação são indicadas e realizadas pela equipe da UTI; sempre que não houver urgência nas decisões, devem as mesmas ser discutidas com o Médico Assistente ou Médico Diarista, o qual é o encarregado dos aspectos globais da condução do caso, bem como da relação com os familiares do paciente.

§ 1º — Nos casos de pacientes internados diretamente na UTI sem médico responsável, deve ser definido o mais rapidamente possível um médico que assuma esse papel.

§ 2º — *Caso o médico responsável pelo paciente não esteja disponível para o acompanhamento, a equipe da UTI poderá tomar suas decisões sem consultá-lo, principalmente em casos de risco de vida.*

Art. 14º — A alta do paciente deve ser decidida de comum acordo entre a equipe da UTI e o Médico Assistente.

Art. 15º — A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Fortaleza, 31 de julho de1997

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL — CRM-DF

ASSUNTO: Avaliação do Intensivista nas enfermarias
(Consulta nº 0040/96)

Parecer — Além das normas éticas e administrativas, além do conhecimento técnico, a prática médica deve ser gerida sempre pelo bom senso.

As Unidades de Terapia Intensiva funcionam de foram espasmódica entre a agitação de uma reanimação, por exemplo, e períodos de calma quando da estabilidade do estado dos pacientes internados. Por outro lado, nas condições atuais, a UTI funciona quase como o "hospital do hospital". Geralmente, é melhor e permanentemente provida de recursos que outras unidades. Também, geralmente, seus médicos e outros profissionais são os mais capacitados às emergên-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

cias. A partir de tais premissas, seria por demais injusto com outros pacientes necessitados que esses recursos, quando disponíveis, inclusive o recurso humano, nunca fossem usados.

Quem melhor que o intensivista para avaliar a gravidade da situação e possibilidade de recuperação do paciente e decidir ou não pela remoção para a UTI? Qual o impedimento do colega mais apto às emergências auxiliar o médico do pronto-socorro em um atendimento?

A priori, o paciente da UTI é paciente grave e que não pode ser sistematicamente abandonado para que o profissional tenha que cobrir falhas do hospital. Porém, a realidade mostra que é importante a atuação do intensivista fora das paredes da UTI, mesmo que em caráter excepcional, como aliás, deve ser a regra.

Em resumo, procede eticamente e deve ser louvado o médico que, quando possível, ausente-se da UTI para auxílio ao paciente grave de outro setor, quando solicitado por colega e sem riscos iminentes, ressalvando-se que nunca a UTI deverá permanecer sem um único médico na guarda dos pacientes.

ASSUNTO: O que compete ao Médico Assistente e ao Intensivista
Consulta nº 0029/96

1 — O que compete ao médico assistente quando seu paciente é encaminhado à UTI?

2 — O que compete ao intensivista quando recebe um paciente?

3 — Quem indica internação em UTI legalmente? E a alta?

4 — A prescrição médica é efetuada pelo médico assistente? Pelo intensivista? Por ambos?

5 — Pode o intensivista prescrever alguma medida indicada pelo médico assistente ou vice-versa?

6 — Tratamentos usados em Medicina Ortomolecular, Acupuntura, Homeopatia e outros menos convencionais podem ser usados em pacientes internados em UTI?

7 — A quem compete a solicitação de pareceres para intercorrências clínicas que não colocam em risco iminente a vida do paciente?

8 — Em caso de uso de medicamentos pouco conhecidos (DMSO, por exemplo), a quem compete tratar possíveis complicações?

Parecer — o responsável pelo paciente é sempre o seu médico assistente. Isto vale desde a solicitação de admissão à UTI (seja ela unidade, centro, setor ou área), passando pela conduta terapêutica durante a internação, até a decisão pela alta. Intercorrências havidas

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

na ausência do médico assistente serão obviamente conduzidas pelo(s) plantonistas(s) da UTI.

A maioria absoluta de nossas terapias intensivas funciona com plantonistas que se alternam a cada 6 ou 12 ou 24 horas, e não seria imaginável que cada um deles fosse o principal responsável pelo paciente, muitas vezes com condutas diversas não só a curto prazo, como também a médio e longo prazos. Evidentemente, como diz o próprio consulente, o desejável sempre será que todas as decisões (admissão, conduta e alta) sejam assumidas de comum acordo entre o médico assistente e a equipe de plantonistas. E, cremos, com diálogo, respeito e consideração entre os médicos, e sobretudo guiados pelo superior objetivo do benefício ao paciente, sempre se poderá atingir este objetivo.

Vislumbramos tão-somente duas situações que configurem uma possível exceção ao que julgamos deva ser a regra enunciada, justamente a exceção de que este caso relatado é exemplo. Trata-se de situação em que o médico assistente propuser uma conduta que possa vir a causar danos ao paciente (ainda que com a aquiescência deste ou de seu responsável). Ou como no caso em pauta, quando o médico assistente propuser terapêutica experimental ou não consagrada, de eficácia questionável, duvidosa ou mesmo nula, porém não determinante de malefícios.

Nesta última hipótese, desde que a terapêutica consagrada possa ser posta em prática pelos intensivistas, é irrelevante, posto que retórica, sua recusa. Na primeira hipótese, todavia, julgamos ser seu dever a recusa, em assumir a co-responsabilidade pela terapêutica danosa ao paciente. E, em ambos os casos, deverá ser feita a comunicação e consulta à Comissão de Ética do hospital ou, na sua inexistência, ao CRM.

ASSUNTO: Internação de Pacientes em UTI Especializadas (Consulta nº 0016/97)

Vagas na Unidade de Terapia Intensiva

1) Existindo leitos vagos em uma das unidades (por exemplo, no Trauma), e sendo solicitada uma vaga de um caso que seria internado normalmente na unidade que está cheia (um IAM estando a Unidade Coronariana cheia no momento), sendo nosso hospital público e terciário, que respaldo teria o plantonista em negar esta vaga?

2) Seria necessária uma ordem por escrito da chefia médica definindo a obrigatoriedade de se respeitar esta divisão, se é que esta divisão é legal?

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

3) Caso a família do paciente ou o médico assistente que solicitou a vaga estejam cientes da existência desta vaga na referida Unidade, o plantonista pode ser processado por ter negado a vaga?

4) A determinação por parte da chefia médica, mesmo por escrito, é elemento suficiente de defesa caso ocorra processo?

5) Quem será processado, o plantonista ou a chefia que baixou tal norma?

6) A dita norma é ética ou juridicamente sustentável?

Parecer

1 — A pergunta não está adequadamente formulada, pois não se nega o que não existe. Ninguém consideraria como "negar uma vaga" se, por exemplo, o paciente a ser admitido fosse adulto e na mesma UTI só houvesse vaga no setor pediátrico, ou vice-versa. A divisão por áreas de especialidades busca uma maior qualidade no atendimento aos pacientes.

2 — Não vemos "ilegalidade" na divisão, conseqüentemente, julgamos desnecessária "ordem por escrito". Outrossim, pressupomos que uma rotina de trabalho, como esta divisão por áreas, deva ter sido assumida pelo conjunto de médicos da Unidade, senão por unanimidade, ao menos por maioria, e não como uma decisão imperial de cima para baixo, à revelia do que a maioria julgue correto.

3 — Não vemos embasamento ético ou legal para um processo, eis que se trata de uma rotina de trabalho que visa o melhor benefício para os pacientes.

4 — Sem efeito, pela resposta ao item (3).

5 — Idem.

6 — Idem.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ — CRMPR

ASSUNTO: Cobrança de honorários médicos de pacientes internados na UTI

(Parecer nº 178/91 — CRMPR)

A comissão de fiscalização do Exercício Profissional, apreciando a consulta formulada através do ofício 428/89 de 20/06/89 pela comissão de Ética Médica do Hospital _____, emite parecer sobre as seguintes questões:

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1. A legalidade da cobrança de complementação de honorários pelo médico responsável pela UTI quando o paciente está internado em acomodação de padrão superior ao oferecido pelo convênio.

R. Sim, é lícita a cobrança, pois o paciente ou responsável ao optar por acomodações diferenciadas abriu mão das condições oferecidas pelo convênio. Porém, sempre deve haver um ajuste prévio, por escrito, do que for combinado.

2. A legalidade da cobrança em situação inversa, isto é, o paciente interna diretamente na UTI, em emergência e no momento da alta da unidade faz opção por acomodação de padrão superior.

R. Sim, como na situação anterior o paciente ou responsável, está descartando a cobertura do convênio e assumindo o ônus. Porém, sempre deve ser alertado para a realidade da situação e aceitar por escrito, previamente.

3. Visto que em nosso termo de ajuste prévio consta apenas, honorários médicos, sem especificar atendimento clínico ou cirúrgico, seria lícito incluir no termo de ajuste prévio, a ser assinado pelo paciente ou responsável no momento de seu internamento hospitalar, a expressão médico intensivista, para evitar que o responsável alegasse posteriormente desconhecimento do fato e cobrança ilegal.

R. O termo de ajuste prévio deve ser o mais claro e preciso, para não dar margem a dúvidas, podendo ser incluído no mesmo tudo o que para isso concorra.

Em complemento, sugerimos que seja anexada a Resolução nº 035/89 — CRMPR que dispõe sobre o assunto, bem como que o Corpo Clínico do Hospital _____ estabeleça uma Tabela de Honorários para os diversos atos médicos, a qual será apresentada ao paciente ou responsável no momento do seu internamento.

É o parecer.

Curitiba, 18 de abril de 1991.

Cons. Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki
Presidente da CFEP
Cons. Daebes Galati Vieira
Cons. Gabriel Paulo Skroch
Consª Tânia Mara Cunha Schaefer

ASSUNTO: Respirador Mecânico — UTI — Aspectos Legais — Éticos

(Parecer nº 1.039/98 — CRMPR)

O consulente solicita deste Conselho parecer sobre a utilização de respirador mecânico fora da Unidade de Terapia Intensiva e sobre

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os aspectos legais e éticos de um setor denominado de cuidados semi-intensivos, que funciona sem a presença contínua de um médico intensivista, apenas com monitorização de freqüência cardíaca e traçado eletrocardiográfico com enfermagem permanente.

À consulta tenho a aduzir:

A necessidade da instalação de uma prótese ventilatória, por si só, já demonstra a situação clínica do paciente.

Os benefícios da ventilação mecânica são inúmeros. Cada vez mais equipamentos modernos são concebidos no sentido de abrandar suas complicações, mas mesmo assim elas ainda existem, quer sejam inerentes à ventilação em si, como o barotrauma, ou pertinentes à própria situação clínica do paciente, como obstrução por secreção da cânula traqueal.

Assim, por tudo o que foi exposto, sou de parecer que desde que um paciente, pediátrico ou não, esteja em regime de ventilação mecânica, em qualquer de seus padrões, terá que ter, além da monitoragem necessária e pessoal de enfermagem habilitado e suficiente para seu manuseio, um médico habilitado e locado na Unidade em que esteja internado.

É o parecer.

Curitiba, 19 de Janeiro de 1998.

Dr. Roberto Bastos da Serra Freire

Conselheiro Parecerista

Aprovado em Reunião Plenária nº 968ª de 02/02/1998

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL — CREMERS

ASSUNTO: Atendimento de paciente crítico na Sala de Recuperação Pós-Anestésica

(Parecer nº 126/95)

Os fatos:

A direção do hospital determina que o paciente grave, que permaneça na Sala de Recuperação, por falta de leito na UTI, deva ser atendido pelo médico intensivista.

Esta determinação impõe ao rotineiro da UTI, visita sistemática em todos os turnos à sala de recuperação, assumindo Evolução e Prescrição.

Em face do exposto, tendo em vista que os médicos intensivistas são especialistas contratados para atuar na UTI, e a sala de recuperação situa-se em outra área, perguntamos:

a) A solicitação de internação na UTI, colocada pelo médico assistente no prontuário, na ausência de leito disponível na UTI, transfere ao intensivista a responsabilidade pelo tratamento do paciente fora da UTI?

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) O médico anestesista só é responsável pela aplicação de drogas anestésicas, excluindo-se do manejo de pacientes graves da Sala de recuperação?

c) Pode o médico anestesista assinar alta da Sala de Recuperação no prontuário, para pacientes graves em ventilação mecânica, sabedor da inexistência de vaga na UTI?

Considerações do Relator:

Antes de responder aos quesitos formulados é importante comentar algumas informações obtidas junto à AMIB — Associação de Medicina Intensiva Brasileira, INAMPS — Circular Normativa 1/91-Regulamentação das Atividades das Unidades de Terapia Intensiva e Conselho Federal de Medicina — Resolução 1.363/93 — Regulamentação da Atividade do Médico Anestesista.

Assim, inicialmente salientamos que a AMIB — Associação de Medicina Intensiva Brasileira em seu Boletim de normas mínimas e Classificatórias para funcionamento de UTI, preconiza em relação aos RECURSOS HUMANOS:

1) Médico plantonista por 24 horas no AMBIENTE DA UTI.

2) Médico diarista para seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico.

3) Relação máxima de 1(hum) médico plantonista para cada 10 (dez) pacientes críticos.

Da mesma forma, a Circular Normativa 01/91, que regulamenta as Atividades das UTI, na página 3, refere o seguinte:

2. Recursos Humanos:

2.1. Para cobertura 24 horas por dia;

2.1.1. Um médico plantonista EXCLUSIVO DA UTI para no máximo dez (10) leitos.

A partir da apreciação do acima exposto, parece claro ao relator que possam ser respondidas algumas das perguntas formuladas.

O médico intensivista sendo Exclusivo do Ambiente da UTI e estando a Sala de Recuperação e leitos, situados em áreas diferentes, a solicitação de transferência do paciente para a UTI, na ausência de leito disponível na UTI, não transfere ao intensivista a responsabilidade pelo tratamento, pois ao mesmo é vedado atuar fora do ambiente da UTI.

Havendo médico intensivista diarista para dar seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico, em casos que necessitem tratamento em UTI, mas que devido a falta de leitos são mantidos em outros locais, acreditamos que a orientação do tratamento

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

deve ser dado por este intensivista, pois os demais pacientes da UTI continuam dispondo da atuação do médico intensivista plantonista.

As demais condições de tratamento devem ser adequadas de acordo com o caso, pela Direção Técnica e Administrativa do Hospital, até que ocorra a vaga e a transferência do paciente para a UTI.

Transcrevo, por oportuno, neste momento, parecer da Assessoria Jurídica do CREMERS, que tece as seguintes considerações:

"O médico intensivista, em tese, não deve sair da UTI, no seu horário de plantão, nos termos do artigo 37 do Código de Ética Médica, que determina ser vedado ao médico, deixar de comparecer ao plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior. Em se tratando de UTI deve ser destacado o disposto no artigo 36 do referido diploma legal, que determina ser vedado ao médico afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave".

Ao analisarmos a RESOLUÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA nº 1.363/93, que regulamenta a atividade do médico anestesista, encontramos no artigo 2º alguns itens que merecem destaque, que a seguir relacionamos:

Artigo 2º

VI — Todo o paciente após a cirurgia, deverá ser removido para a Sala de Recuperação Pós-anestésica, cuja capacidade operativa deve guardar relação direta com a programação do centro cirúrgico.

VII — Enquanto não estiver disponível a Sala de Recuperação Pós-anestésica, o paciente deverá permanecer na Sala de Cirurgia até a sua liberação pelo Anestesista.

VIII — Os critérios de alta do paciente no período de recuperação Pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista.

Da simples leitura destes itens, podemos responder às perguntas feitas em relação à atuação e aos deveres do médico anestesista.

O atendimento do paciente no pós-operatório imediato, na sala de Recuperação é de inteira e exclusiva responsabilidade do médico anestesista. Os critérios de alta do paciente para qualquer outro setor será de inteira e exclusiva responsabilidade do médico anestesista.

Nos parece lógico e evidente que não havendo condições de alta da Sala de Recuperação, por alterações graves do estado clínico, não havendo leito na UTI e sendo a Sala de Recuperação local mais adequado para o tratamento do paciente, deverá o médico anestesista continuar atendendo o paciente. É fundamental que as condições de atendimento lhe sejam fornecidas pela Direção Técnica e Administrativa do Hospital.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Reitero aqui o mesmo parecer anterior que havendo o médico intensivista diarista, responsável pelo atendimento horizontalizado de pacientes, conforme preconiza a AMIB, deverá ser solicitado a colaborar no atendimento, até que ocorra a vaga na UTI.

Transcrevo por oportuno o parecer da Assessoria Jurídica do CREMERS, sobre os mesmos quesitos formulados:

"Os critérios de alta do paciente, no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista, conforme Resolução do CFM 1.363/93.

Necessitando o paciente de cuidados intensivos e não existindo vaga na UTI, o mesmo deverá permanecer em Sala de Recuperação ou ser transferido para outro local onde possam ser mantidos os cuidados e o atendimento que o paciente requer, até vagar leito na UTI, posto que o intensivista não poderá se afastar da referida unidade sem a presença de outro médico para substituí-lo".

Saliento que as Normas da Medicina Intensiva ainda são pouco conhecidas e respeitadas, principalmente por tratar-se de uma nova especialidade e, portanto, ajustando-se aos poucos às diferentes situações. Parece-me claro ao fazer o presente parecer, que os problemas aqui questionados não ocorreriam desde que houvesse no hospital, além dos médicos intensivistas plantonistas também médicos intensivistas diaristas.

Parece-me de suma importância que haja médicos diaristas para que possam orientar tratamentos a pacientes graves não localizados na UTI, fazer avaliações, transferências e apoio a outros especialistas e, principalmente, executar sua função que é de promover o atendimento horizontal diário dos pacientes graves.

É o parecer, S.M.J.

Porto Alegre, 26 de dezembro de 1995.

Dr. Fernando Weber Matos

Conselheiro Relator

Aprovado em Reunião Plenária nº 550 de 22/04/91.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO — CREMERJ

ASSUNTO: Estabelece normas mínimas para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.

(Resolução CREMERJ nº 109/96)

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela lei

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nº 3.268 de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e

Considerando o que aprovado no último Congresso Sul-brasileiro de Medicina Intensiva:

Considerando a necessidade de humanização no tratamento intensivo;

Considerando a necessidade de serem estabelecidas normas mínimas para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

Considerando, finalmente, o decidido na Sessão Plenária do Corpo de Conselheiros realizada em 7 de agosto de 1996.

RESOLVE:

Art. 1º — As Unidades de Terapia Intensiva de adulto e pediátrica/neonatal devem funcionar com espaço e equipes próprias.

Art. 2º — O funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva só poderá verificar-se desde que sejam, no mínimo, atendidas as seguintes normas e condições:

I. ÁREA FÍSICA

a) área física própria, separada de outras dependências;

b) área física;

UTI adulto = 14m^2 (quartoze metros quadrados) de área total/leito ou 9m^2/box; UTI pediátrica = 9m^2 (nove metros quadrados);

UTI neonatal = 5m^2 (cinco metros quadrados) = área total/leito.

c) mínimo de leitos = 4 (quatro);

d) local para guarda de roupas, medicamentos e materiais;

e) posto de preparo de medicações, com balcão e pia;

f) expurgo para sólidos e líquidos;

g) conforto com banheiro para a equipe de saúde, na Unidade de Terapia Intensiva;

h) local próprio dentro da unidade, para limpeza de material, contendo balcão e pia;

i) lavabo na UTI e em cada box de isolamento, quando houver;

j) sistema de suprimento de energia elétrica durante 24 horas;

k) sistema de suprimento de gases (oxigênio e ar comprimido) durante 24 horas;

l) um ponto de oxigênio por leito;

m) um ponto de ar comprimido por leito;

n) um sistema de aspiração a vácuo para cada leito;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o) tomadas aterradas (todas), no mínimo 8 (oito) por leito/box, dispostas de acordo com as normas da ABNT;

p) posto de enfermagem com visão centralizada dos leitos;

q) dupla responsabilidade técnica da UTI, em caso de terceirização de serviços;

r) referência de profissionais afins para consultoria médica especializada, alcançáveis por 24 horas;

s) referência para centro cirúrgico, disponível 24 horas.

II. PROFISSIONAIS

A relação entre o número de profissionais e o número de leitos, varia de acordo com o tipo de gravidade dos pacientes, respeitando-se o mínimo relacionado a seguir:

III. MÉDICO

a) médico responsável pela unidade, titulado em Medicina Intensiva;

b) médico plantonista por 24 horas no ambiente da UTI;

c) médico diarista (não plantonista) para dar seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico, titulado como especialista em Medicina Intensiva;

d) relação máxima de 10 leitos para cada médico — plantonista.

IV. ENFERMAGEM

a) um enfermeiro por 24 horas na unidade (dar-se-á um prazo máximo de cinco anos para a operacionalização deste item);

b) técnico/auxiliar na proporção mínima de um para cada dois leitos.

V. OUTROS

a) serventes de limpeza 24 horas.

VI. RECURSOS MATERIAIS

a) carro de reanimação, contendo desfibrilador, material de intubação (ambu, cânulas endotraqueais, laringoscópio), máscara e cânulas de Guedel;

b) respirador, na proporção mínima de 1(um) para três leitos;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) eletrocardiógrafo (para UTI gerais);
d) aparelho móvel de raios X;
e) monitor cardíaco de beira de leito, mínimo de um por leito;
f) negatoscópio;
g) cama de UTI com grades laterais, 1 (uma) por paciente;
h) bomba de infusão, 1 (uma) para cada 3 (três) leitos;
i) oxímetros de pulso; 1 (um) para cada 3 (três) leitos;
j) material disponível 24 horas para: traqueostomia, diálise peritoneal, drenagem torácica, cateterismo vesical, punção liquórica, acesso vascular profundo, marca-passo temporário (exceto UTI neonatais e pediátricas), curativos;
k) acesso a laboratório de análises clínicas durante 24h/dia, com capacidade de realizar hemogasometria;
l) acesso a uma unidade transfusional 24h/dia;
m) condições de realizar diálise peritoneal na UTI;
n) referência para transporte extra-hospitalar, e
o) transporte intra-hospitalar próprio com acompanhamento médico.

VII. EM RELAÇÃO ÀS UTI PEDIÁTRICAS E NEONATAIS, ACRESCENTAM-SE

a) incubadora e/ou berço de calor radiante, 1 (uma) para cada paciente;
b) aparelho de fototerapia, 1 (um) para cada 3 (três) pacientes;
c) capacetes de oxigenoterapia, 1 (um) para cada paciente;
d) tendas para oxigenoterapia, 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos (UTI pediátrica);
e) balança pediátrica (até 15kg), 1 (uma) por unidade;
f) balança antropométrica, 1 (uma) por unidade (UTI pediátrica);
g) desfibrilador/cardioversor, 1 (um) por unidade com pás de tamanho pediátrico;
h) respirador pediátrico, 1 (um) para 3 (três) leitos;
i) bolsa para ventilação tamanho pediátrico, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos por (UTI neonatal);
j) máscara de oxigênio, pré-termo, 1 (um) por leito (UTI neonatal);
k) bombas infusoras, com capacidade de microinfusão (0,1ml/h), 1 (um) por leito;
l) termômetros, 1 (um) por leito;
m) estetoscópio, 1 (um) por leito;
n) doppler para detecção de fluxo arterial, 1 (um) por unidade (UTI pediátrica);

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o) esfigmomanômetro, 1 (um) para 4 (quatro) leitos, com braçadeiras neonatal;

p) otoscópio;

q) glicosímetro ou hemoglicoteste;

r) urodensímetro ótico;

s) marca-passo temporário, 2 (dois) próprios do hospital (UTI pediátrica).

Art. 3º — Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 7 de agosto de 1996.

Consº Bartholomeu Penteado Coelho

Presidente

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SERGIPE — CREMESE

ASSUNTO: Atendimento Médico pelo Intensivista em outro setor do hospital

(Parecer CREMESE nº 001/99)

Ementa: Exigência em manter um plantonista exclusivo para atendimento na UTI de neonatologia. Saída do plantonista da UTI para recepcionar recém-nascidos nas salas de parto e cesariana do mesmo hospital, contíguo à UTI neonatal.

Consulta: O presente parecer é motivado por consulta feita pelos pediatras que atuam como plantonistas da UTI de Neonatologia, e no mesmo horário de plantão dirigem-se às salas de parto e cesarianas, as quais localizam-se num mesmo pavimento e ambiente contíguo.

Alegam os pediatras que:

1 — A UTI Neonatal e as salas onde ocorrem os partos cesáreos na verdade se encontram num mesmo pavimento de forma contígua.

2 — O pediatra ao iniciar o plantão veste roupas privativas do Centro Cirúrgico incluíndo propés e máscaras. Desta forma tem pleno acesso as áreas da UTI Neonatal e salas de parto/cesárea.

3 — O número de partos é pequeno e não sobrecarrega o trabalho do plantonista.

4 — A grande maioria dos partos ocorre sem intercorrências significativas, e o atendimento em geral demora em médica 10 a 15 minutos.

5 — Quando ocorrem eventos mais graves nas salas de parto, imediatamente após as medidas de reanimação aos recém-nascidos, são prontamente transferidos para a UTI Neonatal e é lá onde as medidas subseqüentes à reanimação são tomadas.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

6 — Toda a aparelhagem para a manutenção dos recém-nascidos graves (respiradores, oxímetro de pulso, monitores cardíacos, e raios X) se encontram na UTI Neonatal. Material de reanimação (laringoscópio, cânulas traqueais, drogas etc.), existe tanto na UTI Neonatal quanto nas salas de parto.

7 — Existe a referida escala do segundo plantonista, que pode ser acionada a qualquer momento pelo plantonista que fica na Maternidade.

8 — Esta exigência em nada irá alterar o estado de coisas, pelo motivos já citados e não resultará em nenhuma economia a pagar aos plantonistas da UTI Neonatal e às assistências em sala de parto.

Relatório:

Analisaremos item por item, como se segue:

Item 1 — Embora situem-se num mesmo pavimento e de forma contígua, são na realidade dois ambientes distintos: uma UTI e, salas de parto e centro cirúrgico para partos cesáreos etc. Logo, não é recomendável que pessoas circulem em um ambiente que pode ter infecção (UTIN) e outro estéril, para cirurgias como cesarianas, histerectomias etc. e vice-versa.

Item 2 — O acesso do pediatra plantonista, mesmo paramentado como para um centro cirúrgico, deve ser restrito a um só ambiente.

Item 3 — Se o número de partos é de aproximadamente 15 por 24 horas, e cada criança recém-nascida precisa de aproximadamente 15 minutos de atenção do neonatologista, em um turno de 12 horas de plantão de UTIN, o plantonista se ausenta, teoricamente, por uma hora e 45 minutos (sete partos x 15 minutos), logo é um período de tempo razoável que a UTIN fica sem plantonista.

Item 4 — Ótimo que não hajam ocorrências significativas (o que para nós soa como complicação). Porém, se estas ocorrem, o tempo de ausência do Neonatologista de plantão da UTIN será ainda maior.

Item 5 — O mesmo pediatra então estará atendendo às eventualidades graves das salas de parto, e conseqüentemente os pacientes da UTIN ficam sem a presença do plantonista da unidade.

Item 6 — Os aparelhos estão bem distribuídos. Não há necessidade, pelo visto, de modificação.

Item 7 — Quanto à escala do segundo plantonista, para ser acionado em caso de gravidade, por menor tempo que o mesmo leve para chegar ao hospital e adentrar a UTIN ou as salas de parto, este tempo nos parece longo demais. Melhor seria cada plantonista no seu lugar: um na UTIN e outro nas salas de parto.

Item 8 — A exigência do ponto de vista financeiro ou administrativo, não interessa ao Conselho. Interessa ao Conselho, sim, a inte-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gridade física dos pacientes, e as condições adequadas de trabalho do profissional médico.

Finalmente, este Conselheiro lembra aos colegas o código de Ética Médica, nos seus artigos 36 e 37, que dizem:

"É vedado ao médico:

Artigo 36 — Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes em estado grave.

Artigo 37 — Deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por motivo de força maior".

É o parecer, S.M.J.

Aracaju, 19 de janeiro de 1999.

Cons. Josilávio de Almeida Araújo

Relator

Aprovado por unanimidade, em Sessão plenária do CREMESE, no dia 19 de janeiro de 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM

ASSUNTO: Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde.

(Resolução COFEN-189)

O Conselho Federal de Enfermagem, no uso da competência que lhe confere o art. 8º, incisos IV e XIII, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, tendo em vista o disposto no art. 16, inciso II de seu Regimento, e cumprindo deliberação do Plenário em sua 241ª Reunião Ordinária, bem como o que mais consta do PAD-COFEN-51/94.

RESOLVE:

Art. 1º — As instituições de saúde do país deverão levar em conta, para o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de Enfermagem, o estabelecido na presente Resolução.

Art. 2º — O dimensionamento do quadro de profissionais de Enfermagem deverá basear-se em características relativas.

Art. 4º — Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas:

— 3,0 horas de Enfermagem, por cliente, na *assistência mínima ou autocuidado:*

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— 4,9 horas de Enfermagem, por cliente, na *assistência intermediária;*
— 8,5 horas de Enfermagem, por cliente na *assistência semi-intensiva;*
— 15,4 horas de Enfermagem, por cliente na *assistência intensiva.*

1º — Tais quantitativos devem adequar-se aos elementos contidos no art. 2º desta Resolução.

2º — O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido do Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 30% do total.

Art. 5º — A distribuição percentual, do total de profissionais de enfermagem, deverá observar as seguintes proporções, observando o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP):

1 — Para assistência mínima e intermediária, 27% de Enfermeiros (mínimo de seis) e 73% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

2 — Para assistência semi-intensiva, 40% de Enfermeiros e 60% de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

3 — Para assistência intensiva, 55,6% de Enfermeiros e 44% de Técnicos de Enfermagem.

Art. 6º — Cabe aos Enfermeiros, classificar os clientes para fins de assistência de Enfermagem, segundo o SCP (Sistema de Classificação de Pacientes): mínima ou autocuidado, intermediária, semi-intensiva e intensiva.

Art. 7º — O atendente de Enfermagem não foi incluído na presente Resolução, por executar atividades elementares de Enfermagem não ligadas à assistência direta ao paciente, conforme disposto da Resolução COFEN nº 186/95.

Art. 8º — O disposto nesta Resolução aplica-se a todas as instituições de saúde.

Art. 9º — Estes parâmetros aplicam-se no que couber a outras instituições.

Art. 10º — As expressões e os cálculos estão explicitados nos anexos que acompanham a presente Resolução.

Art. 11 — A presente Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 12 — Ficam revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de março de 1996.

Ruth Miranda de C. Leifert
COREN-SP nº 1.104
Primeira-secretária

Gilberto Linhares Teixeira
COREN-RJ nº 2.380
Presidente

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO

À Sra. Presidente
Ruth Miranda de Camargo Leifert
ASSUNTO: Procura de vaga e/ou indicação de transferência para UTI

Considerando Lei 7.498 de 25/06/86 e Decreto nº 94.406 de 08/06/87, que dispõe em seu artigo 8º, inciso, I, alíneas "a", "b", "c", "d", "e", "f", "g", e "h".

Não é de competência do Enfermeiro a procura de vaga e/ou indicação da transferência do paciente para o setor de UTI.

A indicação da necessidade de tratamento em UTI é do Médico que assiste o paciente, e a localização de vaga de competência do Setor Administrativo ou Serviço Social.

Orientamos seja elaborado pelas Enfermeiras, juntamente com a Diretoria da Unidade, a rotina por escrito do procedimento para solução definitiva da situação.

É o nosso parecer.

São Paulo, 24 de julho de 1997.

Maria Aparecida Mastroantonio
Conselheira

ASSUNTO: Função do Técnico e Auxiliares no controle de procedimentos dialíticos em UTI — PRCI-2.691

(Parecer — CATE ASSISTENCIAL nº 80)

Comentários:

Quanto ao procedimento de hemodiálise especializado, é passível de intercorrência, considerado de alto risco, requerendo portanto do profissional habilidade e rapidez na tomada de decisões quando na vigência de um problema.

Considerando Decreto-lei 94.406 de 08/06/87, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem em seu artigo 8º — Ao enfermeiro incumbe:

"É — privativamente:

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;"

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Considerando ainda que os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem não foram preparados para supervisionar a hemodiálise lenta, por não terem recebidos conhecimento necessário na sua formação curricular;

Considerando a ilegalidade do exercício profissional quando realizado por Auxiliar de Enfermagem, recomenda-se que tal procedimento seja executado por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem devidamente treinados.

Conclusão:

À vista do exposto, é de nosso parecer que o acompanhamento ou supervisão do procedimento de hemodiálise lenta é de competência do profissional "enfermeiro", e quando da necessidade do mesmo em se afastar do local, deverá ser substituído por outro profissional de igual formação.

Aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem cabem executar atividades auxiliares-técnicas que lhes são atribuídas dentro dos procedimentos e dos quais os mesmos têm amparo legal, dentro da Carta Magna da Enfermagem, para executarem.

É nosso parecer.

(parecer exarado pelas Enfermeiras Maria Inês Burini, Aparecida Mastroantonio, Carmem de Almeida da Silva e Sonia Regina Delestro).

São Paulo, 29 de abril de 1998.

Maria Aparecida Mastroantonio

Coordenadora da Câmara Técnica Assistencial

Vanderli de Oliveira Dutra

Presidente das Câmaras Técnicas

Exma. Sra.

Ruth Miranda de Camargo Leifert

DD. Presidente do COREN-SP

ASSUNTO: Cateter periférico central

(Parecer — CATE ASSISTENCIAL nº 106, 27/08/98)

Comentários:

Acesso venoso central é feito através da inserção de um cateter numa veia central, habitualmente subclávia direita ou esquerda, ou via jugular interna ou externa. É geralmente requisitado quando um doente necessita de terapêutica de longa duração ou de um elevado volume de fluido.

Pode ser requisitado quando o fluido endovenoso a administrar é uma solução hipertônica, um medicamento cáustico ou uma solução alimentar parentérica rica em calorias com uma concentração superior a 12,5%.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Pode ser usado numa emergência, quando o doente possuir veias periféricas inacessíveis ou numa terapêutica de longa duração em casa.

A via subclávia por não possuir vasos ou estruturas próximas é considerada o local ideal para a inserção de um cateter venoso central.

Contudo não deve ser utilizado em doentes que sofram traumatismo torácico, pneumotórax ou trombose venosa (Técnica de Enfermagem). O cateter epicutâneo Kath CE é um cateter central perifericamente inserido, utilizado principalmente em UTI neonatal ou infantil.

Considerando parecer do Sr. Paulo Cobelis (docente UNG), onde nos diz ser este procedimento médico, mas que pode ser realizado pelo Enfermeiro, desde que tenha treinamento especializado e que exista um protocolo hospitalar que autorize o profissional a realizar o procedimento;

Considerando que a competência técnica se manifestará com o treinamento e a capacitação do profissional para a realização de um procedimento e com base no Código de Ética de Enfermagem em seu artigo 17 "Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos e atribuições, quando capaz de desempenhar seguro para si e para o cliente".

Conclusão:

É o parecer desta Câmara que o profissional Enfermeiro tem conhecimento técnico e científico para realizar o procedimento de inserção cateter periférico central, após treinamento.

São Paulo, 27 de agosto de 1998.
Maria Aparecida Mastroantonio
Coordenadora da Câmara Técnica Assistencial
Vanderli de Oliveira Dutra
Presidente das Câmaras Técnicas
À Sra. Presidente
Ruth Miranda de Camargo Leifert

ASSUNTO: Estágios supervisionados de alunos do curso médio de Enfermagem, em setores fechados tais como: berçário, central de material, UTI, hemodiálise.

(Parecer CATE ENSINO nº 100/99)

Comentários:

Obedecendo à Resolução COFEN-121 que no seu artigo 3º diz que "Compete única e exclusivamente às instituições de ensino a cele-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

bração de convênios com as instituições de serviço e a regulamentação do estágio dos estudantes de Enfermagem de I, II e III graus, para sua operacionalização e no artigo 7º diz que "O planejamento, supervisão e avaliação das atividades de estágio deverão ser levados a efeito através do profissional Enfermeiro de serviço, com a co-responsabilidade da instituição de ensino,...";

Considerando por fim, que cabe ao Sistema de Ensino a responsabilidade de fiscalizar as questões relativas ao ensino técnico profissionalizante e, portanto, a legalidade ou não da realização dos estágios nos termos apresentados pela interessada no tocante as questões de ensino;

Nas áreas de atenção intensiva ou semi-intensiva de enfermagem ao doente, como UTI e hemodiálise, recomendamos que haja uma supervisão direta do enfermeiro responsável da instituição de ensino ou do serviço.

É o que tínhamos a informar.

São Paulo, 29 de julho de 1999.

Vanderli de Oliveira Dutra

Coordenadora da Câmara Técnica de Ensino e Pesquisa — Nível Médio

Exma. Sra.

Ruth Miranda de Camargo Leifert

DD. Presidente do COREN-SP

ASSUNTO: Quadro de Pessoal das Unidades de Terapia Intensiva (Parecer CATE — GERENCIAL nº 24, 09/04/99)

Comentários:

O Decreto-lei nº 94.406/87, art., 10, inciso I, alínea "b" diz que deve assistir ao Enfermeiro a prestação de cuidados diretos de Enfermagem do paciente grave.

Porém, na prática, muitos hospitais mantêm na UTI Auxiliares de Enfermagem e a nova LDB prevê curso de especialização para o nível médio, o que inclui o Auxiliar de Enfermagem.

Além disso, não existe um número suficiente de Técnicos de Enfermagem para suprir as necessidades do mercado.

Portanto, com o surgimento da incompatibilidade entre o Decreto-lei já citado e a nova LDB, sugerimos parecer do Ministério da Saúde para dirimir a questão. Enquanto isso, podemos aceitar os dois profissionais na UTI.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Quanto ao cálculo de Enfermeiros por leito de UTI, sugerimos consultar a Resolução COFEN-189 (anexa).

Este é o nosso parecer.

São Paulo, 9 de abril de 1999.

Enfª. Maria Antonia de Andrade Dias

Coordenadora da Câmara Técnica Gerencial

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Grupo II do Apêndice: Leis, Portarias e Normas do Ministério da Saúde

PORTARIA Nº 3.432 — 12 DE AGOSTO DE 1998 — EM VIGOR

ESTABELECE CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO PARA AS UNIDADES DE TRATAMENTO INTENSIVO — UTI

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando: a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível, resolve:

Art. 1º — Estabelecer critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo — UTI.

Art. 2º — Para as finalidades desta Portaria, as Unidades de Tratamento Intensivo serão classificadas em tipos I, II e III.

1º — As unidades atualmente cadastradas pelo SUS, a partir da vigência desta Portaria, serão classificadas como tipo I.

2º — As unidades que comprovarem o cumprimento das especificações do anexo desta Portaria poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas.

Art. 3º — A partir da data de publicação desta portaria, serão cadastradas somente unidades do tipo II ou III.

Art. 4º — Fica revogada a Portaria GM/MS/Nº 2.918, de 9 de junho de 1998, publicada no DOU nº 111, de 15 de junho de 1998, e as demais disposição em contrário.

Art. 5º — Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Serra

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO

1. Disposições Gerais:

1.1. As Unidades de Tratamento Intensivo devem atender às disposições da Portaria GM/MS nº 1.884, de 11 de novembro de 1994, publicada no DO nº 237, de 15 de dezembro de 1994.

1.2. São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

1.3. Estas unidades podem atender grupos etários específicos; a saber:

Neonatal — atendem pacientes de 0 a 28 dias;

Pediátrico — atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas;

Adulto — atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas;

Especializada — voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças.

1.4. Todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais.

1.5. Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

2. Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II:

2.1. Deve contar com equipe básica composta por:

- um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica;
- um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada 10 leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde;
- um médico plantonista exclusivo para até 10 pacientes ou fração;
- um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde;
- um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;
- acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

2.2. O hospital deve contar com

- laboratório de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia;
- agência transfusional disponível nas 24 horas do dia;
- hemogasômetro;
- ultra-sonógrafo;
- ecodopplercardiógrafo;
- laboratório de microbiologia;
- terapia renal substitutiva;
- aparelho de raios X-móvel;
- serviço de Nutrição Parenteral e Enteral;
- serviço Social
- serviço de Psicologia;

2.3 O hospital deve contar com acesso a:

- estudo hemodinâmico;
- angiografia seletiva;
- endoscopia digestiva;
- fibrobroncoscopia;
- eletroencefalografia.

2.4. Materiais e Equipamentos necessários:

- cama de Fawler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente;
- monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito;
- carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada 10 leitos ou fração;
- ventilador pulmonar com misturador tipo blender, um para cada dois leitos, devendo um terço dos mesmos ser do tipo microprocessado;
- oxímetro de pulso, uma para cada dois leitos;
- bomba de infusão, duas bombas por leito;
- conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito;
- conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), um para cada leito;
- bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- monitor de pressão invasiva;
- marca-passo cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade;
- eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade;
- maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte;
- máscaras com venturi que permita diferentes concentrações de gases;
- aspirador portátil;
- negatoscópio;
- oftalmoscópio;
- otoscópio;
- Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- cilindro de oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital;
- conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos;
- capacete para oxigenoterapia para UTI pediátrica e neonatal;
- fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal;
- Incubadora com parede dupla, uma por paciente de UTI neonatal;
- balança eletrônica, uma para cada 10 leitos na UTI neonatal.

2.5. Humanização:

- climatização;
- iluminação natural;
- divisórias entre os leitos;
- relógios visíveis para todos os leitos;
- garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito;
- garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins.

3. As Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III, devem, além dos requisitos exigidos paras as UTI tipo II, contar com:

3.1. Espaço mínimo individual por leito de $9m^2$, sendo para UTI Neonatal o espaço de $6m^2$ por leito;

3.2. Avaliação através do APACHE II se for UTI adulto, o PRISM II se UTI Pediátrica e o PSI modificado se UTI neonatal.

3.3. Além de equipe básica exigida pela a UTI tipo II, devem contar com:

- um médico plantonista para cada 10 pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB);

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho;
- fisioterapeuta exclusivo da UTI;
- acesso a serviço de reabilitação.

3.4. Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condição de realizar os exames de:

— tomografia axial computadorizada;
- anatomia patológica;
- estudo hemodinâmico;
- angiografia seletiva;
- fibrobroncoscopia;
- ultra-sonografia portátil.

3.5. Além dos materiais e equipamentos necessários para as UTI tipo II, o hospital deve contar com:

- Metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal;
- monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos;
- equipamento para ventilação pulmonar não invasiva;
- capnógrafo;
- equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos;
- marca-passo transcutâneo.

(Of. nº 99/98)

ANEXO CIRCULAR 111/2000, DE 28/03/2000
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 332, DE 24 DE MARÇO DE 2000

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso de suas atribuições legais, Considerando a Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, que estabelece critérios de classificação para Unidades de Tratamento Intensivo UTI, e

Considerando a necessidade de adequar as exigências relativas à composição da equipe médica básica das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal à realidade do exercício profissional nesta área, resolve:

Art. 1º — Alterar no item 2, subitem 2.1 do Anexo da Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, as alíneas referentes a responsável técnico e médico diarista, que passam a ter a seguinte redação:

um responsável técnico com título de especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, ou, no caso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, um médico

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

com título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatalogia conferidos pela Associação Médica Brasileira:

Art. 2º — Alterar no item 3, subitem 3.3 do Anexo da Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, a alínea referente a médico plantonista, que passa a ter a seguinte redação:

um médico plantonista para cada 10 leitos ou fração, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em Medicina Intensiva ou com habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, ou no caso de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatalogia conferidos pela Associação Médica Brasileira.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Barjas Negri

MINISTÉRIO DA SAÚDE PESQUISA CLÍNICA EM SERES HUMANOS

Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Qüinquagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 9 e 10 de outubro de 1996, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, RESOLVE:

Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos:

I — PREÂMBULO

A presente Resolução fundamenta-se nos principais documentos internacionais que emanaram declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos: o Código de Nuremberg (1947), a Declaração dos Direitos do Homem (1948), a Declaração de Helsinque (1964 e suas versões posteriores de 1975, 1983 e 1989), o Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966, aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1992), as Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/OMS 1982 e 1993) e as Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos (CIOMS, 1991). Cumpre as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e da legislação brasileira correlata: Código de Direitos

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do Consumidor, Código Civil e Código Penal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19/09/90 (dispõe sobre as condições de atenção à saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes), Lei 8.142, de 28/12/90 (participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde), Decreto 99.438, de 07/08/90 (organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde), Decreto 98.830, de 15/01/90 (coleta por estrangeiros de dados e materiais científicos no Brasil), Lei 8.489, de 18/11/92, e Decreto 879, de 22/07/93 (dispõem sobre retirada de tecidos, órgãos e outras partes do corpo humano com fins humanitários e científicos), Lei 8.501, de 30/11/92 (utilização de cadáver), Lei 8.974, de 05/01/95 (uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados), Lei 9.279, de 14/05/96 (regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial), e outras.

Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

O caráter contextual das considerações aqui desenvolvidas implica revisões periódicas desta Resolução, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética.

Ressalta-se, ainda, que cada área temática de investigação e cada modalidade de pesquisa, além de respeitar os princípios emanados deste texto, deve cumprir com as exigências setoriais e regulamentações específicas.

II — TERMOS E DEFINIÇÕES

A presente Resolução, adota no seu âmbito as seguintes definições:

II.1 — Pesquisa — classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável. O conhecimento generalizável consiste em teorias, relações ou princípios ou no acúmulo de informações sobre as quais estão baseados, que possam ser corroborados por métodos científicos aceitos de observação e inferência.

II.2 — Pesquisa envolvendo seres humanos — pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

II.3 — Protocolo de Pesquisa — Documento contemplando a descrição da pesquisa em seus aspectos fundamentais, informações relativas ao sujeito da pesquisa, à qualificação dos pesquisadores e a todas as instâncias responsáveis.

II.4 — Pesquisador responsável — pessoa responsável pela coordenação e realização da pesquisa e pela integridade e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

II.5 — Instituição de pesquisa — organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada na qual são realizadas investigações científicas.

II.6 — Promotor — indivíduo ou instituição, responsável pela promoção da pesquisa.

II.7 — Patrocinador — pessoa física ou jurídica que apóia financeiramente a pesquisa.

II.8 — Risco da pesquisa — possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente.

II.9 — Dano associado ou decorrente da pesquisa — agravo imediato ou tardio, ao indivíduo ou à coletividade, com nexo causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

II.10 — Sujeito da pesquisa — é o(a) participante pesquisado(a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, vedada qualquer forma de remuneração.

II.11 — Consentimento livre e esclarecido — anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação, após explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa.

II.12 — Indenização — cobertura material, em reparação a dano imediato ou tardio, causado pela pesquisa ao ser humano a ela submetida.

II.13 — Ressarcimento — cobertura, em compensação, exclusiva de despesas decorrentes da participação do sujeito na pesquisa.

II.14 — Comitês de Ética em Pesquisa-CEP — colegiados interdisciplinares e independentes, com "munus público", de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

II.15 — Vulnerabilidade — refere-se a estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido.

II.16 — Incapacidade — Refere-se ao possível sujeito da pesquisa que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente.

III — ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais.

III.1 — A eticidade da pesquisa implica:

a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;

b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e eqüidade).

III.2 — Todo procedimento de qualquer natureza envolvendo o ser humano, cuja aceitação não esteja ainda consagrada na literatura científica, será considerado como pesquisa e, portanto, deverá obedecer às diretrizes da presente Resolução. Os procedimentos referidos incluem entre outros, os de natureza instrumental, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, econômica, física, psíquica ou biológica, sejam eles farmacológicos, clínicos ou cirúrgicos e de finalidade preventiva, diagnóstica ou terapêutica.

III.3 — A pesquisa em qualquer área do conhecimento, envolvendo seres humanos deverá observar as seguintes exigências:

a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) estar fundamentada na experimentação prévia realizada em laboratórios, animais ou em outros fatos científicos;

c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;

d) prevalecer sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis;

e) obedecer a metodologia adequada. Se houver necessidade de distribuição aleatória dos sujeitos da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, *a priori*, não seja possível estabelecer as vantagens de um procedimento sobre outro através de revisão de literatura, métodos observacionais ou métodos que não envolvam seres humanos;

f) ter plenamente justificada, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica;

g) contar com o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal;

h) contar com os recursos humanos e materiais necessários que garantam o bem-estar do sujeito da pesquisa, devendo ainda haver adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto;

i) prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;

j) ser desenvolvida preferencialmente em indivíduos com autonomia plena. Indivíduos ou grupos vulneráveis não devem ser sujeitos de pesquisa quando a informação desejada possa ser obtida através de sujeitos com plena autonomia, a menos que a investigação possa trazer benefícios diretos aos vulneráveis. Nestes casos, o direito dos indivíduos ou grupos que queiram participar da pesquisa deve ser assegurado, desde que seja garantida a proteção à sua vulnerabilidade e incapacidade legalmente definida;

l) respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades;

m) garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer sentir após sua conclusão. O projeto deve analisar as necessidades de cada um dos membros da comunidade e analisar as diferenças presentes entre eles, explicitando como será assegurado o respeito às mesmas;

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

n) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas. Quando, no interesse da comunidade, houver benefício real em incentivar ou estimular mudanças de costumes ou comportamentos, o protocolo de pesquisa deve incluir, sempre que possível, disposições para comunicar tal benefício às pessoas e/ou comunidades;

o) comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

p) assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

q) assegurar aos sujeitos da pesquisa as condições de acompanhamento, tratamento ou de orientação, conforme o caso, nas pesquisas de rastreamento; demonstrar a preponderância de benefícios sobre riscos e custos;

r) assegurar a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto;

s) comprovar, nas pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira, os compromissos e as vantagens, para os sujeitos das pesquisas e para o Brasil, decorrentes de sua realização. Nestes casos deve ser identificado o pesquisador e a instituição nacionais co-responsáveis pela pesquisa. O protocolo deverá observar as exigências da Declaração de Helsinque e incluir documento de aprovação, no país de origem, entre os apresentados para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição brasileira, que exigirá o cumprimento de seus próprios referenciais éticos. Os estudos patrocinados do exterior também devem responder às necessidades de treinamento de pessoal no Brasil, para que o país possa desenvolver projetos similares de forma independente;

t) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo;

u) levar em conta, nas pesquisas realizadas em mulheres em idade fértil ou em mulheres grávidas, a avaliação de riscos e benefícios e as eventuais interferências sobre a fertilidade, a gravidez, o embrião ou o feto, o trabalho de parto, o puerpério, a lactação e o recém-nascido;

v) considerar que as pesquisas em mulheres grávidas devem, ser precedidas de pesquisas em mulheres fora do período gestacional, exceto quando a gravidez for o objetivo fundamental da pesquisa;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

x) propiciar, nos estudos multicêntricos, a participação dos pesquisadores que desenvolverão a pesquisa na elaboração do delineamento geral do projeto; e

z) descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que a aprovou.

IV — CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 — Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;

b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;

c) os métodos alternativos existentes;

d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;

e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;

f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;

g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa; e

i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 — O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;

b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;

c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

IV.3 — Nos casos em que haja qualquer restrição à liberdade ou ao esclarecimento necessários para o adequado consentimento, deve-se ainda observar:

a) em pesquisas envolvendo crianças e adolescentes, portadores de perturbação ou doença mental e sujeitos em situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento, deverá haver justificação clara da escolha dos sujeitos da pesquisa, especificada no protocolo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e cumprir as exigências do consentimento livre e esclarecido, através dos representantes legais dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite de sua capacidade;

b) a liberdade do consentimento deverá ser particularmente garantida para aqueles sujeitos que, embora adultos e capazes, estejam expostos a condicionamentos específicos ou à influência de autoridade, especialmente estudantes, militares, empregados, presidiários, internos em centros de readaptação, casas-abrigo, asilos, associações religiosas e semelhantes, assegurando-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias;

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa;

d) as pesquisas em pessoas com o diagnóstico de morte encefálica só podem ser realizadas desde que estejam preenchidas as seguintes condições:

- documento comprobatório da morte encefálica (atestado de óbito);
- consentimento explícito dos familiares e/ou do responsável legal, ou manifestação prévia da vontade da pessoa;
- respeito total à dignidade do ser humano sem mutilação ou violação do corpo;
- sem ônus econômico-financeiro adicional à família;
- sem prejuízo para outros pacientes aguardando internação ou tratamento;
- possibilidade de obter conhecimento científico relevante, novo e que não possa ser obtido de outra maneira;

e) em comunidades culturalmente diferenciadas, inclusive indígenas, deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

através dos seus próprios líderes, não se dispensando, porém, esforços no sentido de obtenção do consentimento individual;

f) quando o mérito da pesquisa depender de alguma restrição de informações aos sujeitos, tal fato deve ser devidamente explicitado e justificado pelo pesquisador e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos a partir dos sujeitos da pesquisa não poderão ser usados para outros fins que os não previstos no protocolo e/ou no consentimento.

V — RISCOS E BENEFÍCIOS

Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade.

V.1 — Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;

b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;

c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

V.2 — As pesquisas sem benefício direto ao indivíduo, devem prever condições de serem bem suportadas pelos sujeitos da pesquisa, considerando sua situação física, psicológica, social e educacional.

V.3 — O pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento. Do mesmo modo, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime.

V.4 — O Comitê de Ética em Pesquisa da instituição deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.

V.5 — O pesquisador, o patrocinador e a instituição devem assumir a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

V.6 — Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

V.7 — Jamais poderá ser exigido do sujeito da pesquisa, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. O formulário do consentimento livre e esclarecido não deve conter nenhuma ressalva que afaste essa responsabilidade ou que implique ao sujeito da pesquisa abrir mão de seus direitos legais, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

VI — PROTOCOLO DE PESQUISA

O protocolo a ser submetido à revisão ética somente poderá ser apreciado se estiver instruído com os seguintes documentos, em português:

VI.1 — folha de rosto: título do projeto, nome, número da carteira de identidade, CPF, telefone e endereço para correspondência do pesquisador responsável e do patrocinador, nome e assinaturas dos dirigentes da instituição e/ou organização;

VI.2 — descrição da pesquisa, compreendendo os seguintes itens:

a) descrição dos propósitos e das hipóteses a serem testadas;

b) antecedentes científicos e dados que justifiquem a pesquisa. Se o propósito for testar um novo produto ou dispositivo para a saúde, de procedência estrangeira ou não, deverá ser indicada a situação atual de registro junto a agências regulatórias do país de origem;

c) descrição detalhada e ordenada do projeto de pesquisa (material e métodos, casuística, resultados esperados e bibliografia);

d) análise crítica de riscos e benefícios;

e) duração total da pesquisa, a partir da aprovação;

f) explicitação das responsabilidades do pesquisador, da instituição, do promotor e do patrocinador;

g) explicitação de critérios para suspender ou encerrar a pesquisa;

h) local da pesquisa: detalhar as instalações dos serviços, centros, comunidades e instituições nas quais se processarão as várias etapas da pesquisa;

i) demonstrativo da existência de infra-estrutura necessária ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes, com a concordância documentada da instituição;

j) orçamento financeiro detalhado da pesquisa: recursos, fontes e destinação, bem como a forma e o valor da remuneração do pesquisador;

l) explicitação de acordo preexistente quanto à propriedade das informações geradas, demonstrando a inexistência de qualquer cláusula restritiva quanto à divulgação pública dos resultados, a menos que se trate de caso de obtenção de patenteamento; neste caso, os

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

resultados devem se tornar públicos, tão logo se encerre a etapa de patenteamento;

m) declaração de que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não; e

n) declaração sobre o uso e destinação do material e/ou dados coletados.

VI.3 — informações relativas ao sujeito da pesquisa:

a) descrever as características da população a estudar: tamanho, faixa etária, sexo, cor (classificação do IBGE), estado geral de saúde, classes e grupos sociais, etc. Expor as razões para a utilização de grupos vulneráveis;

b) descrever os métodos que afetem diretamente os sujeitos da pesquisa;

c) identificar as fontes de material de pesquisa, tais como espécimens, registros e dados a serem obtidos de seres humanos. Indicar se esse material será obtido especificamente para os propósitos da pesquisa ou se será usado para outros fins;

d) descrever os planos para o recrutamento de indivíduos e os procedimentos a serem seguidos. Fornecer critérios de inclusão e exclusão;

e) apresentar o formulário ou termo de consentimento, específico para a pesquisa, para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, incluindo informações sobre as circunstâncias sob as quais o consentimento será obtido, quem irá tratar de obtê-lo e a natureza da informação a ser fornecida aos sujeitos da pesquisa;

f) descrever qualquer risco, avaliando sua possibilidade e gravidade;

g) descrever as medidas para proteção ou minimização de qualquer risco eventual. Quando apropriado, descrever as medidas para assegurar os necessários cuidados à saúde, no caso de danos aos indivíduos. Descrever também os procedimentos para monitoramento da coleta de dados para prover a segurança dos indivíduos, incluindo as medidas de proteção à confidencialidade; e

h) apresentar previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa. A importância referente não poderá ser de tal monta que possa interferir na autonomia da decisão do indivíduo ou responsável de participar ou não da pesquisa.

VI.4 — qualificação dos pesquisadores: "Curriculum vitae" do pesquisador responsável e dos demais participantes.

VI.5 — termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição de cumprir os termos desta Resolução.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VII — COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA — CEP

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

VII.1 — As instituições nas quais se realizem pesquisas envolvendo seres humanos deverão constituir um ou mais de um Comitê de Ética em Pesquisa — CEP, conforme suas necessidades.

VII.2 — Na impossibilidade de se constituir CEP, a instituição ou o pesquisador responsável deverá submeter o projeto à apreciação do CEP de outra instituição, preferencialmente dentre os indicados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

VII.3 — Organização — A organização e criação do CEP será da competência da instituição, respeitadas as normas desta Resolução, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento.

VII.4 — Composição — O CEP deverá ser constituído por colegiado com número não inferior a 7 (sete) membros. Sua constituição deverá incluir a participação de profissionais da área de saúde, das ciências exatas, sociais e humanas, incluindo, por exemplo, juristas, teólogos, sociólogos, filósofos, bioeticistas e, pelo menos, um membro da sociedade representando os usuários da instituição. Poderá variar na sua composição, dependendo das especificidades da instituição e das linhas de pesquisa a serem analisadas.

VII.5 — Terá sempre caráter multi e transdisciplinar, não devendo haver mais que metade de seus membros pertencentes à mesma categoria profissional, participando pessoas dos dois sexos. Poderá ainda contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

VII.6 — No caso de pesquisas em grupos vulneráveis, comunidades e coletividades, deverá ser convidado um representante, como membro "ad hoc" do CEP, para participar da análise do projeto específico.

VII.7 — Nas pesquisas em população indígena deverá participar um consultor familiarizado com os costumes e tradições da comunidade.

VII.8 — Os membros do CEP deverão se isentar de tomada de decisão, quando diretamente envolvidos na pesquisa em análise.

VII.9 — Mandato e escolha dos membros — A composição de cada CEP deverá ser definida a critério da instituição, sendo pelo menos metade dos membros com experiência em pesquisa, eleitos pelos seus pares. A escolha da coordenação de cada Comitê deverá ser feita pelos membros que compõem o colegiado, durante a primeira reunião de trabalho. Será de três anos a duração do mandato, sendo permitida recondução.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VII.10 — Remuneração — Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável, porém, que sejam dispensados nos horários de trabalho do Comitê das outras obrigações nas instituições às quais prestam serviço, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação.

VII.11 — Arquivo — O CEP deverá manter em arquivo o projeto, o protocolo e os relatórios correspondentes, por 5 (cinco) anos após o encerramento do estudo.

VII.12 — Liberdade de trabalho — Os membros dos CEPs deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Deste modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados em determinada pesquisa, devem isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

VII.13 — Atribuições do CEP:

a) revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas;

b) emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, identificando com clareza o ensaio, documentos estudados e data de revisão. A revisão de cada protocolo culminará com seu enquadramento em uma das seguintes categorias:

- aprovado;
- com pendência: quando o Comitê considera o protocolo como aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solicita uma modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida em 60 (sessenta) dias pelos pesquisadores;
- retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;
- não aprovado; e
- aprovado e encaminhado, com o devido parecer, para apreciação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa—CONEP/MS, nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c.

c) manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

d) acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios anuais dos pesquisadores;

e) desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;

f) receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, adequar o termo de consentimento. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou;

g) requerer instauração de sindicância à direção da instituição em caso de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas e, em havendo comprovação, comunicar à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa—CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias; e

h) manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS.

VII.14 — Atuação do CEP:

a) A revisão ética de toda e qualquer proposta de pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada da sua análise científica. Pesquisa que não se faça acompanhar do respectivo protocolo não deve ser analisada pelo Comitê.

b) Cada CEP deverá elaborar suas normas de funcionamento, contendo metodologia de trabalho, a exemplo de: elaboração das atas; planejamento anual de suas atividades; periodicidade de reuniões; número mínimo de presentes para início das reuniões; prazos para emissão de pareceres; critérios para solicitação de consultas de experts na área em que se desejam informações técnicas; modelo de tomada de decisão, etc.

VIII — COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/MS)

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa — CONEP/MS é uma instância colegiada, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa, independente, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde adotará as medidas necessárias para o funcionamento pleno da Comissão e de sua Secretaria Executiva.

VIII.1 — Composição: A CONEP terá composição multi e transdiciplinar, com pessoas de ambos os sexos e deverá ser composta por 13 (treze) membros titulares e seus respectivos suplentes, sendo 05 (cinco) deles personalidades destacadas no campo da ética na pesquisa e na saúde e 08 (oito) personalidades com destacada atuação nos campos teológico, jurídico e outros, assegurando-se que pelo menos um seja da área de gestão da saúde. Os membros serão selecio-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nados, a partir de listas indicativas elaboradas pelas instituições que possuem CEP registrados na CONEP, sendo que 07 (sete) serão escolhidos pelo Conselho Nacional de Saúde e 06 (seis) serão definidos por sorteio. Poderá contar também com consultores e membros "ad hoc", assegurada a representação dos usuários.

VIII.2 — Cada CEP poderá indicar duas personalidades.

VIII.3 — O mandato dos membros da CONEP será de quatro anos com renovação alternada a cada dois anos, de sete ou seis de seus membros.

VIII.4 — Atribuições da CONEP — Compete à CONEP o exame dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, bem como a adequação e atualização das normas atinentes. A CONEP consultará a sociedade sempre que julgar necessário, cabendo-lhe, entre outras, as seguintes atribuições:

a) estimular a criação de CEPs institucionais e de outras instâncias;

b) registrar os CEPs institucionais e de outras instâncias;

c) aprovar, no prazo de 60 dias, e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais tais como:

1 — genética humana;

2 — reprodução humana;

3 — fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações;

4 — equipamentos, insumos e dispositivos para a saúde novos, ou não registrados no país;

5 — novos procedimentos ainda não consagrados na literatura;

6 — populações indígenas;

7 — projetos que envolvam aspectos de biossegurança;

8 — pesquisas coordenadas do exterior ou com participação estrangeira e pesquisas que envolvam remessa de material biológico para o exterior; e

9 — projetos que, a critério do CEP, devidamente justificado, sejam julgados merecedores de análise pela CONEP;

d) prover normas específicas no campo da ética em pesquisa, inclusive nas áreas temáticas especiais, bem como recomendações para aplicação das mesmas;

e) funcionar como instância final de recursos, a partir de informações fornecidas sistematicamente, em caráter ex-ofício ou a partir de denúncias ou de solicitação de partes interessadas, devendo manifestar-se em um prazo não superior a 60 (sessenta) dias;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

f) rever responsabilidades, proibir ou interromper pesquisas, definitiva ou temporariamente, podendo requisitar protocolos para revisão ética inclusive, os já aprovados pelo CEP;

g) constituir um sistema de informação e acompanhamento dos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos em todo o território nacional, mantendo atualizados os bancos de dados;

h) informar e assessorar o MS, o CNS e outras instâncias do SUS, bem como do governo e da sociedade, sobre questões éticas relativas à pesquisa em seres humanos;

i) divulgar esta e outras normas relativas à ética em pesquisa envolvendo seres humanos;

j) a CONEP juntamente com outros setores do Ministério da Saúde, estabelecerá normas e critérios para o credenciamento de Centros de Pesquisa. Este credenciamento deverá ser proposto pelos setores do Ministério da Saúde, de acordo com suas necessidades, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde; e

l) estabelecer suas próprias normas de funcionamento.

VIII.5 — A CONEP submeterá ao CNS para sua deliberação:

a) propostas de normas gerais a serem aplicadas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive modificações desta norma;

b) plano de trabalho anual;

c) relatório anual de suas atividades, incluindo sumário dos CEP estabelecidos e dos projetos analisados.

IX — OPERACIONALIZAÇÃO

IX.1 — Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações desta Resolução e dos documentos endossados em seu preâmbulo. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

IX.2 — Ao pesquisador cabe:

a) apresentar o protocolo, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa;

b) desenvolver o projeto conforme delineado;

c) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

d) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

e) manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

f) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

g) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

IX.3 — O Comitê de Ética em Pesquisa institucional deverá estar registrado junto à CONEP/MS.

IX.4 — Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co-responsável no que se refere aos aspectos éticos da pesquisa.

IX.5 — Consideram-se autorizados para execução, os projetos aprovados pelo CEP, exceto os que se enquadrarem nas áreas temáticas especiais, os quais, após aprovação pelo CEP institucional deverão ser enviados à CONEP/MS, que dará o devido encaminhamento.

IX.6 — Pesquisas com novos medicamentos, vacinas, testes diagnósticos, equipamentos e dispositivos para a saúde deverão ser encaminhados do CEP à CONEP/MS e desta, após parecer, à Secretaria de Vigilância Sanitária.

IX.7 — As agências de fomento à pesquisa e o corpo editorial das revistas científicas deverão exigir documentação comprobatória de aprovação do projeto pelo CEP e/ou CONEP, quando for o caso.

IX.8 — Os CEP institucionais deverão encaminhar trimestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e, imediatamente, aqueles suspensos.

X. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

X.1 — O Grupo Executivo de Trabalho-GET, constituído através da Resolução CNS 170/95, assumirá as atribuições da CONEP até a sua constituição, responsabilizando-se por:

a) tomar as medidas necessárias ao processo de criação da CONEP/MS;

b) estabelecer normas para registro dos CEP institucionais;

X.2 — O GET terá 180 dias para finalizar as suas tarefas.

X.3 — Os CEP das instituições devem proceder, no prazo de 90 (noventa) dias, ao levantamento e à análise, se for o caso, dos projetos de pesquisa em seres humanos já em andamento, devendo encaminhar à CONEP/MS, a relação dos mesmos.

X.4 Fica revogada a Resolução 01/88.

ADIB D. JATENE

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ADIB D. JATENE
Ministro de Estado da Saúde
Portarias sobre transplantes

LEI Nº 9.434, DE 4 DE FEVEREIRO DE 1997

Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º — A disposição gratuita de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, em vida ou *post mortem*, para fins de transplante e tratamento, é permitida na forma desta Lei.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este artigo o sangue, o esperma e o óvulo.

Art. 2º — A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser realizada por estabelecimento de saúde, público ou privado, e por equipes médico-cirúrgicas de remoção e transplante previamente autorizados pelo órgão de gestão nacional do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só poderá ser autorizada após a realização, no doador, de todos os testes de triagem para diagnóstico de infecção e infestação exigidos para a triagem de sangue para doação, segundo dispõe a Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

CAPÍTULO II

DA DISPOSIÇÃO *POST MORTEM* DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO PARA FINS DE TRANSPLANTE

Art. 3º — A retirada *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

precedida de diagnóstico de morte encefálica constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.

§1º — Os prontuários médicos, contendo os resultados ou os laudos dos exames referentes aos diagnósticos de morte encefálica e cópias dos documentos de que tratam os arts. 2º, Parágrafo único; 4º e seus parágrafos; 5º; 7º, 9º, §§ 2º, 4º, 6º e 8º; e 10º, quando couber, e detalhando os atos cirúrgicos relativos aos transplantes e enxertos, serão mantidos nos arquivos das instituições referidas no art. 2º por um período mínimo de cinco anos.

§2º — As instituições referidas no art. 2º enviarão anualmente um relatório contendo os nomes dos pacientes receptores ao órgão gestor estadual do Sistema Único de Saúde.

§3º — Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato da comprovação e atestação da morte encefálica.

Art. 4º — Salvo manifestação de vontade em contrário, nos termos desta Lei presume-se autorizada a doação de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano, para finalidade de transplantes ou terapêutica post mortem.

§ 1º — A expressão "não-doador de órgãos e tecidos" deverá ser gravada, de forma indelével e inviolável na Carteira de identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que optar por essa condição.

§ 2º — A gravação de que trata este artigo será obrigatória em todo o território nacional a todos os órgãos de identificação civil e departamentos de trânsito, decorridos trinta dias da publicação desta Lei.

§3º — O portador de Carteira de Identidade Civil ou de Carteira Nacional de Habilitação emitidas até a data a que se refere o parágrafo anterior poderá manifestar sua vontade de não doador de tecidos, órgãos ou partes do corpo após a morte, comparecendo ao órgão oficial de identificação civil ou departamento de trânsito e procedendo à gravação da expressão "não-doador de órgãos e tecidos".

§4º — A manifestação de vontade feita na Carteira de Identidade Civil ou na Carteira Nacional de Habilitação poderá ser reformulada a qualquer momento, registrando-se, no documento, a nova declaração de vontade.

§5º — No caso de dois ou mais documentos legalmente válidos com opções diferentes, quanto à condição de doador ou não, do morto, prevalecerá aquele cuja emissão for mais recente.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 5º — A remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa juridicamente incapaz poderá ser feita desde que permitida expressamente por ambos os pais ou por seus responsáveis legais

Art. 6º — É vedada a remoção *post mortem* de tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoas não identificadas.

7º (VETADO)

Parágrafo único. No caso de morte sem assistência médica, de óbito em decorrência de causa mal definida ou de outras situações nas quais houver indicação de verificação da causa médica da morte, a remoção de tecidos, órgãos ou partes de cadáver para fins de transplante ou terapêutica somente poderá ser realizada após a autorização do patologista do serviço de verificação de óbito responsável pela investigação e citada em relatório de necropsia.

Art. 8º — Após a retirada de partes do corpo, o cadáver será condignamente recomposto e entregue aos parentes do morto ou seus responsáveis legais para sepultamento.

CAPÍTULO III

DA DISPOSIÇÃO DE TECIDOS, ÓRGÃOS E PARTES DO CORPO HUMANO VIVO PARA FINS DE TRANSPLANTE OU TRATAMENTO

Art. 9º — É permitida à pessoa juridicamente capaz dispor gratuitamente de tecidos, órgãos ou partes do próprio corpo vivo para fins de transplante ou terapêuticos.

1º (VETADO)

2º (VETADO)

§3º — Só é permitida a doação referida neste artigo quando se tratar de órgãos duplos, de partes de órgãos, tecidos ou partes do corpo cuja retirada não impeça o organismo do doador de continuar vivendo sem risco para a sua integridade e não represente grave comprometimento de suas aptidões vitais e saúde mental e não cause mutilação ou deformação inaceitável, e corresponda a uma necessidade terapêutica comprovadamente indispensável à pessoa receptora.

§4º — O doador deverá autorizar, preferencialmente por escrito e diante de testemunhas, especificamente o tecido, órgão ou parte do corpo objeto da retirada.

§5º — A doação poderá ser revogada pelo doador ou pelos responsáveis legais a qualquer momento antes de sua concretização.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§6º — O indivíduo juridicamente incapaz, com compatibilidade imunológica comprovada, poderá fazer doação nos casos de transplante de medula óssea, desde que haja consentimento de ambos os pais ou seus responsáveis legais e autorização judicial e o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§7º — É vedado à gestante dispor de tecidos, órgãos ou partes de seu corpo vivo, exceto quando se tratar de doação de tecido para ser utizado em transplante de medula óssea e o ato não oferecer risco à sua saúde ou ao feto.

§8º — O auto transplante depende apenas do consentimento do próprio indivíduo, registrado em seu prontuário médico ou, se ele for juridicamente incapaz, de um de seus pais ou responsáveis legais.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 10 — O transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.

Parágrafo único. Nos casos em que o receptor seja juridicamente incapaz ou cujas condições de saúde impeçam ou comprometam a manifestação válida de sua vontade, o consentimento de que trata este artigo será dado por um de seus pais ou responsáveis legais.

Art. 11 — É proibida a veiculação, através de qualquer meio de comunicação social de anúncio que configure:

a) publicidade de estabelecimentos autorizados a realizar transplantes e enxertos, relativa a estas atividades;

b) apelo público no sentido da doação de tecido, órgão ou parte do corpo humano para pessoa determinada, identificada ou não, ressalvado o disposto no parágrafo único;

c) apelo público para a arrecadação de fundos para o financiamento de transplante ou enxerto em benefício de particulares.

Parágrafo único. Os órgãos de gestão nacional, regional e local do Sistema Único de Saúde realizarão periodicamente, através dos meios adequados de comunicação social, campanhas de esclarecimento público dos benefícios esperados a partir da vigência desta Lei e de estímulo à doação de órgãos.

Art. 12 — (VETADO)

Art. 13 — É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de ór-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

gãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos.

CAPÍTULO V
DAS SANÇÕES PENAIS E ADMINISTRATIVAS

Seção I
DOS CRIMES

Art. 14 — Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei:

Pena — reclusão, de dois a seis anos, e multa de 100 a 360 dias-multa.

§1º — Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe:

Pena — reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa.

§2º — Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I — incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias;

II — perigo de vida;

III — debilidade permanente de membro, sentido ou função;

IV — aceleração de parto:

Pena — reclusão, de três a 10 anos, e multa de 100 a 200 dias-multa.

§3º — Se o crime é praticado em pessoa viva, e resulta para o ofendido:

I — incapacidade permanente para o trabalho;

II — enfermidade incurável;

IIII — perda ou inutilização de membro, sentido ou função;

IV — deformidade permanente;

V — aborto:

Pena — reclusão, de quatro a 12 anos, e multa de 150 a 300 dias-multa.

4º — Se o crime é praticado em pessoa viva e resulta morte:

Pena — reclusão, de oito a 20 anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

Art. 15 — Comprar ou vender tecidos, órgãos ou partes do corpo humano:

Pena — reclusão, de três a oito anos, e multa de 200 a 360 dias-multa.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parágrafo único. Incorre na mesma pena quem promove, intermedeia, facilita ou aufere qualquer vantagem com a transação.

Art. 16 — Realizar transplante ou enxerto utilizando tecidos, órgãos ou partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei.

Pena-reclusão, de um a seis anos, e multa, de 150 a 300 dias-multa.

Art. 17 — Recolher, transportar, guardar ou distribuir partes do corpo humano de que se tem ciência terem sido obtidos em desacordo com os dispositivos desta Lei:

Pena — reclusão, de seis meses a dois anos, e multa, de 100 a 250 dias-multa.

Art. 18 — Realizar transplante ou enxerto em desacordo com o disposto no art. 10 desta Lei e seu parágrafo único:

Pena — detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 19 — Deixar de recompor cadáver, devolvendo-lhe aspecto condigno, para sepultamento ou deixar de entregar ou retardar sua entrega aos familiares ou interessados:

Pena — detenção, de seis meses a dois anos.

Art. 20 — Publicar anúncio ou apelo público em desacordo com o disposto no art. 11:

Pena — multa, de 100 a 200 dias-multa.

Seção II

DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Art. 21 — No caso dos crimes previstos nos arts. 14, 15, 16 e 17, o estabelecimento de saúde e as equipes médico-cirúrgicas envolvidas poderão ser desautorizadas temporária ou permanentemente pelas autoridades competentes.

§1º — Se a instituição é particular, a autoridade competente poderá multá-la em 200 a 360 dias-multa e, em caso de reincidência, poderá ter suas atividades suspensas temporária ou definitivamente, sem direito a qualquer indenização ou compensação por investimentos realizados.

§2º — Se a instituição é particular, é proibida de estabelecer contratos ou convênios com entidades públicas bem como se beneficiar de créditos oriundos de instituições governamentais ou daquelas em que o Estado é acionista, pelo prazo de cinco anos.

Art. 22 — As instituições que deixarem de manter em arquivo relatórios dos transplantes realizados, conforme o disposto no art. 3º, § 1º, ou que não enviarem os relatórios mencionados no art. 3º, §

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

2º, ao órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde, estão sujeitas a multas de 100 a 200 dias multa.

§1º — Incorre na mesma pena o estabelecimento de saúde que deixar de fazer as notificações previstas no art. 13.

§2º — Em caso de reincidência, além de multa, o órgão de gestão estadual do Sistema Único de Saúde poderá determinar a desautorização temporária ou permanente da instituição.

Art — 23 — Sujeita-se às penas do art. 59 da Lei nº 4.117, de 27 de agosto de 1962, a empresa de comunicação social que veicular anúncio em desacordo com o disposto no art. 11.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24 — (VETADO)

Art. 25. Revogam-se as disposições em contrário, particularmente a Lei nº 8.489, de 18 de novembro de 1992, e o Decreto nº 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 4 de fevereiro de 1997; 176º da Independência, 109º da República.

Fernando Henrique Cardoso
Nelson A. Jobim
Carlos César de Albuquerque

DECRETO Nº 2.268, DE 30 DE JUNHO DE 1997

Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84. inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, decreta:

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano e sua aplicação em transplantes, enxertos ou outra finalidade terapêutica, nos termos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, observará o disposto neste decreto.

Parágrafo único. Não estão compreendidos entre os tecidos a que se refere este decreto o sangue, o esperma e o óvulo.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO I

DO SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE — SNT

SEÇAO I — DA ESTRUTURA

Art. 2º Fica organizado o Sistema Nacional de Transplante — SNT, que desenvolverá o processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retirados do corpo humano para finalidades terapêuticas.

Parágrafo único. O SNT tem como ambito de intervenção as atividades de conhecimento de morte encefálica verificada em qualquer ponto do território nacional e a determinação do destino dos tecidos, órgãos e partes retirados.

Art. 3º Integram o SNT:

I — o Ministério da Saúde;

II — as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ou órgãos equivalentes;

III — as Secretarias de Saúde dos Municípios ou órgãos equivalentes;

IV — os estabelecimentos hospitalares autorizados;

V — a rede de serviços auxiliares necessários à realização de transplantes.

SEÇÃO II — DO ÓRGÃO CENTRAL

Art. 4º O Ministério da Saúde, por intermédio de unidade própria, prevista em sua estrutura regimental, exercerá as funções de órgão central do SNT, cabendo-lhe, especificamente:

I — coordenar as atividades de que trata este decreto;

II — expedir normas e regulamentos técnicos para disciplinar os procedimentos estabelecidos neste decreto e para assegurar o funcionamento ordenado e harmônico do SNT e o controle, inclusive social, das atividades que desenvolva;

III — gerenciar a lista única nacional de receptores, com todas as indicações necessárias à busca, em todo o território nacional, de tecidos, órgãos e partes compatíveis com as suas condições orgânicas:

IV — autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes;

V — avaliar o desempenho do SNT, mediante análise de relatórios recebidos dos órgãos estaduais e municipais que o integram;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

VI — articular-se com todos os integrantes do SNT para a identificação e correção de falhas verificadas no seu funcionamento;

VII — difundir informações e iniciativas bem-sucedidas, no âmbito do SNT, e promover intercâmbio com o exterior sobre atividades de transplantes;

VIII — credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos, de que trata a Seção IV deste Capítulo;

IX — indicar, dentre os órgãos mencionados no inciso anterior, aquele de vinculação dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, que tenha autorizado, com sede ou exercício em Estado, onde ainda não se encontre estruturado ou tenha sido cancelado ou desativado o servico, ressalvado o disposto no § 3º do artigo seguinte.

SEÇÃO III — DOS ÓRGÃOS ESTADUAIS

Art. 5º As Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios ou órgãos equivalentes, para que se integrem ao SNT, deverão instituir, na respectiva estrutura organizacional, unidade com o perfil e as funções indicadas na Seção seguinte.

§ 1º Instituída a unidade referida neste artigo, a Secretaria de Saúde, a que se vincular, solicitará ao órgão central o seu credenciamento junto ao SNT, assumindo os encargos que lhes são próprios, após deferimento.

§ 2º O credenciamento será concedido por prazo indeterminado, sujeito a cancelamento, em caso de desarticulação com o SNT.

§ 3º Os Estados poderão estabelecer mecanismos de cooperação para o desenvolvimento em comum das atividades de que trata este decreto, sob coordenação de qualquer unidade integrante do SNT.

SEÇÃO IV — DAS CENTRAIS DE NOTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS — CNCDOS

Art. 6º As Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos — CNCDOs serão as unidades executivas das atividades do SNT, afetas ao Poder Público, como previstas neste decreto.

Art. 7º Incumbe às CNCDOs:

I — coordenar as atividades de transplantes no âmbito estadual;

II — promover a inscrição de potenciais receptores, com todas as mdicações necessárias à sua rápida localização e à verificação de compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes disponíveis de que necessite;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

III — classificar os receptores e agrupá-los segundo as indicações do inciso anterior em ordem estabelecida pela data de inscrição, fornecendo-se-lhes o necessário comprovante;

IV — comunicar ao órgão central do SNT as inscrições que efetuar para a organização da lista nacional de receptores;

V — receber notificações de morte encefálica ou outra que enseje a retirada de tecidos, órgãos e partes para transplante, ocorrida em sua área de atuação;

VI — determinar o encaminhamento e providenciar o transporte de tecidos. órgãos e partes retirados ao estabelecimento de saúde autorizado, em que se encontrar o receptor ideal, observado o disposto no inciso III deste artigo e em instruções ou regulamentos técnicos, expedidos na forma do art. 28 deste decreto;

VII — notificar o órgão central do SNT de tecidos-órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos em seus registros, para utilização dentre os relacionados na lista nacional;

VIII — encaminhar relatórios anuais ao órgão central do SNT sobre o desenvolvimento das atividades de transplante em sua área de atuação;

IX — exercer controle e fiscalização sobre as atividades de que trata este decreto;

X — aplicar penalidades administrativas por infração às disposições da Lei n. 9.434, de 1997;

XI — suspender, cautelarmente, pelo prazo máximo de sessenta dias, estabelecimentos e equipes especializadas, antes ou no curso do processo de apuração de infração que tenham cometido, se, pelos indícios conhecidos, houver fundadas razões de continuidade de risco de vida ou de agravos intoleráveis à saúde das pessoas;

XII — comunicar a aplicação de penalidade ao órgão central do SNT, que a registrará para consulta quanto às restrições estabelecidas no § 2º do art. 21 da Lei n. 9.434, de 1997, e cancelamento, se for o caso, da autorização concedida;

XIII — acionar o Ministério Público do Estado e outras instituições públicas competentes, para reprimir ilícitos cuja apuração não esteja compreendida no âmbito de sua atuação.

§ 1º O Município considerado pólo de região administrativa poderá instituir CNCDO, que ficará vinculada à CNCDO estadual.

§ 2º Os receptores inscritos nas CNCDOs regionais cujos dados tenham sido previamente encaminhados às CNCDOs estaduais, poderão receber tecidos, órgãos e países retirados no âmbilo de atuação do órgão regional.

§ 3º Às centrais regionais aplica-se o disposto nos incisos deste artigo, salvo a apuração de infrações e a aplicação de penalidades.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 4º Para o exercício da competência estabelecida no inciso X deste artigo, a CNCDO observará o devido processo legal, assegurado ao infrator o direito de ampla defesa, com os recursos a ela inerentes e, em especial, as disposições da Lei n. 9.434, de 1997, e, no que forem aplicáveis, as da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, e do Decreto n. 77.052, de 19 de janeiro de 1976.

CAPÍTULO II

DA AUTORIZAÇÃO

SEÇÃO I - DAS CONDIÇÕES GERAIS E COMUNS

Art. 8º A retirada de tecidos, órgãos e partes e o seu transplante ou enxerto só poderão ser realizados por equipes especializadas e em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, prévia e expressamente autorizados pelo Ministério da Saúde.

§ 1º O pedido de autorização poderá ser formulado para uma ou mais atividades de que trata este Regulamento, podendo restringir-se a tecidos, órgãos ou partes especificados.

§ 2º A autorização será concedida, distintamente, para estabelecimentos de saúde, equipes especializadas de retirada e de transplante ou enxerto.

§ 3º Os membros de uma equipe especializada poderão integrar a de outra, desde que nominalmente identificados na relação de ambas, assim como atuar em qualquer eslabelecimento de saúde autorizado para os fins deste decreto.

§ 4º Os estabelecimentos de saúde e as equipes especializadas firmarão compromisso, no pedido de autorização, de que se sujeitam à fiscalização e ao controle do Poder Público, facilitando o acesso de seus agentes credenciados a instalações, equipamentos e prontuários, observada, quanto a estes a necessária habilitação, em face do caráter sigiloso destes documentos, conforme for estabelecido pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 5º A autorização terá validade pelo prazo de dois anos, renovável por períodos iguais e sucessivos, verificada a observância dos requisitos estabelecidos nas Seções seguintes.

§ 6º A renovação deverá ser requerida sessenta dias antes do término de sua vigencia, prorrogando-se automaticamente a autorização antenor até a manifestação definitiva do Ministério da Saúde.

§ 7º Os pedidos formulados depois do prazo fixado no parágrafo precedente sujeitam-se à manifestação ali prevista, ficando sem eficácia a autorização a partir da data de expiração de sua vigência e até a decisão sobre o pedido de renovação.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 8º Salvo motivo de força maior, devidamente justificado, a decisão de que trata os §§ 6º e 7º será tomada no prazo de até sessenta dias, a contar do pedido de renovação, sob pena de responsabilidade administrativa.

Seção II — Dos estabelecimentos de saúde

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde deverão contar com serviços e instalações adequados à execução de retiradas transplante ou enxerto de tecidos, órgãos ou partes, atendidas, no mínimo, as seguintes exigências, comprovadas no requerimento de autorização:

I — atos constitutivos, com indicação da representação da instituição, em juízo ou fora dele;

II — ato de designação e posse da diretoria;

III — equipes especializadas de retirada, transplante ou enxerto, com vínculo sob qualquer modalidade contratual ou funcional autorizadas na forma da Seção III deste Capítulo;

IV — disponibilidade de pessoal qualificado e em número suficiente para desempenho de outras atividades indispensáveis à realização dos procedimentos;

V — condições necessárias de ambientação e de infra-estrutura operacional;

VI — capacidade para a realização de exames e análises laboratoriais necessários aos procedimentos de transplantes;

VII — instrumental e equipamento indispensáveis ao desenvolvimento da atividade a que se proponha.

§ 1º A transferência da propriedade, a modificação da razão social e a alteração das equipes especializadas por outros profissionais, igualmente autorizados, na forma da Seção seguinte, quando comunicadas no decêndio posterior à sua ocorrência, não prejudicam a validade da autorização concedida.

§ 2º O estabelecimento de saúde, autorizado na forma deste artigo, só poderá realizar transplante, se, em caráter permanente, observar o disposto no § 1º do artigo seguinte.

Seção III — Das equipes especializadas

Art. 10. A composição das equipes especializadas será determinada em função do procedimento, mediante integração de profissionais autorizados na forma desta Seção.

§ 1º Será exigível, no caso de transplantes, a definição, em número e habilitação, de profissionais necessários à realização do procedimento, não podendo a equipe funcionar na falta de algum deles.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 2º A autorização será concedida por equipes especializadas, qualquer que seja a sua composição, devendo o pedido, no caso do parágrafo anterior, ser formalizado em conjunto e só será deferido se todos satisfizerem os requisitos exigidos nesta Seção.

Art. 11. Além da necessária habilitação profissional, os médicos deverão instruir o pedido de autorização com:

I — certificado de pós-graduação, em nível, no mínimo, de residência médica ou título de especialista reconhecido no País,

II — certidão negaliva de infração ética passada pelo órgão de classe em que forem inscritos.

Parágrafo único. Eventuais condenações, anotadas no documento a que se refere o inciso II deste artigo, não são indutoras do indeferimento do pedido, salvo em casos de omissão ou de erro médico que tenha resultado em morte ou lesão corporal de natureza grave.

SEÇÃO IV — DISPOSIÇÕES COMPLEMENTARES

Art. 12. O Ministério da Saúde poderá estabelecer outras exigências, que se tornem indispensáveis à prevenção de quaisquer irregularidades nas práticas de que trata este decreto.

Art. 13. O pedido de autorização será apresentado às Secretarias de Saúde do Estado ou do Distrito Federal, que o instruirão com relatório conclusivo quanto à satisfação das exigências estabelecidas neste decreto e em normas regulamentares no âmbito de sua área de competência definida na Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.[1]

§ 1º A Secretaria de Saúde diligenciará junto ao requerente para a satisfação de exigência acaso não cumprida, de veriticação a seu cargo.

§ 2º Com manitestação favorável sob os aspectos pertinentes à sua análise, a Secretaria de Saúde remeterá o pedido ao órgão central do SNT, para expedir a autorização, se satisfeitos todos os requisitos estabelecidos neste decreto e em normas complementares.

CAPÍTULO III

DA DOAÇÃO DE PARTES

SEÇÃO I — DA DISPOSIÇÃO PARA *POST MORTEM*

Art. 14. A retirada de tecidos, órgãos e partes, após a morte, poderá ser efetuada, independentemente de consentimento expresso da famí1ia, se, em vida, o falecido a isso não tiver manifestado sua objeção.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 1º A manifestação de vontade em sentido contrário à retirada de tecidos, órgãos e partes será plenamente reconhecida se constar da Carteira de Identidade Civil, expedida pelos órgãos de identificação da União, dos Estados e do Distrito Federal, e da Carteira Nacional de Habilitação, mediante inserção, nesses documentos, da expressão não-doador de órgãos e tecidos.

§ 2º Sem prejuízo para a validade da manifestação de vontade, como doador presumido, resultante da inexistência de anotações nos documentos de pessoas falecidas, admitir-se-á a doação expressa para retirada após a morte na forma prevista no Decreto n. 2.170, de 4 de março de 1997,[1] e na Resolução n. 828, de 18 de fevereiro de 1977,[2] expedida pelo Conselho Nacional de Trânsito, com a anotação "doador de órgãos e tecidos" ou, ainda, a doação de tecidos, órgãos ou partes específicas, que serão indicados após a expressão "doador de...".

§ 3º Os documentos de que trata o § 1º deste artigo, que venham a ser expedidos, na vigência deste decreto, conterão, a pedido do interessado, as indicações previstas nos parágrafos anteriores.

§ 4º Os órgãos públicos reteridos no § 1º deverão incluir, nos formulários a serem preenchidos para a expedição dos documentos ali mencionados, espaço a ser utilizado para quem desejar manifestar, em qualquer sentido, a sua vontade em relação à retirada de tecidos, órgãos e partes, após a sua morte.

§ 5º É vedado aos funcionários dos órgãos de expedição dos documentos mencionados neste artigo, sob pena de responsabilidade administrativa, induzir a opção do interessado, salvo a obrigatoriedade de informá-lo de que, se não assinalar qualquer delas, será considerado doador presumido de seus órgãos para a retirada após a morte.

§ 6º Equiparam-se à Carteira de Identidade Civil, para os efeitos deste artigo, as carteiras expedidas pelos órgãos de classe, reconhecidas por lei como prova de identidade.

§ 7º O interessado poderá comparecer aos órgãos oficiais de identificação civil e de trânsito, que procederão à gravação da sua opção na forma dos §§ 1º e 9º deste artigo em documentos expedidos antes da vigência deste decreto.

§ 8º A manifestação de vontade poderá ser alterada, a qualquer tempo, mediante renovação dos documentos.

SEÇÃO — II — DA DISPOSIÇÃO DO CORPO VIVO

Art. 15. Qualquer pessoa capaz, nos termos da lei civil, pode dispor de tecidos, órgãos e partes de seu corpo para serem retirados, em vida, para fins de transplantes ou terapêuticos.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 1º Só é permitida a doação referida neste artigo, quando se tratar de órgãos duplos ou partes de órgãos, tecidos ou partes, cuja retirada não cause ao doador comprometimento de suas funções vitais e aptidões fisicas ou mentais e nem lhe provoque deformação.

§ 2º A retirada, nas condições deste artigo, só será permitida, se corresponder a uma necessidade terapêutica, comprovadamente indispensável e inadiável, da pessoa receptora.

§ 3º Exigir-se-á, ainda, para a retirada de rins, a comprovação de, pelo menos, quatro compatibilidades em relação aos antígenos leucocitários humanos (HLA), salvo entre cônjuges e consangüíneos, na linha reta ou colateral, até o terceiro grau inclusive.

§ 4º O doador especificará, em documento escrito, firmado também por duas testemunhas, qual tecido. órgão ou parte do seu corpo está doando para transplante ou enxerto em pessoa que identificará, todos devidamente qualificados. inclusive quanto à indicação de endereço.

§ 5º O documento de que trata o parágrafo anterior será expedido, em duas vias, uma das quais será destinada ao órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimenio na outra, como condição para concretizar a doação.

§ 6º Excetua-se do disposto nos §§ 2º, 4º e 5º a doação de medula óssea.

§ 7º A doação poderá ser revogada pelo doador a qualquer momento, antes de iniciado o procedimento de retirada do tecido, órgão ou parte por ele especificado.

§ 8º A extração de parte da medula óssea de pessoa juridicamente incapaz poderá ser autorizada judicialmente, com o consentimento de ambos os pais ou responsáveis legais, se o ato não oferecer risco para a sua saúde.

§ 9º A gestante não poderá doar tecidos, órgãos ou partes de seu corpo, salvo da medula óssea, desde que não haja risco para a sua saúde e a do feto.

CAPÍTULO IV

DA RETIRADA DE PARTES

SEÇÃO I — DA COMPROVAÇÃO DA MORTE

Art. 16. A retirada de tecidos, órgãos e partes poderá ser efetuada no corpo de pessoas com morte encefálica.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 1º O diagnóstico de morte encefálica será confirmado, segundo os critérios clínicos e tecnológicos definidos em resolução do Conselho Federal de Medicina, por dois médicos, no mínimo, um dos quais com título de especialista em neurologia, reconhecido no País.

§ 2º São dispensáveis os procedimentos previstos no parágrafo anterior, quando a morte encefálica decorrer de parada cardíaca irreversível, comprovada por resultado incontestável de exame eletrocardiográfico.

§ 3º Não podem participar do processo de verificação de morte encefálica médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas, na forma deste decreto, a proceder à retirada, transplante ou enxerto de tecidos, órgãos e partes.

§ 4º Os familiares, que estiverem em companhia do falecido ou que tenham oferecido meios de contato, serão obrigatoriamente informados do início do procedimento para verificação da morte encefálica.

§ 5º Será admitida a presença de médico de confiança da família do falecido no ato de comprovação e atestação da morte encefálica, se a demora de seu comparecimento não tornar, pelo decurso do tempo, inviável a retirada, mencionando-se essa circunstância no respectivo relatório.

§ 6º A família carente de recursos financeiros poderá pedir que o diagnóstico de morte encefálica seja acompanhado por médico indicado pela diração local do SUS, observado o disposto no parágrafo anterior.

Art. 17. Antes da realização da necropsia, obrigatória por lei, a retirada de tecidos, órgãos ou partes poderá ser efetuada se estes não tiverem relação com a *causa mortis*, circunstância a ser mencionada no respectivo relatório, com cópia que acompanhará o corpo à instituição responsável pelo procedimento médico-legal.

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo os casos de morte ocorrida sem assistência médica ou em decorrência de causa mal definida ou que necessite de ser esclarecida diante da suspeita de crime, quando a retirada, observadas as demais condições estabelecidas neste decreto, dependerá de autorização expressa do médico patologista ou legista.

Seção II — Do procedimento de retirada

Art. 18. Todos os estabelecimentos de saúde deverão comunicar à CNCDO do respectivo Estado, em caráter de urgência, a verificação em suas dependências de morte encefálica.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Parágrafo único. Se o estabelecimento de saúde não dispuser de condições para a comprovação da morte encefálica ou para a retirada de tecidos, órgãos e partes, segundo as exigências deste decreto, a CNCDO acionará os profissionais habilitados que se encontrarem mais próximos para efetuar ambos os procedimentos, observado o disposto no § 3º do art. 16 deste decreto.

Art. 19. Não se efetuará a retirada se não for possível a identificação do falecido por qualquer dos documentos previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14 deste decreto.

§ 1º Se dos documentos do falecido constarem opções diferentes, será considerado válido, para interpretação de sua vontade, o de expedição mais recente.

§ 2º Não supre as exigências deste artigo o simples reconhecimento de familiares, se nenhum dos documentos de identificação do falecido for encontrado.

§ 3º Qualquer rasura ou vestígios de adulteração dos documentos, em relação aos dados previstos nos §§ 1º e 6º do art. 14, constituem impedimento para a retirada de tecidos, órgãos e partes, salvo se, no mínimo, dois consangüíneos do falecido, seja na linha reta ou colateral, até o segundo grau inclusive, conhecendo a sua vontade. quiserem autorizá-la.

§ 4º A retirada de tecidos, órgãos e partes do cadáver de pessoas incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela.

Art. 20. A retirada de tecidos, órgãos e partes do corpo vivo será precedida da comprovação de comunicação ao Ministério Público e da verificação das condições de saúde do doador para melhor avaliação de suas conseqüências e comparação após o ato cirúrgico.

Parágrafo único. O doador será prévia e obrigatoriamente informado sobre as conseqüências e riscos possíveis da retirada de tecidosg órgãos ou partes de seu corpo, para doaçãos, em documento lavrado na ocasiãos, lido em sua presença e acrescido de outros esclarecimentos que pedir e, assim, oferecido à sua leitura e assinatura e de duas testemunhas, presentes ao ato.

Seção III — Da recomposição do cadáver

Art. 21. Efetuada a retirada, o cadáver será condignamente recomposto, de modo a recuperar, tanto quanto possível, sua aparência antenor, com cobertura das regiões com ausência de pele e enchimento, com material adequado, das cavidades resultantes da ablação.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CAPÍTULO V

DO TRANSPLANTE OU ENXERTO

SEÇÃO I — DO CONSENTIMENTO DO RECEPTOR

§ 1º Se o receptor for juridicamente incapaz ou estiver privado dos meios de comunicação oral ou escrita ou, ainda, não souber ler e escrever, o consentimento para a realização do transplante será dado por um de seus pais ou responsáveis legais, na ausência dos quais, a decisão caberá ao médico assistente, se não for possível, por outro modo, mantê-lo vivo.

§ 2º A autorização será aposta em documento, que conterá as informações sobre o procedimento e as perspectivas de êxito ou insucesso, transmitidas ao receptor, ou, se for o caso, às pessoas indicadas no parágrafo anterior.

§ 3º Os riscos considerados aceitáveis pela equipe de transplante ou enxerto, em razão dos testes, aplicados na forma do art. 24, serão informados ao receptor que poderá assumi-los, mediante expressa concordância, aposta no documento previsto no parágrafo anterior, com indicação das seqüelas previsíveis.

SEÇÃO II — DO PROCEDIMENTO DE TRANPLANTE

Art. 23. Os transplantes somente poderão ser realizados em pacientes com doença progressiva ou incapacitante, irreversível por outras técnicas terapêuticas, cuja classificação. com esse proenóstico, será lançada no documento previsto no § 2º do artigo anterior.

Art. 24. A realização de transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só será autorizada após a realização, no doador, de todos os testes para diagnóstico de infecções e afecções, principalmente em relação ao sangue, observando-se, quanto a este, inclusive os exigidos na triagem para doação, segundo dispõem a Lei n. 7.649, de 25 de janeiro de 1988, e regulamentos do Poder Executivo.

§ 1º As equipes de transplantes ou enxertos só poderão realizá-los se os exames previstos neste artigo apresentarem resultados que afastem qualquer prognóstico de doença incurável ou letal para o receptor.

§ 2º Não serão transplantados tecidos, órgãos e partes de portadores de doenças que constem de listas de exclusão expedidas pelo órgão central do SNT.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 3º O transplante dependerá, ainda, dos exames necessários à verificação de compatibilidade sangüínea e histocompatibilidade com o organismo de receptor inscrito, em lista de espera, nas CNCDOs.

§ 4º A CNCDO, em face das informações que lhe serão passadas pela equipe de retirada, indicará a destinação dos tecidos, órgãos e partes removidos em estrita observância à ordem de receptores inscritos, com compatibilidade para recebê-los.

§ 5º A ordem de inscrição, prevista no parágrafo anterior, poderá deixar de ser observada, se, em razão da distância e das condições de transporte, o tempo estimado de deslocamento do receptor selecionado tornar inviável o transplante de tecidos, órgãos ou partes retirados ou se deles necessitar quem se encontre em iminência de óbito, segundo avaliação da CNCDO, observados os critérios estabelecidos pelo órgão central do SNT.

SEÇÃO III — DOS PRONTUÁRIOS

Art. 25. Além das informações usuais e sem prejuízo do disposto no § 19 do art. 3º da Lei n. 9.434, 1997, os prontuários conterão:

I — no do doador morto, os laudos dos exames utilizados para a comprovação da morte encefálica e para a verificação da viabilidade da utilização, nas finalidades previstas neste decreto, dos tecidos, órgãos ou partes que lhe tenham sido retirados e, assim, relacionados, bem como o original ou cópia autenticada dos documentos utilizados para a sua identificação;

II — no do doador vivo, o resultado dos exames realizados para avaliar as possibilidades de retirada e transplante dos tecidos, órgãos e partes doados, assim como a comunicação, ao Ministério Público, da doação efetuada de acordo com o disposto nos §§ 4º e 5º do art. 15 deste decreto;

III — no do receptor, a prova de seu consentimento, na torma do art. 22, cópia dos laudos dos exames previstos nos incisos anteriores, conforme o caso e, bem assim, os realizados para o estabelecimento da compatibilidade entre seu organismo e o do doador.

Art. 26. Os prontuários, com os dados especificados no artigo anterior, serão mantidos pelo prazo de cinco anos nas instituições onde foram realizados os procedimentos que registram.

Parágrafo único. Vencido o prazo previsto neste artigo, os prontuários poderão ser confiados à responsabilidade da CNCDO do Estado de sede da instituição responsável pelo procedimento a que se refiram, devendo, de qualquer modo, permanecer disponíveis pelo prazo de 20 anos, para eventual investigação criminal

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Disposições Finais e Transitórias

Art. 27. Aplica-se o disposto no § 3º do art. 19 à retirada de tecidos, órgãos ou partes de pessoas falecidas, até seis meses após a publicação deste decreto, cujos documentos tenham sido expedidos em data anterior à sua vigência.

Art. 28. É o Ministério da Saúde autorizado a expedir instruções e regulamentos necessários à aplicação deste decreto.

Art. 29. Enquanto não for estabelecida a estrutura regimental do Ministério da Saúde, a sua Secretaria de Assistência à Saúde exercerá as funções de órgão central do SNT.

Art. 30. A partir da vigência deste decreto, tecidos, órgãos ou partes não poderão ser transplantados em receptor não indicado pelas CNCDOs.

Parágrafo único. Até a criação das CNCDOs, as competências que lhes são cometidas por este decreto poderão, pelo prazo máximo de um ano, ser exercidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Art. 31. Não se admitirá inscrição de receptor de tecidos, órgãos ou partes em mais de uma CNCDO.

§ 1º Verificada a duplicidade de inscrição, o órgão central do SNT notificará o receptor para fazer a sua opção por uma delas, no prazo de quinze dias, vencido o qual, sem resposta, excluirá da lista a mais recente e comunicará o fato à CNCDO, onde ocorreu a inscrição, para igual providência.

§ 2º A inscrição em determinada CNCDO não impedirá que o receptor se submeta a transplante ou enxerto em qualquer estabelecimento de saúde autorizado, se, pela lista sob controle do órgão central do SNT, for o mais indicado para receber tecidos, órgãos ou partes retirados e não aproveitados, de qualquer procedência.

Art. 32. Ficam convalidadas as inscrições de receptores efetuadas por CNCDOs ou órgãos equivalentes, que venham funcionando em Estados da Federação, se atualizadas pela ordem crescente das respectivas datas e comunicadas ao órgão central do SNT

Art. 33. Caberá aos estabelecimentos de saúde e às equipes especializadas autorizados a execução de todos os procedimentos médicos previstos neste decreto, que serão remunerados segundo os respectivos valores fixados em tabela aprovada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos de diagnóstico de morte encefálica, de manutenção homeostática do doador e da retirada de tecidos, órgãos ou partes, realizados por estabelecimento hospitalar privado, poderão, conjunta ou separadamente, ser custeados na forma do *caput*, independentemente de contrato ou convênio, mediante decla-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ração do receptor, ou, no caso de óbito, por sua família, na presença de funcionários da CNCDO, de que tais serviços não lhe foram cobrados.

Art. 34. Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 35. Fica revogado o Decreto n. 879, de 22 de julho de 1993.

Brasília, 30 de junho de 1997; 176º da Independência e 109º da República — FERNANDO HENRIQUE CARDOSO — Carlos César de Albuquerque.

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 1.718 DE 6 DE OUTUBRO DE 1998

Acresce parágrafo ao art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remocão de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 62 da Constituição, adota a seguinte Medida Provisória, com força de lei:

Art. 1º O art. 4º da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

"§ 6º Na ausência de manifestação de vontade do potencial doador, o pai, a mãe, o filho ou o cônjuge poderá manifestar-se contrariamente à doação, o que será obrigatoriamente acatado pelas equipes de transplante e remoção." (NR)

Art. 2º Esta Medida Provisória entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de outubro de 1998: 177º da Independência e 110º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Renan Calheiros

José Serra

PORTARIA Nº 3.410, DE 5 DE AGOSTO DE 1998

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a) a necessidade de incentivar as atividades de busca de doadores de órgãos;

b) garantir os exames e procedimentos de avaliação de morte cerebral, nos termos da Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.480/97, é de grande importância psicológica, social e jurídica;

c) a importância de garantir a adequada retirada e conservação de órgãos para doação, bem como a adequada recomposição do corpo do doador;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

d) a necessidade de incrementar os programas de transplante de órgãos conforme estabelecido na Lei 9.434 de 04/02/97, bem como do Decreto 2.268 de 30/06/97, que dispõem sobre a doação e o transplante de órgãos em todo o Brasil, resolve:

Art. 1º — Criar os Grupos de Procedimentos e procedimentos no SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde):

Grupo 62.100.00.9 — Busca Ativa de Doador de Órgão

Código 62.001.00.0 — Busca Ativa de Doador de Orgão

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
0,00	0,00	0,00	0,00	00	00	00

Grupo 62.101.00.5 — Localização e Abordagem de Possível Doador de Orgãos p/ Transplante

Código 62.002.00.7 — Localização e Abordagem de Possível Doador de Orgãos para Transplante

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
50,00	20,00	0,00	70,00	112	000	0

Grupo 62.103.00.8 — Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Orgãos para Transplante — Menores de 2 Anos

Código 62.003.01.1 — Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Orgãos — Menor de 2 Anos

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
100,00	50,00	100,00	250,00	278	00	02

Grupo 62.103.01.6 — Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Orgãos para Transplante — Maiores de 2 Anos

Código 62.103.03.2 — Avaliação de Morte Encefálica em Possível Doador de Órgãos — Maiores de 2 Anos

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
50,00	25,00	70,00	145,00	138	00	01

Art. 2º — Os procedimentos acima poderão ser cobrados simultaneamente. A AIH deverá ter como procedimento solicitado e realizado: 62.001.00.0 — "Busca Ativa de Possível Doador de Órgãos". Os procedimentos realizados deverão ser lançados no Campo Procedimentos Especiais da AIH, em ordem decrescente, sendo que o primeiro e segundo procedimentos lançados serão pagos 100% do valor total de cada procedimento.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 1º — Não serão aceitos outros procedimentos lançados no Campo Procedimentos Especiais da AIH, exceto os citados no Art. 1º (no máximo de 2 procedimentos)

§ 2º — Toda AIH para a realização dos procedimentos citados no Art. 1º deverá ser fornecida pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs), mediante avaliação individual.

Art. 3º — Poderão ser lançados como procedimentos especiais, os abaixo discriminados, lançados no Campo de Serviços Profissionais da AIH, e apenas para as AIH'S relativas aos procedimentos criados no Art. 1º:

Código 96.800.01.1 — Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos — Menor de 2 Anos

SH	SP	SADT	TOTAL
154,98	30,26	28,47	213,71

Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento:
Tipo: 18
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 21

Código 96.800.03.8 — Diária de UTI de Possível Doador de Órgãos — Maior de 2 Anos

SH	SP	SADT	VALOR TOTAL
154,98	30,26	28,47	213,71

Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 18
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 21

Código 99.800.05.5 — Realização de Módulo Sorológico de Possível Doador de Órgãos

Envolve a realização de exames sorológicos visando ao rastreamento de doenças transmissíveis e passíveis de serem adquiridas pelo receptor de órgãos, conforme definição pelo SUS.

Valor: 75,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Código 99.800.07.1 — Realização de HLA Classe I em Possível Doador de Rim(S)
Valor: 75,85
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

Código 99.800.08.0 — Realização de HLA Classe II em Possível Doador de Rim (s)
Valor: 82,10
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de ATO: 30

Código 99.800.09.8 — Realização de Cross Match (Provas Cruzadas de Linfócitos T. Linfócitos T + AGH e Linfócitos B) em Possível Doador de Rim (s) e Coração
Valor: 231,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

Código 99.800.10.1 — Realização de Tipagem Sangüínea — ABO e outros exames hematológicos em Possível Doador de Órgãos
Valor: 15,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

Código 99.800.11.0 — Realização de EEG em Possível Doador de Órgãos (Detecção de Silêncio Encefálico em Maior de 2 Anos)
Valor: 30,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Código 99.800.13.6 — Realização de Angiografia Cerebral (4 Vasos) em Possível Doador de Órgãos
Valor: 350,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

Código 99.800.14.4 — Realização de Ecodopler Colorido Cerebral em Possível Doador de Órgãos
Valor: 140,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 30

Código 99.800.15.2 — Taxa de Sala Cirúrgica e Materiais para Retirada de Órgãos para Transplante (Um Órgão ou Múltiplos)
Valor: 250,00
Limite de Utilização: 01
Tipo: 14 — CGC do Hospital
Tipo de Ato: 22

Código 99.800.17.9 — Enucleação Unilateral ou Bilateral
Valor: 70,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.19.5 — Retirada de Coração para Transplante (Primeiro Cirurgião)
Valor: 150,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.21.7 — Retirada de Coração para Transplante (Segundo Cirurgião)
Valor: 45,00
Limite utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Código 99.800.23.3 — Retirada de Pulmões para Transplante (Primeiro Cirurgião)
Valor: 300,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.25.0 — Retirada de Pulmões para Transplante (Segundo Cirurgião)
Valor: 90,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 02

Código 99.800.27.6 — Retirada Unilateral / Bilateral de Rim para Transplante (Primeiro Cirurgião) — (Cadáver)
Valor: 150,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.29.2 — Retirada Unilateral / Bilateral de Rim para Transplante (Segundo Cirurgião)
Valor: 45,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.31.4 — Retirada de Fígado para Transplante (Primeiro Cirurgião)
Valor: 300,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Código 99.800.33.0 — Retirada de Fígado para Transplante (Segundo Cirurgião)
Valor: 90,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.35.7 — Coordenador de Sala Cirúrgica em retirada de órgãos
Valor: 50,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 99.800.37.3 — Ato Anestésico em retirada de órgão(s)
Valor: 200,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 14 — CGC do Hospital 17 — CPF do Profissional
Tipo de Ato: 31

Código 93.800.39.8 — Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Fígado (por litro)
Valor: 450,00
Limite de Utilização: 04
Forma de Preenchimento:
Tipo: 1
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 19

Código 93.800.41.0 — Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Rim (por litro)
Valor: 35,00
Limite de Utilização: 03
Forma de Preenchimento:
Tipo: 1
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 19

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Código 93.800.43.6 — Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Córnea (20 ml)
Valor: 80,00
Limite de Utilização: 01
Forma de Preenchimento:
Tipo: 1
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 19

Código 93.800.45.2 — Líquido de Preservação de Órgãos para Transplante de Coração (1 litro)
Valor: 35,00
Limite de Utilização: 03
Forma de Preenchimento:
Tipo: 1
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 19

Código 93.800.47.9 — Líquido de Preservação de Órgão para Transplante de Pulmão(ões) — (1 litro)
Valor: 81,00
Limite de Utilização: 04
Forma de Preenchimento:
Tipo: 1
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 19

Art. 4º — Ficam extintos os códigos de grupos de procedimentos e procedimentos:

Grupo 47104015 — Enucleação Bilateral para Transplante

Grupo 47002018 — Enucleação Bilateral para Transplante

Grupo 47105011 — Retirada de múltiplos órgãos e Enucleação

Grupo 47001011 — Retirada de múltiplos órgãos e Enucleação Bilateral para Transplante

Art. 5º — Ficam criados os códigos de grupo de procedimento e procedimento:

Grupo 47.105.00.3 — Acompanhamento pós-transplante de rim(ns), fígado, pulmão ou coração

Código 47.805.01.3 — Acompanhamento pós-transplante de rim(ns), fígado, pulmão ou coração

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
25,00	90,00	20,00	135,00	500	00	01

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

§ 1º — O limite mensal de diárias ara este código de procedimento é de 04 (quatro).

§ 2º — Apenas hospitais autorizados poderão realizar os procedimentos do presente Artigo. Poderão ser credenciados hospitais que realizam transplante, ou unidades que possuam condições de oferecer (por meio de serviço próprio, contratado/conveniado): dosagem de ciclosporina, ecografia, anatomia patológica, radiologia, realização de CD4/CD3, exames de sorologia, de microbiologia, bem como comprovar a existência de especialistas da área (cardiologista, nefrologista, hepatologista, pneumologista, e para medula óssea, hematologista).

§ 3º — Ficam criados os procedimentos especiais abaixo discriminados utilizáveis apenas nesse grupo de procedimento, lançados no campo de serviços profissionais, quando efetivamente realizados:

Código 99.801.01.9 — Dosagem de Ciclosporina
Valor: 66,88
Limite de Utilização: 04
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.03.5 — Ecografia
Valor: 12,00
Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.05.1 — Biopsia em Paciente Transplantado
Valor: 35,00
Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.07.8 — Radiologia em Paciente Transplantado
Valor: 25,00
Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Código 99.801.09.4 — CD4 / CD3 em Paciente Transplantado
Valor: 75,00
Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.11.6 — Módulo Sorológico em Paciente Transplantado
Valor: 20,00
Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.13.2 — Módulo Microbiológico em Paciente Transplantado
Valor: 15,00
Limite de Utilização: 02
Forma de Preenchimento
Tipo: 13 (CGC: do Hospital) ou 15 (do Serviço de SADT)
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.50.7 — Intercorrência Pós-transplante de Rim

SH	SP	SADT	TOTAL
70,00	35,00	30,00	135,00

Limite de Utilização: 26
Forma de Preenchimento
Tipo: 13
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 32

Código 99.801.52.3 — Intercorrência Pós-transplante — Outros

SH	SP	SADT	TOTAL
70,00	35,00	30,00	135,00

Limite de Utilização: 26
Forma de Preenchimento
Tipo: 13
CGC: do Hospital
Tipo de Ato: 32

§ 4º — As AIH's relativas a este procedimento deverão ser apresentadas mensalmente e o número da mesma terá a validade de seis meses para um paciente. Findo esse prazo, a AIH poderá ser renova-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

da. No primeiro mês, a AIH deverá ser apresentada na forma de AIH — 1 e, nos meses subseqüentes, como AIH-5.

Art. 6º — Ficam extintos os grupos de procedimentos e procedimentos:

Grupo 47.102.01.2 — Intercorrência Pós-transplante de Rim

Grupo 47.103.01.9 — Intercorrência Pós-transplante

Grupo 47.802.01.4 — Intercorrência Pós-transplante

Art. 7º Ficam criados os seguintes grupos de procedimento e procedimento no SIH/SUS:

Grupo 47.107.00.6 — Acompanhamento Pós-transplante de Córnea (Bi/Unilateral)

Código 47.807.01.6 — Acompanhamento Pós-transplante de Córnea (Bi/Unilateral)

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	ANEST	PERM
25,00	90,00	0,00	115,00	500	00	01

Parágrafo 1º — O limite de diárias mensal deste procedimento é de uma diária/mês.

Parágrafo 2º — A AIH emitida para este procedimento terá a validade máxima de seis meses, não podendo ser emitida outra AIH para o mesmo paciente com esse procedimento. A apresentação da AIH, deverá ser feita mensalmente, sendo a primeira na forma da AIH-1 e as subseqüentes como AIH.5.

Art. 8º — Os Grupos de Procedimentos e Procedimentos a seguir passam a ter a seguinte redação:

Grupo 31.101.12.7 — Transplante Renal Receptor — (Doador Vivo)

Grupo 31.802.01.0 — Transplante Renal Receptor — (Doador vivo)

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTOS	ANEST	PERM
4.829,75	2.118,33	1.525,16	8.473,24	2.780	537	010

Grupo 31.101.13.5 — Transplante Renal Equipe Nefrológica (Doador Vivo)

Grupo 31.803.01.6 — Transplante Renal Equipe Nefrológica (Doador Vivo)

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTOS	ANEST	PERM
0,00	0,00	0,00	0,00	2.980	000	0000

Art. 9º — Ficam criados os Grupos de Procedimentos e Procedimentos a seguir discriminados, para unidades previamente credenciadas em transplantes de rins:

Grupo 31.101..15.1 — Transplante Renal Receptor — Doador Cadáver

Grupo 31.805.01.9 — Transplante Renal Receptor — Doador Cadáver

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTOS	ANEST	PERM
6.279,00	2.754,00	1.980,00	11.013,00	6.000	1.160	010

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Grupo 31.101.20.8 — Transplante Renal Receptor — Doador Cadáver — Equipe Nefrológica

Código 31.803.02.4 — Transplante Renal Receptor — Doador Cadáver — Equipe Nefrológica

SH	SP	SADT	TOTAL	PONTOS	ANEST	PERM
0,00	0,00	0,00	0,00	3.900	000	000

Art. 10 — Para todos os procedimentos ora criados, os hospitais universitários só poderão realizar a cobrança, no campo de serviços profissionais, dos códigos constantes desta portaria para SADT próprio do hospital e serviços profissionais do Hospital, na coluna "Tipo".

Art. 11 — Os hospitais não participantes do SUS poderão, excepcionalmente, receber AIH para realização dos procedimentos listados no Art. 1º, bem como os procedimentos especiais relativos, desde que sejam cadastrados no SIH–SUS.

§ 1º — Os hospitais interessados, não participantes do SUS, deverão solicitar o seu credenciamento ao gestor, que deverá verificar a existência de equipe de busca ativa e abordagem de possível doador de órgão e transplante, bem como condições (em serviço próprio ou contratado/conveniado) para realização de avaliação de morte cerebral, histocompatibilidade, EEG, angiografia, sala cirúrgica e a existência de, no mínimo, 02 (dois) leitos do tipo II ou III, nos termos da Portaria GM/MS 2.918 (de 09/06/98) que estabelece a classificação de UTIs.

§ 2º — Feita a avaliação do subitem anterior, e com o compromisso de que o Hospital respeitará a Lei 9.434, o Decreto 2.269, e os Regulamentos Técnicos aplicáveis, o gestor, se for do interesse e necessidade do SUS local, deverá encaminhar os dados cadastrais da FCH (Ficha de Cadastro de Hospital) e das FCTs (Fichas de Cadastro de Terceiros) do SIH/SUS para o DATASUS, via BBS/MS.

Art. 12 — As Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar relação com o conjunto de hospitais que poderão realizar os procedimentos ora criados, com estimativa de procedimentos a serem realizados, visando propiciar à SAS/MS elementos para a fixação de tetos financeiros face ao impacto das medidas propostas.

Art. 13 — A SAS/MS e o DATASUS, bem como a Secretaria Executiva, deverão adotar as medidas necessárias para a efetiva operacionalização desta Portaria.

Art. 14 — A SAS/MS fica autorizada a emitir portarias visando à normatização técnica e operacional desta Portaria.

Art. 15 — A Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDOs) das Unidades Federadas, bem como as Auditorias Estaduais, deverão realizar auditorias sistemáticas dos pacientes e procedimentos ora criados.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 16 — Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência setembro/98.

JOSÉ SERRA

NORMAS PARA PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE 1994

Departamento de Normas Técnicas
Secretaria de Assistência à Saúde Ministério da Saúde
UNIDADE FUNCIONAL: 4 INTERNAÇÃO
INSTALAÇÕES
HF;EE
HF
HF;FO;FAM,AC;EE;FVC;ED;E
HF;FO;FAM,AC;EE;FVC;ED;E
HF;FO;FAM,AC;EE;FVC;ED;E
HF;FO;FAM,AC;EE;FVC;ED;E
HF;FO;FAM,AC;EE;FVC;ED;E
HF;FO;FAM,AC;EE;FVC;ED;E
DIMENSIONAMENTO
DIMENSÃO (MÍN.)
8,0m^2
2,0m^2
8,0m^2
10,0 m^2 com distância de um metro entre paredes e leito, exceto cabeceira
9,0 m^2 com distância de um metro entre paredes e leito, exceto cabeceira e de dois metros entre leitos
10,0 m^2 com distância de um metro entre paredes e leito, exceto cabeceira
9,0 m^2 com distância de um metro entre paredes e leito, exceto cabeceira e de dois metros entre leitos
12,0 m^2 com distância de um metro entre paredes e leito, exceto cabeceira
10,0 m^2 com distância de um metro entre paredes e leito, exceto cabeceira e de dois metros entre leitos

Quantificação (Mín.)

A unidade deve existir em EAS com capacidade ≥ 100 leitos, com mínimo de cinco leitos
Um a cada 12 leitos

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Cada posto deve ser servido por ao menos uma área

10% dos leitos gerais de internação não intensivista. Quando houver internação semi-intensiva, de 6% a 8% dos leitos gerais de internação não intensiva. Estabelecimentos especializados (cardiologia, urgências etc.) devem fazer um cálculo específico, caso a caso.

UNIDADE/AMBIENTE

Internação Intensiva-UTI/CTI
Posto de enfermagem/prescrição médica
Área para prescrição médica
Área de serviço
Quarto de recém-nascido (isolamento)
Área coletiva de recém-nascido
Quarto de lactente criança (isolamento)
Área coletiva de lactente criança
Quarto de adulto ou de adolescente (isolamento)
Área coletiva de adulto ou de adolescente

MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE — MINISTÉRIO DA SAÚDE — 1998

Unidade de Tratamento Intensivo

É um conjunto de elementos destinados ao atendimento de pacientes com risco iminente de morte, com possibilidade de recuperação, que requerem serviços de assistência médica e de enfermagem nas 24 horas.

NÍVEL 1

PADRÃO

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) possui coordenação médica que articula as diferentes especialidades, com base no plano terapêutico e na atuação da equipe multiprofissional; dispõe de recursos humanos e materiais, equipamentos e medicamentos necessários aos procedimentos de diagnose e terapêutica.

ITENS DE VERIFICAÇÃO

- Verificar se a equipe médica da UTI conta com especialistas em: neurologia, pneumologia, nefrologia, cardiologia e cirurgia.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Verificar se o responsável pelo serviço visita diariamente os pacientes com a participação do plantonista e mantém intercâmbio com os médicos das enfermarias.
- Verificar se estão disponíveis na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e na farmácia os medicamentos de emergência para assistência cardiocirculatória e outros, tais como antibióticos de uso freqüente e para a cobertura de microrganismos multirresistentes.
- Verificar se há equipe exclusiva de enfermagem sob supervisão sistemática.
- Verificar se há equipe médica exclusiva nas 24 horas.
- Verificar no prontuário, o registro de controles e atividades da equipe multiprofissional.
- Verificar a existência no local dos seguintes recursos tecnológicos: marca-passo externo; material para intubação traqueal; eletrocardiógrafo; respirador mecânico a pressão (um para cada três leitos); respirador mecânico volumétrico (pelo menos um); oxímetro de pulso; aspirador portátil para drenagens (um para cada quatro leitos); bomba de infusão; desfibrilador.
- Verificar se a UTI possui oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito.
- Verificar se a UTI está ligada a uma fonte alternativa de geração de energia elétrica.
- Verificar a disponibilidade de recursos relacionados a diagnose e terapêutica: laboratório de análises clínicas; hemoterapia; radiologia; aparelho portátil de radiologia; acesso livre ao centro cirúrgico.
- Verificar se a UTI possui um horário definido para as visitas externas ao pacientes.
- Verificar se o hospital possui um sistema definido para garantir informações aos familiares e responsáveis pelo paciente.
- Verificar se existe lavabo com sabão e toalhas e se os visitantes externos são estimulados a lavar as mãos na entrada e na saída.
- Verificar se a distribuição dos leitos permite a visualização constante dos pacientes.

NÍVEL 2

PADRÃO

A assistência do paciente da UTI observa um planejamento individualizado, preservando a sua privacidade; os procedimentos e nor-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

mas estão escritos e disponíveis para a equipe; as fases do processo do tratamento prevêem a transferência do paciente para unidade intermediária; o registro de atividade e controles periódicos consta do prontuário e subsidia a avaliação da assistência e as práticas de auditoria interna; a equipe recebe treinamento periódico e sistemático.

ITENS DE VERIFICAÇÃO

- Verificar, por amostragem significativa de prontuários, o registro de controle periódico e a realização de procedimentos previamente definidos.
- Verificar se a UTI intermediária está destinada a pacientes que requerem cuidados constantes e permanentes de enfermagem.
- Verificar se os profissionais da UTI se preocupam em preservar o ciclo dia/noite nos pacientes internados.
- Verificar se o equipamento da UTI intermediária é similar ao da UTI principal.
- Verificar se os serviços de apoio estão disponíveis durante 24 horas.
- Verificar se a equipe de enfermagem é exclusiva para esta UTI intermediária.
- Verificar se o corpo clínico da UTI reúne-se pelo menos uma vez por mês.
- Verificar se, no último ano, a equipe de enfermagem da UTI realizou algum curso de habilitação específica.
- Verificar se o pessoal técnico recebe treinamento constante em atendimento de emergências e cuidados com pacientes em estado crítico.
- Verificar se a equipe de enfermagem da UTI observa a proporção de dois profissionais para cada três leitos e se exerce um mínimo de 18 horas de cuidados de enfermagem com os pacientes, por dia.
- Verificar se o paciente conta com assistência de fisioterapia.
- Verificar a existência, no local, dos seguintes recursos técnicos disponíveis para a unidade (além dos citados no nível 1): respirador mecânico a pressão positiva volumétrica, sendo um para cada três leitos (mínimo de dois respiradores na UTI).
- Verificar a existência de capnógrafo.
- Verificar a existência de oxímetro (um para quatro leitos).
- Verificar a existência de monitorização não invasiva de pressão arterial.
- Verificar a existência de aspirador portátil para drenagem contínua.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- Verificar a existência de equipamentos, soluções e sondas para diálise peritoneal e/ou hemodiálise.
- Verificar se o processo de assitência contempla medidas específicas de prevenção de infecções hospitalares.
- Verificar a existência de impressos específicos padronizados para evolução médica, de enfermagem e de outros profissionais.

NÍVEL 3

PADRÃO

O serviço oferece pelo menos uma outra especialidade, além das citadas anteriormente, dispondo de equipamentos e recursos correspondentes; a equipe faz uso de protocolos clínicos para o atendimento de situações de emergência e realiza avaliações periódicas da sua eficiência.

ITENS DE VERIFICAÇÃO

- Verificar se é oferecida assistência a casos agudos de Psiquiatria.
- Verificar se os pacientes ficam em período de observação, no máximo até 24 horas.
- Verificar se o Serviço de Emergência faz parte da grade do Serviço de Resgate para atendimento a vítima de acidentes em via pública e calamidade pública.
- Verificar se o serviço se utiliza de protocolos clínicos em pelo menos três das situações seguintes: insuficiência respiratória; insuficiência circulatória; insuficiência renal aguda; casos psiquiátricos agudos; abdome agudo; quadro neurológico agudo e politrauma.
- Verificar se são efetuados levantamentos relativos à eficiência dos protocolos clínicos.
- Verificar se há disponibilidade de assistência psicológica.

UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO/UNIDADE:

Comentários:
No quadro acima:

Qual o nível de satisfação atingido pela Unidade ou Serviço? NÍVEL					
Substancial	Significativo	Parcial	Mínimo	Não cumpre	Não aplicável

Substancial — existe metodologia sólida, sistemática e avançada. Os resultados são excelentes.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Significativo — existe metologia sólida, sistemática e, algumas vezes, avançadas. Existem evidências de aplicação da mesma e os resultados são bons.

Parcial — existe metologia sólida, sistemática e foram encontrados tendências positivas na aplicação da mesma e nos resultados.

Mínimo — existem metodologias em desenvolvimento, com indícios de aplicação das mesmas, porém faltam informações importantes.

Não cumpre — não existem evidências de metodologias de aplicação e faltam informações.

Não Aplicável — pela natureza da Instituição não se aplica o padrão.

Que medidas poderiam ser sugeridas para melhorar a qualidade da atenção oferecida?

Quais as sugestões para a implantação dessas medidas?

Conclusões

Data:

_____

Avaliadores/visitadores

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO MINISTRO
PORTARIA Nº 1.091/GM EM 25 DE AGOSTO DE 1999.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

— a necessidade de organização da assistência neonatal, para assegurar melhor qualidade no atendimento ao recém-nascido de médio risco;

— que a assistência ao recém-nascido deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade perinatal e

— a necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, objetivando maior oferta de leitos de cuidados intensivos, resolve:

Art. 1º — Criar a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco.

Parágrafo único. Entende-se como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal a unidade destinada ao atendimento do recém-nascido nas seguintes situações:

— que após a alta da UTI necessite de observação nas primeiras 24 horas;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica;
— que necessite de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição;
— em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsangüineotransfusão;
— que necessite realizar procedimento de exsangüineotransfusão;
— com peso superior a 1.500g e inferior a 2.000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
— submetido à cirurgia de médio porte, estável.

Art. 2º — Estabelecer, na forma do Anexo I, as normas e critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS.

Art. 3º — Determinar que cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS definir e cadastrar as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, de acordo com as necessidades de assistência da localidade onde estão inseridas e do conjunto das ações de saúde no âmbito dos Sistemas Estaduais, após aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite — CIB.

Art. 4º — Estabelecer que as unidades que preencherem os requisitos contidos nesta Portaria passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde e receber a remuneração pelos procedimentos realizados, de acordo com os novos tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde, para os Estados e Distrito Federal.

Art. 5º — Estabelecer recursos no montante de R$ 13.073.970,00 (treze milhões, setenta e três mil, novecentos e setenta reais), a serem incorporados aos limites financeiros anuais dos Estados e do Distrito Federal, na área de Assistência Ambulatorial, de média e alta complexidade, e Hospitalar, conforme distribuição constante do Anexo II, destinados ao custeio das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal objeto do Artigo 1º desta Portaria.

Art. 6º — Definir que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, treinamento, supervisão e controle que garantam a melhoria de qualidade da assistência ao recém-nascido.

Art. 7º — Determinar que a Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos hospitalares do SIH/SUS, para fins de remuneração da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Art. 8º — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO I

NORMAS E CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL NO SUS

Para fins de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS, deverão ser atendidas as seguintes normas e critérios:

1 — Características Gerais

1.1 — Funcionar em serviços de maternidade do nível III ou do nível II, para o atendimento à gestação de alto risco, de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.477, de 20 de agosto de 1998, ou,

1.2 — Estar vinculada a serviços de maternidade cadastrados no SIH/SUS, que disponham nas 24 horas do dia de:

a) Laboratório de Análises Clínicas;
b) Laboratório de Microbiologia;
c) Hemogasômetro;
d) Agência Transfusional;
e) Ultra-sonografia;
f) Aparelho de raios X móvel;
g) Serviço de Radiologia;
h) Serviço de Nutrição Enteral ou Parenteral;
i) Serviço de Psicologia e de Assistência Social;
j) Banco de Leite Humano.

1.3 — Garantir a referência para serviços de maternidade de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica.

2 — Recursos Físicos

As instalações físicas deverão estar de acordo com o estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.884, de 11 de novembro de 1994 — Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, além de apresentar:

a) área física adequada, com espaçamento de no mínimo 1 (um) metro entre os berços e paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2 (dois) metros;
b) rede elétrica que atenda à norma NBR 13.534;
c) área de prescrição médica;
d) área de cuidados e higienização — 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
e) posto de enfermagem — 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
f) sala de serviço — 01 (um) para cada posto;
g) área de internação;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

h) sala de acolhimento para amamentação ou extração de leite;
i) ambientes de apoio e
j) pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito.

3 — Recursos Materiais e Equipamentos

a) berço de calor radiante (10% dos leitos);
b) incubadoras de parede dupla (20% dos leitos);
c) incubadoras simples (20% dos leitos);
d) berços simples ou aquecidos (50% dos leitos);
e) material para reanimação neonatal — 01 (um) ambu com reservatório e válvula, para cada 03 (três) recém-nascidos;
f) máscaras para prematuros e RN a termo;
g) capacetes para oxigênio — 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
h) oxímetro de pulso — 01 (um) para cada 03 (três) leitos;
i) termômetro eletrônico portátil, esfigmomanômetro, estetoscópio, ressuscitador manual — 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
j) otoscópio e oftalmoscópio;
k) monitor de pressão não-invasiva;
l) monitor de beira de leito com visoscópio — 01 (um) para cada leito;
m) carro ressuscitador com monitor, material de intubação endotraqueal — 01 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
n) ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão — 01 (um) para 15 (quinze) leitos;
o) conjunto de nebulizador em máscara — 01 (um) para cada leito;
p) aspirador portátil;
q) conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido — 01(um) para cada 04 (quatro) leitos;
r) bomba de infusão — 01 (um) para cada 02 (dois) leitos;
s) aparelhos de fototerapia — 01 (um) para cada 04 (quatro) leitos;
t) bandejas para procedimentos — punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia;
u) balança eletrônica;
v) incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido;
w) negatoscópio.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

4 — Recursos Humanos:

a) 01 (um) responsável técnico com título de especialista em neonatologia (TEN) ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia comprovada por meio de declaração de serviço;
b) 01 (um) médico diarista com título de especialista em neonatologia (TEN) ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia, comprovada por meio de declaração de serviço, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
c) 01 (um) médico plantonista com especialidade em pediatra exclusivo para cada 15 (quinze) leitos ou fração, por turno de trabalho;
d) 01 (um) enfermeiro coordenador;
e) 01 (um) enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
f) 01 (um) técnico/auxiliar de enfermagem para cada 05 (cinco) leitos, por turno de trabalho;
g) 01 (um) funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ANEXO

Unidade Federada	*Valor em ano (R$)*
Acre	12.075,00
Alagoas	80.535,00
Amazonas	945,00
Bahia	29.925,00
Ceará	633.570,00
Distrito Federal	104.475,00
Espírito Santo	540.225,00
Goiás	690.795,00
Maranhão	306.600,00
Mato Grosso	331.275,00
Mato Grosso do Sul	157.500,00
Minas Gerais	530.460,00
Pará	11.760,00
Paraíba	297.780,00
Paraná	1.090.425,00
Pernambuco	299.250,00
Piauí	25.830,00
Rio de Janeiro	1.019.865,00
Rio Grande do Norte	46.935,00
Rio Grande do Sul	2.735.565,00
Rondônia	315,00
Santa Catarina	501.795,00
São Paulo	3.495.975,00
Sergipe	48.615,00
Tocantins	81.480,00
Total	13.073.970,00

PORTARIA CONJUNTA Nº 30, DE 2 DE AGOSTO DE 1999
DOU 170-E, DE 3/9/99

O Secretário Executivo e o Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de acompanhamento do recém-nascido patológico, visando à redução do índice de morbimortalidade;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.091, de 25 de agosto de 1999, que estabelece normas e critérios técnicos para o cadastramento de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, resolve:

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 1º — Incluir, na Tabela do SIH-SUS, os códigos de procedimentos abaixo discriminados, a serem lançados no "campo serviços profissionais" da Autorização de Internação Hospitalar — AIH, para cobrança de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal:

96.007.01.0 Diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal / Mês Inicial

96.007.02.8 Diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal / Mês Anterior

96.007.03.6 Diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal / Mês da Alta

Valor:

SH	SP	SADT	TOTAL
19,40	40,70	9,90	70,00

Campo Tipo — preencher com 20, diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

Campo CGC — preencher com o CGC do Hospital

Campo Ato Profissional — preencher com o (s) código (s) indicados acima.

Campo Tipo de Ato — preencher com 34, diária de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal.

Campo Quantidade de Ato — preencher com o número de diárias no mês inicial, anterior e mês da alta, conforme o caso.

Campo Data do Ato — preencher com 6 dígitos:

1º dígito à esquerda: 4 — se alta da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, 5 — se óbito na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal ou 6 — se transferência para UTI;

Com 4 dígitos: peso ao nascer;

Com 1 dígito: meses de gestação.

Art. 2º — Estabelecer que a AIH será rejeitada, se o lançamento do número de diárias nos campos quantidade de atos ultrapassar 100% da taxa de ocupação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital.

Art. 3º — Definir que o limite máximo de cobrança de diárias de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal é de 59 por AIH.

Art. 4º — Estabelecer que o laudo de solicitação de internação em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal deverá ser arquivado no prontuário médico, com a respectiva AIH.

Art. 5º — Definir que a participação do Ministério da Saúde no financiamento solidário com estados e Distrito Federal, está fixada em R$13.073.970,00 (treze milhões, setenta e três mil, novecentos e setenta reais) anuais, alocados por Unidade Federada, conforme consta do anexo desta Portaria.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Art. 6º — Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência agosto de 1999.

BARJAS NEGRI
Secretário Executivo

RENILSON REHEM DE SOUZA
Secretário de Assistência à Saúde

ANEXO

Unidade Federada	*Valor Ano (em R$)*
Rondônia	315,00
Acre	12.075,00
Amazonas	945,00
Pará	11.760,00
Tocantins	81.480,00
Maranhão	306.600,00
Piauí	25.830,00
Ceará	633.570,00
Rio Grande do Norte	46.935,00
Paraíba	297.780,00
Pernambuco	299.250,00
Alagoas	80.535,00
Sergipe	48.615,00
Bahia	29.925,00
Minas Gerais	530.460,00
Espírito Santo	540.225,00
Rio de Janeiro	1.019.865,00
São Paulo	3.495.975,00
Paraná	1.090.425,00
Santa Catarina	501.795,00
Rio Grande do Sul	2.735.565,00
Mato Grosso do Sul	157.500,00
Mato Grosso	331.275,00
Goiás	690.795,00
Distrito Federal	104.475,00
Total	13.073.970,00

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Retificada no DO 171-E, de 6/9/99 — onde se lê: Portaria Conjunta nº 30, de 2 de agosto de 1999, leia-se: Portaria Conjunta nº 30, de 2 de setembro de 1999.

RETIFICAÇÃO
PORTARIA CONJUNTA Nº 30, DE 2/8/99

DOU 171-E, DE 6/9/99

Na Portaria Conjunta SE/SAS Nº 30, de 02 de agosto de 1999, publicada no Diário Oficial nº 170-E, de 03 de setembro de 1999, página 13, Seção 1, onde se lê: PORTARIA CONJUNTA Nº 30, DE 2 DE AGOSTO DE 1999. Leia-se: PORTARIA CONJUNTA Nº 30, DE 2 DE SETEMBRO DE 1999.

(Of. El. nº 1.367/99)

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Grupo III do Apêndice: Recomendações da AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) Recomendações da AMB (Associação Médica Brasileira e Federadas)

NORMAS MÍNIMAS PARA CREDENCIAMENTO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA — AMIB

I. A — ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES

— Mínimo de leitos por UTI = 05 (cinco) leitos

a.1 — Área Física própria dentro do hospital, separada de outras dependências.

a.2 — Área Física: (área total da UTI), inclusive administrativa e de apoio dividida pelo nº total de leitos planejados, isto é, capacidade instalada.

UTI Adulto = 14m^2 (quatorze metros quadrados) área /leito

UTI Pediátrica = 12m^2 (doze metros quadrados) = área /leito

UTI Neonatal = 5m^2 (cinco metros quadrados) = área/leito

a.3 — Área de prescrição: 2m^2/10 leitos

a.4 — Área para descanso da enfermagem

a.5 — 1 (hum) ponto de ar comprimido por leito

a.6 — 1 (hum) ponto de oxigênio por leito

a.7 — 1 (hum) sistema de aspiração a vácuo por leito

a.8 — Balcão com pia para preparo de medicamentos

a.9 — Banheiro para pacientes

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

a.10 — Circulação independente do limpo e contaminado

a.11 — Conforto com banheiro para o plantão médico, na Unidade de Terapia Intensiva

a.12 — Copa

a.13 — Depósito de material de limpeza

a.14 — Divisórias entre os leitos

a.15 — Expurgo para sólidos e líquidos

a.16 — Iluminação natural

a.17— Lavatórios na UTI: 1/5 leitos

a.18 — Locais para guarda de roupas, medicamentos, materiais médicos e equipamentos

a.19 — Posto de enfermagem com visão direta para os leitos: $8m^2$/ 10 leitos

a.20 — Sala administrativa

a.21 — Sala de espera para acompanhantes

a.22 — Sala de serviços ($8m^2$), para preparo de material e equipamentos, contendo balcão e pia

a.23 — Sistema de suprimento de energia elétrica durante as 24 horas

a.24 — Sistema de suprimento de gases (oxigênio e ar comprimido) durante as 24 horas

a.25 — Tomadas aterradas (todas) no mínimo 8 (oito) por leito/ box, dispostas de acordo com as normas da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas)

a.26 — Tomadas raios X (uma por unidade) de 220v

a.27 — Vestiário c/banheiro para funcionários

B — RECURSOS HUMANOS

Médicos

b.1 — Médico Chefe com Título de Especialista em Medicina Intensiva (AMIB/AMB)

b.2 — Médico diarista (não plantonista) para dar seguimento horizontalizado na assistência ao paciente crítico, com Título de Especialista em Medicina Intensiva (AMIB/AMB)

b.3 — Médico plantonista por 24 horas, no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva

b.4 — Relação Médico-Paciente: 01 (um) médico plantonista para, no máximo, 10 pacientes

Enfermagem:

b.5 — Auxiliar de enfermagem: 1 (hum) para cada 2 (dois) leitos

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b.6 — Um (01) Enfermeiro(a) por turno de trabalho, durante as 24 horas dentro da UTI

Outros:

b.7 — Auxiliar de serviços diversos/secretária

b.8 — Servente de limpeza: presente sempre que necessário nas 24 horas

C — MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

c.1 — Aparelho de fototerapia = 1 para cada 3 pacientes (só para UTI Neonatal)

c.2 — Aspirador a vácuo para dreno

c.3 — Aparelho móvel de raios X

c.4 — Balança disponível p/pesagem de pacientes (qualquer que seja o tipo de UTI)

c.5 — Bomba de infusão: 1 por leito

c.6 — Cama de UTI com grades laterais: 1 por paciente UTI Adulto/Pediátrica

c.7 — Capacetes para oxigenoterapia: 1 por paciente (só para UTI Neonatal/Pediátrica)

c.8 — Carro de ressuscitação contendo: desfibrilador+material de intubação endotraqueal (ambu+cânulas endotraqueais+laringoscópio+máscara de O_2+cânula de Guedel+guias para tubos)

c.9 — Cilindro de O_2/ar comprimido disponível no hospital

c.10 — Eletrocardiógrafo (para UTIs gerais)

c.11 — Glicosímetro

c.12 — Kit CPAP nasal 1:2 leitos com nebulizador aquecido (UTI Neonatal/ Pediátrica)

c.13 — Kit de beira de leito (termômetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, ambu): 1 por leito

c.14 — Inaladores com máscara: 1 por leito

c.15 — Incubadora e/ou berço de calor radiante, um para cada paciente (UTI-Neonatal)

c.16 — Máscaras de nebulização 1 por leito

c.17 — Material disponível 24 horas para:

— Acesso venoso profundo
— Curativos
— Diálise peritoneal
— Drenagem torácica
— Flebotomia
— Implante de marca-passo temporário

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

— Punção liquórica
— Sondagem vesical
— Traqueotomia
c.18 — Monitor cardíaco de beira de leito: 1 por leito.
c.19 — Negastoscópio
c.20 — Oxímetro de pulso: 1 por 4 (quatro) leitos
c.21 — Respirador pressórico (UTI Neonatal) em nº correspondente a 1/3 dos leitos
c.22 — Respirador: 1 por leito
c.23 — Urodensímetro
c.24 — Ventilômetro: 1 (um) por Unidade

D — SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

d.1 — Acesso a Laboratório de Análises Clínicas durante as 24 horas do dia
d.2 — Acesso a Unidade Transfusional durante as 24 horas do dia
d.3 — Cirurgia Geral (ou Pediátrica nos casos de UTI-Pediátrica)
d.4 — Condições de realizar diálise peritoneal na Unidade de Terapia Intensiva
d.5 — Endoscopia digestiva e fibrobroncoscopia
d.6 — Hemogasômetro próprio do hospital
d.7 — Ultra-sonografia

E — OUTROS

e.1 — Contratos de Manutenção de Equipamentos
e.2 — Serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho

Comissão de Defesa do Exercício Profissional da AMIB

Presidente: Dr. Luiz Alexandre A. Borges (RS)
Secretária: Dra. Rosane Sonia Goldwasser (RJ)
Membros:
Dr. Roberto Lucio de G. Verçoza (AL)
Dr. Marcelo Moock (SP)
Dr. Paulo Sergio S. Beraldo (DF)
Dra. Leila Resegue M. Rêgo (PA)
Dr. Gerson Macedo (RJ)
Dr. Karl Rosenfeld (SP)
Dr. Marcelo Fouad Rabahi (GO)

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CONSENSO DA AMIB SOBRE MEDICINA INTENSIVA CAMPINAS, SP, 22 E 23 DE FEVEREIRO DE 1997

INTRODUÇÃO

Nos dias 4 a 6 de dezembro de 1996 realizou-se em Brasília um Seminário sobre Residência Médica que reuniu representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), da Associação Médica Brasileira (AMB), dos Conselhos Regionais de Medicina, de Sociedades de diversas especialidades e de médicos residentes, promovido pelas duas primeiras. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) fez-se representar pela Dra. Rachel Duarte Moritz, membro da Comissão de Formação do Intensivista.

Neste Seminário foi apontado um indicativo no qual a Medicina Intensiva foi considerada não mais *especialidade* mas, para nossa surpresa e indignação, como *área de atuação*.

Este fato motivou um encontro extraordinário de Consenso da nossa Sociedade, com representantes de todo Brasil, em Campinas, Estado de São Paulo, nos dias 22 e 23 de fevereiro de 1997, com o objetivo de **ratificar a nossa posição em defesa da manutenção da Medicina Intensiva como especialidade médica**. Contou também com a participação do Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos (FCM/UNICAMP), consultor do CFM e um dos palestrantes do referido Seminário.

CONSENSO DA AMIB SOBRE MEDICINA INTENSIVA

O Consenso reuniu a Diretoria Executiva da AMIB, as Comissões, na íntegra, de Defesa do Exercício Profissional e de Formação do Intensivista e os presidentes das demais Comissões da AMIB (Científica, Ética, de Eventos e de Controle de Qualidade). Foram abordados os seguintes aspectos:

- definição de medicina intensiva como especialidade;
- caracterização da medicina intensiva como especialidade, de acordo com os critérios discutidos naquele Seminário;
- avaliação e revisão dos Programas de Formação do Intensivista com relação a pré-requisitos e duração;
- política de relacionamento da AMIB com AMB, CNRM e CFM;
- avaliação da posição da Medicina Intensiva dentro do modelo de "*árvore*" das especialidades adotado naquele Seminário;
- estudo do modelo "especialidades-árvore" oferecido pelo CFM/AMB/CNRM, com sugestão de nova proposta.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Considerando:

- que no momento presente é imprescindível a implementação de um planejamento social para formação das especialidades;
- que na forma atual há uma rigidez desproporcionada nas especialidades estabelecidas;
- que os aspectos corporativos infelizmente têm prevalecido e que a legitimidade técnica, embora fundamental, não é exclusiva;
- que o esvaziamento progressivo das especialidades básicas é intolerável;
- que a diminuição da capacidade resolutiva dos especialistas tem reduzido a eficácia e elevado os custos em alguns níveis;
- que as Faculdades de Medicina continuam formando profissionais de saúde, com a visão voltada para a especialidade;
- que se impõe exigir mais trabalho dos especialistas em seu campo de competência;
- que se deva exigir que todos os Programas de Residência Médica sejam iniciados em áreas básicas;
- que o mercado de trabalho não valoriza a prática clínica não instrumentalizada;
- que o sistema remunera mal e não estabelece planos de carreira;
- que se impõe a adoção do conceito de especialidades por áreas de atuação, campos e nos núcleos de competência;
- que o modelo adotado pela instituição (hierarquizado e verticalizado) é inadequado, por demais simplista para a articulação entre as diversas especialidades;

Neste contexto, a Medicina Intensiva, de modo claro, natural e irreversível se revela como uma especialidade que atende a todos esses anseios em seu universo de atuação, na medida em que:

- responde a uma demanda social real;
- tem como forma de trabalho uma prática em campo e núcleo de atuação;
- detém natural legitimidade técnica pela tecnologia de ponta que emprega;
- não provoca o esvaziamento das especialidades básicas, pois convive em parceria e complementaridade;
- não diminui a resolutividade técnica do médico intensivista, uma vez que ele é capaz de atuar como um "generalista" do paciente grave;
- predomina em seu trabalho a integração e a multidisciplinalidade sobre a tecnologia;
- convive, sobrevive, se nutre e cresce com as negociações cotidianas com os diversos profissionais de saúde;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

- inicia sua formação por especialidades básicas (Anestesia, Cirurgia Geral, Clínica Médica e Pediatria);
- prevê uma carreira a medida que temporalmente articula funções diferenciadas para o intensivista;
- é o paradigma para o médico *hospitalista* uma vez que influencia positivamente a sobrevida do paciente;

Em anexo enviamos o relatório final da plenária e a documentação que configura a **Medicina Intensiva** como especialidade.

Pelos motivos expostos, esperamos contar com seu apoio na reafirmação da Medicina Intensiva como especialidade médica, colocando-nos à sua disposição para qualquer outro esclarecimento.

Cientes de que em março do corrente haverá uma reunião plenária da CNRM em Brasília, solicitamos a oportunidade de participação na mesma, visando expor a posição dos Intensivistas Brasileiros, frontalmente contrária ao indicativo daquele Seminário.

Campinas, 23 de fevereiro de 1997.
Dr. Renato Giuseppe G. Terzi
Presidente da AMIB
Dr. José Maria da C. Orlando
Secretário da AMIB

ANEXO 1 — RELATÓRIO FINAL DO CONSENSO DA AMIB SOBRE A MEDICINA INTENSIVA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA

Definição de Especialidade Médica

Especialidade médica pode ser definida como o conhecimento que transcende o aprendizado do curso médico ou da área de formação básica, num setor específico, viabilizando maior eficácia e otimização custo *versus* benefício.

Para que haja o desenvolvimento de uma nova especialidade os fatores relacionados abaixo devem ser respondidos afirmativamente:

- Existência de uma demanda social verdadeira;
- Possuir um corpo de conhecimento próprio complexo e específico;
- Oferecer resolutividade diagnóstica e terapêutica;
- Ter identidade própria em seu campo e núcleo de atuação;
- Não constituir, simplesmente, um método diagnóstico;
- Não se dedicar a patologias isoladas.

As novas especialidades muitas vezes se formam a partir de avanços técnicos, de aperfeiçoamentos científicos, que respondem a uma demanda já presente, mas reprimida. Em geral, especialidades mais antigas custam a aceitar novas especialidades.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A disputa pelo mercado também pode gerar conflitos. Conflitos que serão desfeitos com negociações, bom senso e relacionamento ético entre os colegas das diversas especialidades.

A Medicina Intensiva como Especialidade Médica

A Terapia Intensiva iniciou-se como atividade médica na década de 50, com o suporte ventilatório prolongado, proporcionado às vítimas da epidemia de poliomielite na Escandinávia. A partir dos anos 60, com a ressuscitação cerebrocardiorrespiratória, passou a constituir a especialidade MEDICINA INTENSIVA. Em 1977, foi criada a Society of Critical Care Medicine, e, em 1980, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). No Brasil, a Medicina Intensiva é especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM — Resolução 01/92), homologada pela Associação Médica Brasileira (AMB), sendo o Título de Especialista outorgado pela AMIB desde o ano de 1981. Esse reconhecimento veio através do aperfeiçoamento técnico-científico exigido cada vez mais para quem trabalha em UTI. Aperfeiçoamento esse que visa ao conhecimento adequado de novas técnicas de suporte avançado de vida oriundas, por exemplo, da utilização de ventiladores microprocessados, da monitorização correta dos quadros de choque com o cateter de Swan-Ganz, ou da monitorização da hipertensão intracraniana. Esses novos métodos, além de propiciarem o direcionamento de um raciocínio clínico adequado, contribuem para a instalação de procedimentos terapêuticos corretos. Com todo esse desenvolvimento tecnológico, com a sedação e analgesia adequadas e com a humanização dos ambientes de Terapia Intensiva, tem-se observado que os pacientes conseguem, após receberem alta desses ambientes, se reintegrar perfeitamente.

Formação de Médicos Especialistas em Medicina Intensiva

A AMIB considera indispensável, para o funcionamento das UTIs de todo o país e para o bem-estar dos pacientes que nelas ingressam, que haja **formação** adequada do profissional que trabalha nesse setor. Para tal, é essencial que existam **Centros** adequados para a Formação do Intensivista.

A AMIB reconhece a Residência Médica como processo de ensino profissionalizante de excelência, e estimula tanto a sua expansão quanto o envolvimento da Sociedade no controle de qualidade dos programas de Residência, adotando hoje uma formação mínima com quatro anos, sendo dois em uma das especialidades básicas e dois em Medicina Intensiva.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A Residência Médica é definida como modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de tempo integral, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional (Decreto 80.281-77).

No último Seminário sobre Residência Médica realizado de 4 a 6 de dezembro de 1996, em Brasília, a tônica principal de debate foi o fortalecimento das especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia). É indiscutível a necessidade do fortalecimento dessas especialidades.

Entretanto, com todo o desenvolvimento científico ocorrido nas últimas décadas, não se pode ignorar o surgimento de novas especialidades.

A Medicina Intensiva é uma especialidade nova que tem crescido e se consolidado, nos últimos anos, como anteriormente mencionado. A própria Residência Médica a considera indispensável já que faz parte obrigatória da formação do Cirurgião Geral, do Cardiologista, do Clínico, do Anestesiologista, do Cirurgião Cardiovascular, do Cirurgião Pediátrico, do Neurocirurgião e do Pneumologista (Resolução 4/83, Residência Médica, v.7 jan/dez. 1985). É discrepante que o estágio em UTI seja considerado importante para especialidades reconhecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e que a Medicina Intensiva não seja considerada uma especialidade por esse órgão (Resolução 01/81. Residência Médica, v.7 jan./dez 1985). Pode-se interrogar, em decorrência dessa discrepância: quem serão os preceptores no estágio obrigatório dessas Residências se não existirem Intensivistas bem formados?

Se a Medicina Intensiva é considerada uma área de atuação da Clínica, e os profissionais que nela trabalham não se dedicam diariamente a esse setor, como se manterão atualizados para poder treinar novos profissionais?

Além do mais, muitos intensivistas têm formação básica em Cirurgia Geral, Anestesiologia, Pediatria, como é tradição em outros países, revelando uma relação não exclusiva como a Medicina Interna.

NÚCLEO DE ATUAÇÃO E DE COMPETÊNCIA DA MEDICINA INTENSIVA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA

Só poderemos encontrar uma resposta para essas questões: **a Medicina Intensiva é uma especialidade médica**. Os médicos especialistas

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

em Medicina Intensiva devem ser formados em Centros adequados e orientados por especialistas que se dedicam à Medicina Intensiva e que possuam o Título de Especialista da sua entidade de classe.

Além do exposto, a Medicina Intensiva preenche todos os critérios considerados pela CNRM necessários para se conceituar uma "Especialidade".

1. Nos dias atuais é indispensável que haja Unidades de Terapia Intensiva em hospitais de médio e grande portes (Demanda Social; o Ministério da Saúde inclusive questiona — "pode haver hospitais seguros sem UTI?!";

2. Com o desenvolvimento técnico-científico da atualidade, somente o Intensivista pode conduzir adequadamente um paciente grave com comprometimento de múltiplos órgãos; qual outra especialidade, além da Medicina Intensiva, capacitará um médico para situações como:

- decidir entre realizar suporte por troca gasosa extracorpórea ou hipercapnia permissiva durante o tratamento da síndrome de angústia respiratória;
- interpretar as implicadas relações do pH intramucoso, o lactato e o consumo de oxigênio com as patologias;
- conhecer a translocação bacteriana com os efeitos das drogas vasoativas;
- decidir se é necessário bloquear os mediadores pró-inflamatórios ou estimular os antiinflamatórios no tratamento da sepse severa ou da SIRS ou da SARA;
- identificar se aumentando a PEEP recrutativa haverá melhora da troca gasosa pulmonar e não haverá piora da oferta e do consumo de oxigênio tissular;
- acessar a rede venosa profunda em suas diversas alternativas e não rara repetidamente em um mesmo paciente, para fins diversos e concomitantes;
- realizar pericardiocentese, instalar marca-passo de urgência, intubar pacientes em situações não programadas ou oferecer ventilação não-invasiva, drenar um tórax, realizar cricotireoidotomia ou até uma traqueostomia de urgência;
- conhecer, indicar e interpretar métodos complexos de monitorização;
- "coordenar" atendimento muldisciplinar complexo como o prestado a um politraumatizado, um grande queimado ou a um paciente com falência respiratória prolongada.

Frente a este relato, é impossível não considerar a **MEDICINA INTENSIVA COMO UMA ESPECIALIDADE MÉDICA.**

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Uma profissão está consolidada quando tem condições de se autoregulamentar e educar homens para seu corpo de conhecimento, de forma a garantir uma passagem para o futuro.

A AMIB tem a certeza de que a AMB/CFM/CNRM irão considerar esses fatos e encarar a Medicina Intensiva como deve ser: uma especialidade médica estabelecida e necessária no conjunto das ações médicas de assistência aos pacientes gravemente enfermos.

Ao mesmo tempo, consideramos que novos seminários serão necessários para que todas as especialidades médicas tomem conhecimento da importância desse processo de redefinição de nossos próprios conceitos sobre especialidade médica. Um programa que premie tempo, diálogo e valores com bases sociais deve garantir a participação de todos os interessados, e assim alcançaremos um resultado comum, um consenso.

Relatório aprovado pela Plenária do Consenso
Campinas 23 de fevereiro de 1997

Participantes:

ARMANDO DA ROCHA NOGUEIRA — RJ
ARNALDO PRATA BARBOSA — RJ
CID MARCOS DO N. DAVID — RJ
CLEOVALDO T. S. PINHEIRO — RS
FERNANDO OSNI MACHADO — SC
FLÁVIO M. BARROS MACIEL — SP
JAIRO C. B. OTHERO — RS
JOSÉ LUIZ DE A. RATTON — MG
JOSÉ MARIA DA C. ORLANDO — SP
JOSÉ OLIVA PROENÇA FILHO — SP
JOSÉ RAIMUNDO DE A. AZEVEDO — MA
LUIZ AUGUSTO DOS SANTOS — MT
LUIZ ALEXANDRE A. BORGES — RS
LUIZ ANTONIO FACTORE — SP
MARCELO MOOCK — SP
PAULO SERGIO S. BERALDO — DF
RACHEL DUARTE MORITZ — SC
RENATO CAMARGO VISCARDI — DF
RENATO G. G. TERZI — SP
ROBERTO L. DE G. VERÇOZA — AL
ROSA GOLDSTEIN A. ROCHA — SP
ROSANE S. GOLDWASSER — SP
SEBASTIÃO ARAÚJO — SP
WILIAM FAVIERE — RJ

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Centros Formadores AMIB							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Irm. da Santa Casa de Miser. de Maceió — UTI	R. Dr. Pedro Monteiro, 491	Maceió	AL	57020-380	(0082) 2218-399	Dr. Hélvio Chagas Ferro	1
Hosp. Santo Amaro da Fundação José Silveira — UTI	R. Arlindo de Assis, 1	Salvador	BA	40110-210	(0071) 3395-382	Dr. Paulo André J. dos Santos	1
Monte Tabor — Hospital São Rafael — UTI	Alameda dos Anturios, 148 Apto. 1201 Ed. Veneza	Salvador	BA	40280-620	(0071) 3996-303	Dra. Lucimar Paraguassu B.	1
Hospital Geral de Fortaleza — UTI	R. Avila Golart, 900	Fortaleza	CE	60155-290	(0085) 2346-995	Dr. Joel Isidoro Costa	1
Instituto Dr. José Frota — UTI	R. Sen. Pompeu, 1757	Fortaleza	CE	60025-001	(0085) 2555-000	Dr. Joel Isidoro Costa	1
Hosp. Materno Infantil de Brasília — UTI Pediátria	Av. L2 Módulo A Quadro 608	Brasília	DF	70203-900	(0061) 4432-684	Dra. Mércia Maria Fernandes de L.	2
Hospital de Base do Distrito Federal — UTI	Área Especial SMHS, Q 101 Bl. A 4º andar	Brasília	DF	70335-900	(0061) 2242-509	Dr. Emanuel Cícero D. Cardoso	1
Hospitl de Base do Distrito Federal — UTI Pediátrica	SMHS — Quadro 101 — HBDF	Brasília	DF	70335-703	(0061) 3255-028	Dra. Karina Nascimento Costa	2
Univ. Fed. Espírito Santo Hosp. Univ. Cassiano Ant. Moraes	Av. Mal. Campos, s/nº	Vitória	ES	29040-090	(0027) 3357-163	Dra. Eliana Bernadete C.	1
Clínica Santa Genoveva — UTI	Av. da Concordia, 1	Goiânia	GO	74670-430	(0062) 2044-000	Dra. Suelene Aires Franca	1
Hosp. Urgências de Goiânia UTI Dept. Ensino e Pesq.	R. Trinta e um de Março, s/nº — Esquina C/Av. 5º Radial	Goiânia	GO	74820-200	(0062) 5464-436	Dra. Maria Angélica de M. Carvalho	1
Hospital das Clínicas da Univ. Fed. Goiás — UTI	Av. 1ª, s/nº	Goiânia	GO	74605-050	(0062) 2021-800	Dr. Marciano de Sousa Nóbrega	1
Hospital de Doenças Tropicais — UTI	Av. Contorno, s/nº	Goiânia	GO	74675-240	(0062) 2493-122	Dr. Marcelo Fouad Rabahi	1
Hospital Samaritano — UTI	Pç. Walter Santos, 1	Goiânia	GO	74533-250	(0062) 2911-717	Dr. César Romero Arantes	1
Inst. de Nerologia de Goiânia — UTI	Pç. T. 18, 140	Goiânia	GO	74210-250	(0062) 2851-711	Dr. Pedro Jorge Leite G. Souza	1
Hospital São Domingos — UTI	Av. Jerônimo de Albuquerque, 540	São Luís	MA	65060-100	(0098) 2363-826	Dr. José Raimundo de Araújo Azevedo	1

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Centros Formadores AMIB (Continuação)							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Biocor Hosp. de Doenças Cardiovasculares Ltda — UTI	Av. Alameda da Serra, 217	Nova Lima	MG	34000-000	(0031) 2895-000	Dra. Maria Aparecida Braga	1
Centro Geral de Pediatria — UTI Ped	Alameda Ezequiel Dias 345	Belo Horizonte	MG	30130-110	(0031) 3239-9013	Dra. Lila Ottoni Durante	2
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro — UTI	Av. Getúlio Guarita, s/nº	Uberaba	MG	38025-400	(0034) 3312-7722	Dr. Ilídio Antunes de Oliveira Jr.	1
Hosp. das Clínicas da Univ. Fed. de Uberlândia — UTI	Av. Pará, 1720	Uberlândia	MG	38405-382	(0034) 2182-150	Dr. Elmiro Santos Resende	1
Hospital João XXIII — UTI	Av. Alfredo Balena, 400	Belo Horizonte	MG	30130-100	(0031) 2399-254	Dr. Anselmo Dornas Moura	1
Hospital João XXIII — UTI Ped.	Av. Alfredo Balena, 400	Belo Horizonte	MG	30130-100	(0031) 2399-255	Dr. Sérgio Diniz Guerra	2
Hospital Luxemburgo UTI Adulto	Rua Gentios, 1350	Belo Horizonte	MG	30180-101	(0031) 299-9000	Dr. Eduardo Fonseca Sad	1
Hospital Madre Teresa	Av. Raja Gabaglia, 1002	Belo Horizonte	MG	30380-090	(0031) 3398-340	Dr. Marco Antonio S. dos Reis	1
Hospital Mater Dei — UTI — Gati	R. Gonçalves Dias, 2700	Belo Horizonte	MG	30140-093	(0031) 3399-314	Dr. Anselmo Dornas Moura	1
Neocenter S.A — UTI Pediátrica/Neonatal	Rua Ceará, 186 — 4º Andar — Sala B	Belo Horizonte	MG	30150-310	(0031) 2736-678	Dr. José Sabino de Oliveira	2
Santa Casa de Mis. de Belo Horizonte — UTI Ped/Neo	Praça Hugo Werneck	Belo Horizonte	MG		(0031) 3238-8294	Dr. Júlio César de A. Senna	2
Sta. Casa de Mis. Belo Horizonte — UTI Hosp. São Lucas	Av. Francisco Sales, 1186	Belo Horizonte	MG	30150-300	(0031) 2012-633	Dr. Carlos Henrique Diniz	1
Hospital Guadalupe — UTI	R. Arcipreste M. Teodoro, 734	Belém	PA	66015-040	(0091) 2129-977	Dra. Leila Resegue de M. Rego	1
Hospital Agamenon Magalhães — UTI	Estr. do Arraial, 2723	Recife	PE	52051-380	(0081) 4415-888	Dra. Marcia Correia de Oliveira	1
Hospital das Clínicas da Univ. Fed. de Pernambuco	Av. Prof. Moraes Rego s/n	Recife	PE	50670-420	(0081) 4543-803	Dr. Marlus Magalhães Buril	1
Hosp. Infantil Pequeno Príncipe — UTI Pediátrica	R. Desembargador Motta, 1070	Curitiba	PR	80250-060	(0041) 3221-121	Dr. Paulo Ramos David João	2
Hosp. Univer. Regional Norte Paraná — UTI Pediátrica	Av. Robert Kock, 66	Londrina	PR	86038-440	(0043) 3712-347	Dra. Luiza Kazuko	2

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Centros Formadores AMIB (Continuação)							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Hospital das Nações — UTI	R. Raphael Papa, 10	Curitiba	PR	82530-130	(0041) 2627-417	Dr. Álvaro Réa Neto	1
Hospital de Clínicas da UFPR — UTI Pediátrica	R. Gal. Carneiro, 181 — 14º Andar	Curitiba	PR	80060-900	(0041) 2644-623	Dr. Izsrail Cat	2
Hospital Evangélicos de Curitiba — UTI	R. Augusto Stellfeld, 1908	Curitiba	PR	80730-150	(0041) 3224-141	Dr. Nelson Mozachi	1
Hospital Vita — UTI	Rod. BR 116 Km. 396, 4021	Curitiba	PR	82590-100	(0041) 3151-951	Dr. Álvaro Réa Neto	1
Ass. Cong. Sta. Catarina Casa Saúde São José — UTI CRITIMED	R. Macedo Sobrinho, 21 — 4º Andar CTI	Rio de Janeiro	RJ	22271-080	(0021) 5387-626	Dr. Eduardo Eiras M. Rocha	1
Cardio Clin Serviços Médicos — UTI	R. Ten. Coronel Amado, 401	Macaé	RJ	27910-070	(0024) 7626-210	Dr. Joel Tavares Passos	1
Cardio Trauma Ipanema — UTI	R. Farme de Amoedo, 86	Rio de Janeiro	RJ	22420-020	(0021) 5251-900	Dra. Carmen Teresinha C. Leite	1
Casa de Saúde São José — UTI	R. Nobre de Lacerda, 126	Duque de Caxias	RJ	25010-260	(0021) 6719-940	Dr. Carlos Henrique Ferrari	1
Clínica São Marcelo — RJ — CTI Adulto	R. Cupertino Durão, 66	Rio de Janeiro	RJ	22441-030	(0021) 5400-609	Dr. Cid Marcos N. David	1
Clínica São Vicente Hosp. Integrados da Gávea — UTI	R. João Borges, 204	Rio de Janeiro	RJ	22351-100	(0021) 5294-422	Dr. Marcelo Vieira Gomes	1
Hosp. da Ordem 3ª de São Francisco da Penitência — UTI	R. Conde de Bonfim, 1033	Rio de Janeiro	RJ	20530-001	(0021) 5716-242	Dr. Fabiano Pereira Nunes	1
Hosp. Univ. Sul Fluminense Jarbas Passarinho — UTI	R. Vicente Celestino, 201	Vassouras	RJ	27700-000	(0024) 4712-315	Dr. Gerson Luis de Macedo	1
Hospital Cardioeste — RJ — UTI Adulto	R. Jaguaruna, 105 — 4º Andar	Rio de Janeiro	RJ	23080-160	(0021) 4154-078	Dr. Adriano Marçal Nogueira Jr.	1
Hospital Central do Exército — CTI Adulto	R. Francisco Manoel, 126	Rio de Janeiro	RJ	20911-270	(0021) 5666-314	Dr. Antonio Rossi Cortes	1
Hospital de Base Força Aérea do Galeão — UTI	Estr. do Galeão, 4101	Rio de Janeiro	RJ	21941-000	(0021) 4623-131	Dra. Lílian Fátima M. Acha	1
Hospital de Clínicas de Niterói — UTI	R. La Salle, 12	Niterói	RJ	24020-090	(0021) 7171-212	Dr. Paulo César Silva P. de Souza	1

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Centros Formadores AMIB (Continuação)							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Hospital de Clínicas Mário Lioni — UTI	R. Ana Neri, 210	Duque de Caxias	RJ	25070-420	(0021) 6711-000	Dr. Marelo Elysio Lugarinho	1
Hospital Espanhol do Rio de Janeiro — UTI	R. Riachuelo, 302 — 6º Andar	Rio de Janeiro	RJ	20230-013	(0021) 5091-031	Dr. Fernando Augusto Bozza	1
Hospital Geral de Nova Iguaçu — UTI Neonatal	Av. Duque Estrada Mayer, 953	Nova Iguaçu	RJ	26030-380	(0021) 6674-112	Dr. Sérgio D'Abreu Gama	2
Hospital Munic. Miguel Couto — UTI	R. Mário Ribeiro, 117	Rio de Janeiro	RJ	22430-160	(0021) 2746-050	Dra. Glória Adriana R. Martins	1
Hospital Municipal da Lagoa — UTI	R. Jardim Botânico, 501	Rio de Janeiro	RJ	22470-050	(0021) 2945-582	Dr. Rogério Dantas	1
Hospital Univ. Clementino Fraga Filho — UTI	Av. Brig. Trompowski, s/nº	Rio de Janeiro	RJ	21044-020	(0021) 2707-691	Cid Marcos Nascimento David	1
Hospital Univ. Pedro Ernesto — UTI	Av. Vinte e Oito de Setembro, 87 — 5º Andar	Rio de Janeiro	RJ	20551-030	(0021) 5876-100	Dra. Marlene da Silva Moura	1
INCA — Instituto Nacional do Câncer — UTI	Pç. da Cruz Vermelha, 23 — 10º Andar	Rio de Janeiro	RJ	20230-130	(0021) 5066-000	Dra. Maria Luisa Azevedo T. Cunha	1
Irm. da Santa Casa de Miser. do Rio de Janeiro — UTI	R. Santa Luzia, 206	Rio de Janeiro	RJ	20020-020	(0021) 5324-114	Dr. Marcos Freitas Knibel	
Neovida — Centro Infantil de Terapia Intensiva — UTI	R. Dr. Miguel Couto, 70 — 3º Andar	Volta Redonda	RJ	27251-260	(0024) 342-2747	Dr. Ivo Xavier Pinto	2
Pró-Cardíaco do Rio de Janeiro — UTI	R. Dona Mariana, 219	Rio de Janeiro	RJ	22280-020	(0021) 5374-242	Dr. João Luiz Ferreira da Costa	1
Hosp. da Criança Conceição — UTI Pediátrica	R. Francisco Trein, 596	Porto Alegre	RS	91350-200	(0051) 3411-300	Dr. Policarpo Blanco Lopez	2
Hosp. da Criança Santo Antônio — UTI Pediátrica	Av. Ceará, 1549	Porto Alegre	RS	90240-512	(0051) 3373-188	Dra. Tânia Maria Rodhe Maia	2
Hosp. de Clínicas de Porto Alegre — UTI Pediátrica	R. Ramiro Barcelos, 2350	Porto Alegre	RS	90035-003	(0051) 3316-699	Dra. Eliana de Andrade Trotta	2
Hospital de Clínicas de Porto Alegre — UTI	R. Ramiro Barcelos, 2350	Porto Alegre	RS	90035-003	(0051) 3168-000	Dr. Cleovaldo Tadeu S. Pinheiro	1

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Centros Formadores AMIB (Continuação)							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Hospital Nossa Sra. da Conceição — UTI	R. Francisco Trein, 596	Porto Alegre	RS	91350-200	(0051) 3411-300	Dr. Amir Selaimen da Costa	1
Hospital São Lucas da Fac. Medicina — PUCRS UTI Adulto	Av. Ipiranga, 6690 — 3º Andar	Porto Alegre	RS	90610-000	(0051) 3203-000	Dr. Fernando Suparregui Dias	1
Hospital São Lucas da PUCRS — UTI Pediátrica	Av. Ipiranga, 6690	Porto Alegre	RS	90610-001	(0051) 3362-033	Dr. Pedro Celeny Ramos Garcia	2
Santa Casa de Miser. de Porto Alegre — UTI	Pç. Dom Feliciano, s/nº	Porto Alegre	RS	90020-160	(0051) 2281-566	Dr. Gilberto Friedman	1
Hosp. Infantil Joana de Gusmão — UTI Ped/Neonatal	R. Rui Barbosa, 152	Florianópolis	SC	88025-301	(0048) 2289-000	Dra. Nilzete Liberato Bressolin	2
Hosp. Munic. São José de Santa Catarina — UTI	Av. Getúlio Vargas, 238	Joinville	SC	89202-000	(0047) 4336-666	Dr. Milton Caldeira Filho	1
Hospital Governador Celso Ramos — UTI	R. Irmã Benwarda, 297	Florianópolis	SC	88015-270	(0048) 2240-566	Dr. Jorge Dias de Matos	1
Univ. Federal de Santa Catarina — Hosp. Univ. — UTI	Campus Universitário, s/nº	Florianópolis	SC	88040-970	(0048) 3319-193	Dr. Fernando Osni Machado	1
C.T.I. Pediátrico do H C F M Ribeirão Preto — USP Campus	Av. Bandeirantes, 3900	Ribeirão Preto	SP	14049-900	(0016) 6022-577	Dra. Ana Paula C. Panzeri Carlotti	2
Casa de Saúde Santa Marcelina — UTI	R. Santa Marcelina, 177	São Paulo	SP	08270-070	(0011) 6170-6000	Dr. Sérgio Blecher	1
Escola Paulista de Medicina — UTI	R. Napoleão de Barros, 715	São Paulo	SP	04024-002	(0011) 5576-4084	Dr. Flávia Ribeiro Machado	1
Escola Paulista de Medicina — UTI Pediátrica	R. Napoleão de Barros, 715 — 9º Andar	São Paulo	SP	04024-002	(0011) 5764-119	Dra. Cristina Malzoni F. Mangia	2
Fac. de Med. de Catanduva — Hosp. Padre Albino — UTI Adulto	R. Belém, 519	Catanduva	SP	15800-000	(0017) 5313-000	Dr. Jorge Luiz dos S. Valiatti	1
Hosp. das Clín. da FM de Ribeirão Preto Unid. Emerg. Ped.	R. Bernardino de Campos, 1000	Ribeirão Preto	SP	14015-130	(0016) 6021-242	Dra. Ana Paula C. Panzeri Carlotti	2
Hosp. das Clínicas — Inst. da Criança — UTI Pediátrica	Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 647	São Paulo	SP	05403-000	(0011) 3069-8500	Dra. Maria Thereza de Cordes Cabêdo	2

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Centros Formadores AMIB (Continuação)							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Hosp. das Clínicas Fac. Med. Ribeirão Preto — UTI Neonatal	Av. Bandeiras, 3900	Ribeirão Preto	SP	14049-900	(0016) 6023-000	Dr. Francisco Eulógio Martinez	2
Hosp. das Clínicas FMUSP Disc. Emerg. Clín. Inst. Central	Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 255 — 6º Andar	São Paulo	SP	05403-000	(0113) 0676-551	Dr. Luiz Antonio Factore	1
Hosp. de Base Fac. Reg. Med. de São José do Rio Preto — UTI	Av. Brig. Faria Lima, 5416 — 7º Andar	São José do Rio Preto	SP	15090-000	(0017) 2275-733	Dra. Suzana Margareth A. Lobo	1
Hosp. Infantil Cândido Fontoura — UTI Pediátrica	R. Siqueira Bueno, 1757	São Paulo	SP	03173-010	(0011) 2912-111	Dr. Renato Lopes de Souza	2
Hosp. Munic. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — UTI Ped.	R. Francisco de Paula Q. Ribeiro, 860	São Paulo	SP	04330-020	(0011) 5011-5111	Dr. José Oliva Proença Filho	2
Hosp. Munic. Dr. Arthur Ribeiro de Saboya — UTI	R. Francisco de Paula Q. Ribeiro, 860	São Paulo	SP	04330-020	(0011) 5011-5111	Dr. Antonio Carlos M. Bianco	1
Hosp. Munic. Dr. Fernando Mauro P. da Rocha — UTI	R. Tereza M. Oliveira, 17	São Paulo	SP	05846-420	(0011) 5512-7650	Dr. Karl Gert Rosenfeld	2
Hosp. Munic. Prof. Dr. Alipio Corrêa Neto — UTI	Al. Rodrigo de Brunn, 1989	São Paulo	SP	03807-230	(0011) 9439-944	Dr. Wilson R. Oliver.	1
Hosp. das Clínicas-Inst. Central-Secretaria Cirurgia do Trauma	Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, s/nº — 8º Andar	São Paulo	SP	05403-000	(0011) 2822-811	Dra. Mariza D'Agostinho Dias	1
Hospital Ana Costa Santos — UTI	R. Pedro Américo, 60	Santos	SP	11075-905	(0013) 3228-9000	Dr. Luiz Carlos Barbosa L'Abbate	1
Hospital Beneficiência Portuguesa — UTI Pediátrica	R. Maestro Cardim, 769	São Paulo	SP	01323-001	(0011) 2535-022	Dr. César H. Nakakura	2
Hospital da Criança — UTI Pediátrica/Neonatal	R. das Peróbas, 295	São Paulo	SP	04321-120	(0115) 5847-555	Dr. José Oliva Proença Filho	2
Hospital das Clínicas da FMC — UNICAMP — UTI	Cidade Universitária, s/nº	Campinas	SP	13084-100	(0019) 3788-7830	Dr. Renato G. G. Terzi	1
Hospital do Sepaco — UTI	R. Vergueiro, 4210	São Paulo	SP	04102-900	(0011) 5740-366	Dr. Nilson José Fernandes	1
Hospital do Servidor Público Estadual — UTI Pediátrica	R. Pedro de Toledo, 1800 - 3º Andar	São Paulo	SP	04039-004	(0011) 5740-211	Dr. Heitor Pons Leite	2

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Centros Formadores AMIB (Continuação)							
Centro Formador	*Endereço*	*Cidade*	*UF*	*Cep*	*Fone 1:*	*Coordenador*	*UTI*
Hospital Israelita Albert Einstein — UTi Adulto	Av. Dr. Albert Einstein, 627 — 5º Andar	São Paulo	SP	05651-901	(0011) 3747-1500	Dr. Milton Rodrigues Jr.	1
Hospital Santa Cruz — UTI Adulto	R. Santa Cruz, 398	São Paulo	SP	04122-000	(0011) 5080-2000	Dr. César E. Encinas	1
Hospital São Francisco/Hospital do Coração	R. Bernardino de Campos, 912	Ribeirão Preto	SP	14015-130	(0016) 6073-000	Dr. Marcus Antonio Ferez	1
INCOR — Inst. do Coração — H.C. da Fac. Med. USP — UTI	Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 44	São Paulo	SP	05403-000	(0011) 8985-397	Dra. Silvia Helena G. Lage	1
Instituto de Infectologia Emílio Ribas — UTI Adulto	Av. Dr. Arnaldo, 165 — 7º Andar	São Paulo	SP	01246-900	(0011) 3061-5633	Dr. Paulo César F. Marotto	1
Instituto Santa Lydia — UTI Pediátrica	R. Tamandaré, 434	Ribeirão Preto	SP	14085-070	(0016) 6354-848	Dra. Sueli de Almeida	2
Irm. da Santa Casa de Miser. de Ribeirão Preto — UTI	Av. da Saudade, 456	Ribeirão Preto	SP	14085-000	(0016) 6359-001	Dr. Luis Eduardo A. Muniz	1
Irm. da Santa Casa de Miser. de Santos — UTI	Av. dr. Claudio Luiz da Costa, 50 — 3º Andar	Santos	SP	11075-900	(0013) 2224-922	Dr. Luciano Narciso Sanches	1
Irm. da Santa Casa de Miser. de São Paulo — UTI	R. Dr. Cesário Motta Jr., 112	São Paulo	SP	01221-020	(0113) 2240-122	Dr . Antônio Carlos Forte	1
Irm. da Santa Casa de Miser. de São Paulo — UTI Ped.	R. Dr. Cesário Motta Jr., 112	São Paulo	SP	01221-020	(0011) 2240-122	Dr. Ivan Polastrini Pistelli	2
Soc. Benef. de SRAS / Hosp. Sírio Libanês — UTI	R. Dona Adma Jafet, 91 — 1º Andar	São Paulo	SP	01308-050	(0113) 1550-390	Dr. Paulo Cesar Ribeiro	1
Soc. Beneficente Centro Médico de Campinas — UTI	R. Dr. Edilberto L. Pereira da Silva, 150	Campinas	SP	13083-190	(0019) 3789-5387	Dra. Desanka Dragosavac	1
Univ. Estadual Paulista — Dr. Julio Mesquita — UNESP — UTI	Distrito de Rubião Junior, s/nº — Caixa Postal 584	Botucatu	SP	18618-970	(0014) 6802-6142	Dra. Ana Lúcia dos A. F. Camargo	1
Univ. Est. Paulista Dr. Julio Mesquita Filho — Dept. de Ped.	Distrito Rubião Junior, s/nº — Caixa Postal 530	Botucatu	SP	18618-970	(0014) 8221-111	Dr. José Roberto Fioretto	2

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

PORTARIA SAS/MS DE 1996 — SECRETÁRIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CLASSIFICAÇÃO DE UTIS	C	B	A
A — ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES			
Área física: UTI Adulto	14m/leito >18m/leito	15 a 18m/leito	
Área física: UTI Pediátrica	12m²/leito		
Área física: UTI Neonatal	5m²/leito		
Área para descanso da enfermagem	sim	sim	sim
Balcão c/pia para preparo de medicamentos	sim	sim	sim
Banheiro para pacientes	sim	sim	sim
Circulação independente do limpo e contaminado	sim	sim	sim
Climatização (ar condicionado central)	opcional	sim	sim
Conforto c/banheiro para plantão médico	sim	sim	sim
Copa	sim	sim	sim
Depósito de material de limpeza	sim	sim	sim
Divisórias por leito	sim	sim	sim
Expurgo para sólidos e líquidos	sim	sim	sim
Iluminação natural	sim	sim	sim
Lavatórios (01 para cada 05 leitos)	sim	sim	sim
Locais apropriados p/guarda de roupas e medicamentos, materiais médicos e equipamentos	sim	sim	sim
Posto de enfermagem 8m² p/cada 10 leitos com visão direta para os leitos	sim	sim	sim
Prescrição médica 2m² para cada 10 leitos	sim	sim	sim
Isolamento com porta, expurgo, pia e ar condicionado exclusivo	15m opcion.	15m opcion.	18msim
Sala administrativa	sim	sim	sim
Sala de espera p/acompanhantes visitantes	sim	sim	sim

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sala de serviços 8m² c/balcão e pia para preparo de materiais e equipamentos	sim	sim	sim
Sistema de suprimento c/gerador de Energia Elétrica (inclusive de emergência) nas 24 hojas	sim	sim	sim
Tomadas 110v: mínimo de 08 por leito	sim	sim	sim
Tomadas RX (uma por unidade) 220v	sim	sim	sim
Sistema de suprimento de gases:			
Ar comprimido: 1 ponto/leito	sim	sim	sim
Oxigênio: 1 ponto/leito (pelo menos)	sim	sim	sim
Vácuo: 1 ponto/leito	sim	sim	sim
Vestiário c/banheiro p/funcionários(M e F)	sim	sim	sim

B — RECURSOS HUMANOS (cobertura 24h/dia)

Médicos:			
Médico Chefe c/ especialidade em Medicina Intensiva	sim	sim	sim
Médico Diarista c/especialidade em Medicina Intensiva	sim	sim	sim
Médico Plantonista (01 para cada 10 leitos)	sim	sim	sim
Médico Plantonista c/especialidade em Medicina Intensiva	opcional	03	> 03
Relação médico plantonista/paciente: O1:10	sim	sim	não
O1:9 a 01:6	opcional	opcional	não
O1:5 ou <	opcional	opcional	sim
Auxiliar de Enfermagem (01:02 leitos)	sim	sim	01:01
Enfermeiro Chefe exclusivo para a unidade	opcional	opcional	sim
Enfermeiro por turno de trabalho (01)	sim	sim	> 01
Outros Profissionais:			
Auxiliar de serviços diversos/secretária	sim	sim	sim
Fisioterapeuta	opcional	12h diurnas	24h
Servente (disponível 24h)	sim	sim	sim

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

C — MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Aparelho móvel de RX (01 por serviço)	sim	sim	sim
Aspirador a vácuo p/ dreno 1 por unidade	sim	sim	sim
Balança disponível para pesagem de pacientes (qualquer que seja o tipo de UTI)	sim	sim	sim
Balão intra-aórtico	opcional	opcional	sim
Bomba de infusão: 1 por leito	1:1	2:1	3:1
Cama balança	opcional	opcional	01
Cama de UTI com grades e berço aquecido	sim	sim	sim
Capacete/oxitenda p/administração de O_2 1/paciente (UTI Neonatal e Pediátrica)	sim	sim	sim
Capnógrafo 1 por unidade	opcional	01	> 01
Carro ressuscitador com desfibrilador, ambu material p/intubação endotraqueal: (01 por unidade)	sim	1: 5	1:5
Cilindro de O_2+ar comprimido disponível no hospital	sim	sim	sim
Eletrocardiógrafo portátil 1 por serviço ou 1 por centro de tratamento intensivo	sim	sim	sim
Fototerapia 1 para cada 3 leitos (UTI Neonatal)	sim	sim	sim
Glicosímetro ou hemoglicoteste 1 por unidade	sim	sim	sim
Hemogasômetro próprio do hospital	sim	sim	sim
Inaladores com máscara 1 por leito	sim	sim	sim
Incubadora (UTI Ped. e Neo): 1 por paciente	sim	sim	sim
Kit beira de leito (termômetro, tensiômetro, esteto) 1 por leito	sim	sim	sim
Kit de CPAP nasal+umidificador aquecido (UTI Neonatal e Pediátrica): 1 p/cada 2 leitos	sim	sim	sim
Marca-passo temporário (fonte e cabos)	sim	sim	sim

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Máscaras de nebulização 1 por leito	sim	sim	sim
Material disponível 24h para:			
• Acesso venoso profundo	sim	sim	sim
• Curativos	sim	sim	sim
• Diálise peritoneal	sim	sim	sim
• Drenagem torácica	sim	sim	sim
• Flebotomia	sim	sim	sim
• Implante de marca-passo temporário	sim	sim	sim
• Punção liquórica	sim	sim	sim
• Sondagem vesical	sim	sim	sim
• Traqueostomia	sim	sim	sim
Monitor beira de leito c/ visoscópio (1 p/leito)	sim	sim	sim
Monitor de pressão invasiva (por unidade)	opcional	1:10	1:5
Monitor de pressão não-invasiva (por leito)	opcional	1:3	1:1
Monitor de débito cardíaco	opcional	1:10	1:5
Monitorização ventilatória	sim	sim	sim
Negatoscópio (1 por unidade)	sim	sim	sim
Oftalmoscópio (1 por serviço)	opcional	sim	sim
Otoscópio (1 por unidade)	opcional	sim	sim
Oxímetro (por leito) 1:4 1:3 1/1 Respirador (1 por leito)	sim	sim	sim
Respirador microprocessado 2/3 dos leitos	opcional	>	2/3 dos leitos
Respirador pressórico (UTI Neonatal) 1 para cada 3 leitos	sim	sim	sim
Urodensímetro (1 por unidade)	sim	sim	sim
Ventilômetro (1 por unidade)	sim	sim	sim

D — SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

Acesso a Laboratório de Análises Clínicas (24h)	sim	sim	não
Acesso Agência Transfusional			

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

disponível 24h	sim	sim	não
Anatomia patológica	opcional	sim	sim
Angiografia seletiva	opcional	opcional	sim
Banco de Sangue (24h) no próprio hospital	opcional	opcional	sim
Cirurgia Geral/Pediátrica	sim	sim	sim
Cirurgia torácica/cardiovascular	opcional	opcional	sim
Condições de realizar diálise peritoneal na UTI	sim	sim	sim
Ecocardiograma para Unidade Coronariana	sim	sim	sim
Ecodopplercardiograma	opcional	opcional	sim
Endoscopia digestiva	sim	sim	sim
Fibrobroncoscopia	sim	sim	sim
Hemodiálise	opcional	sim	sim
Hemodinâmica	opcional	opcional	sim
Laboratório de Análises Clínicas (24h) no próprio hospital	opcional	opcional	sim
Laboratório Microbiologia	opcional	sim	sim
Medicina Nuclear	opcional	opcional	sim
Neurocirurgia	opcional	opcional	sim
Ortopedia	opcional	opcional	sim
Ressonância Magnética	opcional	opcional	sim
Tomografia Computadorizada	opcional	sim	sim
Ultra-sonografia	sim	sim	sim

E — PROGRAMAS DE TREINAMENTO E EDUCAÇÃO

Centro Formador de Intensivista credenciado pela AMIB e/ou CNRM (Obrigatório para as UTIs credenciadas pelo SUS de classificação A)	opcional	opcional	opcional
Programa de Educação Continuada	opcional	sim	sim
Atividades de Ensino (Obrigatório para as UTIs credenciadas pelo SUS de classificação A)	opcional	opcional	opcional

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

F — OUTROS RECURSOS HOSPITALARES

Auditório	opcional	sim	sim
Biblioteca	opcional	sim	sim
Centro de Estudos	opcional	sim	sim
Contratos de Manutenção de Equipamentos	sim	sim	sim
Serviço de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	sim	sim	sim

Observação:
Os profissionais de nível superior, quando não houver exigência do Título de Especialista em Medicina Intensiva, deverão ter experiência comprovada de no mínimo um ano em serviço de UTI.
A UTI deve existir em hospitais com capacidade igual ou maior a 100 leitos, com um mínimo de cinco leitos.

Comissão de Defesa do Exercício Profissional da AMIB
Presidente: Luiz Alexandre Alegretti Borges
Membros: Marcelo Moock
Rosane Sonia Goldwasser
Paulo Sergio Siebra Beraldo
Roberto Lucio de G. Verçoza
Jefferson Pedro Piva

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo — CQH (Tabela de Itens Relativos à UTI)		
430) Há médico exclusivo da unidade durante 24 horas?	(S)	(N)
431) Há enfermeiro exclusivo da unidade?	(S)	(N)
432) O médico responsável pela unidade passa visita médica "visita horizontal", diariamente, junto com o plantonista? Verificar esquema e se possível a visita	(S)	(N)
433) Há pessoal de enfermagem qualificado na proporção de um profissional para cada dois leitos? (mínimo de 12h/cuidados de enfermagem/paciente/dia)	(S)	(N)
434) Possui estoque suficiente para 24 horas de:	(S)	(N)
I — medicamentos	(S)	(N)
II — materiais descartáveis?	(S)	(N)
435) O estoque é verificado diariamente e se faz reposição do material consumido? Verificar: os medicamentos de emergência devem estar disponíveis no local e na farmácia, assim como antibióticos de primeira linha, cefalosporinas de terceira geração e antibiótico de cobertura para agentes microbianos multirresistentes. Verificar materiais: Abocate (Jelco) vários tamanhos ( ) Agulhas vários tamanhos ( ) Cânula de traqueostomia ( ) Cateter de O_2 vários tamanhos ( ) Cateter para diálise peritoneal ( ) Dreno de tórax ( ) Equipo de infusão macro/micro ( ) Equipo de PVC ( ) Intracath vários tamanhos ( ) Luva de procedimento ( ) Luva estéril ( ) Equipamentos de proteção individual ( )		
436) Possui um monitor cardíaco para cada leito?	(S)	(N)
437) Há diponíveis e exclusivos da unidade:	(S)	(N)
I — Estestocópio	(S)	(N)
II — Esfigmomanômetro	(S)	(N)
III — Oftalmoscópio	(S)	(N)
438) Possui material estérie para procedimentos, em estoque suficiente para 24 horas?	(S)	(N)
Verificar instrumentais, roupas, campos cirúrgicos, outros		
439) Existem no local os seguintes recursos técnicos:		
I — Marca-passo externo transitório	(S)	(N)
II — Carro para intubação orotraqueal	(S)	(N)
III — Eletrocardiógrafo	(S)	(N)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo — CQH (Tabela de Itens Relativos à UTI) (Cont.)		
IV — Respirador mecânico a pressão (1 para 3 leitos)	(S)	(N)
V — Respirador mecânico volumétrico (pelo menos 1)	(S)	(N)
VI — Oxímetro de pulso	(S)	(N)
VII — Aspirador portátil para drenagens (1para 4 leitos)	(S)	(N)
VIII — Negatoscópio	(S)	(N)
IX — Bomba de infusão	(S)	(N)
X — Desfibrilador	(S)	(N)
Todos os itens		
440) Possui oxigênio, ar comprimido e aspiração com saídas individuais para cada leito?	(S)	(N)
441) A unidade está ligada na fonte alternativa de energia elétrica?	(S)	(N)
Verificar as instalações e entrevistar os profissionais		
442) Há acesso durante as 24 horas todos os dias da semana a:		
I — Serviço de laboratório de análises clínicas	(S)	(N)
II — Serviço de hemoterapia	(S)	(N)
III — Serviço de radiologia	(S)	(N)
IV — Aparelho portátil de radiologia	(S)	(N)
V — Centro cirúrgico	(S)	(N)
Verificar junto ao corpo clínico e à enfermagem (todos os itens)		
443) Há um horário e tempo definidos para as visitas?	(S)	(N)
Verificar o mecanismo de controle		
444) Há no local, pelo menos uma pia com sabão e toalhas de papel?	(S)	(N)
I — Os visitantes são estimulados a lavar as mãos na entrada e saída?	(S)	(N)
Verificar o funcionamento das pias e o procedimento		
445) A distribuição dos leitos permite sua visualização constante, desde o posto de enfermagem?	(S)	(N)
446) Há um sistema definido para garantir informações aos responsáveis pelo paciente?	(S)	(N)
Verificar o esquema e sua eficácia		
447) Há médico intensivista disponível nas 24 horas?	(S)	(N)
448) Enfermeiros capacitados em atendimento de UTI exclusivos da unidade nas 24 horas?	(S)	(N)
Verificar junto ao corpo clínico e à enfermagem		
449) Conta com assistência de especialista em:		
I — Neurologia	(S)	(N)
II — Pneumologia	(S)	(N)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo — CQH (Tabela de Itens Relativos à UTI) (Cont.)		
III — Nefrologia	(S)	(N)
IV — Cardiologia	(S)	(N)
V — Cirurgia	(S)	(N)
Todos os itens		
450) Médico da UTI mantém intercâmbio com o médico do paciente?	(S)	(N)
Verificar junto ao corpo clínico e à enfermagem		
451) O pessoal técnico recebe treinamento constante:		
I — Para atendimento de emergências	(S)	(N)
II — Cuidados com pacientes em estado crítico	(S)	(N)
452) Há pessoal de enfermagem qualificado na prorporção de dois profissionais para três leitos? (mínimo de 18h/cuidados de enfermagem/paciente/dia.)	(S)	(N)
453) Conta com assistência de fisioterapia?	(S)	(N)
Verificar o esquema de atendimento		
454) Existem no local os seguintes recursos técnicos disponíveis para a unidade:		
I — Respirador mecânico à pressão positiva volumétrica (1 para 3 leitos) (mínimo dois na unidade)	(S)	(N)
II — Capnógrafo	(S)	(N)
Oxímetro (1 para 3 leitos)	(S)	(N)
Monitorização de PA não invasiva	(S)	(N)
Aspirador portátil para drenagem contínua	(S)	(N)
Equipamentos, soluções e sondas para diálise peritoneal e (ou) hemodiálise	(S)	(N)
Verificar todos os itens		
455) Há atividades de controle de qualidade da assistência prestada:		
I — Reunião clínica	(S)	(N)
II — Revisão de óbitos e complicações	(S)	(N)
III — Levantamento de taxa de mortalidade por diagnóstico	(S)	(N)
IV — Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares por procedimentos	(S)	(N)
Verificar o esquema, taxas, relatórios — (todos os itens)		
456) Tomam-se medidas específicas de prevenção de IH?	(S)	(N)
Verificar o esquema		
457) Há impressos padronizados para evolução:		
Médica	(S)	(N)

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo — CQH (Tabela de Itens Relativos à UTI) (Cont.)		
De enfermagem	(S)	(N)
Outros profissionais	(S)	(N)
Verificar nas unidades de internação e no SAME		
458) Todos os médicos e plantonistas têm especialização em medicina intensiva?	(S)	(N)
459) Há visita horizontal duas vezes por dia? Verificar	(S)	(N)
460) Todo o pessoal de enfermagem é especializado em terapia intensiva?	(S)	(N)
Verificar junto ao corpo clínico e à enfermagem		
461) Utilizam-se protocolos clínicos para determinar o prognóstico de pacientes aceitos na UTI?	(S)	(N)
Verificar os protocolos e sua utilização		
462) Há preocupação em preservar o ciclo dia/noite nos pacientes internados?	(S)	(N)
Verificar o esquema		
463) Há respiradores mecânicos a pressão positiva volumétrica na proporção de: um para dois leitos, sendo que pelo menos dois permitam efetuar PEEP-CEPAP-IMV?	(S)	(N)
PEEP: pressão expiratória final positiva — CEPAP: pressão expiratória positiva contínua — IMV: volume inspiratório mandatório		
464) São feitos levantamentos da Qualidade dos cuidados de enfermagem?	(S)	(N)
I — Índice de escaras/tempo de internação	(S)	(N)
II — Índice de complicações de acesso vascular (dia, semana, mês)	(S)	(N)
III — Índice de acidentes profissionais	(S)	(N)
IV — Outros	(S)	(N)
Verificar quais os indicadores e o sistema de pesquisa		

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

GRUPO IV DO APÊNDICE
Outros Documentos

REGIMENTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (MODELO SUGERIDO PELO HOSPITAL SÃO MATEUS, FORTALEZA — CEARÁ)

I — Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital..... é serviço que reúne pessoal médico, de enfermagem, técnico e administrativo, especialmente treinado para assistência ao paciente crítico, em regime integral. Para consecução de seus objetivos, a UTI encontra-se instalada em área apropriada, e integrada aos demais serviços do Hospital, estando subordinada à Direção Clínica da instituição hospitalar. É dirigida por um Chefe Médico, havendo também uma Chefe de Enfermagem, subordinada à Chefia Médica, para assuntos da UTI, e à Chefia do Serviço de Enfermagem, para assuntos gerais da enfermagem. A implantação do Regimento da UTI sistematiza o trabalho intensivo, em consonância com o Regimento Geral do Hospital, propiciando meios de comparar qualidade e quantidade da assistência intensiva prestada pela Unidade a pacientes críticos.

II — Objetivos

A Unidade de Terapia Intensiva propõe-se a realizar dispensação de cuidados e observação contínua e integral (pessoal e tecnológica), de acordo com as necessidades de cada paciente, a fim de minimizar a morbimortalidade própria dos pacientes críticos, e ao mesmo tempo,

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

tentando promover a recuperação total dos mesmos, visando a qualidade de vida satisfatória e digna.

III — Normas

1 — Para a internação de pacientes:

a) devem ser internados na UTI os pacientes que:

- *apresentem instabilidade grave de um ou mais sistemas fisiológicos principais;*
- *apresentem alto risco de instabilidade de um sistema fisiológico principal;*
- *necessitem de atenção clínica constante e de técnicas especiais, tais como monitorização tecnológica, próprias de UTI;*
- *necessitem de atenção constante no período pós-operatório de cirurgias de grande porte (cirurgias cardíaca, torácica, vascular, neurocirurgia, politraumas etc.);*
- *necessitem de prova terapêutica que implique em riscos para o paciente;*
- *em morte encefálica desde que, sejam potenciais doadores de órgãos;*

b) a solicitação de internação na UTI de paciente que já esteja internado no hospital deve ser feita, em formulário próprio, pelo médico que estiver assistindo o paciente, ou, na falta deste, do médico plantonista do Hospital, com a devida justificativa de internação em UTI;

c) após a solicitação, o médico plantonista da UTI, se possível, deverá avaliar o paciente, in loco*, e, de acordo com o seu juízo clínico, concordar ou não com a procedência da solicitação, fazendo o devido registro no formulário de solicitação da vaga na UTI;*

d) caso não seja possível a avaliação do paciente pelo plantonista da UTI, o plantonista poderá ceder a vaga ou não, de acordo com as disponibilidades do serviço no momento, anotando no formulário do pedido de vaga o motivo do não atendimento da solicitação, e comunicando, o mais rápido possível, ao médico assistente do paciente, o motivo da não cessão da vaga;

e) se a solicitação for aceita, a enfermeira plantonista deverá ser imediatamente comunicada, a fim de tomar as devidas providências;

f) somente o médico plantonista/diarista e o Chefe da UTI estão habilitados a ceder vagas para admissão de pacientes na Unidade;

g) pacientes externos serão admitidos através do Serviço de Emergência do Hospital, onde serão submetidos a uma primeira avaliação

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pelo médico de plantão na Emergência, após a qual o referido plantonista solicitará a vaga na UTI;

h) nos casos de pacientes que serão submetidos a cirurgia de grande porte, com provável pós-operatório imediato na UTI, o médico assistente deverá previamente solicitar a vaga na UTI, no formulário próprio, devendo se certificar, antes de iniciar a cirurgia, da existência ou não da vaga;

i) a reserva de vagas é condicional, podendo, a qualquer momento, a vaga ser ocupada por um paciente que se torne subitamente grave nas dependências do Hospital. A prioridade na admissão dos pacientes obedece à seguinte ordem: pacientes internados no Hospital, pacientes da Emergência e, finalmente, pacientes externos;

j) ao dar entrada na UTI, o paciente será imediatamente avaliado pelo plantonista, que fará a devida admissão no prontuário do paciente, (mesmo que o médico assistente do paciente esteja presente), com registro da data, hora, condições em que o paciente chegou na Unidade, anamnese e exame clínico, elaboração de hipóteses diagnósticas, solicitação de exames e estratégia médica adotada. A primeira prescrição médica pode ser feita pelo plantonista, pelo médico assistente, ou por ambos;

l) da mesma maneira, deve a enfermeira plantonista proceder a admissão do paciente, em folha própria, fazendo constar a data, hora e condições de chegada do paciente, bem como elaborar o plano de cuidados de enfermagem para o paciente.

2 — Para a evolução:

a) serão realizadas três avaliações diárias, uma a cada turno. Avaliações clínicas adicionais serão realizadas de acordo com as necessidades de cada caso;

b) as intercorrências serão registradas e comunicadas imediatamente ao médico assistente;

c) a evolução de enfermagem será de competência da enfermeira e seguirá a mesma diretriz da prescrição médica, quanto à periodicidade e às anotações adicionais;

d) deverão ser corretamente registradas, nos locais apropriados, ocorrências tais como resultados de exames, saída de pacientes para realização de exames fora da Unidade, condições de transferências e de altas e óbitos.

3 — Para as prescrições:

a) as prescrições médicas dos pacientes internados na UTI serão realizadas pelo médico plantonista e/ou pelo médico assistente;

b) as intercorrências que gerarem modificações da conduta adotada serão registradas e comunicadas imediatamente ao médico assistente;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

c) as prescrições de enfermagem serão realizadas pela enfermeira de plantão, de acordo com as necessidades de cada paciente;

d) as medicações só serão administradas aos pacientes quando devidamente prescritas no prontuário pelo médico, salvo em casos de emergência, quando serão acatadas ordens verbais do médico responsável, o qual, tão logo possível, procederá à devida prescrição no prontuário do paciente.

4 — Para a alta da Unidade:

a) a decisão da alta do paciente será de competência do médico assistente, de comum acordo com o plantonista;

b) a alta de um paciente poderá ser determinada diretamente pelo plantonista, após adequada avaliação clínica, em caso de necessidade premente de vaga, sendo imediatamente comunicada ao médico assistente do referido paciente. Caso não haja concordância do respectivo médico assistente, o plantonista deverá acolher a orientação deste profissional, fazendo constar em relatório dirigido à Chefia da Unidade o fato ocorrido e seu desfecho, a fim de se preservar de futuros questionamentos éticos;

c) à enfermeira, ou a quem a mesma delegar, cabe programar o momento da alta, assim como as orientações ao paciente e/ou familiares;

d) o setor que receberá o paciente deverá ser comunicado previamente, bem como será informado das condições clínicas do mesmo;

e) à enfermeira compete registrar, no prontuário, data e hora do desligamento dos equipamentos porventura em uso no paciente.

5 — Para o óbito:

a) o médico plantonista é o responsável pela constatação do óbito, após exauridos todos os processos de suporte e reanimação, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico assistente. Deve também proceder a anotação, no prontuário do paciente, a hora exata e as circunstâncias em que ocorreu o óbito;

b) a declaração de óbito, quando do impedimento ou por delegação expressa do assistente, poderá ser fornecida pelo médico plantonista, sempre que houver condições de estabelecer a causa de morte;

c) à equipe de enfermagem cabe o preparo do corpo, bem como o seu encaminhamento para o velório/necrotério do Hospital;

d) o óbito deve ser comunicado pessoalmente pelo médico ou enfermeira aos familiares do paciente.

6 — Para o equipamento da UTI:

a) todo o equipamento durável existente na UTI, deverá ser devidamente patrimoniado pelo setor competente;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

b) ao ser constatado dano ou anormalidade funcional nos equipamentos da Unidade, o fato deverá ser comunicado à enfermeira plantonista ou à Chefe de Enfermagem, que deverá, através de Comunicação Interna, acionar o serviço de manutenção do Hospital;

c) o controle e manutenção dos equipamentos são tarefas de todos os componentes da Unidade, em especial das enfermeiras plantonistas, da Chefe de Enfermagem e da funcionária controlista;

d) o empréstimo de equipamento da UTI para outro setor do Hospital só poderá ser realizado, mediante protocolo, pela enfermeira plantonista, pelo plantonista médico, pela Chefe de Enfermagem e pelo Chefe Médico, com a devida anotação no livro de ocorrências de enfermagem;

IV — Atribuições do Chefe da Unidade

Cabe ao Chefe:

a) realizar o planejamento estratégico da Unidade, no que diz respeito ao número e capacitação de pessoal, operacionalidade do serviço, quantitativo de material e recursos tecnológicos;

b) representar os funcionários médicos e paramédicos em qualquer instância, e a respeito de qualquer assunto, no relacionamento da Unidade com as demais áreas do Hospital;

c) supervisionar todas as atividades desenvolvidas dentro da UTI;

d) executar todas as atribuições constantes no Regimento Geral do Hospital;

e) administrar o serviço de forma harmoniosa, promovendo a coesão e a homogeneidade, tanto quanto possível, do corpo médico e de enfermagem da UTI;

f) indicar e admitir no serviço, com a concordância da Direção Clínica do Hospital, profissionais médicos que considerar aptos ao trabalho na UTI;

g) treinar os profissionais atuantes na UTI em técnicas próprias de Terapia Intensiva, bem como nas inovações tecnológicas relativas ao tratamento intensivo;

h) dar pareceres sobre compra e/ou alienação de materiais médicos, medicamentos, recursos tecnológicos, procedimentos médicos novos ou experimentais;

i) zelar pelo respeito integral à Ética Médica dentro da Unidade;

j) arbitrar casos de atritos funcionais dentro da Unidade, ou, se for o caso, encaminhá-los à Direção Clínica;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

l) dar pareceres médicos, quando solicitado pelo médico assistente, ou quando o caso requerer, numa atitude de constante participação e colaboração com os demais profissionais;

m) representar o serviço, em qualquer ocasião, dentro e fora da instituição hospitalar;

n) dinamizar as ações médicas visando à maior produtividade, mantendo, ao mesmo tempo, elevado padrão de assistência, estabelecendo e supervisionando a aplicação das rotinas médicas no serviço, sempre que possível;

o) elaborar protocolos de avaliação terapêutica, baseados sempre em princípios éticos, e de acordo com a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital, se houver;

p) ser exemplo de conduta no que tange a liderança, pontualidade, assiduidade, cordialidade, competência, dedicação, disciplina, bom senso, interesse e zelo pelos valores éticos da categoria, bem como pelo patrimônio da Unidade.

V — Atribuições dos médicos plantonistas

Cabe ao médico plantonista:

a) cumprir o plantão de maneira integral e exclusiva na UTI;

b) ser pontual e assíduo;

c) ser cordial e atencioso no trato com os colegas plantonistas, os profissionais de enfermagem e os funcionários administrativos do serviço, sem que isto signifique quebra da hierarquia e da disciplina;

d) proceder à passagem de plantão, leito a leito, munindo o médico que entra no plantão de todas as informações necessárias relativas aos pacientes, principalmente as pendências, mesmo que de natureza burocrática;

e) trabalhar harmoniosamente com os médicos assistentes dos pacientes;

f) submeter-se à hierarquia própria do serviço e da instituição (Chefia Médica da UTI e Direção Clínica do Hospital);

g) receber e aceitar ou não, de acordo com a conveniência do serviço, as solicitações de vagas na UTI, após avaliação in loco*, se possível, respondendo por escrito no devido formulário de solicitação de vagas na Unidade;*

h) realizar procedimentos de natureza invasiva (diagnósticos, terapêuticos ou de suporte), bem como o controle continuado destes procedimentos, os quais devem ser devidamente anotados no prontuário dos pacientes, em folha apropriada, bem como em livros de controle da UTI, se houver;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

i) ser responsável pelo equipamento que utilizar no atendimento aos pacientes críticos, devendo ter pleno conhecimento do equipamento e de seu uso e zelar pela sua integridade;

j) submeter à aceitação e à autorização da Chefia do serviço sua participação em cursos, congressos ou outras atividades técnico-científicas relacionados à sua atuação como médico da Unidade;

l) submeter-se a todas as atribuições constantes do Regimento da área médica do Hospital;

m) propor à Chefia do serviço protocolos de avaliação terapêutica, baseados sempre em princípios éticos, e de acordo com a Comissão de Ética do Hospital, se houver;

n) ser exemplo de conduta no que tange a liderança, pontualidade, assiduidade, cordialidade, competência, dedicação, disciplina, bom senso, interesse e zelo pelos valores éticos da categoria, bem como pelo patrimônio da Unidade;

o) dar as informações necessárias, de acordo com seu julgamento clínico, dos pacientes e/ou respectivos familiares/responsáveis.

VI — Atribuições dos médicos assistentes

Cabe ao médico assistente:

a) solicitar vagas na UTI, para seus pacientes críticos, no formulário próprio e aguardar a devida resposta;

b) orientar e discutir a conduta médica a ser seguida com a equipe da UTI, o médico plantonista do horário e/ou com o Chefe da UTI;

c) comunicar à Chefia da Unidade, por escrito, todas as falhas e irregularidades porventura constatadas no seguimento dos seus pacientes quando da permanência da UTI;

d) submeter-se a todas as atribuições constantes do Regimento da área médica do Hospital;

e) propor à Chefia do serviço protocolos de avaliação terapêutica, baseados sempre em princípios éticos, e de acordo com a Comissão de Ética do Hospital, se houver;

f) dar as informações necessárias, de acordo com o seu julgamento clínico, aos pacientes e/ou respectivos familiares.

VII — Atribuições da Chefe de Enfermagem

Cabe à Chefe de Enfermagem:

a) realizar o planejamento estratégico da enfermagem para a Unidade, auxiliando o Chefe Médico no que diz respeito a quantitativo

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de pessoal, operacionalidade do serviço, quantitativo de material e recursos tecnológicos;

b) representar os funcionários enfermeiros e de nível médio em qualquer instância e a respeito de qualquer assunto no relacionamento da enfermagem da Unidade com as demais áreas do Hospital;

c) supervisionar, coordenar e controlar todas as atividades desenvolvidas pelo corpo de enfermagem dentro da UTI;

d) executar todas as atribuições constantes no Regimento Geral do Hospital;

e) administrar o serviço de forma harmoniosa, promovendo a coesão e a homogeneidade do corpo de enfermagem da UTI e, tanto quanto ao seu alcance, com o corpo médico;

f) indicar e admitir no serviço, com a concordância da Chefia Médica e Chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital, profissionais enfermeiros e de nível médio que considerar aptos ao trabalho na UTI, treinando-os e adaptando-os à rotina do serviço;

g) treinar os profissionais de enfermagem atuantes na UTI em técnicas próprias de Terapia Intensiva, bem como nas inovações tecnológicas relativas ao tratamento intensivo;

h) dar pareceres sobre compra e/ou alienação de materiais médicos, medicamentos, recursos tecnológicos, procedimentos médicos novos ou experimentais, numa atividade auxiliar à Chefia da Unidade;

i) zelar pelo respeito integral à Ética de Enfermagem dentro da Unidade;

j) ser o árbitro em casos de atritos funcionais entre profissionais de enfermagem e, em caso de impasse, levar o fato ao conhecimento do Chefe da Unidade/serviço de enfermagem do Hospital, auxiliando-o no encaminhamento adequado da questão;

l) representar o serviço de enfermagem da UTI, em qualquer ocasião, dentro e fora da instituição hospitalar;

m) estabelecer e supervisionar a aplicação das rotinas de enfermagem no serviço;

n) apurar falhas e irregularidades no desempenho do trabalho de enfermagem, estabelecendo punições, de acordo com o seu juízo, ou encaminhando o caso à Chefia da Unidade e/ou à Chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital, quando necessário;

o) dinamizar as ações de enfermagem visando à maior produtividade, mantendo, ao mesmo tempo, elevado padrão de assistência;

p) proceder a revisão de prontuários, quando da alta do paciente, em auxílio à funcionária administrativa da UTI:

q) ser exemplo de conduta no que tange a liderança, pontualidade, assiduidade, cordialidade, competência, dedicação, disciplina, bom

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

senso, interesse e zelo pelos valores éticos da categoria, bem como pelo patrimônio da Unidade.

VIII — Atribuições dos enfermeiros plantonistas

Cabe aos enfermeiros plantonistas:

a) supervisionar todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível médio durante os plantões na UTI;

b) executar todas as atribuições constantes no Regimento Geral do Hospital;

c) admitir os pacientes na Unidade e realizar avaliação dos mesmos, identificando suas necessidades básicas e graus de dependência, deste modo auxiliando o médico plantonista;

d) promover o correto cumprimento da prescrição médica relativa aos pacientes;

e) procurar trabalhar sempre de forma harmoniosa, promovendo a coesão e a homogeneidade do corpo de enfermagem da UTI e, tanto quanto ao seu alcance, com o corpo médico;

f) auxiliar a Chefe de Enfermagem no treinamento dos profissionais de nível médio em técnicas próprias de Terapia Intensiva, bem como nas inovações tecnológicas relativas ao tratamento intensivo;

g) zelar pelo respeito integral à Ética de Enfermagem dentro da Unidade;

h) ser o árbitro em casos de atritos funcionais entre profissionais de enfermagem durante os plantões e, em caso de impasse, levar o fato ao conhecimento da Chefe de Enfermagem, que dará encaminhamento adequado à questão;

i) fazer o registro das ocorrências do plantão, em livro próprio, de acordo com a rotina do serviço;

j) proceder a passagem de plantão, leito a leito, munindo a enfermeira que entra no plantão de todas as informações necessárias relativas aos pacientes, inclusive das pendências;

k) realizar a divisão de tarefas, de maneira eqüitativa, entre os profissionais de nível médio;

l) providenciar a limpeza dos leitos após a saída dos pacientes da Unidade;

m) realizar as tarefas inerentes à profissão, tal como consta no Código de Ética da Enfermagem;

n) acompanhar a visita médica diariamente (plantonista, médico assistente ou chefe médico), colaborando com informações precisas e adequadas a cada caso;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

o) proceder a conferência e reposição dos medicamentos e equipamentos do carrinho de urgências diariamente, em todos os turnos, na passagem de plantão e, logo após o atendimento de qualquer emergência médica;

p) proceder a conferência dos equipamentos da UTI e adotar as providências necessárias para o conserto dos mesmos;

q) registrar em formulário apropriado todos os cuidados e procedimentos relativos aos pacientes;

r) supervisionar a aplicação das rotinas de enfermagem durante os plantões;

s) evoluir em formulário próprio todos os pacientes, por turno, e até mais de uma vez por turno aqueles pacientes mais graves;

t) apurar falhas e irregularidades no desempenho do trabalho de enfermagem, encaminhando os casos detectados à Chefia de Enfermagem da Unidade;

u) observar técnica asséptica nos procedimentos realizados no paciente, bem como a correta técnica na desinfecção/descontaminação de material/equipamentos;

v) fechar o balanço de cada paciente ao final de cada turno de trabalho;

w) ser responsável pelo equipamento que utilizar no atendimento aos pacientes críticos, devendo ter pleno conhecimento do equipamento e de seu uso e zelar pela sua integridade;

x) proceder a revisão de prontuários, quando da alta do paciente, em auxílio à funcionária administrativa da UTI;

z) ser exemplo de conduta no que tange a liderança, pontualidade, assiduidade, cordialidade, competência, dedicação, disciplina, bom senso, interesse e zelo pelos valores éticos da categoria, bem como pelo patrimônio da Unidade.

IX — Atribuições dos profissionais de nível médio

Cabe aos técnicos e auxiliares de enfermagem:

a) executar todas as atribuições constantes no Regimento Geral do Hospital;

b) realizar as tarefas inerentes à profissão, tal como consta no Código de Ética da Enfermagem;

c) acatar normas e rotinas estabelecidas pelo serviço de enfermagem da Unidade;

d) acatar a estrutura hierárquica da enfermagem;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e) manter uniforme e aparência física em boas condições;

f) manter a enfermeira plantonista informada de todas as intercorrências relativas aos pacientes aos quais administra cuidados;

g) procurar trabalhar sempre de forma harmoniosa, promovendo a coesão e a homogeneidade dos colegas de nível médio e com o corpo de enfermeiros da UTI e, tanto quanto ao seu alcance, com o corpo médico;

h) auxiliar a enfermeira plantonista e a chefe de enfermagem na adaptação e treinamento dos profissionais de nível médio iniciantes no serviço, caso a chefia do serviço assim determine;

i) zelar pelo respeito integral à Ética de Enfermagem dentro da Unidade;

j) fazer o registro das suas atividades nos formulários próprios nos prontuários dos pacientes, de acordo com a rotina do serviço;

k) ser responsável pelo equipamento que utilizar no atendimento aos pacientes críticos, devendo ter pleno conhecimento do equipamento e de seu uso e zelar pela sua integridade;

l) ser exemplo de conduta no que tange a liderança, pontualidade, assiduidade, cordialidade, competência, dedicação, disciplina, bom senso, interesse e zelo pelos valores éticos da categoria, bem como pelo patrimônio da Unidade.

X — Proibições

a) não é permitido que médicos estranhos ao corpo clínico da instituição cumpram plantões na UTI;

b) não é permitido que enfermeiros estranhos ao corpo de enfermagem da instituição cumpram plantões na UTI;

c) não é permitido que profissionais de nível médio ou funcionários estranhos à instituição cumpram plantões na UTI;

d) não é permitido que pessoas ligadas à área de saúde e que sejam parentes de paciente internado na UTI possam livremente permanecer no interior da UTI, devendo haver um revezamento de modo que não mais que um parente fique ao lado do paciente;

e) não é permitido que pessoas ligadas à área de saúde e que sejam parentes de paciente internado na UTI possam livremente interferir com o tratamento ou manipular as prescrições dos médicos plantonistas e/ou dos médicos assistentes, a não ser que sejam médicos, sendo que, daí em diante, se tornarão os responsáveis exclusivos pelo referido paciente, assumindo integralmente a conduta médica e arcando com todas as conseqüencias éticas que tal fato determinar; de-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pendendo do encaminhamento do caso, a Chefia médica do serviço pode adotar as providências que achar cabíveis, visando ao interesse do paciente, sempre observando as considerações éticas relativas ao caso;

f) não é permitida, em nenhuma hipótese, quebra da hierarquia e da disciplina dentro do serviço, tendo-se sempre em mente que, no plantão, o médico plantonista é a maior autoridade presente, vindo em seguida a enfermeira plantonista;

g) não é permitido que médicos plantonistas desconsiderem prescrições de médicos assistentes, na ausência destes, a não ser em casos de intercorrências graves que ameaçam a vida dos pacientes, sendo então autorizados e até obrigados a fazer as interferências necessárias para manter a integridade dos pacientes;

h) não é permitido o empréstimo de material/equipamento da UTI para outro Hospital, a não ser que haja concordância da Direção Clínica da instituição;

i) não é permitida a colocação corriqueira de leitos-extras na UTI, em caso de lotação máxima, tendo como exceções as situações de risco de vida e devidamente avaliadas pelo médico plantonista;

j) não é permitido, em nenhuma hipótese, o uso de cigarros e equivalentes dentro do recinto da UTI, bem como de outros hábitos e costumes que possam levar riscos aos pacientes internados;

k) não é permitida, em nenhuma hipótese, a negociação de quaisquer objetos no ambiente da UTI, bem como a discussão de preços de equipamentos e/ou serviços médicos e/ou hospitalares por parte de componentes da Unidade.

XI — Disposições Gerais

a) a limpeza da Unidade será realizada conforme orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

b) a realização de pesquisa na Unidade deverá ser precedida da elaboração de projeto de pesquisa, devidamente aprovado pela Chefia da UTI, Comissão de Ética em Pesquisa e Direção do Hospital;

c) a utilização de casuísticas da UTI para fins de estudo e de publicação deve ser autorizada pela Chefia da Unidade, dentro de critérios próprios do Hospital;

d) serão permitidas visitas diárias de familiares aos pacientes. Excepcionalmente, a critério do médico e/ou da enfermeira plantonistas, a liberação de visitas pode ser feita em mais de um horário;

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

e) a passagem de plantão é obrigatória para médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, não sendo permitida a saída de qualquer profissional sem a presença do respectivo substituto, salvo se autorizado pela chefia imediata;

f) todas as comunicações da UTI, recebidas ou enviadas, devem ser registradas no respectivo livro de protocolos (pedidos de exames, saída de equipamentos, recebimento de material sob consignação, atestados de óbito etc.).

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Identificação do Estudo, Instituição, Pesquisador, Patrocinador e Paciente
2. Introdução
3. Objetivo do estudo
4. Procedimentos a serem seguidos
5. Experiência anterior
6. Desconfortos e Riscos
7. Alternativas terapêuticas
8. Exclusões
9. Benefícios e deveres dos participantes
10. Compensação para Tratamento Médico
11. Compromisso de confidencialidade
12. Compromisso de atualização com novas informações
13. Pessoas para contato
14. Participação voluntária
15. Assinaturas

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL:
Nome do paciente_____
Documento de identidade nº: _____Sexo: M_____ F_____
Data de nascimento: _____/_____/_____
Endereço: _____ Nº ____ Apto: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____-_____ Telefone (_____) _____
PATROCINADOR: _____
PROTOCOLO Nº: _____
INVESTIGADOR: _____
LOCAL: _____

TÍTULO DO PROTOCOLO: Estudo randomizado, paralelo, duplo-cego, para comparar a segurança da enoxaparina com a segurança da heparina não-fracionada em pacientes com angina instável/infarto do miocárdio sem onda Q tratados com aspirina e tirofiban

2. INTRODUÇÃO

Você está sendo convidado a participar de um estudo de investigação clínica. Para decidir se deseja ou não tomar parte neste estudo de investigação clínica, você precisa entender os benefícios e riscos do mesmo, a fim de formar a sua opinião.

As informações dadas a seguir irão descrever o estudo e o seu papel enquanto participante. O investigador irá responder qualquer dúvida que você possa ter sobre este formulário e a respeito do estudo. Por favor leia cuidadosamente e não hesite em perguntar qualquer coisa sobre as informações fornecidas a seguir. Uma vez que você tenha compreendido o estudo, será solicitado a você que assine este formulário, se desejar participar.

3. OBJETIVO DO ESTUDO

Seu médico diagnosticou em você uma doença conhecida como angina instável que resulta em uma sensação de opressão, dor ou pressão no peito. Esses sintomas aparecem quando há uma diminuição no fornecimento de oxigênio para o músculo cardíaco, o que pode ser o resultado de um bloqueio parcial de uma das artérias do coração por um coágulo sangüíneo. Esse bloqueio pode provocar uma

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

nova dor no peito mais freqüente, mais forte ou até mesmo uma dor no peito durante o repouso. Se essa falta de fornecimento de oxigênio não for tratada, poderá levar a um ataque cardíaco.*

O Agrastat® (Tirofiban HCl ou cloridrato de tirofiban) foi aprovado pela FDA (Food and Drug Administration – órgão dos EUA de fiscalização de alimentos e medicamentos) para ser usado em associação com aspirina e heparina não-fracionada intravenosa, a fim de impedir a formação de coágulos de sangue o que é conseguido por inibição das plaquetas, (um tipo de célula sangüínea que forma coágulos quando há lesão nos vasos sangüíneos) e, dessa forma, tratar esta doença instável e aliviar a dor no peito. O objetivo deste estudo é verificar se tratar os pacientes com Agrastat® associado com outra forma de heparina, Lovenox® (enoxaparina), é tão seguro e eficaz como usar a associação de Agrastat® com heparina não-fracionada em pacientes com angina instável. Tanto Agrastat® como Lovenox® são medicamentos aprovados para o tratamento de angina instável; já a associação de Agrastat® com Lovenox® (uma heparina de baixo peso molecular) está sob investigação clínica.

4. PROCEDIMENTOS A SEREM SEGUIDOS

Após sua internação no hospital, você será examinado minuciosamente pelo seu médico e realizará um eletrocardiograma e alguns exames de laboratório. Além dos medicamentos e das intervenções que são utilizados habitualmente para tratar de pacientes com dor no peito, você receberá um dos dois tratamentos seguintes: Agrastat® em associação com heparina não-fracionada (associação que foi aprovada pela FDA); ou Agrastat® em associação com heparina de baixo peso molecular (associação que será investigada neste estudo) durante 108 horas (aproximadamente quatro dias e meio). Nenhum dos seus medicamentos será suspenso, a menos que algo interfira na formação de coágulos. Na hora em que você receber o medicamento do estudo, você será designado aleatoriamente para receber ou tratamento com Agrastat® associado com heparina não-fracionada ou Agrastat® associado com heparina de baixo peso molecular (Lovenox®). Antes de receber o medicamento do estudo, você receberá aspirina, que continuará a tomar diariamente daí em diante. No decorrer do estudo vão ser colhidas amostras do seu sangue para um

*Modelo de consentimento utilizado na pesquisa clínica do Agrastat, reproduzido com a autorização dos laboratórios Merck-Sharp-Dohme.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

acompanhamento rotineiro de hemogramas e marcadores de lesão cardíaca. Além disso, neste estudo vão ser coletadas entre uma e três amostras do seu sangue, para monitorar os anticorpos das plaquetas. Como essas amostras só serão analisadas depois de algum tempo, os resultados destes exames não estarão à sua disposição. Para monitorar a dosagem de heparina serão coletadas amostras do seu sangue, que serão usadas em testes de coagulação (tempo de tromboplastina parcial). Para tratar a sua angina instável, você receberá o medicamento do estudo por no mínimo de 24 a 48 horas e no máximo durante 108 horas. Depois da 24ª a 48ª hora, seu médico poderá recomendar um angiograma coronário como parte do seu tratamento de rotina. Se você precisar ser submetido a um angiograma coronário, seu médico vai lhe explicar os procedimentos envolvidos e os riscos dessa intervenção. Tendo feito o angiograma coronário, os resultados desse angiograma coronário vão determinar se você necessitará realizar uma angioplastia coronária (abertura das artérias do seu coração com cateteres) ou uma cirurgia de enxerto de desvio aortocoronário (ponte de safena) ou se precisará de um tratamento contínuo com o medicamento do estudo, sem nenhuma outra intervenção. Você será solicitado a assinar um formulário de consentimento individual para cada intervenção. Você continuará a usar o medicamento do estudo durante todas intervenções, exceto se for necessário a realização de uma ponte de safena. Durante a ponte de safena, o medicamento do estudo será descontinuado.

Quando você receber alta hospitalar, você passará por uma série padronizada de exames de laboratório e realizará um eletrocardiograma. Trinta dias após a alta hospitalar você receberá um telefonema do seu médico (ou médica) ou do coordenador do estudo, solicitando que você responda a uma série de perguntas relacionadas ao seu estado de saúde.

5. EXPERIÊNCIA ANTERIOR

A segurança e a eficácia do Agrastat® foram avaliadas em três estudos clínicos de grande porte, dos quais participaram 7.288 pacientes adultos que apresentavam um quadro de angina instável ou que precisaram se submeter a uma angioplastia coronária. Esses estudos mostraram que o tratamento com Agrastat® associado à heparina e à aspirina diminui o risco de dor no peito recorrente, ataques cardíacos e morte nos pacientes que receberam o medicamento em estudo. Agrastat® também é eficiente na diminuição no tamanho dos coágulos das artérias coronárias. O Agrastat® foi desenvolvido

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

pela Merck & Co., Inc. e aprovado pela FDA (Food and Drug Administration — órgão dos EUA de fiscalização de alimentos e medicamentos) para uso em pacientes com angina instável. A segurança e a eficácia do Lovenox® também foram avaliadas mundialmente em um estudo clínico de grande porte do qual participaram mais de 3.100 pacientes adultos com angina instável. Esse estudo mostrou que o tratamento com Lovenox® associado à aspirina diminui o risco de recorrência de dor no peito, ataques cardíacos e morte dos pacientes. A associação de Agrastat® e Lovenox® foi avaliada em um estudo de pequeno porte em que 55 pacientes foram tratados com Agrastat® associado ao Lovenox® ou com Agrastat® associado à heparina não-fracionada, usando um protocolo similar ao deste estudo, que é de porte maior. Se você concordar em fazer parte deste estudo maior, será um dos 500 pacientes que irão participar do estudo em 50 centros do mundo inteiro.

6. DESCONFORTOS E RISCOS

Existe a probabilidade de surgirem certos efeitos colaterais e certos incômodos associados com o tratamento com Agrastat® associado à aspirina e à heparina. Tendo em vista que tanto o Agrastat® como a aspirina e a heparina (não-fracionada e de baixo peso molecular, ou seja, Lovenox®) diminuem o potencial de formação de coágulos, o principal risco de usar estas drogas é o sangramento. Além disso, tanto o Agrastat® como o Lovenox® podem provocar queda na contagem de plaquetas de seu hemograma, o que pode levar a um risco maior de sangramento. Nas doses dadas neste estudo, a incidência de efeitos colaterais de sangramento relatados no tratamento com Agrastat® associado à heparina não-fracionada é ligeiramente maior do que no tratamento feito somente com heparina não-fracionada. A sua contagem de plaquetas e os seus hemogramas vão ser monitorados cuidadosamente durante o estudo. Se houver algum sangramento significativo ou se a contagem de plaquetas ou de glóbulos vermelhos baixar, o medicamento do estudo será suspenso, a critério do seu médico.

Além do sangramento, há outros efeitos colaterais que podem surgir no tratamento com Agrastat®. Entre eles estão os seguintes: dor de cabeça, náusea, edema (inchaço), dor nas pernas, dor na pelve, tontura, suor excessivo, freqüência cardíaca reduzida, dissecção da artéria coronária (ruptura do bloqueio da artéria, em geral relacionada com a angioplastia) e reação vasovagal (pulsação lenta e/ou pressão sangüínea baixa). Alguns pacientes tratados com Agrastat® apre-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sentaram temperatura corpotal (febre) ligeiramente elevada. O Agrastat® foi estudado em animais, para verificar se possui potencial de provocar defeitos congênitos (defeitos de nascença), mas não foi observado nenhum indício de defeitos congênitos. As pacientes que estiverem tomando Agrastat® não poderão amamentar, tendo em vista que foi verificada a presença de Agrastat® no leite de animais que estavam amamentando. Também foram relatadas outras experiências adversas além dessas. Seu médico ou os membros da equipe do estudo vão discutir isso com você.

Tendo em vista que em estudos anteriores o Agrastat® foi ministrado apenas uma vez, os efeitos colaterais e os incômodos associados com a reutilização deste medicamento não são conhecidos.

A heparina não-fracionada, que é o tratamento padrão utilizado na sua doença, pode provocar hipersensibilidade (reação alérgica), hemorragia, contagem baixa de plaquetas, irritação localizada, febre, tremores e urticária (coceira), além de poder provocar aumento no resultado dos exames de função hepática, se bem que sem significado clínico. A heparina também apresenta outros efeitos colaterais menos comuns, que o investigador analisará com você.

A heparina de baixo peso molecular (Lovenox®) pode provocar febre, anemia, erupção cutânea e aumento de sangramento, além de poder provocar aumento do resultado dos exames de função hepática, se bem que sem significado clínico. O Lovenox® apresenta outros efeitos colaterais menos comuns que o investigador vai analisar com você. Além disso, os pacientes que tomam Lovenox® e são submetidos a punção espinhal correm risco de apresentar um coágulo sangüíneo que pode resultar em paralisia de longo prazo ou permanente. OBSERVAÇÃO: Esta intervenção está proibida neste estudo.

A aspirina também é considerada tratamento padrão para a sua doença. Entre os efeitos colaterais associados com a aspirina estão: irritação do estômago, problemas de sangramento e zumbido nos ouvidos. Se você tiver um histórico de asma ou de úlceras, não deverá tomar aspirina, a menos que o seu médico lhe dê orientação nesse sentido. A aspirina apresenta ainda outros efeitos colaterais menos comuns que o investigador analisará com você.

Tanto o Agrastat® como a heparina são ministrados por via intravenosa. Por isso, como acontece com a maioria dos medicamentos intravenosos, você talvez tenha um pouco de dor, irritação, inchaço, um hematoma ou uma pequena chance de ocorrer uma infecção no local em que a agulha é introduzida na veia. Esses efeitos colaterais também podem ser observados no local em que é feita a coleta do

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

sangue para os exames de laboratório ou no local das injeções subcutâneas de Lovenox®. Além disso, é possível se formar uma cicatriz no local do exame de tempo de sangramento, mas isso é raro.

Tendo em vista que você vai continuar a receber o medicamento do estudo durante toda a intervenção angiográfica e durante uma possível angioplastia coronária, poderá ocorrer sangramento no local de introdução do cateter, causando assim hematomas. Se por acaso isso vier a acontecer, você será acompanhado de perto e a infusão do estudo será suspensa, se o seu médico julgar necessário.

Você poderá apresentar outros efeitos colaterais e sentir alguns desconfortos (o mesmo acontecendo com o embrião ou com o feto, se a paciente estiver grávida ou vier a ficar grávida), mas esses efeitos ainda não são conhecidos. Você será alertado a respeito de toda e qualquer informação capaz de afetar a sua decisão de participar deste estudo.

Mulheres e gravidez: As mulheres grávidas ou lactantes não poderão se candidatar a participar deste estudo. A mulher que ainda tem potencial de ficar grávida (ou seja, que ainda menstrua) só poderá participar deste estudo se o resultado do teste de gravidez feito 12 horas antes do início do uso do medicamento do estudo for negativo. As mulheres que já estiverem no mínimo com um ano de menopausa (últimas menstruações há mais de um ano) ou que se submeteram a uma ligadura tubária bilateral (ligamento de trompas) há mais de um ano poderão participar do estudo, sem fazer teste de gravidez

7. ALTERNATIVAS TERAPÊUTICAS

Se você resolver não participar deste estudo, sua angina instável será tratada com medicamentos escolhidos pelo seu médico. Esse tratamento pode incluir aspirina, heparina, Lovenox® e/ou Agrastat®.

8. EXCLUSÕES

Se você não entender alguma palavra relacionada abaixo, peça explicações ao seu médico do estudo ou à equipe médica do estudo. A seguir estão alguns motivos que podem levar você a não participar deste estudo:

- Você tem menos de 18 anos de idade.
- Você está grávida ou está amamentando.
- Você apresenta algum dos seguintes quadros clínicos: histórico de sangramento gastrointestinal, úlcera péptica ativa, distúrbios de sangramento (no decorrer do ano passado), ataques cardíacos (no de-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

correr do ano passado), trauma grave ou cirurgia grande há pouco tempo, insuficiência renal ou insuficiência hepática, abuso de substâncias, alergia a heparina ou a aspirina,ou histórico de câncer.

Se houver outros motivos capazes de impedir que você participe do estudo, seu médico (ou médica) ou a equipe do estudo discutirá isso com você.

9. BENEFÍCIOS E DEVERES DOS PARTICIPANTES

Você recebeu informações de que possivelmente este estudo será benéfico no sentido de impedir que o seu músculo cardíaco (coração) continue a ser prejudicado. Por outro lado, é possível que durante o estudo ou depois de completado o estudo você não note nenhum benefício terapêutico nem outras vantagens para a sua saúde. As informações obtidas a respeito do seu estado no decorrer do estudo podem ajudar o médico a planejar o seu tratamento. O estudo apresenta outras vantagens, entre as quais medicamento gratuito e uma monitorização do seu estado de saúde, durante a sua hospitalização.

10. COMPENSAÇÃO PARA TRATAMENTO MÉDICO

Se você apresentar algum efeito colateral provocado diretamente pelo medicamento do estudo fabricado pela Merck, bem como qualquer doença ou lesão decorrente das intervenções do estudo executadas da maneira adequada, a Merck & Co., Inc. providenciará o reembolso dos custos razoáveis do tratamento médico, de modo a cobrir os gastos que não são cobertos pelo seu seguro médico ou hospitalar, nem por terceiros, nem por programas governamentais que oferecem esse tipo de cobertura. Não haverá nenhuma outra forma de compensação.

11. COMPROMISSO DE CONFIDENCIALIDADE

Sendo você um paciente do estudo, seus dados serão mantidos em sigilo como mandam as leis federais, estaduais e municipais, mas será inspecionada pelo patrocinador do estudo (Merck & Co., Inc.) e poderá ser inspecionada pela FDA (Food and Drug Administration — órgão dos EUA de fiscalização de alimentos e medicamentos), por órgãos de regulamentação governamentais ou pela Junta do Comitê de Ética (comissão que revisou o projeto para ajudar a garantir que

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

os direitos dos participantes serão assegurados). Se os resultados do estudo forem publicados, você não será identificado pelo nome.

12. COMPROMISSO DE ATUALIZAÇÃO COM NOVAS INFORMAÇÕES

Se no decorrer deste estudo surgir alguma conclusão relevante capaz de poder alterar sua disposição de continuar a participar do estudo, você será informado a respeito.

13. PESSOAS PARA CONTATO

O pesquisador ou seu substituto responderão todas as suas perguntas. Se você tiver questões adicionais no decorrer deste estudo, sobre a pesquisa ou seus direitos como um participante da pesquisa, poderá dirigi-las ao Dr...., no endereço.... No caso de uma lesão relacionada à pesquisa ou se surgirem quaisquer outros problemas, por favor entre em contato com Dr...., no endereço... ou no telefone...

14. PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Você está participando voluntariamente deste estudo. Você pode se recusar a participar ou pode suspender a participação a qualquer momento, em todo o decorrer do estudo, sem penalidades nem perda dos benefícios aos quais você já tenha direito. Se você suspender a sua participação, você poderá receber uma medicação padrão, e não haverá qualquer prejuízo para você em relação à assistência médica ou participação em estudos de pesquisa futuros. Além disso, sua participação pode ser interrompida pelo pesquisador ou pelo patrocinador sem precisar do seu consentimento, isso ocorrerá se você necessitar de medicação adicional, se violar o plano de estudo, se apresentar alguma lesão relacionada ao estudo, ou por razões administrativas. Se sua participação for encerrada você deverá ser submetido aos exames de encerramento (exame físico, exames de sangue, urina e eletrocardiograma), para sua própria segurança.

15. ASSINATURAS

Li o texto acima e estou ciente do conteúdo deste formulário de consentimento. Minhas perguntas foram respondidas. Consinto vo-

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

luntariamente em participar. Recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Nome do paciente: _____.
Assinatura do paciente: _____Data: _____/____/_____.
Nome do investigador: _____.
Assinatura: _____ Data: _____/____/_____.
Nome da testemunha: _____.
Assinatura: _____ Data: _____/____/_____.
Pessoa que conduziu o Termo de Consentimento:
Nome: _____.
Assinatura: _____ Data: _____/____/_____.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Guia para Admissão, Alta e Triagem em UTI
(Força-Tarefa do American College of Critical Care Medicine and Society of Critical Care Medicine)

O trecho reproduzido abaixo foi traduzido a partir de artigo publlicado sob o título "Guidelines for Intensive Care Unit Admission, Discharge and Triage" (Crit. Care Med. 1999 vol 27, nº 3)

1. CARDIOVASCULAR

A. Infarto agudo do miocárdio com complicações
B. Choque cardiogênico
C. Arritmias complexas que necessitam monitorização contínua e intervenção terapêutica
D. Insuficiência cardíaca congestiva com comprometimento respiratório e/ou necessidade de suporte hemodinâmico
E. Emergências hipertensivas
F. Angina instável, particularmente quando acompanhada de arritmias, instabilidade hemodinâmica ou dor persistente.
G. Parada cardíaca
H. Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica
I. Aneurisma dissecante de aorta
J. Bloqueio cardíaco completo

2. RESPIRATÓRIO

A. Insuficiência respiratória aguda que necessita suporte ventilatório
B. Tromboembolismo pulmonar com instabilidade hemodinâmica
C. Pacientes internados em outro setor do hospital (unidade de cuidados intermediários) com deterioração respiratória progressiva
D. Necessidade de cuidados de enfermagem e fisioterapia respiratória não disponíveis em outros setores do hospital

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

E. Hemoptise maciça
F. Insuficiência respiratória com necessidade iminente de intubação

3. NEUROLÓGICO

A. Acidente vascular cerebral com alteração do nível de consciência
B. Coma metabólico, tóxico ou anóxico
C. Hemorragia intracraniana com risco potencial de herniação
D. Hemorragia subaracnóidea aguda
E. Meningite com alteração do nível de consciência ou comprometimento respiratório
F. Distúrbios do sistema nervoso central ou neuromusculares acompanhados de deterioração neurológica ou da função pulmonar
G. Estado de mal convulsivo
H. Morte encefálica, ou pacientes potencialmente em morte encefálica, mantidos sob suporte terapêutico enquanto é avaliada a possibilidade de doação de órgãos.
I. Vasoespasmo
J. Trauma cranioencefálico grave

4. INTOXICAÇÃO EXÓGENA

A. Paciente com instabilidade hemodinâmica
B. Paciente com importante alteração do nível de consciência e sem proteção adequada de vias aéreas
C. Paciente com convulsões

5. GASTROINTESTINAL

A. Hemorragia digestiva acompanhada de hipotensão, angina, sangramento persistente ou com condições mórbidas concorrentes
B. Insuficiência hepática severa
C. Pancreatite aguda grave
D. Perfuração esofagiana, com ou sem mediastinite

6. ENDRÓCRINO-METABÓLICO

A. Cetoacidose diabética complicada com instabilidade hemodinâmica, alteração do nível de consciência, insuficiência respiratória ou acidose severa

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

B. Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica
C. Estado hiperosmolar acompanhado de coma e/ou instabilidade de hemodinâmica
D. Outros problemas endocrinológicos, tais como insuficiência adrenal aguda com instabilidade hemodinâmica
E. Hipercalcemia severa com alteração do nível de consciência e necessidade de monitorização hemodinâmica
F. Hipo ou hipernatremia acompanhada de convulsões e alteração do nível de consciência
G. Hipo ou hipermagnesemia com arritmias cardíacas ou comprometimento hemodinâmico
H. Hipo ou hiperpotassemia com arritmias cardíacas ou fraqueza muscular
I. Hipofosfatemia com fraqueza muscular

7. CIRURGIA

A. Pós-operatório de pacientes que necessitam monitorização hemodinâmica, suporte ventilatório ou cuidados intensivos de enfermagem

8. MISCELÂNEA

A. Choque séptico com instabilidade hemodinâmica
B. Monitorização hemodinâmica
C. Condições clínicas diversas que necessitam cuidados intensivos de enfermagem
D. Lesões provocadas por agentes físico/químicos (queimaduras, choque elétrico, quase-afogamento, hipo e hipertermia)
E. Protocolos terapêuticos experimentais que envolvam riscos potenciais

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

BIBLIOGRAFIA

1. A Review of Studies Concerning Effects of Sleep Deprivation and Fatigue on Residents Performance — Academic Medicine, Vol 66, nº 11, pages 687-693, 1991.
2. Abizanda Campos R, Almendros Corral L, Balerdi Pérez B, Socias Crespi L, López Ferre J, Valle Herraez FX. Limitaciones del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de Medicina Intensiva. Med Intensiva, 18:100-105, 1994.
3. Abizanda Campos R, Perales Rodríguez de Viguri N, De Latorre Arteche FJ. Humanización y aspectos éticos de la asistencia al paciente grave. Med Intensiva 18, 1994.
4. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B, Socias L, López J, Valle FX. Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre la opinión de los profesionales de la Medicina Intensiva, 18:100-105, 1994.
5. Abizanda R, Almendros L, Balerdi B. Aspectos éticos de la Medicina Intensiva. Resultados de una encuesta de opinión. Med Clin (Barc), 102:521-526, 1994.
6. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. A definition of irreversible coma. JAMA 205:337, 1968.
7. Adelman M. An intensivist's view: Who should be admitted to the intensive care unit? New Jersey Medicine, 90:617-618, 1993.
8. Adelman RD, Berger JT, Macina LO. Critical Care: the geriatric patient, Clin Ger Med, 10:19-30, 1994.
9. Affleck G, Tennen H. The effect of newborn intensive care on parent's psychological well-being. Children's Health Care, 20:6-14, 1991.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

10. Alcalá Zamora J, Abizanda R, Moreno J, Miravet V. Obtención del consentimiento informado en Medicina Intensiva. Med Intens, 8:118, 1994.
11. Aitkenhead AR, Booij LH, Dhainaut JF et al: International standards for safety in the intensive cafe unit. Intensive Care Med 19:178-181, 1993.
12. Alpers A, Lo B. When is CPR futile? JAMA, 156-158, 1995.
13. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Panel: Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care. Chest 97:949-958, 1990.
14. American Hospital Association. A Patient's Bill of rights. In: Reich W, ed. Encyclopedia of Bioethics. Nueva York, vol. 4, 1978.
15. American Medical Association Statement. Guidelines for the appropriate use of Do-Not-Resuscitate Orders. Council on Ethical and Judicial Affairs, JAMA; 265: 1868-1871, 1991.
16. American Thoracic Society Task Force: Withholding and withdrawing life sustaining therapy. Am Rev Respir Dis 144:726-731, 1991.
17. Angell M: After Quinlan: The dilemma of the persistent vegetative state. N Engl J Med 330:1524-1525, 1994.
18. Angell M: Euthanasia. N EngI J Med 319:1348-1350, 1988.
19. Anonymous: It's over Debbie. JAMA 259:272, 1988.
20. Appelbaum PS, Grisso T: Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 319:1635-1638, 1988.
21. Caralis PV, Hammon JS: Attitudes of medical students, housestaff and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. Crit Care Med 20:683-690, 1992.
22. Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia, 1964.
23. Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN: Decisions to life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: Conflicts between physicians' pratices and patients' wishes. Am J Respir Crit Care Med 151: 288-292, 1995.
24. Asch DA. The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. N Engl J Med,21:1374-1379, 1996.
25. Assel CK, Meier DE: Morals and moralism in the debate over euthanasia and assisted suicide. N Engl J Med 323:750-752, 1990.
26. Baker R. The ethics of medical futility. Crit Care Clin, 9 (3): 575-584, 1993.
27. Ballester Rodes M. La deshumanización en la Medicina como problema de toda la sociedad. Jano; vol XLVI: 1069, 1994.
28. Bams JL, Miranda DR. Outcome and cost of intensive care. A follow-up study of 238-ICU patients. Intensive Care Med; 11: 234-241, 1984.

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

29. Barreiro Lucas A, Hidalgo G, Gil Elías R, Díaz J, De la Cruz R. Estudio de las reacciones emocionales de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Anales de Psiquiatria; vol 6; 2: 73-76, 1990.
30. Barrientos Vega R, Morales García C, Gómez Robas A y cols. Costes de un servicio de cuidados intensivos polivalentes. Med Intensiva; 17: 40-46, 1993.
31. Bartz C. Cross cultural beliefs and practices of critically ill patients and their families. In: Cerra FB, Shoemaker WC, eds. Critical Care State of the Art. 8. Fullerton: SCCM; 377-394, 1987.
32. Beauchamp T. Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Nueva York: Oxford University Press, 1979.
33. Beauchamp T L & Childress J F. Principles of Biomedical Ethics, 3ª ed. Nova York, Oxford Press, 1989.
34. Beauchamp, Tom L & Walters. LeRoy (eds.), Contemporary Issues in Bioethics — 2nd. edition [Wadsworth Publishing Company, Belmont-Cal. 1982].
35. Beauchamp,Tom L & Childress, James F. Principles of Biomedical Ethics 2nd. ed. [Oxford University Press, New York 1983].
36. Beecher HK. Ethics and clinical research. N Engl J Med 274:1354-1360, 1966.
37. Benrubi GI. Euthanasia — the need for procedural safeguards. N Engl J Med 326:197-199, 1992.
38. Bethlem, Newton, "Eutanásia Passiva e Ativa: o Direito do Prolongamento da Vida em Relação ao Paciente e ao Médico" in Academia Nacional de Medicina, Ética Médica: Fórum Nacional, pp. 270-274[Rio de Janeiro 1985].
39. Bilobeau & Psychosocial factors in intensive care nursing. The nurse and her reactions to critical nursing. Heart and lung, 2: 358-362, 1973.
40. Biological Rhythms: Implications for the Workers — Office of Technology Assessment — US Congress — OTA Report Brief — September 1991.
41. Bizatto, José Ildefonso, Eutanásia e Responsabilidade Médica [Sagra Editora, Porto Alegre 1990].
42. Bizek KS. Optimising sedation in critically, mechanically ventilated patients. Crit Care Nurs Clin North Am, 7: 315-325, 1995.
43. Blackhall LJ: Must we always use CPR? N Engl J Med 317:1281-1285, 1987.
44. Blanco Picabla A, Rodríguez Franco L, Rodríguez González JM, Fajardo Gálvez J, Corcia Benarroch S. El Psicólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales. Phronesis, 10: 22-33, 1989.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

45. Boemer, Magali R. A Morte e o Morrer, 2ª ed. [Cortez Editora, São Paulo 1989].
46. Boemer, Magali Roseira, Rossi, Luci R. Grupioni & Nastari, Renata Ruas, "A Idéia da Morte em Unidade de Terapia Intensiva — Análise de Depoimentos" in Roosevelt MS Cassorla (Coord.) Da Morte: Estudos Brasileiros, pp.145-157 [Papirus Editora, Campinas-SP 1991].
47. Boemer, Magali Roseira; Zanetti, Maria Lúcia & Valle, Elizabeth R. Martins do, "Idéia de Morte no Idoso — uma Abordagem Compreensiva" in Roosevelt MS Cassorla (Coord.) Da Morte: Estudos Brasileiros, pp.119-129 [Papirus Editora, Campinas-SP 1991].
48. Botturi, Marco, "Médico e Paciente diante do Problema da Morte" in Communio, ano 7, nº 55, julho-agosto-setembro, pp. 241-253, 1991.
49. Bowden P. Psychiatric aspects of Intensive Care. In: Care of the critically ill patients. Pinter J and Rapin M. Springer Verlag. Berlin, 1983.
50. Brett AS, McCullough LB. When patients request specific interventions: Defining the limits of the physician's obligation. N Engl J Med 315:1347-1351, 1986.
51. British Medical Association: Euthanasia. Report of the Working Party to Review the British Medical Association's Guidance on Euthanasia. London, British Medical Association, 1988.
52. Brody DS. The patient's role in clinical decision-making. Ann Intern Med 93:718-722, 1980.
53. Brown JJ, Sullivan G. Effect on ICU mortality of a full-time critical care specialist. Chest 96:127-129, 1989.
54. Bulka RP. Jewish perspective on organ transplantation. Transplant Proc 22:945-956, 1990.
55. Caballero J, Esteban A, Sánchez S, Aragón C. Caracterización del estado de ansiedad y depresión de un grupo de enfermeras de UCL Med Intensiva. Nº Extraordinario. Mayo, 79-80, 1989.
56. Caballero J, Esteban A, Sánchez S, Garcia A, Arce MA. Aspectos psíquicos de los familares de los pacientes ingresados en UCI. Med Intensiva. Nº Extraordinario Mayo, 147, 1988.
57. Caldwell T, Welner MF. Stress and coping in UCI nursing. I. Rev Gen Hosp Psychiatry, 3: 118-127, 1981.
58. Caplan AL, Virnig B: Is altruism en quest and the donation of cadaver organs and tissues in the United States. Crit Care Clin 6:1007-1018, 1990.
59. Caralis PV, Hammon JS: Attitudes of medical students, housestaff and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. Crit Care Med 20:683-690, 1992.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

60. Carter MC, Eberly TW, Hennessey J, Miles Ms. A consortium study of parents stressors in the pediatric ICU. Maternal Chil Nur J, 18: 181-249, 1989.
61. Carvalhaes CDJ, Petroni PMD. Medicina e Direito 1ª ed. Biosintética, 1998.
62. Cassel CK, Meier DE. Morals and moralism in the debate over euthanasia and assisted suicide. N Engl J Med 323:750-752, 1990.
63. Cassem N, Hackett T. The setting of intensive care. In: Handbook of General Hospital Psychiatry. CV. Mosby Co. St. Louis 1978.
64. Castilio Valery A. Limitación de medidas de soporte vital en pacientes en estado terminal. Bol Fed Panam Med Crit Terap Intens, 18-20, 1997.
65. Castillo Gonzalez Al, Diaz Correas. La información a familiares en una UCI. Rev Extrem Med Intensiva, 2: 100, 1988.
66. Castillo Valery A. Declaración de Ética de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Rio de Janeiro, 8 de mayo de 1991.
67. Central Committee of the Royal Dutch Medical Association. Vision on euthanasia. Medical Contact 39:990-998, 1984.
68. Chalfin DB, Carlon GC. Age and utilization of ICU resources of critically ill cancer patients. Crit Care Med, 18-694-698, 1990.
69. Chalfin Donald B. Healthcare reform in the United States: The impact upon critical care medicine. Intensive Care World, 11: 156-159, 1994.
70. Chasin MR. Costs and outcomes of Medical Intensive Care. Med Care, 20: 165-179, 1982.
71. Chelluri L, Grenvik A, Silverman M: Intensive care for critically ill elderly: Mortality, costs, and quality of life. Arch Intern Med 155:1013-1022, 1995.
72. Chelluri L, Pinsky MR, Donohoe MP. Long-term outcome of critically ill elderly patients requiring intensive care. JAMA, 269: 3119-3123, 1993.
73. Childress JF: fhe gift of life: Ethical problems and policies in obtaining and distributing organs for transplantation. Crit Care Clin 2:133-148, 1986.
74. Childs N, Mercer W. Brief report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. N Eng J Med, 334: 24-25, 1996.
75. Christakis NA, Asch DA: Biases in how physicians choose to withdraw life support. Lancet 342:642-646, 1993.
76. Ciba Foundation Symposium: Ethics in medical progress, with special reference to transplantation. London, 1966.
77. Civetta JM. Beyond technology: intensive care in the 1980's. Crit Care Med, 9: 763-767, 1981.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

78. Cofiño JM, Rieg C, Ros A, Ros S, Costa I, Marzo D. Incidencia del estrés en los pacientes de UCI. Med Intensiva. Nº extraord. Mayo, 82-83, 1989.
79. Cofiño JM, Ros S, Reig A, Álvarez E, Costa J. Estancia en UCI y estrés. Med Intensiva. Nº extraord. Mayo, 1989.
80. Cohen JS, Fihn SD, Boyko EJ, Jonsen AR, Wood RW. Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington state. New Engl J Med, 331: 89-94, 1984.
81. Cohen, Cláudio & Marcolino, José Álvaro M. "Relação médico-paciente", in: Bioética, São Paulo, EDUSP, 1995.
82. Comitê Internacional de editores de revistas médicas. Normas uniformes originales enviados a las revistas biomédicas. Enfermería Intensiva 1988;1(0):8-13. Enfermería Intensiva, 8, 1997.
83. Cook D J, Silbbald WJ, Vincent A, Cerra FB y cols. Evidence based critical care medicine. What is it and what can it do for us. Crit Care Med, 24: 334-337, 1996.
84. Cordeiro dos Santos MC. O Equilíbrio do Pêndulo — a Bioética e a Lei: Implicações Médico-legais. Ícone Editora, 1998.
85. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. Am J Crit Care, 4: 280-285, 1995.
86. Correia, F. Assis. "Alguns desafios atuais da Bioética", in: Fundamentos da Bioética (Léo Pessini & CP de Barchifontaine orgs.) S. Paulo, Paulus, 1996.
87. Couceiro Vidal A. El nuevo rostro, de la relación Sanitaria. El Consentimiento Informado y sus aplicaciones, Vol. XLVIII Nº 1117: 39, Jano 1995.
88. Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Declaration of the Intensive Crit Care Digest, 11: 40-41, 1992.
89. Cowley L, Young E, Raffin T: Care of the dying: An ethical and historical perspective. Crit Care Med 20:1473-1482, 1992
90. Crippen D: Terminally weaning awake patients from life-sustaining mechanical ventilation: The critical care physician's role in comfort measures during the dying process. Clin Intensive Care 3:206-212, 1992.
91. Culver, Charles M. "Casos passíveis de questionamento ético", in: Bioética, S. Paulo, EDUSP, 1995.
92. Curtis JR, Park DR, Krone MR et al: Use of the medical futility rationale in do-not-attempt-resuscitation orders. JAMA 273:124-128, 1995.
93. Danis M, Churchill L. The ethics of providing intensive care in managed care organizations. New Horiz, 5: 85-93, 1997.
94. Danis M, Patrick DL, Southerland LL et al: Patients' and families' preferences for medical intensive care. JAMA 260:797-802, 1988.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

95. Danis M, Southerland U, Garret JM, Smith JL, Hielema FA. Prospective Study Of Advance Directives For Life-sustaining Care. N Engl J Med, 324: 882-888, 1991.
96. Day RA. Como escrever trabalhos científicos. Publ. Científica 526, Organização Panamericana de Saúde, pp. 31-39, 1990.
97. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para la orientación de los doctores médicos participantes en investigaciones biomédicas; que incluyen sujetos humanos XVIII Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia, 1964.
98. Del Vecchio, Giuseppe. Morte benefica (L'eutanasia) Torino, Fratelli Bocca, 1928.
99. DeVita MA, Snyder JV, Grenvik A: History of organ donation by patients with cardiac death. In Arnold RM, Youngner SJ, Shapiro R et al. (eds). Procuring Organs for Transplant. Baltimore, Johns Hopkins Press, pp. 15-31, 1995.
100. Dobb GJ. Benchmarking in intensive care. Intensive Care world, 13-88, 1996.
101. Drane IF, Coulehan JL. The concept of futility: Patients do not have a right to demand medically useless treatment. Health Progress' 74, 10: 28-32, 1993.
102. Dubaybo BA, Samson MK, Carlson RW. The role of physician assistants in critical care units. Chest, 99:89-91, 1991.
103. Durbin CG, Kopel RF. A case-control study of patients readmitted to the intensive care unit. Crit Care Med, 21:1547-1553, 1993.
104. Eberly TW at al. Parental stress after unexpected admission of a child to the intensive care unit. Crit Care Quart, 8: 57-65, 1985.
105. Edwards MJ, Tolle SW. Disconnecting a ventilator at the request of a patient who knows he will then die: The doctor's anguish. Ann Intern Med 117:254-256, 1992.
106. Eisendrath SJ. Psychological concepts in the care of intensive care units patients. Crit Care Quart, 8:57-65, 1985.
107. Elliot D. A review of nursing strategies to reduce patient anxiety in Coronary Care. Part 2. Aust Crit Care, 1992.
108. Emanuel EJ: The history of euthanasia debates in the United States and Britain. Ann Intern Med 121:793-802, 1994.
109. Engelhardt HT, Rie MA. Intensive care units: scarce resources and conflicting principles of justice. JAMA, 255: 1159-1164, 1986.
110. Epperson M. Familles in sudden crisis: process and intervention in a Critical Care Center. Soc Work in Health Care 1977.
111. Equipe de Gerenciamento de Reuniões da 3M. Reuniões de Negócios. Como realizar, conduzir e obter resultados positivos. Editora McGraw-Hill, São Paulo, 1988.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

112. Esteban A, Gómez Acevo E, Rivero M, Landin L. Estudio de la personalidad en un grupo de enfermeras de Cuidados Intensivos. Evolución transcurrido un año. Med Intensiva, 1: 59-61, 1977.
113. Esteban A, Tomasa A, Net A. Alteraciones psíquicas en Medicina Intensiva: In: Esteban A, Tomasa A, Net A, editores. Avances en Medicina Intensiva: Editorial Científico-Médica: Madrid, 467-276, 1983.
114. Euthanasia: Conclusions of a British Medical Association working party set up to review the association's guidance on euthanasia. BMJ 296:1376-1377, 1988.
115. Evidence based critical care medine. What is it and what can it do for us. Crit Care Med, 24: 334-337, 1996.
116. Faber-Longendoen K: Resuscitation of patients with metastatic cancer: Is transient benefit still futile? Arch Intern Med 151:235-239, 1991.
117. Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Código de Ética. Boletín de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Madrid: Idepsa, 1993.
118. Felix VN. Ética na realização e na publicação da pesquisa clínica. In: Felix VN e Gerstler JG ed. Pesquisa Clínica: Planejamento, Realização e Publicação. São Paulo, Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (SOPATI), pp. 9-11, 1993.
119. Fenigsen R: The report of the Dutch governmental committee on euthanasia. Issues Law Med 7:339-344, 1991.
120. Figueiredo Dias, Jorge. "O problema da ortotanásia: introdução à sua consideração", in: Ciência Penal, 1: 11-22, 1975.
121. Finland. World Health Organization. The Helsinki Declaration. Helsinki, 1964.
122. Frader JE: Ethical and legal aspects of organ transplantation. In Cook DR, Davis PJ (eds): Anesthetic Principles for Organ Transplantation. New York, Raven Press, p. 315, 1994.
123. Fye WB: Active euthanasia: An historical survey of its conceptual origins and introduction into medical thought. Bull Hist Med 52:492-502, 1978.
124. Galende Dominguez I. El Consentimiento Informado en la investigación clínica. Vol. XLVIll Nº 1117: 67-70, Jano 1995.
125. Garrett JM, Harris RP, Norburn JK, et al: Life-sustaining treatment during terminal illness: Who wants it? J Gen Intern Med 8:361-368, 1993.
126. Gauderer, E. Christian, Os Direitos do Paciente: um manual de sobrevivência [Editora Record, 1991].
127. Gil Cebrián J, Rodriguez JG, Diaz Alersi R y cols. La comunicación con el usuario y sus familiares en una Unidad de Medicina Intensiva. Interés de la encuesta postalta. Medicina Intensiva, 18: 55-60, 1994.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

128. Gillon R: Suicide and voluntary euthanasia: Historical perspective. In Downing AB (ed): Euthanasia and the Right to Death: The Case for Voluntary Euthanasia. London, Peter Owen, 1969.
129. Giraud T, Dhainault JF, Valverde JF, y cols. iatrogenic complications in adult Intensive Care Units: a prospective two-center study. Crit Care Med, 21:40-51, 1993.
130. Goldim, José Roberto. Pesquisas em saúde: leis, normas e diretrizes, 2ª ed., Porto Alegre, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, 1995.
131. Goldman L. The coronary care unit turns 25: Historical trends and future direction. Ann Intern Med 108: 887-894, 1988.
132. Grabes. Allocation of critical care resources: entitlements responsabilities and benefits. J Crit Care 128-132, 1993.
133. Gregory CA. Who should receive Intensive Care? Crit Care Med, 11: 767, 1983.
134. Guanaes Gomes AMD, Santos PAJ. Humanização em Medicina Intensiva. In: Sedação, Analgesia e Bloqueio Neuromuscular em UTI. 1ª ed. Editora Atheneu, pp. 13-46, 1997.
135. Gunning KF: Euthanasia. Lancet 338:1010, 1991.
136. Habet KJ, Calvin JE. Intensive care units in the era of managed care. Current Op Crit Care, 2: 313-318, 1996.
137. Haden RR & Beauchamp, Tom L. A History and Theory of informed Consent. Nova York, Oxford, University Press, 1986.
138. Halevy A, Brody B: Brain death: Reconciling definitions and tests. Ann Intern Med 119:519-525, 1993.
139. Hanson W, Deutschman CS, Behringer EC et al. Poster presentations: Patient care. Do intensivists make a difference? Crit Care Med (suppl) 24:A56, 1996.
140. Have HAMJ ten, Welie JVM: Euthanasia: Normal medical practice? Hastings Cent Rep 22:34-38, 1992.
141. Hay D, Oken D. Psychological stress on Intensive Care Unit nursing. Psychosom Med, 34: 109-118, 1972.
142. Heller R. Como se comunicar bem (Série sucesso profissional) Editora Publifolha São Paulo, 1999.
143. Herrera Carranza M. Calidad de los cuidados humanos: un reto para el fin de siglo. Med Intensiva, 17: 401-406, 1993.
144. Herrera M, Tejedor MA, Rubio Quiñones J, Medina JC, Leal del Oso J, Pou J. Control de calidad en una Unidad de Medicina Intensiva. Med Intensiva, 6: 180-184, 1982.
145. Hindle T. Como fazer apresentações (Série sucesso profissional) Editora Publifolha São Paulo, 1999.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

146. Hough MC. Ethical dilemmas faced by critical care nurses in clinical practice: walking the line. Crit Care Clin, 12: 123-133, 1996.
147. Huckabay L, Jagla B. Nurses stress factors in the Intensive Care Unit. J Nuts Adm, 9:23, 1979.
148. Humphry D & Wichett A. El derecho a morir. Compreender la Eutanasia, Barcelona, Tusqueste, 1989.
149. Hund EF, Borel CO, Cornablath DR, Hanley OF, Mc Hana GM. Intensive management and the treatment of severe Guillain-Barre Syndrome. Crit Care Med 1993.
150. II Congrès Internationale de Morale Medicale. Presse Medicale 74: 1787, 1966.
151. Intervention Factors for Promoting Adjustement to Nightwork and Shiftwork — Occupational Medicine — State of the Art Reviews — Vol 5 nº 2 — April — June 1990.
152. Jackson DL, Youngner S: Patient autonomy and "death with dignity". Some clinical caveats. N Engl J Med 301:404-408, 1979.
153. Jacobs CJ, et al. Mortality and quality of life after intensive care for critical illness. Intensive Care Med, 4: 217-220, 1988.
154. Jacobs P, Noseworthy TW: National estimates of intensive care utilization and costs: Canada and the United States. Crit Care 18: 1282, 1990.
155. Jacobsen M. Stressfull situation for neonatal intensive care nurses. M.C.N. 3: 144-150, 1978.
156. Jacobson SF. Nurses stress in Intensive and non Intensive Care Units. In: Nurses under stress: Jacobson SF, McGrath HM, edit. John Wiley and Sons. New York, 61-83, 1983.
157. Jayes RL, Zimmerman JE, Wagner DP, Knaus A. Do-not-resuscitate orders in intensive care units. Current practices and recent changes. JAMA, 270: 2213-2217, 1993.
158. Jiménez Lendinez, López J, De la Casa, Galván R, Denia R, Forde H, Monjas A. Efectos metabólicos del dolor y/o ansiedad en el paciente critico. Med Intensiva. Suplem 1: 184-185, 1991.
159. Jones J, Hohhard B, Withey J, Donaghe K, Ellis BW. What the patients say: a study of reactions to an Intensive Care Unit. Intens Care Med, 5: 89-92, 1979.
160. Kiely W. Psychiatrics aspects of Critical Care. Crit Care Med, 2:139-149, 1974.
161. Kleck BL. The patient in the ICU. A family experience. Crit Care quart, 6: 49-57, 1984.
162. Koch KA. Ética Médica. In: Clínicas de Terapia Intensiva. W.B. Saunders, 1996.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

163. Koch KA. The language of death. Euthanatos et mors. The sciencia of Uncertainty. In: Koch KA, ed. Medical ethics. Critical Care Clinics, 1:1-13, 1996.
164. Koch KA: The language of death: Euthanatos et mors the science of uncertainity, in medical ethics. Crit Care Clin 165-178, 1996.
165. Lanken Paul N, Terry Peter B, Osborne Molly L. Ethics of allocating intensive care unit resources. New Horiz, 5: 38-50, 1997.
166. Lantos JD, Singer PA, Walker RM et al: The illusion of futility in clinical practice. Am J Med 87:81-84, 1989.
167. Latour J y cols. Evaluación psicosocial del paciente crítico por parte del personal de enfermeria. Análisis de concordancias. Med Intensiva, vol 16: supl. 1, 1992.
168. Laule J, Stehele J. Neonatal intensive care nurses: Who are they; what are their stress, and how do they cope. Perinatal Nursing Symposium. Florida, 1978.
169. Le Gall et al. Influence of age, previous health status and severity of acute illness on outcome from intensive care. Crit Care Med, 10: 575-577, 1982.
170. Lee MA, Tolle SW. Oregon's plans to legalise suicide assisted by a doctor: How much more open will the practice become? BMJ 310:613-614, 1995.
171. Loes O, Smith-Ericsen, Lind BJ. Intensive care: cost and benefit Acta Anaesthesiol Scand, suppl. 84: 3-19, 1987.
172. López F. Papel de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos: información, presencia humana y participación en los cuidados. In: Ponencia al XIV Congreso AS-MIUC. Ética y humanismo en Medicina Intensiva, Huelva, 1992.
173. Luce JM. Conflicts over Ethical Principles in the Intensive Care Unit. Crit Care Med, 20: 313-315, 1992.
174. Luce JM. The changing physician-patient relationship in Critical Care Medicine under health care reform. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 150:266-270, 1994.
175. Lust B. The patient in the ICU: A family experience. Crit Care Quart, 6- 49-571984.
176. Maas PJ van der, Delden JJM van, Pijnenborg L et al: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. Lancet 338:669-674, 1991.
177. Mahul P, Perrot D, Tempelhoff G y cols. Short and long-term prognosis and functional outcome following ICU for the elderly. Intensive Care Med, 17: 7-10, 1991.
178. Martin F, Navarro A. Relaciones en Medicina Intensiva. Med Intensiva, 15: 235-37, 1991.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

179. Martin LM. A Ética Médica diante do Paciente Terminal. 10ª ed. Editora Santuário, 1998.
180. Martin Santos F, Navarro Izquierdo A. Relaciones en M. Intensiva. Med Intensiva, 15: 235-237, 1991.
181. McQuillen MP: Ethics of life support and resuscitation. N Engl J Med 318:43-46, 1988.
182. Miles MS, Carter MC. Coping strategies used by parents during their child's hospitalization in an intensive care unit. Special issue: active role of parents. Children's Heallth Care, 14: 14-21, 1985.
183. Miles MS, Carter MC. Sources of parental stress in pediatric intensive care units. Children's Health Care, 11: 65-69, 1982.
184. Miles MS, Matches M. Preparation of parents for the ICU experience: what are we missing. Children's Health Care, 20: 132-137, 1991.
185. Miles MS, Perry K. Parental responses to sudden accidental death of a child. Crit Care Quart, 8: 73-84, 1985.
186. Miles SH: informed demand for 'non-beneficial' medical treatment. N Engl J Med 325:512-515, 1991.
187. Mota LA. Reflexiones sobre el enfermo terminal y la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva, 15: 2.
188. Mundt DJ, Gage RW, Lemeshow S, Pastides H, Teres D, Avrumrn JS. Intensive care parents follow-up. Mortality, funtional status, and return to work at six months. Arch Intern Med, 149: 68-72, 1986.
189. Murphy DJ, Murray AM, Robinson BE et al. Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the elderly. Ann Intern Med 111:199-205, 1989.
190. Murphy DJ. Do-not-resuscitate orders: Time for reappraisal in long-term-care institutions. JAMA 260:2098-2101, 1988.
191. Nasraway SA, Conen IL, Dennis RC et al: Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. Crit Care Med, 26:607-610, 1998.
192. National Commission for the Protection of Human subjects of Biomedical and Behavioral Sciences. The Belmont Report. Washington, 1979.
193. Nino, Luis Fernando. Eutanasia. Morir com dignidad. Consecuencias jurídico-penales. Buenos Aires, Ed. Universidad, 1994.
194. O'Callahan JG, Fink C, Pitts IH, Luce JIM. With-holding and withdrawing of life support from patients with severe head injury. Crit Care Med, 23: 1567-1575, 1995.
195. Olick RS. Brain death, religious freedom, and public policy: new Jersey's landmark legislative initiative. Kennedy Institute of Ethics Journal, 1: 275-288, 1991.
196. On the right of the physician to kill the incurable sick. Interstate Medical Journal 6:488-489, 1899.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

197. Orlowski JP. Ethical principles in Critical Care Medicine. In: Orlowski, JP, Kanoti GA, eds. Ethical moments in Critical Care Medicine. Crit Care Clinics, 2: 1325, 1996.

198. Oskins SL. Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurses. Heart and Lung, 8: 953-960, 1979.

199. Paris JJ, Reaurdou FF. An ethical and legal analysis for problems in Critical Care Medicine. In: Rippe y cols, ed. Intensive Care Medicine. Little Brown and Company, 19: 1933-1940, 1991.

200. Parker MM, Schubert W, Shielhamer J, Parrillo JE. Perceptions of a critically ill patients experiencing therapeutic paralysis in a ICU. Crit Care Med, 12: 69-71, 1984.

201. Patrick DL, Danis M, Southerland LI, Hong G. Quality of life following intensive care. J General internal Med, 3: 218-223, 1988.

202. Pérez MA, Blanco A, Murillo F, y cols. The family members of gravely traumatized patients admited into an Intensive Care Unit present psychological deviations. Intensive Care Med, 18: 278-281, 1992.

203. Pérez San Gregorio MA, Lozano Oyola JF, Blanco Picabia A. Investigación psicológica en Medicina Intensiva: análisis temático. Med Intensiva, 18: 148-155, 1994.

204. Performance of Juniors Hospital Doctors Following Reduced Sleep and Long Hours of Works — Ergonomics — Vol. 21, nº 4 — pp. 279-295.

205. Performance, Alertness, and Sleep after 3 — 5 Years of 12 h shifts: a Follow-Up Study — Work & Stress, Vol. 5, nº 2, 1991.

206. Pesau B, Falger S, Berger E y cols. Influence of age on outcome of mechanically ventilated patients in an ICU. Crit Care Med, 20: 489-492, 1992.

207. Pessini, Leocir & Barchifontaine, Christian de Paul de, Problemas Atuais De Bioética [Edições Loyola, São Paulo 1991].

208. Pessini, Leocir & Barchifontaine, C. P. Problemas atuais, de Bioética, 3ª ed. ampliada e revisada. S. Paulo, Ed. Loyola, 1996.

209. Pessini, Leocir, "Eutanásia: ato de humanidade ou homicídio?" in Hospital, Administração e Saúde, vol. 13, nº 2, abril-junho, pp.89-93, 1989.

210. Pessini, Leocir, Eutanásia e América Latina: Questões ético-teológicas [Editora Santuário, Aparecida-SP 1990].

211. Pessini, Leocir, Morrer com Dignidade [Editora Santuário, Aparecida-SP 1990].

212. Pinheiro MCP, Lombardi VV, Cardoso SC. Padronização para referências bibliográficas. In: Felix VN e Gerstler JG ed. Pesquisa Clínica: Planejamento, Realização e Publicação. São Paulo, Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (SOPATI), pp. 39-42, 1993.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

213. Plain Language about Shiftwork US Department of Health and Human Services — Publication nº 97-145 — July 1997.

214. Pollack MM, Katz RW, Ruttimann UE et al: improving the outcome and efficiency of intensive care: The impact of an intensivist. Crit Care Med 16:11-17, 1988.

215. Poses RM, Bekes C, Copare FJ et al: The answer to "What are my chances, doctor?" depends on whom is asked: Prognostic disagreement and inaccuracy for critically ill patients. Crit Care Med 17:827-833, 1989.

216. Post S: Baby K: Medical futility and the free exercise of religion. Journal of Law, Medicine, and Ethics 23:5-11, 1995.

217. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions: the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship. Washington, DC, US Govt Printing Office, p 67, 1982.

218. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions. Washington, DC, US Govt. Printing Office, 1983.

219. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Defining Death. Washington, United States Government Printing Office, 1983.

220. Quill TE, Cassel CK, Meier DE: Care of the hopelessly ill: Proposed clinical criteria for physician assisted suicide. N Engl J Med 327:1380-1384, 1992.

221. Quillen MP: Ethics of life support and resuscitation. N Engl J Med 318:43-46, 1988.

222. Rapoport J, Teres D, Lemeshow S, Gehlbach S. A method for assessing the clinical performance and cost-effectiveness of intensive care units: A multicenter inception cohort study. Crit Care Med, 22:1385-1391, 1994.

223. Reis D. El impacto de la organización sobre la calidad de la Medicina Intensiva. Presentación de un estudio europeo. Rev Calidad Asistencial, 11: S74-S79, 1996.

224. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma. JAMA 205:337-340, 1968.

225. Resident Work Hours an working Environment in Otolaryngology — Journal of the American Medical Association, Vol 266, nº 10, 1991.

226. Responsabilidade Civil do Médico — Ruy Rosado de Aguiar Jr. — Ministro do Superior Tribunal de Justiça.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

227. Reynolds NH, Haupt MT, Thill-Baharozin MC et al: Impact of critical care physician sttafing on patients with septic shock in a university hospital medical intensive care unit. JAMA 260:3446, 1988.

228. Rivas UIIán P. Aspectos psíquicos del enfermo consciente ingresado en unidades especiales. Med klin, 281: 62-65, 1979.

229. Rivera Fernández R, Vazquez Mata G, Perez A, Aguayo de Hoyos E, Guillament Lloveras A. Calidad de vida en Medicina Intensiva: Med Intensiva, 17:9-14, 1993.

230. Robertson A. The rights of the critically ill. American Civil Liberties Union. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Co, 1983.

231. Rocha, Paulo Arthur Pinto da, "O Segredo Médico" in Conselho Regional de Medicina do Estado da Guanabara. Ética Médica, pp. 309.381 [Rio de Janeiro 1974).

232. Rogers RM, Weiler C, Ruppenthal B: Impact of the respiratory intensive care unit on survival of patients with acute respiratory failure. Chest 62: 94-97, 1972.

233. Romanello Neto J. Responsabilidade Civil dos Médicos. 1ª edição. Editora Jurídica Brasileira — São Paulo, 1998.

234. Rosenberg LJ, Aronstam NE: Euthanasia — a medicolegal study. JAMA 36:10-110, 1901.

235. Royi-Villanova y Morales, Ricardo, O Direito de Morrer sem Dor (problema da eutanásia) [Edições e Publicações Brasil, São Paulo 1933].

236. Ruark JE, Raffin TA, and the Stanford University Medical Center Committee on Ethics: Initiating and withdrawing life support; principles and practice in adult medicine. N Engl J Med 318-25-30 1988.

237. Rubi JAG, Campos RA. Medicina Crítica Práctica: Bioética y Medicina Intensiva. Dilemas éticos en el paciente crítico. Edika Med, 1998.

238. Ruiz Moreno J. La gestión de los Servicios de Medicina Intensiva: presente y futuro. Med Intensiva, 21: 200-208, 1997.

239. Saenz González, M. "Etica en la investigación biomédica", in: Biologia, desarrollo cientifico y etica. Valencia, Fundación Válenciana de Estudios Avanzados, 1986.

240. Safar P, Winter P: Helping to die. Crit Care Med 18:788-789, 1990.

241. Sage WM, Myers HR, Silverman JF. Intensive care worth it? An assessment of input and outcome for the critically ill. Crit Care Med, 9: 777-782, 1986.

242. Santos, Beni dos, "O Médico diante da Morte" in Hubert Lepargneur & Beni dos Santos, Moral e Medicina, Vol. 1: Fundamentos, pp. 126-131 [Hachette/Edições Loyola, Rio de Janeiro/São Paulo 1976].

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

243. Santos, Gilson Maurity, "Eutanásia Ativa e Passiva: Aspectos Éticos Legais" in Academia Nacional de Medicina, Ética Médica: Fórum Nacional, pp. 290-291 [Rio de Janeiro 1985].
244. Santos, Maria Celeste C. Leite. Morte encefálica e a Lei de Transplante de Orgãos. São Paulo, Ed. Oliveira Mendes, 1998.
245. Santos, Maria Celeste Cordeiro Leite. Transplante de órgãos e eutanásia (Liberdade e responsabilidade). S. Paulo, Saraiva, 1992.
246. Sanvito WL. Os Olhos do Médico. Editora Manole, 1979.
247. SCCM Ethics Committee, Attitudes of critical care professionals concerning distribution of intensive care resources. Crit Care Med, 22: 358-362, 1994.
248. SCCM Ethics Committee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life sustaining treatments. Crit Care Med, 20: 320-326, 1992.
249. Schecter WP. Withdrawing and withholding life support in geriatric surgical patients. Ethical considerations. Surg Clin Nort Amer, 74: 245-259, 1994.
250. Schneiderman L, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 112: 949-954, 1990.
251. Schneiderman LJ, Jecker N. Futility in practice. Arch Intern Med 153:437-441, 1993.
252. Schonwetter RS, Walker MD, Kramer DR et al: Resuscitation decision making in the elderly; The value of outcome data. J Gen Intern Med 8:295-300, 1993.
253. Segre, Marco. "Eutánasia: aspectos éticos e legais", in: Rev. Associação Médica Brasileira, 32 (7-8): 141-2, jul/ago. 1986.
254. Shapiro BA, Warren J, Egol AB et al. Practice parameters for sustained neuromuscular blockade in the adult critically ill patient: An executive summary. Crit Care Med 33:1601-1605, 1995.
255. Shapiro BA, Warren J, Egol AB et al: Practice parameters for intravenous analgesia and sedation for adult patients in the intensive care unit: An executive summary. Crit Care Med 23:1596-1600, 1995.
256. Shirago TA, Albertson TE. Moral, ethical and legal dilemmas in the intensive care unit. Crit Care Med, 12:62-71, 1984.
257. Shortell SM y cols. The performance of intensive care units: Does good management make a difference? Medical Care, 32: 508-525, 1994.
258. Silva A, Campillo C. Cómo se deben evaluar los artículos científicos propuestos para publicación. Med Clin (Barc), 97: 744-8, 1991.
259. Siminoff LA, Arnold RM, Caplan AL. Health care professionals' attitudes toward donation: Effect on practice and procurement. J Trauma 39:553-559, 1995.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

260. Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El Consentimiento Informado: de la historia de las decisiones judiciales a la fundamentación ética. Vol. XLVIII Nº 1117: 41-64, Jano1995.

261. Smedira NG, Evans BH, Grais LS et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. N Engl J Med 322:309-315, 1990.

262. Smith DH. Ethics in the doctor-patient relationship. Crit Care Clinics, 12: 179-197, 1996.

263. Snider GL. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. All systems are not yet "go". American journal of Respiratory and Critical Care Medicine 151:279-281, 1995.

264. Snow N, Bergin KT, Horrigan TP. Readmission of pacients to the surgical intensive care unit: Patient profiles and possibilities for prevention. Crit Care Med, 961-985, 1985.

265. Society of Critical Care Medicine Guidelines Committee: Guidelines for the definition of an intensivist and the practice of Critical Care Medicine. Crit Care Med, 20:540-542, 1992.

266. Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B. Decisions near the end of life: Professional views on life-sustaining treatments. Am J Public Health 83.14-23, 1993.

267. Sophie LR, Salloway JC, Sorock G, et al: Intensive care nurses' perceptions of cadaver organ procurement. Heart Lung 12:261-267, 1983.

268. Speedling EJ. Social structure and social behavior in an intensive care unit: Patients-Family perspectives. Soc work in Health Care, 6: 1-15, 1981.

269. Sprung CL, Eidelman LA. World similarities and differences in the forgoing of life-sustaining treatment. Intens Care Med, 22: 1003-1005, 1996.

270. Sprung CL. Surrogate decision making in Critical Care Medicine. In: Lumb PD, Shoemaker WC, eds. Critical Care of the Art. 11 Fullerton: SCCM, 367-378, 1990.

271. Sprung CL: Changing attitudes and practices in foregoing life-sustaining treatments. JAMA 263:2211-2215, 1990.

272. Sprung CL: Responsibilities of critical care professionals in setting medical policies for foregoing life-sustaining treatments. Crit Care Med 18:787, 1990.

273. Spudis EV. The Persistent Vegetative State. J Neub, 102: 128-136, 1991.

274. Stensen MD. Scarcity in the intensive care unit: Principles of justice for rationing ICU beds. Am J Med, 92:552-555, 1992.

275. Stern SG, Orlowski JP. DNR or CPR The choice is ours. Crit Care Med, 20:1263-1272, 1992.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

276. Stillwell SB. Importance of visiting needs as perceived by family members of patients in the intensive care unit. Heart Lung, 13: 238-242, 1985.
277. Sulmasy DP, FitgeraId D, Jaffin JH. Ethical considerations. Crit Care Clinics, 9: 775-789, 1993.
278. Sulmasy DP, Sugarman J. Are withholding and withdrawing therapy always morally equivalent? En J ed Ethics, 20: 218-222, 1994.
279. Suzuki T, Kawamura F. Nursing for a patient requering long-term care in an intensive care unit (ICU). Intensive Care Nurs 1990.
280. Swisher KN, Ayres SM. Who decides when care futile. Intens Critical Care Digest, 1: 59-64, 1992.
281. Teixeira, Aloysio Maria, "[Eutanásia Ativa e Passiva:] Aspectos legais e jurídicos" in Academia Nacional de Medicina, Ética Médica: Fórum Nacional, pp. 310-318 [Rio de Janeiro 1985].
282. The Multi-Society Task Force on PVS (First of Parts). New Eng J Med, 330: 1499-1508, 1994.
283. The Multi-Society Task Force on PVS. Medical of aspects of the persistent vegetative state (Second of Parts). N Eng J Med, 330: 1572-1579, 1994.
284. The Society of Critical Care Medicine Ethics Comitee. Attitudes of critical care medicine professionals concerning foregoing life-sustaining treatments. Critical Care Med, 20: 320-326, 1992.
285. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. Attitudes of Critical Care Medicine Professionals concerning distribution of Intensive Care Resources. Crit Care Med, 22: 358-362, 1994.
286. Thijs LG, Baltopoulos G, Bihari D et at. Guidelines for a training program in Intensive Care Medicine. Intensive Care Med 22:166-172, 1996.
287. Tomlinson T, Brody H. Ethics and communication in do-not-resuscitate orders. N Engl J Med 318:43-46, 1988.
288. Tomlinson T, Brody H. Futility and the ethics of resuscitation. JAMA 264:1276-1280, 1990.
289. Topf M. Noise induced stress in hospital patients: copping and non auditory health outcomes. J Hum Stress, 11: 125-134, 1985.
290. Topf M. Personality hardiness, ocupational stress and burnout in critical care nurses. Res Nurs Healt 1989; 12: 179-186.
291. Topf M. Sensitivity to noise, personality hardines, and noise-induced stress in critical care nurses. Env Behav, 717-733, 1989.
292. Trivedi HL Hindu religious view in context of transplantation of organs from cadavers. Transplant Proc 22:942, 1990.
293. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. N Eng J Med, 326: 1560-1564, 1992.
294. Truog RD, Fackler HC: Rethinking brain death. Crit Care Med 20:1705-1712, 1992.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

295. Truog RD. Triage in the ICU. Hastings-Center-Report, 22(3): 13-17, 1992.
296. Ullán PR. Naturaleza, Enfermedad y Psiquismo. Boehringer Ingelheim, 1999.
297. Vázquez Mata G, Murillo Cabezas F, Aguayo de Hoyos E. Medicina Intensiva y Garantia de calidad. Documento de Carmona 1991. Med intensiva, 16: 65-68, 1992.
298. Veatch RM, Spicer CM: Medically futile care: The role of the physician in setting limits. Am J Law Med 18:15-36, 1992.
299. Vieira, Sonia & Hossne, William Saad. Experimentação com seres humanos. S. Paulo, Moderna, 1987.
300. Vincent JL. Artigas A, Bihbari D et al: Guidelines for the utilization of intensive care units. Intensive Care Med 20:163-164, 1994.
301. Vincent JL. Baltopoulos G, Bihari D et al: Guidelines for training in intensive care medicine. Intensive Care Med 20:80-81, 1994.
302. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in ICM. Results of an ethical questionnaire. Intens Care Med, 16:256-262, 1990.
303. Vincent JL. Withholding and withdrawing. In: Tinker J, Browne DRG, Sibbald WJ, eds. Critical Care: Standards, Audits and Ethics, Londres, Arnold Press, 344-349, 1996.
304. Wachter MAM de: Euthanasia in the Netherlands. Hastings Cent Rep 22:23-30, 1992.
305. Wachter RM, Cooke M, Hopewell PC et al. Attitudes of medical residents regarding intensive care for patients with the acquired immunodeficiency syndrome. Arch Intern Med 148:149-152, 1988.
306. Waisel DB, Truog RD: The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: Futility revisited. Ann Intem Med 122:304-308, 1995.
307. Wal G van der. Unrequested termination of life: Is it permissible? Bioethics 7:330-339, 1993.
308. Wasserman D. The Intensive Care Unit and the suicide attempt patient. Acta Psychiat Scand, 71:581-595, 1985.
309. Waters JM, Bessey PQ. Critical Care for the elderly patient. Surg Clin North Am, 74: 187-197, 1994.
310. Welie JVM: The medical exception: Physicians, euthanasia and the Dutch criminal law. J Med Philos 17:419-437, 1992.
311. Willamu C, Rice DG. The Intensive Care Unit: social work intervention with families of critically ill patients. Soc. Work in Healt Care, 2: 391, 1977.
312. Wool CA, Geringer ES, Stern TA: Problematic behaviors of patients, families, and staff in the ICU. In: Intensive Care Medicine. Third Edition. Rippe JM, Irwin RS, Fink MP et al (Eds). Boston; Little, Brown and Co, pp 2526-2533, 1956.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

313. Work Performance and Health of Juniors Hospital Doctors. A Review of the Literature — Work and Stress, Vol 3, nº 2 — pages 117-128, 1989.
314. World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. Declaración de ética. Intens Critical Care Digest, 11 -3: 40-41, 1992.
315. World Health Organization. The principles of quality assurance. Euro Reports and Studies 94. Copenhagen: WHO, 37, 1985.
316. Youngner SJ, Allen M, Montenegro H et al: Resolving problems at the intensive care unit/oncology unit interface. Perspect Biol Med 31:299-308, 1988.
317. Youngner SJ: Orchestrating a dignified death in the intensive care unit. Clin Chem 36:17-22, 1990.
318. Youngner SJ: Who defines futility? JAMA 260:294-295, 1988.
319. Zaren B, Hedstrand H. Quality of life among-term survivors of intensive care. Crit Care Med, 15: 743-747, 1987.
320. Zimmerman JE, Shortell SM, Rousseau DM y cols. Improving intensive care. Observations based on organizational case studies in nine intensive care units: A prospective multicenter study. Crit Care Med, 21: 1443-1451, 1993.
321. Zimmerman JE, Wagner Dl, Knaus WA et al. The use of risk predictions to identify candidates for intermediate care units — Implications for intensive care utilization and cost. Chest, 103:490-499, 1995.
322. Zussman R. Intensive care: medical ethics and the medical proffession. Chicago: The University of Chicago Press, 1992.

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

ÍNDICE REMISSIVO

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

A

Abdome agudo hemorrágico, 143
Abstinência do álcool, 76
Acinetobacter baumonnii, 310
Acompanhante na UTI, 93-96
Acreditação, sistema de, 152
Administradores hospitalares, 158
Agitação sob ventilação, 301
Água, colchão de, 72
Alarmes, 327
Álcool, 75
  abstinência do, 76
Alginato, 72
Allen, teste de, 339
Alta da UTI, 116
Alteração(ões)
  do ritmo normal do sono, 90
  hemodinâmicas decorrentes de distúrbios respiratórios, 331
Ambu, 293
Aminoglicosídeos, 338
Amnésia, 296
Analgesia, 196
Anestesiologista, 65
Aneurisma cerebral, ruptura de, 217
Ansiedade, estresse e, 71
Antibióticos, 73, 315
Anticorpos Anti-HLA, 363
Anti-hipertensivos, 274
Antipsicóticos, 76
Anti-sépticos, 70, 360
Antitérmicos, 338
APACHE II, índice, 117
APACHE III, índice, 117
Aparelhos, 85
  bombas de infusão, 87
  dialisadores, 87
  drenagem de tórax, 88
  intracath, 87
  monitores, 85
  sonda
    gástrica ou enteral, 86
    vesical, 86
  traqueostomia, 88
  ventilador mecânico, 87
Apnéia, este de, 215
Apontador tipo *laser*, 260
Arritmia(s), 75
  paroxística, cardioversão química de, em emergência, 132
Artéria pulmonar, cateter em, 65
Artigos científicos, 253-256
  especificidade de teste diagnóstico, 256
  intervalo de confiança, 255
  sensibilidade de teste diagnóstico, 256
  significância estatística, 255
  valor positivo, 256
    efetividade, 256
    eficácia, 256
    eficiência, 256
    erro

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

α, 256
β, 256
variável, 253
Aspiração traqueal, 333, 334
Assistência
domiciliar, 162
ventilatória, 66
Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 6, 18
Atelectasia, 301
Atestado de óbito, 39
Atropina, 307
Aula, preparação de uma, 257-260
conclusão, 259
conteúdo, 259
introdução, 258
Ausência de função cerebral, 215
Autonomia, princípio da, 181-184
Aventais, uso de, 89

B

Balanço hídrico, 362
Balão intra-aórtico, 132, 353
Barotrauma, 357
Benzodiazepínicos, 75, 307
sedação com, 296
Bexiga urinária, 86
Bexigoma, 301
Biblioteca Regional de Medicina, 247
Bioética, 169, 170
conhecimentos de, 17
princípos que regem a, 263
autonomia, 263
beneficência, 263
justiça, 263
não meleficência, 263
Biópsia
hepática transparietal, 132
renal por punção, 132
transbrônquica, 307
transcutânea de pulmão por agulha, 132
Bireme, 247
Boletim médico, 91, 97-100, 166
Bomba de infusão, 66, 87
nutrição
enteral com, 128
parenteral com, 128
Bombeamento, sistema de, 87
Broncoespasmo, 301, 307
Broncoscospia, 307

C

Calvície masculina, 274
Cama elétrica, 353
Câncer pélvico, 183
Cânula(s)
de *cuff* de baixa pressão, 305
entupida, 299
nasal, 347
obstrução da, 301
Capilar pulmonar, 346
Capnógrafo, 353
Capnometria, 351
monitorização por, 128
Capnômetro, 351
Carbóxi-hemoglobina, 349
Cardioestimulação transesofágica, 132
Cardiologista, 89
Cardioversão, 321, 354
elétrica, 128
de emergência, 132
eletiva, 132
química de arritmia paroxística em emergência, 132
Carvão, 72
Cataplasma, 69
Cateter(es)
de diálise peritoneal, 128
de duplo lúmen, 128
de Swan-Ganz, 98, 128, 325
em artéria pulmonar, 65
intracavitários, 132
nasal, 128
peritoneal, 131
vasculares, 152
venoso central, 128, 331
Cateterismo de veia subclávia, 331
Cavidade
abdominal, 87
pleural, 11
Central de Captação de Órgãos, 228
Centro cirúrgico, 81, 119
Cetoacidose, diabéticos com quadro de, 123
Chefe de UTI, 17, 18
Cicatrização, 69
estágio inflamatório da, 71
processo de, 71
Ciclos de sono-vigília, 59
Cidadão, direitos do, 43, 44
pacientes críticos, 43
Circuitos ventilatórios, 309, 310
Circulação sangüínea, 72

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Cirurgia(s)
de grande porte, pós-operatório de, 99
estéticas, 174
no pescoço, 88
vascular periférica, 123
Cistostomia por punção com trocater, 132
Coagulopatia grave, 325
Código
de Defesa do Consumidor, 178
médicos e, 178
de Ética Médica, 101, 190, 208, 219
Colchão(ões)
de água, 72
de ar, 71
de espuma tipo caixa de ovo, uso de, 71
de gel, 71
Colóides, cristalóides *versus*, 60
Coma permanente, 123
Comissão
de Controle de Infecção Hospitalar, 315
Nacional de Residência Médica, 19
Concentrado
de hemácias, 362
lavadas e/ou filtradas, 362
de plaquetas, 363
Conforto térmico, 164
Confusão mental, estados de, 89
Connectmed, 243
Conselho
Federal de Enfermagem, 418
Regional de Enfermagem de São Paulo, 420
Regional de Medicina do Estado
da Bahia, 400
de São Paulo, 384
de Sergipe, 416
do Amazonas, 393
do Ceará, 401
do Distrito Federal, 404
do Paraná, 407
do Rio de Janeiro, 412
do Rio Grande do Sul, 409
Controle acústico, 164
Convênio(s), 133
médico, 120
Corpos estranhos, remoção de, 70
Creatinina, 229
Criança, 49-53
estatuto da, 83
internação de crianças e adolescentes em unidade de terapia intensiva, 49
limite de idade para internação de pacientes em UTI pediátrica ou de adultos, 51
Cristalóides *versus* colóides, 60
Critérios de admissão e alta na UTI, 113-117
índices prognósticos como critérios, 116
APACHE II, 117
APACHE III, 117
MPM II, 117
SAPS II, 117
seleção de pacientes, 113
Cuff, 299
Cumarínicos, sangramento associado ao uso de, 364
Curativo(s), 70
mecânico, 72
Curtose, 254

D

Dakin, líquido de, 70
Dano(s)
moral, 174
ao médico, 178
neurológicos irreversíveis, 123
Débito cardíaco, 345
Debitômetro, 353
Declaração de óbito, 219-222
Decreto 2268 de 30/06/97
Decúbito, escaras de, 152
Deficiência mental, 182
Delegacia, função do advogado na, 193
Densidade
de incidência, 288
de infecção hospitalar, 287
Deontologia médica, 105
Depressão respiratória, 296
Descanso noturno, 29, 30
Descanulação acidental, 306
Desfibrilação, 321
cardíaca, 321
elétrica, 321
Detritos, remoção de, 70
Dever legal, 191
Dextrostix, 128
Diabetes, 71
mellitus, 337

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Diabéticos com quadro de cetoacidose, 123
Dialisadores, 87
Diálise, 79
  peritoneal, 87
Direito(s)
  à privacidade e ao conforto, 45-48
  da família na UTI, 95
  do cidadão, 43, 44
    pacientes críticos, 43
  humanos, 43
Disfunção(ões)
  orgânicas, 14
  respiratória, 114
Dispositivos *High Tech*, 359
Dissecção venosa, 332
Distanásia, 4, 211
Distensão gástrica, 297
Distúrbio(s)
  de malformação, 59
  degenerativos, 59
  funcionais, 58
  metabólicos, 59
    prévios, 127
  respiratórios, 331
Diurese zero, 329
Doadores de órgãos, 114
Doença(s)
  hematológicas, 361
  iatrogênica, 313
  malignas metastáticas, 122
  vasculares cerebrais, 76
Dor, alívio da, 317, 318
Drenagem
  de pneumotórax, 79
  de tórax, 88, 319
  do pericárdio, 132
  livre de pus, 69
Dreno tubular torácico, retirada de, 132
Droga(s)
  fases da pesquisa de novas, 272
    ensaio clínico em larga escala, 273
    estudos pós-comercialização, 274
    farmacologia clínica e toxicidade, 273
    investigação clínica inicial do efeito do tratamento, 273
    novas indicações, 274
  imunossupressoras, uso de, 71
  vasoativas, 65, 113, 303, 335
    infusão de, 122
Dubbhoff, sonda de, 311
Ducto torácico, 332

E

Efeito *Hawthome*, 269
Egocentrismo, 280
Eletrocautério, 354
Emplastro, 69
Empresas de saúde e seguradoras, 133
Enfermagem e fisioterapia, 248
Enfermeiro da UTI, 95
Ensaio clínico randomizado, 235
Ensinamentos de Galeno, 70
Entidades médicas brasileiras na Internet, 251
Epitélio respiratório, 334
Equilíbrio
  corporal, 3
  metabólico, 11
Equipe
  completa e especializada, 88
  interdisciplinar *versus* parâmetros ventilatórios, 291
  médica da UTI, 102
  multiprofissional da UTI, 73
Erro aleatório, 235
Escaras de decúbito, 152
Esfíncter
  anal, incontinência do, 59
  urinário, incontinência do, 59
Estado(s)
  de confusão mental, 89
  mental, 71
  nutricional, 71
  vegetativo, 59-62
    persistente, 59, 123
Estatística hospitalar, 285-288
  densidade
    de incidência, 288
    de infecção hospitalar, 287
  incidência, 288
    cumulativa, 288
  índice
    de intervalo de substituição, 286
    de mortalidade estandardizada, 287
  leitos-dia, 285
  média de pacientes-dia, 286
  pacientes-dia, 285
  prevalência, 288
  taxa

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

de complicações ou intercorrências, 287
de infecção hospitalar, 287
de mortalidade, 286
institucional, 287
de ocupação, 286
de procedimentos, 288
tempo médio de permanência, 286
Estatuto da criança, 83
Esterco de lagarto, 70
Esteróides, uso de, 71
Estimulantes do sistema nervoso central, 75
Estímulos sensoriais, 59
Estresse e ansiedade, 71
Estudo(s)
analítico, 266
ensaio clínico randomizado, 266
estudo
de caso-controle, 266
de coorte, 266
transversal, 266
com relatos de casos, 269
de caso-controle, 269
de incidências, 269
descritivo, 266
ecológico, 266
Ética, 43
médica,
Código de, 63, 101, 105
na realização e na publicação da pesquisa clínica, 271
Eusol, 70
Eutanásia, 207-211
ativa, 208, 209
indireta, 208
involuntária, 208
social, 213
voluntária, 208
Exame(s)
bacteriscópico, 73
neurológico, 228
elementos do, 372
solicitação de, 127-129
Extubação de paciente, 303

F

Falência de múltiplos órgãos, 123
Familiares, informação pré-cirúrgica a pacientes e, 99
Farmacocinética, 273
Farmacologia, 243
clínica e toxicidade, 273
Fator Von Willebrand, 364
Febre, 301
Feocromocitoma, 75
Feridas
desafio da, 69-73
curativo ideal, 70
fúngicas, 72
lavagem das, 69
tóxicos contaminadores de, 71
Fibrase, 73
Fibrinogênio, 364
Fibroscopia ótica, 297
Ficha de observação clínica, 267
Filtros higroscópicos, 309
Finasterida, 274
Fisioterapia respiratória, 128
Flagrante delito, 194
Flebites, 343
Flebotomia, 128, 343, 344
Fluxo de informações, 35, 36
Focos de necrose, 72
Fraude, 272
Funções
autonômicas do tronco cerebral, 59
hipotalâmicas do tronco cerebral, 59
Fúrcula esternal, 301

G

Galeno, ensinamentos de, 70
Garantia de qualidade, 149-153
Germes na superfície da pele, 89
Glicemia, 229
capilar, 337, 338
Glico-ceto, 128
Glutaraldeído, 310
God Standard, descrição de, 282
Gravidez, hipertensão na, 249
Grupo experimental, 267
Grupo-controle, 267
Guia(s)
de orientação ao visitante, 85-91
aparelhos, 85
bombas de infusão, 87
dialisadores, 87
drenagem de tórax, 88
intracath, 87
monitores, 85
sonda gástrica ou enteral, 86

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

sonda vesical, 86
traqueostomia, 88
ventilador mecânico, 87
equipe completa e especializada, 88
informações telefônicas evitadas, 91
lavar as mãos antes e depois da UTI, 89
paciente confuso, 89
programação com antecedência, 91
UTI, 85
para admissão, alta e triagem em UTI, 545-548
cardiovascular, 545
cirurgia, 547
endócrino-metabólico, 546
gastrointestinal, 546
intoxicação exógena, 546
neurológico, 456
respiratório, 545

H

Haloperidol, 76
Hawthome, efeito, 269
Hemácias
concentrado de, 362
lavadas e/ou filtradas, concentrado de, 362
Hemitórax, 301
Hemoderivados, 361-364
concentrado
de hemácias, 362
lavadas e/ou filtradas, 362
de plaquetas, 363
crioprecipitado, 364
plasma fresco congelado, 363
sangue total, 362
uso dos, 362
Hemodiafiltração, 131
Hemodialisador, 353
Hemodiálise, 87
contínua, 131
arteriovenosa, 131
veno-venosa, 131
Hemofiltração, 131
Hemoglobina, 345
Hemograma, 229
Hemoperfusão, 131
Hemopneumotórax, 143
Hemoterapia, 363
Heparina, 365, 366
Hepatopatia, 364
Hidrocolóides, placas de, 71
Hidrogel, 72
Higiene pessoal, 71
Hipercapnia 307
Hiperdistensão pulmonar, 357
Hiperemia, 73
Hiperglicemia, 337
Hipernatremia, 229
Hipertensão
arterial, 249
na gravidez, 249
porta, 249
Hipertireoidismo, 75
Hipertrofia prostática, 274
Hipocalcemia, 361
Hipoclorito de sódio, 310
Hipoglicemia, 337
Hipossuficiência, 178
Hipotensão, 296
Hipoxemia, 295, 301, 347
Hipóxia, 75, 307
Honorários profissionais, 15
Hospital(is)
conveniados, 133
do futuro, 161, 162
humanização de, 163-166
arquitetura/instalações, 164
equipe profissional, 166
pacientes, 165
visitantes/familiares, 166
terceirização nos, 158
verus convênio *verus* paciente, relação, 120
Humanização
das UTIs, 93
de hospitais, 163-166

I

Iatrogenias, 313, 341
Icterícia, 349
Idoso(s)
mortalidade entre pacientes, 57
na UTI, 55-58
IML, 223-226
Imperícia, 172
Imprensa, 105-109
Imprudência, 172
Incontinência, 71

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

do esfíncter, 59
anal, 59
urinário, 59
Indenização, 173
Índice
de intervalo de substituição, 286
de mortalidade estandardizada, 287
prognósticos, 116
APACHE II, 117
APACHE III, 117
MPM II, 117
SAPS II, 117
Infarto agudo do miocárdio, 143
Infecção Hospitalar
Comissão de Controle de, 315
densidade de, 287
Infiltração articular, 131
Informações
fluxo de, 35, 36
telefônicas, 103, 104
Informe Belmont, 169
Infusão
bombas de, 66
de drogas vasoativas, 122
Injeção intramuscular, 337
Inquérito policial, 193
Instalação/monitorização de PAM, 339
Instituto Médico-legal, médico do, 126
Insuficiência
cardíaca, 114, 123, 274
respiratória, 122, 223
Intensivista, 9-12
aparência pessoal e comportamento do, 23, 24
diarista ou rotineiro, 13-16
formação do, 19-22
medicina intensiva, 10
médico assistente e familiares, 79-81
papel do, nos transplantes de órgãos, 227-230
perfil do, 11
Internação de crianças e adolescentes em unidade de terapia intensiva, 49
Internet, 237-252
conexão, 239
definição, 238
e-mail, 241
enfermagem e fisioterapia, 248
entidades médicas brasileiras, 251
história, 238
informações básicas para utilização, 237
Links e URLs, 240
navegador, 241
teclas principais, 241
no brasil, 239
pesquisa médica, 247
listas de discussão, 247
recursos para o médico, 242
ferramentas de busca, 242
informações médicas, 242
portais médicos, 243
revistas médicas, 243
sociedades médicas, 245
World Wide Web, 239
Intoxicações exógenas, 76, 546
Intracath, 87
Intubação, 79
esofágica, 297
prevenindo a, 295-297
traqueal, 128
Ionograma, 229
Iruxol, 73
ISO 9002, 153
normas, 150, 153
Isolamento térmico, 71

J

Joint Commission on Accreditation of Healthcare organizations, critérios de, 150
Jugular
externa, 343
homolateral, 331
Justa causa, 191

L

Lactato venoso misto, 345
Lagarto, esterco de, 70
Lavado bronco-alveolar, 307
Lei 9434 de 01/02/97, 447
Leito
limpeza e desinfecção do, 119
marcapasso temporário a beira do, 132
permanência prolongada no, 72
reserva de, na UTI, 121
Leitos-dia, 285
Lesão(ões)
cerebral aguda, 59
de pele, 70
Lidocaína, 307
Limite

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

de idade para internação de pacientes em UTI pediátrica ou de adultos, 51
em horas, 31-33
Limpeza e desinfecção do leito, 119
Linha isoelétrica no monitor, 323
Líquido de Dakin, 70
Luvas, uso de, 89

M

Malformação, distúrbio de, 59
Manobra(s)
de reanimação, 79
de Sellick, 297
Marca-passo(s)
portadores de, na UTI, 353-355
cardioversão, 354
eletrocautério, 354
provisório, 128
temporário a beira do leito, 132
transitório endocavitário, 11
Máscara(s)
de Venturina, 347
facial, 299
nebulização contínua com, 128
uso de, 89
Material
de intubação, 295
purulento, 73
Média de pacientes-dia, 286
Mediastino, 11
Medicina
baseada em evidências, 234
Intensiva, 10
Brasileira, Associação de, 6, 18
como especialidade médica, 500
núcleo de atuação, 501
consenso da AMIB sobre, 497
Pediátrica, 51
procedimentos em, 131, 132
Médico(s)
assistente, 80, 114
intensivista e familiares, 79-81
do Instituto Médico-Legal, 126
e Código de Defesa do Consumidor, 178
externo, avaliação feita por, 101, 102
intensivista, 80, 114
plantonistas da urgência, 115
recursos da internet para o, 242
ferramentas de busca, 242
informações médicas, 242
portais médicos, 243
revistas médicas, 243
sociedades médicas, 245
Médico-paciente, relação, 43
Medida(s)
de prevenção aos médicos, 175
Provisória 1718 de 06/10/98, 467
MEDLINE, 234, 274
Medo como fonte de ansiedade no paciente crítico, 75, 76
Medscape, 243
Metanálise, 235
Ministério da saúde, pesquisa clínica em seres humanos, 430
aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, 433
comissão nacional de ética em pesquisa, 443
comitê de ética em pesquisa, 441
consentimento livre e esclarecido, 436
operacionalização, 445
preâmbulo, 430
protocolo de pesquisa, 439
riscos e benefícios, 438
termos e definições, 431
Miocárdio, infarto agudo do, 143
Mistanásia, 213
Moléstia aguda, 122
Monitor(es), 85
cardíaco, 353
linha isoelétrica no, 323
portátil, 66
Monitorização
cardíaca, 128, 341
com Swan-Ganz, 98
da pressão intracraniana, 132
por capnometria, 128
por oximetria, 128
Morfina, 307
Mortalidade
entre pacientes idosos, 57
taxas de, 151
Morte, 37-39
encefálica, 215-218
critérios para estabelecer a, 215
ausência de função cerebral, 215
ausência de função do tronco cerebral, 215
reflexo córneo-palpebral, 215

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

reflexo óculo-cefálico, 215
reflexo vestíbulo-ocular, 215
teste de apnéia, 215
violenta, 223-226
MPM II, índice, 117

N

Nariz artificial, 309
National Institute for Occupational Safety and Health, 32
Nebulização contínua com máscara, 128
Necrose, focos de, 72
Necrotério, 79
Negligência, 172
Neoplasia metastática, 123
pacientes com, 114
Neurolépticos, 75
Neurologista, 89
NIOSHI (v. *National Institute for Occupational Safety and Health)*
Nistagmo, 229
Normas
ISO, 150, 153
para projetos físicos de estabelecimentos assistensiais de saúde, 479
Nutrição
enteral com bomba de infusão, 128
parenteral com bomba de infusão, 128

O

Obesidade, 71
Óbito hospitalar, 117
Óbito, 38, 80
atestado de, 39
declaração de, 219-222
Obstrução das vias aéreas, 122
OMS, 55
Ordem de prisão, 194
Organização Mundial da Saúde (v. OMS)
Órgãos
doadores de, 114
falência de múltiplos, 123
Ortotanásia, 212
Overdose, 123
Oxigênio, suplementação de, 347
Oximetria
de pulso, 349
monitorização por, 128
não invasiva, 132

P

Paciente(s)
com neoplasia metastática, 114
confuso, 89
críticos, 43
medo como fonte de ansiedade no, 75, 76
transporte intra-hospitalar do, 65-67
de suporte mínimo, 195-198
em pós-operatório de cirurgia de grande porte, 99
informação pré-cirúrgica a familiares e, 99
internados na UTI, 95
não-reanimável, 195-198
terminais com indicação de recuperação cardiorrespiratória, 114
Pacientes-dia, 285
Parada
cardiorrespiratória, 224, 307
cérebro-cardiorrespiratória, 196
Pediatria, sociedae Brasileira de, 51
PEEP, 334
Pele
germes na superfície da, 89
lesões de, 70
Pericárdio, 11
drenagem do, 132
Pericardiocentese, 132
Pescoço, cirurgia no, 88
Pesquisa
clínica em seres humanos, 430
aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, 433
comissão nacional de ética em pesquisa, 443
comitê de ética em pesquisa, 441
consentimento livre e esclarecido, 436
operacionalização, 445
preâmbulo, 430
protocolo de pesquisa, 439
riscos e benefícios, 438
termos e definições, 431
médica na internet, 247

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

listas de discussão, 247
Pesquisa clínica em UTI, 261-274
estratégias para investigação em saúde, 265
estudo de caso, 265
investigação laboratorial, 265
pesquisa populacional, 266
ensaio clínico randomizado, 266
estudo analítico, 266
estudo de caso-controle, 266
estudo de coorte, 266
estudo descritivo, 266
estudo ecológico, 266
estudo transversal, 266
ética na realização e na publicação da pesquisa clínica, 271
fases da pesquisa de novas drogas, 272
ensaio clínico em larga escala, 273
estudos pós-comercialização, 274
farmacologia clínica e toxicidade, 273
investigação clínica inicial do efeito do tratamento, 273
novas indicações, 274
planejamento da pesquisa clínica, 267
fases, 268
calcular o tempo e o custo da pesquisa, 270
definir o objetivo do estudo, 268
escolha do esquema para evitar o vício, 269
planejar a coleta de dados, 268
planejar alocação de equipamentos e serviços de terceiros, 271
Placas de hidrocolóides, 71
Plágio, 272
Planejamento da pesquisa clínica, 267
fases, 268
calcular o tempo e o custo da pesquisa, 270
definir o objetivo do estudo, 268
escolha do esquema para evitar o vício, 269
planejar
a coleta de dados, 268
alocação de equipamentos e serviços de terceiros, 271
Plantão
de UTI, 49
médico, 115
passagem de, 25, 26
troca de, 27, 28
Plaquetas
concentrado de, 363
transfusão de, 363
Plaquetopenia, 363
Plasma fresco congelado, 363
Plasmaférese, 131
Pleurostomia, 132
Pneumonia, 309
hospitalar, 309
Pneumotórax, 301
drenagem de, 79
Pombo, sangue de, 70
Portadores de marca-passos na UTI, 353-355
cardioversão, 354
eletrocautério, 354
Portaria(s)
304 de 17/07/84, 201
1091/GM de 25/08/99, 484
3410 de 05/08/98, 467
3432 de 12/08/98
conjunta nº30 de 02/08/99, 489
Pós-operatório de cirurgia de grande porte, 99
Prescrição médica, solicitação de, 127-129
Pressão
capilar pulmonar, 331
de suporte, 357
intracraniana, 351
monitorização da, 132
Princípios que regem a bioética, 263
autonomia, 181-184, 263
beneficência, 263
justiça, 263
não maleficência, 263
Privação do sono, 75
Privacidade e ao conforto, direito à, 45-48
Procedimento(s)
em medicina intensiva, 131, 132
invasivo não-emergencial, 186
invasivo, termo de consentimento para realização de, 187
Processo
criminal, 175
de cicatrização, 71
ético-administrativo, 179
judicial, 193, 194
função do advogado na delegacia, 193
inquérito policial, 193

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

ordem de prisão, 194
processo judicial, 194
promotoria de justiça, 194
Proeminências ósseas, 71
Programa de acompanhante na UTI, 95
Projetor
de *slides*, 259
de transparências, 259
Promotoria de justiça, 194
Promptuarium, 125
Pronto-socorro, 120
serviços de, 63
Prontuário médico, 102, 125, 126
Próteses respiratórias, 152
Publicação científica, 275-278
padronização para referências bibliográficas, 277
Pudor, respeito ao, 45-48
Pulmão, biópsia transcutânea de, por agulha, 132
Punção(ões)
arterial, 332
articular, 131
cistostomia por, com trocater, 132
da veia jugular, 332
liquórica raquiana, 132
pleurais, 132
traqueal aspirativa transcutânea, 132
Púrpura trombocitopênica
imunológica, 363
trombótica, 363
Pus, drenagem livre de, 69

Q

Quadro(s) mórbido(s)
agudo e grave, 122
irreversíveis e terminais, 123
Qualidade, garantia de, 149-153

R

Raios X de tórax, 319
Reações emocionais, 75, 76
Reanimação
cérebro-cardiopulmonar, 11
cérebro-cardiorrespiratória, 81
manobras de, 79
Recuperação
cardiorrespiratória, pacientes terminais com indicação de, 114
pós-operatórias, salas de, 50
Referências bibliográficas, padronização para, 277
Reflexo(s)
córneo-palpebral, 215
da tosse, 228
medulares, 59
óculo-cefálico, 215
vestíbulo-ocular, 215
Regimento interno da UTI, 155
Relação
hospital *verus* convênio *verus* paciente, 120
médico-paciente, 43
Relaxantes musculares, uso de, 296
Remoção
de corpos estranhos, 70
de detritos, 70
e alta a pedido, 143-148
Residência médica, Comissão Nacional de, 19
Resistência imunológica, 72
Resolução(ões)
CFM nº 1246/88, 190
CFM nº 1359, 192
e pareceres do Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, 369
Respirador mecânico, 66
Responsabilidade
extracontratual, 171
médica, 171-179
contratual ou extracontratual, 171
dano moral, 174
médicos e Código de Defesa do Consumidor, 178
medidas de prevenção aos médicos, 175
obrigações de meios e de resultados, 173
processo criminal, 175
Ressuscitação
cardiopulmonar, 351
cardiorrespiratória, 295
Retroprojetor, 259
Ruptura de aneurisma cerebral, 217

S

Salas de recuperação pós-operatórias, 50
Sangramento(s), 307
associado ao uso de cumarínicos, 364

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

Sangue
de pombo, 70
total, 362
SAPS II, índice, 117
Saúde, estratégias para investigação em, 265
estudo de caso, 265
investigação laboratorial, 265
pesquisa populacional, 266
estudo analítico, 266
de caso-controle, 266
de coorte, 266
ensaio clínico randomizado, 266
transversal, 266
estudo descritivo, 266
estudo ecológico, 266
Secreções purulentas, 73
Sedação, 66, 196
com benzodiazepínicos, 296
Seguradoras, 133
Sellick, manobra de, 297
Seqüelas neurológicas, 72
Serviços
de pronto-socorro, 63
prestados pelos sistemas de saúde, 149
Shunt periférico, 345
Sigilo médico, 189
Síndrome do desconforto respiratório agudo, 357
Sistema
APACHE II, 6
de acreditação, 152
de bombeamento, 87
de Saúde no Brasil, 157
Nacional de Transplante, 454
nervoso central
estimulantes do, 75
sistema ventricular do, 11
Único de Saúde (v. SUS)
ventricular do sistema nervoso central, 11
Sociedade Brasileira de Pediatria, 51
Sódio, hipoclorito de, 310
Softwares, 242
Sonda(s)
de Dubbhoff, 311
enteral, 311
gástrica, 86
nasoenteral, 311
nasogástrica, 299
vesical, 86
Sondagem
nasoenteral, 128
nasogástrica, 128
vesical, 128
Sono
alteração do ritmo normal do, 90
privação do, 75
Sono-vigília, ciclos de, 59
Soro, administração de, 87
Substâncias nocivas, 87
Sudorese, 75
Suicídio assistido, 208
Suplementação de oxigênio, 347
Suporte
ventilatório, 122
mecânico, 293
vital, 199-201
moção de apoio da AMIB à proposta de modificação do Código Penal Brasileiro, 200
SUS, 157
Swan-Ganz
cateter de, 128, 325
monitorização com, 98

T

Tamponamento cardíaco, 122
Taquicardias, 75
ventriculares polimórficas, 321
Taquipnéia, 75
Taxa(s)
de complicações ou intercorrências, 287
de infecção hospitalar, 287
de mortalidade, 151, 286
institucional, 287
de ocupação, 286
de procedimentos, 288
Técnica
de punção, 325
para a redação de artigos, 275-278
padronização para referências bibliográficas, 277
Temas livres e posters, 279-284
fase de planejamento, 279
fase de preparo do material a ser apresentado, 279
apresentação, 280
comentários, 282
conclusão, 282

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

introdução, 281
metodologia, 281
objetivo, 281
Terapia intensiva, trabalho em equipe, 3-7
Terceirização nos hospitais, 158
Terebintina, 70
Termo de consentimento
livre e esclarecido, 535
para realização de procedimento invasivo, 187
Termodiluição, 345, 346
Teste
de Allen, 339
de apnéia, 215
diagnóstico
especificidade de, 256
sensibilidade de, 256
Testemunha de Jeová, 63, 64
Toracostomia com drenagem aberta, 132
Tórax
drenagem de, 88
raios X de, 319
Torsades de Pointes, 321
Tosse, reflexo da, 228
Trabalhos médico em UTI
jornada de, 32
contínua, 32
em horários excepcionais, 32
máxima, 33
período de repouso, 32
noturnos, 32
Transaminases, 229
Transfusão
de plaquetas, 363
sangüínea, 230
Transplantes de órgãos, papel do intensivista nos, 227-230
Transporte intra-hospitalar do paciente crítico, 65-67
Traquéia, 334
Traqueostomia, 79, 88, 128, 305
Tratamento fútil, 203-206
Trauma, casos de, 59
Trocater, cistostomia por punção com, 132
Trofodermin, 73
Tronco cerebral
ausência de função do, 215
funções
autonômicas do, 59
hipotalâmicas do, 59
perda da integridade do, 229
Tubo traqueal, 87
Tumor cerebral, 217

U

Ultrafiltração, 131
Unidade de Terapia Intensiva (v. UTI)
Urgência
médica, 35
médicos plantonistas da, 115
UTI, 85
acompanhante na, 93-96
permanência junto a pacientes internados, 95
admissão em, 57
adulto, 53
alta da, 116
ambiente em, 113
chefe de, 17, 18
chefia da, 120
critérios de admissão e alta na, 113-117
índices prognósticos como critérios, 116
APACHE II, 117
APACHE III, 117
MPM II, 117
SAPS II, 117
seleção de pacientes, 113
dependências da, 96
dia-a-dia das, 57
direito da família, 93
enfermeiro da, 95
equipe
médica da, 102
multiprofissional da, 73
guia para admissão, alta e triagem em, 545-548
cardiovascular, 545
cirurgia, 547
endócrino-metabólico, 546
gastrointestinal, 546
intoxicação exógena, 546
neurológico, 456
respiratório, 545
humanização das, 93
idoso na, 55-58
jornada contínua de trabalho em, 31
lavar as mãos antes e depois da, 89
neonatal, 53

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

normas mínimas para credenciamento, 493
área física e instalações, 493
materiais e equipamentos, 495
recursos humanos, 494
serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, 496
norte-americanas, 56
nos EUA, 56
pediátrica, 49, 53
ou de adultos, limite de idade para internação de pacientes em, 51
plantão de, 49
portadores de marca-passos na, 353-355
cardioversão, 354
eletrocautério, 354
programa de acompanhante na, 95
regimento interno da, 155
reserva de leito na, 121
terceirização da, 157-160
caracterização, 159
cenário, 157
conseqüências positivas para o hospital, 160
independência e satisfação profissional, 157
na prática, 159
trabalhos médico em
jornada de
contínua, 32
em horários excepcionais, 32
máxima, 33
período de repouso, 32
noturnos, 32
vencimento de cobertura pelo plano de saúde, 133-141
UTI, pesquisa clínica em, 261-274
estratégias para investigação em saúde, 265
estudo de caso, 265
investigação laboratorial, 265
pesquisa populacional, 266
ensaio clínico randomizado, 266
estudo analítico, 266
estudo de caso-controle, 266
estudo de coorte, 266
estudo descritivo, 266
estudo ecológico, 266
estudo transversal, 266
ética na realização e na publicação da pesquisa clínica, 271
fases da pesquisa de novas drogas, 272
ensaio clínico em larga escala, 273
estudos pós-comercialização, 274
farmacologia clínica e toxicidade, 273
investigação clínica inicial do efeito do tratamento, 273
novas indicações, 274
planejamento da pesquisa clínica, 267
fases, 268
calcular o tempo e o custo da pesquisa, 270
definir o objetivo do estudo, 268
escolha do esquema para evitar o vício, 269
planejar a coleta de dados, 268
planejar alocação de equipamentos e serviços de terceiros, 271
UTI-geral, 52

V

Vagas, disponibilidade de, 119-123
Vasoconstrição periférica, 349
Veia
femoral, 343
jugular
interna esquerda, 321
punção da, 332
subclávia, cateterismo de, 331
Venóclise, 65
Ventilação
agitação sob, 301
gástrica, 297
mecânica, 113, 3512, 357
prolongada, manutenção da, 11
Ventilador(es)
eletrônicos, 353
microprocessados, 5
mecânico, 87
pressométrico, 353
Venturini, máscara de, 347
Vias aéreas
manutenção da, 11
obstrução das, 122
Vícios

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.

de aferição 270
de amostragem, 270
de confusão, 270
Visitante, guia de orientação ao, 85-91
aparelhos, 85
bombas de infusão, 87
dialisadores, 87
drenagem de tórax, 88
intracath, 87
monitores, 85
sonda
gástrica ou enteral, 86
vesical, 86
traqueostomia, 88
ventilador mecânico, 87
equipe completa e especializada, 88
informações telefônicas evitadas, 91
lavar as mãos antes e depois da UTI, 89
paciente confuso, 89
programação com antecedência, 91
UTI, 85
Vitamina K, 338
Von Willebrand, fator, 364

X

Xylocaína, 299

Esta obra faz parte do acervo da UNI-RN - Centro Universitário do Rio Grande do Norte

 © Direitos reservados à EDITORA ATHENEU LTDA.