UTI que faz

Potencial humano e tecnológico a serviço do paciente grave

CBMI em Notícia

Rio 40 graus

JAMIB

Jornal da Associação de Medicina Intensiva Brasileira

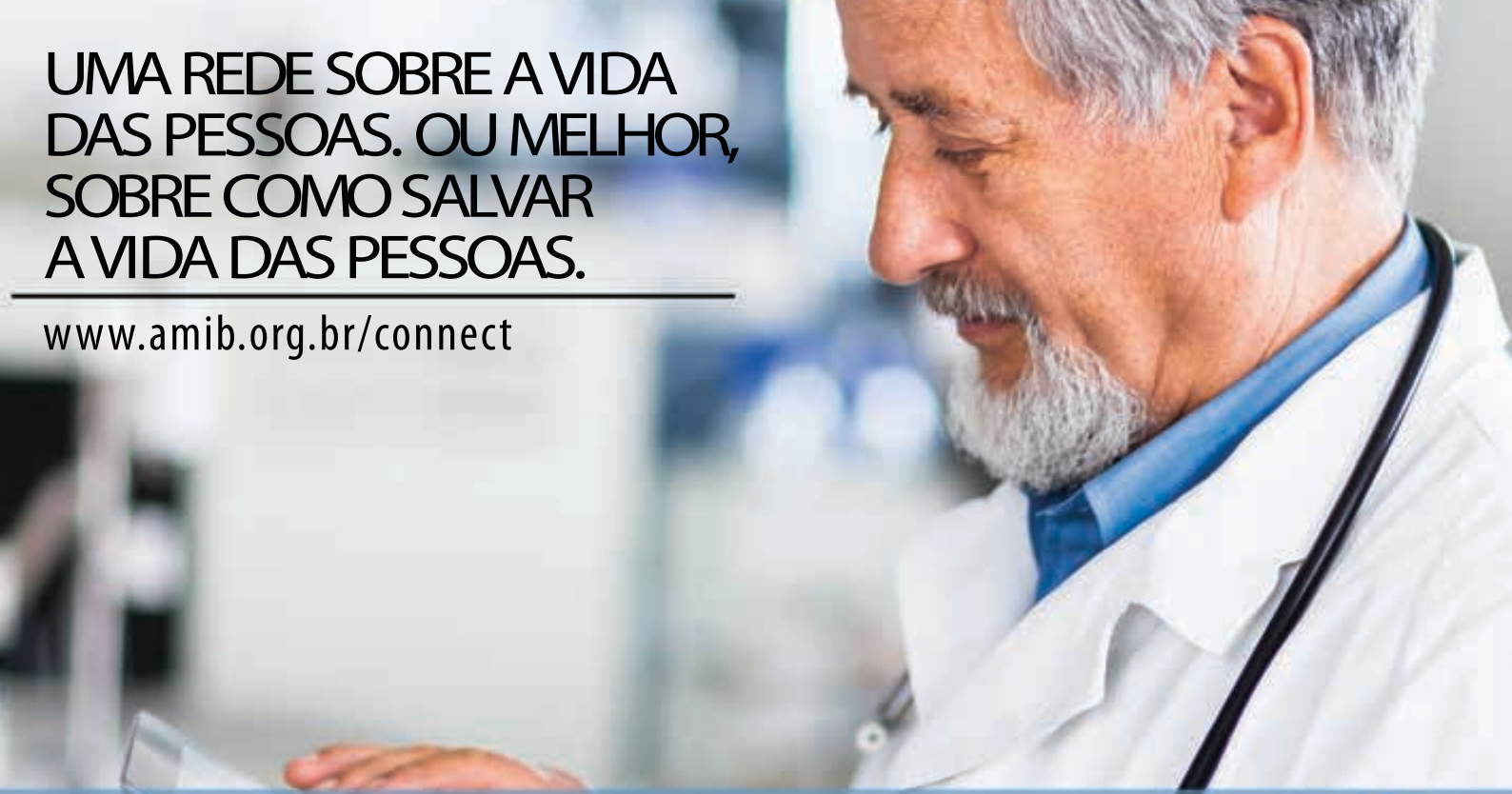
AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

nº 66

Jan • Fev • Mar • 2013

RDC-07, agora é pra valer!

Páginas Azuis: Dr. Werther Brunow de Carvalho - "Mais de 100 artigos publicados"



A AMIB Connect já nasceu com a proposta de ser a maior rede de especialistas em terapia intensiva do Brasil. Uma ferramenta online que possibilita a troca de experiências e a construção do conhecimento científico nesta área. Reunindo características voltadas à prática do intensivista, com a facilidade de uso das mídias sociais, a AMIB Connect é uma plataforma totalmente segura, de uso restrito aos profissionais de saúde, o que facilita o trabalho à beira leito, melhorando o atendimento e a assistência aos pacientes críticos. Quer participar dessa rede? Conecte-se.

AMIB connect

SUMÁRIO

03 Mensagem do Presidente Editorial

04 Páginas Azuis
Dr. Wether Brunow de Carvalho

06 CBMI em Notícia
Rio 40 graus

08 UTI que Faz
Potencial humano a serviço do Paciente Grave

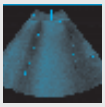
11 CAPA
RDC-07, agora é pra valer!

15 Clube de Vantagens
Mais benefícios aos associados

16 Fique por dentro
Atualize-se em sua regional

17 Eventos
Segunda edição do MCCRC está agendada

18 Regional em destaque
SOTIPI agora é AMIB.PI


20 Protocolos
Uso da Ultrassonografia Torácica

22 Sem Jaleco
Filhos, filhos! Melhor não tê-los?

JAMIB

É uma publicação trimestral da AMIB
Rua Arminda, 93, 7º andar
Vila Olímpia - São Paulo - SP
CEP.: 04545-100
Telefone/Fax (11) 5089-2642
www.amib.org.br

Diretoria Executiva – Biênio 2012 / 2013
Presidente: José Mario Meira Teles (BA)
Vice-Presidente: Arnaldo Prata Barbosa (RJ)
1º Secretário: Ricardo Lima (RJ)
1º Tesoureiro: Mirella Cristine de Oliveira (PR)
Diretor Executivo Fundo AMIB: José Costa Auler Junior (SP)
Presidente Futuro: Fernando Dias (RS)
Presidente Passado: Ederlon Rezende (SP)

Editor do Jornal da AMIB: Marcelo Maia (DF)
Jornalista Responsável: Teca Pereira - MTB 19000
Coordenação: Roseli Andrade
Criação e Diagramação: Rodrigo Giraldi
Conteúdo Editorial e Editoração Gráfica:
Plano A Comunicação (11) 5098-1111

Uma publicação AMIB
AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

José Mario Teles
Presidente AMIB
Biênio 2012-2013

RDC 07 vs UTI Perfeita

Durante este últimos três anos muito pouco foi discutido pela sociedade, pelos governos e pelos gestores dos hospitais sobre a RDC 07, documento que determina as normas mínimas de funcionamento das UTIs no Brasil.

A cada aniversário da publicação, fazíamos uma ampla divulgação em todos os meios de comunicação sobre a importância do documento e do que se tratava. Agora, quando a regulamentação passa a valer plenamente, existem grupos propondo a extenção de mais dois anos de prazo para adequação das UTIs.

Gostaria que todos entendessem que este documento, para ser publicado, ficou pelo menos sete anos em discussão e foram 15 anos desde a última publicação sobre como deveria ser habilitada uma UTI de hospitais públicos, em termos de estrutura e recursos humanos. A medicina intensiva é uma especialidade que está em contínua transformação e que este prazo era inaceitável. Precisávamos de uma diretriz, de um norte para nos guiar. Este documento amplo tem este propósito.

Recebemos ao longo destes três anos uma série de críticas positivas e negativas sobre a RDC-07, que foram aceitas e que em momento oportuno devem ser colocadas em discussão num fórum apropriado. O que foi imaginado, era que ao longo do tempo, este documento, que estabelece as normas "mínimas" de funcionamento das UTIs, sofresse modificações e ajustes para ser melhorado, não que sofresse retrocessos.

A RDC-07 é um grande marco para especialidade, por isso, deve ser valorizada por todos nós que queremos o melhor para nossos pacientes. A adequação das UTIs é para já e os pacientes não podem esperar. Quem defender isto, está contra a segurança e a boa qualidade da assistência dos pacientes graves.

Muito longe de achar que a RDC 07 estabelece as condições de uma "UTI Perfeita", espero que em algum dia tenhamos UTIs com quartos individuais, com área por leito entre 16 e 22 m2, onde os familiares possam permanecer 24 h/dia, que os dados vitais sejam coletados diretamente por um sistema informatizado, e que diminua o trabalho de enfermagem e os erros na coleta dos dados, com tendências de piora identificadas precocemente

Que profissionais de saúde estejam muito bem formados, com conhecimento, habilidades e atitudes esperadas para cada situação de urgência e emergência e que, além destas habilidades, tenham conhecimento sobre gerenciamento e de comunicação em situações de crise e em situações difíceis com a família.

Que intensivistas liderem as equipes interdisciplinares de todas as UTIs do Brasil e que no máximo que a proporção de 1 enfermeira seja para cada 3 leitos de UTI. Que a Visita Interdisciplinar a Beira do Leito seja feita diariamente, com preenchimento diário do Check List, com divulgação ampla dos Indicadores de Qualidade, Segurança e Desempenho. Que todos os profissionais saibam exatamente as suas funções, conheçam os processos e não quebrem normas e procedimentos. Que as taxas de infecção hospitalar sejam controladas e sem infecções cruzadas. Que a lavagem das mãos sejam amplamente adotadas por profissionais de saúde e pelos familiares. UTI perfeita não depende assim de tantos recursos financeiros, de desenvovimento tecnológico.

O mais importante agora é trabalhar para fazer com que a RDC 07 seja cumprida e vamos sonhando como deveria ser a "UTI Perfeita".

Marcelo Maia
Editor

Trimestre movimentado

O primeiro trimestre de 2013 foi marcado por vários acontecimentos na medicina intensiva em nosso país. No entanto, o mais importante deles foi a entrada em vigor da RDC-07, no dia 25 de fevereiro. Nessa edição, conversamos com profissionais que são referências em terapia intensiva para falar sobre o documento, que traz as regras mínimas para o funcionamento das unidades de terapia intensiva em nosso país.

E para ilustrar um exemplo de atendimento, na seção UTI que Faz, conversamos com a Dra. Mariza D´Agostino Dias, chefe da UTI Geral do Hospital 9 de Julho, de São Paulo. Ela nos fala um pouco sobre os principais diferenciais dessa unidade que é referência e chega a atender 1.200 pacientes por ano.

O nosso entrevistado nas Páginas Azuis foi o vice-presidente da AMIB da gestão 2010-2011, o Prof. Dr. Werther Brunow de Carvalho, que comemorou a elaboração de mais de cem artigos científicos em medicina intensiva pediátrica, publicado no banco de dados PubMed.

Também falamos com o Dr. Moyzés Damasceno, presidente do XVIII CBMI, que nos adiantou um pouco do que será o mais importante evento da AMIB. Paralelamente, apresentamos a cidade sede do evento, o Rio de Janeiro. Já a Regional em Destaque é a AMIB.PI. Seu presidente, Dr. Kelson Veras, falou sobre as ações para 2013.

Em Protocolos, o Dr. André Miguel Japiassú apresenta "O Uso da Ultrassonografia Torácica nos Pacientes Graves".

E para fechar a nossa edição, a convidada da seção Sem Jaleco foi a Dra. Wânia Romagueira, do Distrito Federal, que fala sobre ser mãe e conciliar essa importante tarefa com a de ser médica intensivista.

Boa leitura a todos e até a próxima edição!

Mais de 100 artigos publicados

O Prof. Dr. Werther Brunow de Carvalho, ex-vice-presidente da AMIB (2009-2010) e professor titular do Departamento de Pediatria – Área Terapia Intensiva/Neonatologia do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, acaba de conquistar uma marca inédita em sua área: a publicação de mais de cem artigos na base de dados PubMed (US National Library of Medicine, National Institutes of Health).

Para o médico a área da terapia intensiva já é bastante complexa e com particularidades. No que se refere à neonatologia e à pediatria a complexidade é realmente desafiadora, e um estímulo para o médico-pesquisador em relatar seus estudos. "Sempre quero saber o porquê, por isso sou constantemente interrogativo, crítico e investigativo. Acredito sempre que, com isso, posso contribuir com as necessidades de informações em nosso meio", acrescentou.

Dr. Werther Brunow de Carvalho

JAMIB - Fale um pouco sobre sua atividade científica como investigador?

Dr. Werther Brunow de Carvalho - Eu me interessei em investigação clínica desde a época da graduação, quando acompanhei um paciente com miocardiopatia devida à doença de Chagas e realizei o meu primeiro relato de caso e publicação posterior em uma revista médica. Durante toda a minha formação (graduação, residência médica, especialização em terapia intensiva pediátrica e neonatal), sempre tive uma atividade intensa na produção de temas livres para os congressos referentes à área de pediatria/neonatologia. Alguns destes temas livres resultaram em artigos científicos na década de 70, com publicação inclusive no Jornal de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, que na época não era um periódico indexado. Com o início da minha pós-graduação na década de 80, na Universidade Federal de São Paulo-EPM, aumentei o número e a qualidade das publicações devido à minha melhor formação relacionada à epidemiologia clínica, estatística, conhecimento em relação a como escrever um artigo científico, como fazer uma pesquisa bibliográfica. Posteriormente, atingi uma condição de ser professor orientador da pós-graduação em pediatria, orientando alunos em nível de mestrado e doutorado. Esta condição alavancou ainda mais a possibilidade de uma atividade como pesquisador, visto que agreguei à minha condição com a de vários colegas que estiveram comigo como pós-graduandos nestes últimos 20 anos, e atualmente no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

JAMIB - Há um foco que estuda. Se positivo, qual seria? E Por que o escolheu?

Dr. Werther Brunow de Carvalho: Todo pesquisador possui linhas de pesquisas preferenciais e eu não poderia deixar de tê-las. Desde o início de minha carreira acadêmica, sempre tive muito interesse nas questões relacionadas à parte respiratória, principalmente com os temas relativos à ventilação pulmonar mecânica e síndrome do desconforto respiratório agudo. Associam-se outras linhas como a do suporte nutricional e metabólico, pois tive a oportunidade de implementar o primeiro grupo relacionado ao suporte metabólico em UTI pediátrica, em conjunto com o Prof. Heitor Pons Leite. Este grupo foi profícuo na produção de protocolos e artigos, além de agregar alguns

alunos para a iniciação científica e pós-graduação. Outra linha de pesquisa de interesse está relacionada à sepse e choque séptico e, atualmente, no Instituto da Criança, temas relacionados à neonatologia: insuficiência renal no recém-nascido pré-termo, hipotermia na encefalopatia hipóxico-isquêmica. A escolha está muito vinculada ao fascínio que sentimos em relação às indagações que surgem no dia a dia do cuidado da criança/recém-nascido gravemente enfermo à beira do leito.

JAMIB - Em relação ao trabalho de 102, qual o foco e por que essa escolha? Discorra sobre essa pesquisa.

Dr. Werther Brunow de Carvalho: A pesquisa: "Malnutrition May Worsen the Prognosis of Critically Ill Children With Hyperglycemia and Hypoglycemia" teve como foco avaliar se disglicemia estava associada com maior mortalidade, maior tempo de permanência na UTI e menor tempo de dias livres da ventilação pulmonar mecânica em crianças gravemente enfermas e com desnutrição. A escolha baseou-se no fato de haver uma ausência de pesquisas avaliando esta alteração metabólica em crianças desnutridas com doença grave. Este trabalho foi realizado por uma graduanda do curso de medicina, como parte de sua iniciação científica, sendo possível avaliar evolutivamente todo o progresso que esta colega teve durante todas as fases da pesquisa. Foi notório seu crescimento científico e a sua satisfação de perceber esta evolução. A conclusão do trabalho foi de que quando se comparou crianças bem nutridas com aquelas com desnutrição e hipeglicemia, houve um maior risco de mortalidade independente da gravidade clínica. A hipoglicemia mostrou-se estar associada com a mortalidade, maior tempo de permanência na UTI e menor tempo de dias livres da ventilação mecânica apenas nos pacientes desnutridos.

JAMIB - Qual a importância para a medicina intensiva pediátrica que seus profissionais contribuam com artigos científicos publicados em respeitados Banco de Dados?

Dr. Werther Brunow de Carvalho: Não existe progresso sem conhecimento, principalmente na área médica. Dentro da minha área sou participante e testemunha do grande progresso havido nos últimos 30 anos em terapia intensiva pediátrica e neonatal no Brasil. Com a agregação progressiva de uma maior produção e publicação de artigos científicos, o intensivismo pediátrico/neonatal tem contribuído de maneira significante com a abordagem clínica e tratamento dos recém-nascidos e crianças gravemente enfermas e, consequentemente, tornando-se uma especialidade com visibilidade internacional. É o médico pediatra brasileiro contribuindo com seu povo e divulgando o conhecimento para o mundo.

JAMIB - Qual a sua orientação para os profissionais que desejam iniciar essa tarefa de pesquisador?

Dr. Werther Brunow de Carvalho: É fundamental a humildade de sempre querer aprender e ouvir o outro. Para ser pesquisador é necessário que a pessoa já possua uma condição inata para tal. Temos acompanhado alguns colegas muito bons que querem ser pesquisadores, entretanto, este progresso independentimente da vontade pessoal. Também é muito importante a sedimentação de aprendizagem e conhecimentos básicos relacionados à pesquisa. Realizar esta aquisição o mais precocemente possível, pois será uma condição muito facilitadora para você iniciar a sua carreira como pesquisador científico. Importante: tenha na fase inicial um tutor de reconhecido saber.

JAMIB - Já está preparando novos artigos? Poderia adiantar as principais questões que irá abordar?

Dr. Werther Brunow de Carvalho: Sempre estamos preparando novos artigos. Este fato é um continnum na vida do pesquisador, não termina nunca, não se esgota enquanto existir a pulsão em relação ao saber. Em relação a este aspecto é muito importante o trabalho em grupo, não só com médicos, mas com outras áreas da saúde (fisioterapia, enfermagem, psicologia clínica), pois a agregação gera novas ideias, reflexões diferentes, aprendizado, melhores conteúdos das pesquisas e nos artigos. Estamos neste momento, implantando grupos setoriais em nossa disciplina de terapia intensiva pediátrica e neonatal para aumentarmos a nossa produção científica e sedimentarmos ainda mais os indicadores solicitados pela CAPES para os relatórios anuais da pós-graduação. Para este ano de 2013, já estamos com alguns artigos aprovados e outros encaminhados para avaliação em periódicos indexados, com temas relacionados à analgesia do paciente submetido ao diagnóstico por imagem, alterações do metabolismo do cálcio em crianças criticamente enfermas, alterações do zinco em crianças graves, revisão sistemática sobre suporte nutricional enteral em pediatria, análise crítica sobre a nova definição de síndrome do desconforto respiratório, avaliação da utilização da mistura hélio-oxigênio em pacientes com bronquiolite aguda no setor de emergência, capacitação de médicos intensivistas pediátricos/neonatais para a realização de ecocardiografia à beira do leito.

Sobre o PubMed

Tabulae Anatomicae, Johann Adam Kulmus; National Library of Medicine's

O PubMed é um banco de dados que possibilita a pesquisa bibliográfica em mais de 17 milhões de referências de artigos médicos, publicados em cerca de 3.800 revistas científicas. O PubMed, desenvolvido pelo National Center for Biotechnology Information, é mantido pela National Library of Medicine (em português: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América).

Rio de Janeiro, cidade maravilhosa, eleita pela Revista Forbes a mais feliz do mundo e o seu povo o mais acolhedor e solidário do nosso país. É nesse clima que acontecerá a décima oitava edição do CBMI (Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva), agendado para novembro (de 9 a 10). Local: Riocentro. Não poderia ser outro o espaço para receber o maior evento de terapia intensiva da América Latina e o terceiro do mundo.

Mas vamos conhecer um pouco mais da cidade sede do evento nacional da AMIB, que também será a sede dos próximos Jogos Olímpicos. Como diz a música da carioca Fernanda Abreu "O rio é uma cidade de cidades misturadas".
Com uma natureza de doer os olhos com tanta beleza, também traz na veia os bens e os males de todas as cidades grandes, com uma grande diferença: está protegida pelo "Cristo Redentor".

A preservação da natureza é uma das palavras de ordem da política urbanística da cidade. Mais do que uma conscientização, manter os tesouros ecológicos da cidade é um exercício natural para seus moradores. O Rio de Janeiro abriga a maior floresta urbana do mundo: a da Tijuca. Além disso, tem um litoral que banha metade dos limites da cidade e uma coleção de biomas, que vão das matas nativas a manguezais, de morros monumentais a praias quase virgens. Uma beleza sem fim.

As praias - a mais famosa é a de Copacabana. Seus 3,4 km de extensão começa na Av. Princesa Isabel e terminam no Forte de Copacabana. E a mais longa delas é a praia da Barra da Tijuca com mais de 18 km ao longo da Av. Sernambetiba. E para aqueles que gostam de praias mais tranquilas, a dica é a Grumari, localizada em uma área de proteção ambiental, com mar forte em meio a um cenário primitivo.

Para dançar - Berço do samba, da bossa nova, do chorinho, ouve-se música no Rio de sol a sol. Pode ser à beira mar, num quiosque da Lagoa Rodrigo de Freitas, ou em redutos autênticos do samba como a Casa da Mãe Joana, em São Cristóvão.

As casas de espetáculos sempre estão com suas agendas preenchidas. A mais famosa casa é Canecão. No Rio também se encontram as boates, como o Hard Rock Café (Barra da Tijuca) e a Nuth, uma grife nacional. Na Zona Sul, o Méli Mélo oferece diversos ambientes e no centro, os espaços mais badalados são a Symbol e o Arco do Telles.

Mas é na Lapa que todos os estilos se encontram. Vizinha ao centro consegue equilibrar desde casas de dança tradicional, as chamadas gafieiras - como Asa Branca, Elite e Estudantina, ou mais modernas como Carioca da Gema e Rio Scenarium.

Economia - Mas não é só da beleza, de diversão e do turismo que vive o Rio de Janeiro. A estrutura da moderna economia da cidade é uma das que mais cresce no Brasil e vem sendo apontada como uma das mais dinâmicas do mundo, figurando, atualmente, entre as dez mais no ranking das grandes metrópoles.

Os principais fios condutores da prosperidade carioca são a captação dos royalties da extração do petróleo da Bacia de Campos, o volume de investimentos de todas as esferas de governo – federal, estadual e municipal – nos últimos três anos, e a transformação na cidade, para adequá-la às obrigações como sede da Copa do Mundo de 2014 e dos Jogos Olímpicos de 2016.

IMPERDÍVEL

Jardim Botânico:
Na imensa área verde de 1,4 milhão de metros quadrados são cultivadas cerca de cinco mil espécies de plantas e árvores tropicais. O jardim ainda abriga o Museu Botânico e uma biblioteca com acervo de 76 mil.

Corcovado - Cristo Redentor:
O Morro do Corcovado, tendo em seu topo a imagem do Cristo Redentor, é um dos principais símbolos da cidade.

Copacabana:
É o bairro mais famoso e prestigiado do Brasil e um dos mais conhecidos do mundo. Tem o apelido de Princesinha do Mar e é o Coração da Zona Sul do Rio de Janeiro.

Arcos da Lapa e Santa Tereza
Os Arcos da Lapa se mantêm como principal monumento do Rio colonial. Sua magnífica estrutura é composta por 42 arcos de dupla arcada.

Pão de Açúcar :
Um dos principais pontos turísticos do Rio de Janeiro pode ser visto logo à entrada da Baía de Guanabara. Composto por dois trechos, o primeiro vai da Praia Vermelha ao Morro da Urca atingindo 224 metros de altura, e o segundo trecho, do Morro da Urca ao Pão de Açúcar, de 395 metros de altura. A viagem no bondinho dura aproximadamente três minutos em cada trecho.

Floresta da Tijuca:
Situado em meio à área densamente populosa da cidade do Rio de Janeiro, o Parque Nacional da Tijuca é a maior floresta urbana do mundo, com uma área de 3.300 hectares

CBMI XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA

O presidente do XVIII CBMI é o médico Dr. Moyzés Damasceno, que disse que a expectativa é receber mais de cinco mil pessoas no Riocentro. "Geralmente os eventos que acontecem em São Paulo e Rio de Janeiro, por serem duas cidades centrais, têm uma maior concentração de intensivistas, o público é maior. Além disso, nos dias 5 e 6 de novembro, a cidade do Rio de Janeiro receberá o X Fórum Internacional de Sepse, portanto, os grandes nomes e profissionais intensivistas estarão em nossa cidade. Eu diria que teremos a semana da terapia intensiva no Rio de Janeiro".

Como acontece há 31 anos, desde que a primeira edição do CBMI foi realizada em 1982, o ponto principal da comissão científica de todas as edições sempre foi a programação, considerada por todos como o cartão de visitas do evento.

Esse ano não será diferente e um time de profissionais e pesquisadores nacionais e internacionais estão sendo convidados para apresentarem seus trabalhos. "A Comissão responsável por esse item é incansável e tem trabalhado muito para selecionar temas que agreguem ao dia a dia dos intensivistas brasileiros", disse o presidente do XVIII CBMI, Dr. Moyzés Damasceno.

Na lista dos internacionais já confirmados estão: Charles Sprung (Israel), Derek Angus (EUA), Gordon Bernard (EUA), Jean-Louis Vincent (Bélgica), John Marshall (CAN), Konrad Reinhart (Alemanha), John Marshall (Canada), Konrad Reinhart (Alemanha), Mervyn Singer (UK), R. Phillip Dellinger (EUA) e Steven Opal (EUA) e outros.

"A minha expectativa como presidente do maior evento de medicina intensiva da América Latina e o terceiro do mundo é que a grande científica seja primorosa, como todos os anos, e que possamos apresentar uma programação social bastante atrativa, por conta de todas as ofertas que a cidade oferece", finalizou.

Para acompanhar as novidades do XVIII CBMI, acesse: **www.cbmi.com.br**

POTENCIAL HUMANO A

Imagem ilustrativa

O Hospital 9 de Julho, de São Paulo, é uma das mais importantes instituições privadas de saúde do país e referência em medicina de alta complexidade. Ao lado do atendimento a todos os tipos de pacientes, abriga nove centros de excelência: Coluna, Dor e Neurocirurgia Funcional, Gastroenterologia, Medicina do Exercício e do Esporte, Oncologia, Ortopedia, Rim e Urologia, Trauma e o Núcleo de Diabetes.

Com aproximadamente dois mil colaboradores e quatro mil médicos cadastrados, o complexo hospitalar tem 310 leitos, além de um Centro Cirúrgico com capacidade para até 14 cirurgias simultâneas.

Chefiando a UTI Geral está uma profissional que dispensa apresentação, a Dra. Mariza D´Agostino Dias, uma das mais importantes profissionais da medicina intensiva brasileira e a primeira presidente da AMIB. A médica, que durante 30 anos foi supervisora da UTI do Trauma do Hospital das Clínicas de São Paulo, chegou à UTI do 9 de Julho em 1985. Desde então, vem acompanhando e contribuindo com a evolução do espaço destinado ao tratamento do paciente grave.

São 1.200 internações por ano. Na UTI Geral são 25 leitos sob a coordenação da Dra. Mariza, sendo que dois são de isolamentos restritos. “Embora ainda haja muito a fazer, temos orgulho de sermos consideradas uma das melhores UTIs de São Paulo. Recebemos pacientes não só do estado, como de todo o Brasil e até do exterior”, disse Dra. Mariza.

SERVIÇO DO PACIENTE GRAVE

Sim, ela fala na terceira pessoa do plural, pois para ela e para todos da equipe, um dos grandes diferencias da UTI do hospital 9 de Julho é o Recurso Humano disponível para o atendimento do paciente grave. "Durante o dia temos somente médicos diaristas: quatro pela manhã e três à tarde. Quando o mesmo médico intensivita acompanha o mesmo paciente é garantida a alta qualidade no atendimento, melhora a relação com os médicos assistentes, com as famílias e com os próprios pacientes, o maior beneficiado. À noite e aos fins de semana, temos plantonistas, mas sempre algum dos diaristas está no plantão. Todos os médicos são especialistas pela AMIB, ou em preparo para obter a titulação".

A coordenadora explica que passa visita multidisciplinar todos os dias, quando se integram as condutas. "A visita é com os médicos, enfermeira supervisora e outros enfermeiros - se disponíveis -, fisioterapeutas, nutricionista, farmacêutico e psicólogas", explicou.

Compõem a equipe duas psicólogas contratadas pelo hospital para dar apoio aos pacientes e às famílias, e a coordenadora está pleiteando a contratação de um terapeuta ocupacional para acompanhar a evolução dos pacientes.

Outro importante diferencial da UTI desse hospital é a planta física, que permite simultaneamente a vigilância contínua e a privacidade. "Está nos planos do Hospital reformar uma área para modernizar a planta física da UTI", contou a coordenadora.

E todos os leitos têm suporte avançado de vida, o que possibilita o atendimento de muitos pacientes graves ao mesmo tempo. O Hospital oferece serviços especializados que permitem consultas com profissionais de distintas áreas e a possibilidade de realização de exames complexos, como tomografia e ressonância, durante 24 horas, de segunda a segunda. "Temos exames, como eletroencefalograma pontual e contínuo, eletroneuromiografia, termometria e outros menos

comuns à beira do leito, e os laboratórios, RX e farmácia, que funcionam continuamente", explicou Dra. Mariza.

Sendo assim, todo potencial humano e tecnológico está a serviço da recuperação dos pacientes. A equipe é um dos diferenciais que faz da UTI do Hospital 9 de Julho referência em qualidade.

Mais conteúdo para o seu conhecimento.

PROAMI é um programa de atualização dedicado à Medicina Intensiva e chancelado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Com ele você aprenderá tudo sobre o procedimento diário no atendimento do paciente, com base em casos clínicos.

PROTIPED vai atualizar seus conhecimentos em Terapia Intensiva Pediátrica com informações confiáveis, fornecidas por profissionais selecionados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela AMIB.

VALE PONTOS PARA REVALIDAÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA.

CERCA DE 200.000 INSCRIÇÕES

PARA SABER MAIS ACESSE,

info@semcad.com.br • www.semcad.com.br

Central de informações:
Fone - (51) 3025.2550
Fax - (51) 3025.2555

Semcad®

artmed EDITORA

EDITORIAL MEDICA panamericana

Chancelados pela

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

RDC-07, agora é pra valer!

Após três anos de sua publicação, a RDC-07 (Resolução da Diretoria Colegiada) da Anvisa entrou em vigor. O objetivo é estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das UTIs, visando à redução de riscos aos pacientes, aos visitantes, aos profissionais e ao meio ambiente, incluindo o atendimento de alta qualidade ao paciente crítico.

O documento foi publicado em fevereiro de 2010 e as UTIs tiveram três anos para implantar as medidas solicitadas. A AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira teve participação importante na elaboração do documento. "Foi o resultado de anos de luta da categoria que ainda não contava com uma regulação que trouxesse regras mínimas para a abertura e o funcionamento das UTIs brasileiras. É uma grande conquista, uma vez que já conseguimos melhorar, em muito, a assistência e qualidade no atendimento oferecido aos pacientes", disse o Dr. José Mário Teles, presidente da AMIB.

Dr. José Mário Teles - presidente da AMIB

Entre as medidas, passou a ser obrigatório que o responsável técnico (chefe ou coordenador médico) deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto e habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica.

No entanto, no que se referem às exigências colocadas no documento para se responder pela UTI Neonatal, que diz que o profissional deve ter título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia, não condiz com o que pensam os profissionais intensivistas e, consequentemente, a AMIB.

"A Amib defende que o intensivista pediátrico também está habilitado para responder por uma UTI Neonatal e já solicitou à Anvisa a correção deste trecho na RDC, assim como a correção de que o intensivista pediátrico é igualmente habilitado para a função de diarista em UTI Neonatal", disse o vice-presidente da AMIB, Dr. Arnaldo Prata.

O médico intensivista pediátrico ressalta ainda que o tratamento de recém-nascidos nas unidades de terapia intensiva neonatal é de extrema complexidade e que há uma urgência em se corrigir esta falha da RDC, para regularizar a situação de muitos profissionais especialistas em medicina intensiva pediátrica que atuam nestas unidades.

As chefias de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica

Dr. Arnaldo Prata - vice-presidente da AMIB

Cada UTI deve ter um médico diarista por turno matutino e por turno vespertino, além do médico plantonista 24 horas/dia, para cada 10 leitos

para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal).

No entanto, em relação ao atendimento assistencial da equipe de enfermagem, a Anvisa voltou atrás e publicou a RDC-26, que retrocedeu na decisão do atendimento de 8/1 para 10/1.

Entretanto, o documento determina no artigo 4 que a composição do quadro da equipe multiprofissional deve estar legalmente habilitada e dimensionada qualitativamente e quantitativamente para o perfil da unidade. Uma das normas é que cada UTI tenha um médico diarista por turno matutino e por turno vespertino, além do médico plantonista 24 horas/dia, para cada 10 leitos. Isso significa que nas 12 horas do dia haverá dois médicos por cada 10 leitos na UTI. Deverá ter um enfermeiro para cada 10 leitos e um fisioterapeuta para cada 10 leitos.

Dr. Fernando S. Dias, presidente Futuro da AMIB.

RDC-26 deixa enfermagem de luto

Em maio de 2012, a Anvisa publicou a RDC-26, que revogou a determinação do primeiro texto da RDC-07 no qual determinava um enfermeiro para o atendimento a cada oito leitos nas UTIs. A nova resolução retrocedeu e define um enfermeiro assistencial para cada dez leitos.

"A RDC 26 inviabiliza questões importantes relacionadas ao dimensionamento da equipe de enfermagem. Na razão enfermeiro paciente de 1/10 o enfermeiro é pressionado a deslocar-se para uma posição de supervisão ao invés de exercer a sua atividade principal que é de cuidados diretos ao paciente crítico", explica a Dra. Débora Feijó Vieira, presidente do Departamento de Enfermagem da AMIB. Sabe-se que as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram da necessidade de atender, de maneira diferenciada e intensiva, o paciente crítico. Essa especificidade do cuidado exige de seus trabalhadores capacidade de tomada de decisão rápida embasada em conhecimento técnico científico, para promover um cuidado seguro e de qualidade.

Em relação ao Exercício Profissional do Enfermeiro, a Lei Nº 7.498/86 determina no Artigo 11: é privativo do enfermeiro: m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que essa capacitação educacional e a razão enfermeiro-paciente faz diferença em desfechos como mortalidade e número de eventos adversos em UTI.

"Concordamos que essa modificação (8/1) não se faz em curto ou em médico prazo, mas tem que ser a meta alcançada. Além disso, não só o paciente sofre com as consequências da alta carga de trabalho da equipe, como também os próprios profissionais. O estresse, "burnout", fadiga, insatisfação profissional são fatores associados à elevada carga de trabalho de enfermagem em UTI", reforça Dra. Débora.

Assim que a RDC-26 foi publicada, a AMIB, através do seu Departamento de Enfermagem, e todas as entidades representativas da enfermagem, entre elas a ABENTI (Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva) e o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) não se calaram e iniciaram um importante trabalho junto à Anvisa e ao Ministério da Saúde para que a RDC-26 fosse revogada. Após muitas reuniões, como resultado dessa negociação, as entidades aceitaram um importante desafio: o de realizar um estudo sobre o perfil das UTIs no Brasil para se conhecer o real cenário brasileiro da terapia intensiva e, assim, apresentar dados sobre a equipe de atendimento ao paciente crítico. "Esse trabalho está sendo coordenado pela UFRGS e outras universidades parceiras a pedido do MS e será realizado durante os próximos dois anos", disse presidente do Departamento de Enfermagem da AMIB.

"Deve ficar claro que estas são normas mínimas, podendo haver um quadro funcional mais numeroso se houver necessidade. É importante esclarecer ainda que esses profissionais devem ter um programa de educação continuada, visando manter a qualidade e a segurança da assistência", afirma o Dr. Fernando Suparregui Dias, presidente Futuro da AMIB.

É de responsabilidade da instituição onde está a UTI garantir o acesso a outros profissionais da área da saúde, exames complementares e outras especialidades médicas. Nesse contexto é importante que haja uma política de gerenciamento de riscos e prevenção e controle de infecção.

UTI - imagem ilustrativa

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA

AMIB é a única associação reconhecida para realizar o concurso paraTEMI

Dr. Ciro Leite Mendes, presidente da Comissão do Título de Especialista.

Desde a entrada em vigor, em 24 de fevereiro de 2013, da RDC-07 (Resolução da Diretoria Colegiada) da Anvisa, muitas questões vém sendo levantadas.

Entre elas, qual seria o processo de titulação em medicina intensiva e a qual entidade caberia legalmente essa titulação?

É importante esclarecer à classe médica e à sociedade em geral que a AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira) é a única entidade reconhecida pela AMB (Associação Médica Brasileira) para realizar o concurso para Titulo de Especialista em Medicina Intensiva.

Esse reconhecimento se deu através do Termo de Convênio assinado entre as duas entidades, que são reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina.

O Termo do Convênio diz que a AMB é responsável pela orientação e fiscalização da forma de concessão e emissão dos títulos, cabendo, assim, a AMIB elaborar os requisitos técnicos e realizar os concursos para a obtenção do título de especialista em Medicina Intensiva Adulto e Pediátrica.

Ambas entidades, AMIB e AMB, reconhecem como norma balizadora o convênio assinado pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica.

Para a obtenção do Título de Medicina Intensiva, o profissional deve ter pelos menos dois anos de residência em MI ou realizar a Prova de Obtenção de Título de Especialista aplicada anualmente pela AMIB.

No entanto, mesmo que esse profissional tenha os requisitos citados anteriormente e tenha sido aprovado na Prova de Título, se o mesmo não for certificado pelo CFM não tem validade legal.

Ao longo dos 30 anos de aplicação da prova, a mesma já sofreu algumas importantes melhorias. Há quatro edições, por exemplo, foram introduzidas as estações práticas para as simulações de procedimentos e as análises de casos clínicos, nas quais os candidatos que forem classificados na fase teórica participam.

Durante as simulações, esses candidatos passam por cinco estações, tendo que responder cinco questões referentes a cada uma delas. As estações contemplam os procedimentos mais utilizados e importantes no tratamento dos pacientes críticos. São eles: Ventilação Mecânica, Hemodinâmica, RCP, Vias Aéreas e Procedimentos. Além disso, respondem cinco questões cada de seis casos clínicos reais selecionados das mais importantes Unidades de Terapia Intensiva .

"As mudanças foram implantadas exatamente para ampliar as possibilidades de avaliação dos conhecimentos além dos cognitivos, como competências e habilidades", disse Dr. Ciro Leite Mendes, presidente da Comissão do Título de Especialista.

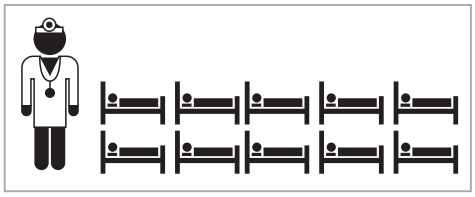
O desempenho da UTI deverá ser avaliado através de indicadores, incluindo-se variáveis como a mortalidade esperada e observada, o tempo de permanência, a taxa de reinternação em 24 horas, as taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica, corrente sanguínea e do trato urinário.

"Havendo o cumprimento dessas normas, o atendimento dos pacientes graves estará sendo feito por profissionais habilitados, em locais adequados e com a tecnologia necessária para auxiliar na sua recuperação", disse o Dr. Fernando Suparregui Dias.

Para o presidente da AMIB, Dr. José Mario Teles, o documento consolida uma luta antiga e constante da AMIB que é a busca de qualidade de serviços, processos e capacitação da equipe multidisciplinar da terapia intensiva.

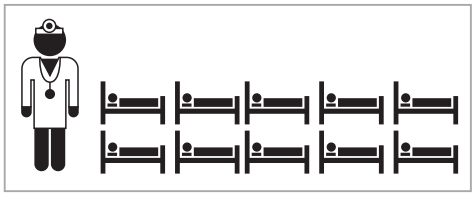
Recursos Humanos

Em termos de recursos humanos passa a ser necessário designar uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:



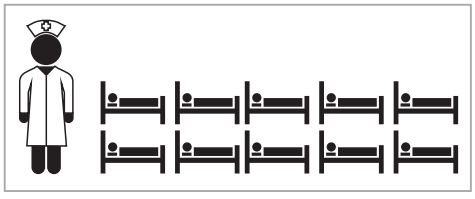
Médico diarista/rotineiro

Um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal.



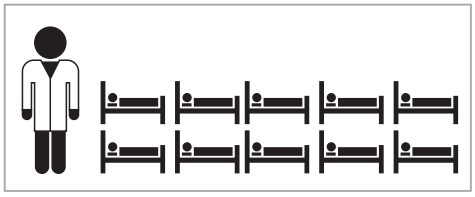
Médicos plantonistas

No mínimo um para cada dez leitos ou fração, em cada turno.



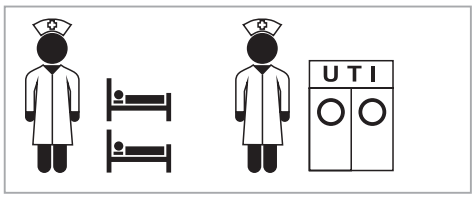
Enfermeiros assistenciais

No mínimo um para cada dez leitos ou fração, em cada turno.



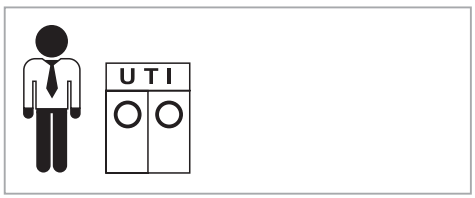
Fisioterapeutas

No mínimo um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação.



Técnicos de enfermagem

No mínimo um para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno



Auxiliares administrativos

No mínimo um exclusivo da unidade

CLUBE DE VANTAGENS

Mais benefícios aos associados

Os associados AMIB já têm vários benefícios firmados. Entre eles: descontos em cursos e congressos, inclusive de entidades internacionais; acesso a todo material online para pesquisa, como é o caso do F1000; assinatura da RBTI, revista científica da AMIB, e do JAMIB; acesso ao AMIB Connect, a Rede de Especialista em Terapia Intensiva, e muito mais.

E agora todos associados podem usufruir também dos benefícios do Clube de Vantagens AMIB, definido como uma ação no Planejamento Estratégico elaborado em conjunto com a FDC (Fundação Dom Cabral). "Estamos buscando oportunidades que não só contribuam com o aprimoramento profissional de nossos associados, mas que promovam mais qualidade de vida e tranquilidade, por entendermos que essa também deve ser uma missão de nossa entidade", disse o Dr. Ricardo Lima, secretário-geral da AMIB e coordenador desse projeto.

Uma das parcerias firmadas foi com a Icatu Seguros, que elaborou o pacote exclusivo INVITTA. O produto oferecido permite ao contratante cobertura contra doenças e acidentes que o afastem temporariamente de suas atividades; contra doenças e acidentes mais graves, que por consequência possam prejudicar ou interromper definitivamente as suas atividades; e também preparar o futuro do profissional para quando decidir encerrar a sua carreira e não sofrer com a perda de receita financeira. "A AMIB buscou no mercado uma das mais importantes empresas seguradoras para elaborar um produto especial ao profissional intensivista associado, que fosse estendido, também, aos seus familiares", explicou o secretário-geral da AMIB.

Em educação, a associação fechou parceria com o Boston Cambridge Institute para a participação no "Update in Internal Medicine", um dos importantes cursos de Atualização Médica do mundo. "Essa parceria facilita o acesso dos associados ao mais tradicional curso de revisão em Medicina Interna numa das melhores escolas médicas do mundo, a Harvard", disse Dr. Ricardo

Já para os momentos de lazer e mesmo para as viagens de congressos, os associados contam com 5% de desconto nos pacotes aéreo + hotel e 7%, quando só parte terrestre. Isso graças a parceria firmada com a Blumar. Porém é importante ficar atento porque o desconto não é válido para compras só de aéreo, cruzeiros ou pacotes já promocionais.

Outra parceria é com a ELP Advogados, um escritório especializado na área de saúde. Os associados têm pré-consulta jurídica gratuita, análise crítica do contrato social gratuita e 20% de desconto na contratação de serviços jurídicos especializados na área da saúde.

A Diretoria da AMIB acaba de fechar mais um benefício para os associados adimplentes da entidade. A partir de agora, todos poderão usufruir das ofertas e descontos especiais do site Compra Certa. O espaço traz produtos das marcas Brastemp, Consul e KitchenAid. O primeiro passo é se cadastrar (www.compracerta.com.br).

Para saber mais sobre esses e outros benefícios destinados aos associados adimplentes da AMIB, entre em contato com sócios@amib.org.br.

Atualize-se em sua Regional

A atualização educacional é de fundamental importância para os profissionais e um dos desafios da AMIB é disseminar informações e conteúdos de qualidade à comunidade intensivista.

Para isso, a AMIB incentiva e apoia a organização de eventos, cursos e palestras nas 25 Regionais espalhadas pelo território nacional.

Confira os calendários das Regionais para 2013 e participe!

Sudeste

XII COPATI Congresso Paulista de Terapia Intensiva
Data: **19 a 21 de setembro**
Local: Campos do Jordão/SP
Inscrições: **www.congressocopati.com.br**

Simpósio de Farmácia Clínica em Terapia Intensiva
Data: **13 de abril**
Local: IECAC Instituto de Cardiologia Aloysio de Castro, Rua David Campista, 326 - Humaitá - Rio de Janeiro/RJ
Mais informações e inscrições: **www.sotierj.org.br**

XVI Congresso de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro
Data: **09 a 11 de maio de 2013**
Local: Colégio Brasileiro de Cirurgião (CBC)
Inscrições: **www.sotierj.org.br**

SOCIEDADE MINEIRA DE TERAPIA INTENSIVA

XIII Congresso Mineiro de Medicina Intensiva
Data: **16 a 18 de maio de 2013**
Local: Ouro Minas Palace Hotel
Belo Horizonte-MG
Inscrições: **www.eticaeventos.com.br/eventos/somiti2013**

Centro-Oeste

SOCIEDADE SUL-MATOGROSSENSE DE TERAPIA INTENSIVA

V Congresso Centro-Oeste de Medicina Intensiva
Data: **29 a 31 de agosto**
Local: Centro de Convenções Arq. Rubens Gil de Camilla – Campo Grande-MS
Inscrições: **www.eventosone.com.br/ccomi2013** ou ccomi2013@eventosone.com.br

Sul

XV Congresso Sul Brasileiro de Medicina Intensiva
Data: **14 a 17 agosto de 2013**
Local: Associação Médica do Paraná, Curitiba-PR
Inscrições: **sotipa@onda.com.br**
secretaria@sotipa.com.br

SOTIRGS
Sociedade de Terapia Intensiva do Rio Grande do Sul

III Congresso Gaúcho de Terapia Intensiva
Data: **12 a 14 de setembro de 2013**
Local: Passo Fundo, Rio Grande do Sul
Inscrições: **www.sotirgs.com.br**

Segunda edição do MCCRC está agendada para setembro

Pamela Lipsett, Todd Dorman e Carol Thompson: alguns dos destaques da 2º edição do MCCRC

A cidade do Rio de Janeiro também será a sede do MCCRC (Multiprofissional Critical Care Review Course) – Edição Brasil. O evento acontecerá de 12 a 14 de setembro, no Windsor Barra Hotel.

O MCCRC é realizado em parceira com a SCCM (Society Critical Care Medicine) e é um dos mais importantes cursos para profissionais que lidam com pacientes críticos e que já foi ministrado em diversos países, incluindo o Brasil. Em São Paulo, no ano passado, mais de 400 profissionais participaram da primeira edição. "A conquista desse importante curso para ser apresentado aos médicos intensivistas brasileiros demonstra o interesse da sociedade norte-americana na medicina intensiva praticada em nosso país", disse o presidente da AMIB, Dr. José Mario Teles.

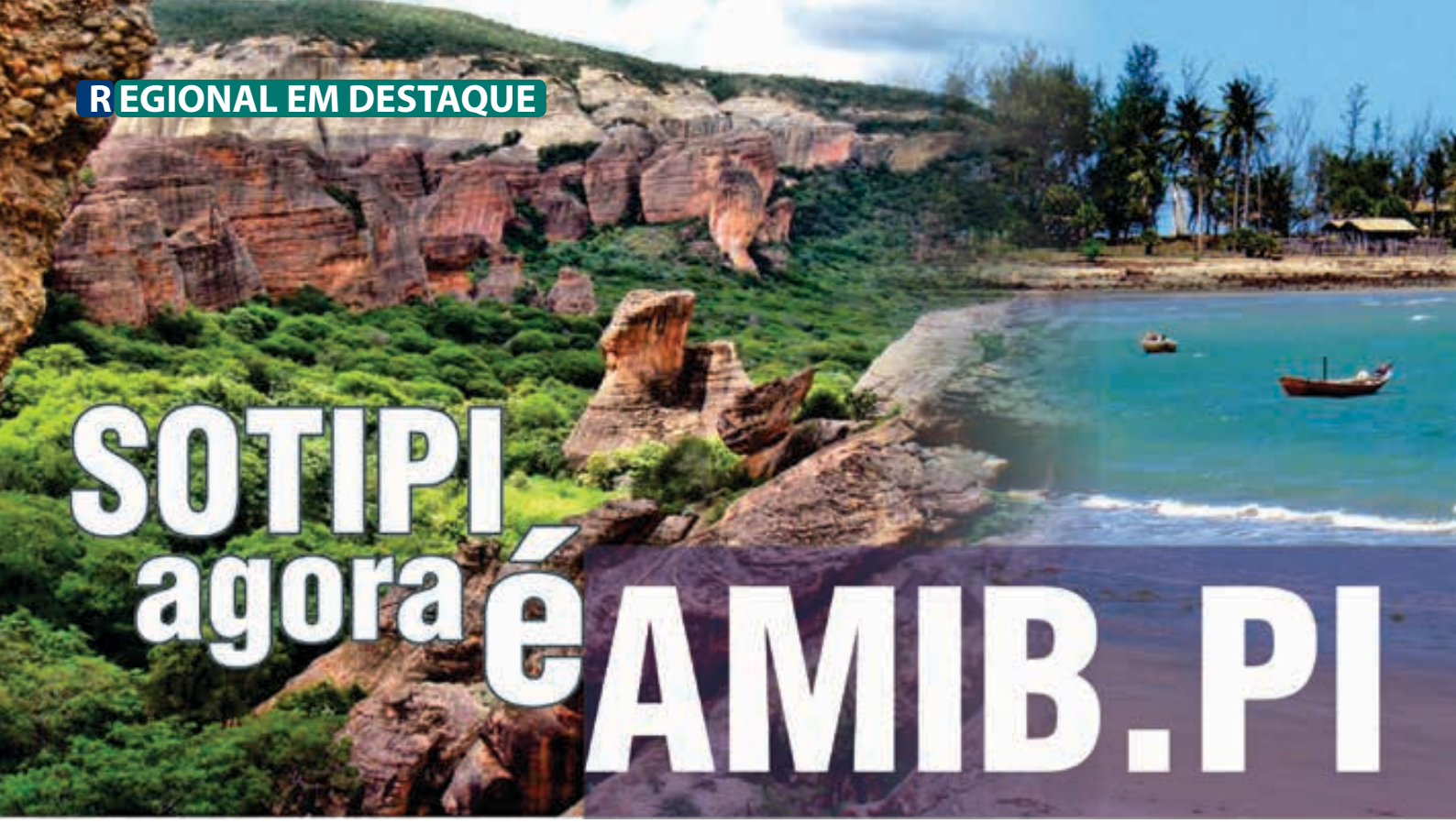
No Brasil, a coordenação está sob a responsabilidade do presidente Passado da AMIB, Dr. Ederlon Rezende. "Mais uma vez AMIB e SCCM se uniram para elaborar o programa científico com foco nas necessidades da realidade brasileira. Novas práticas serão discutidas, assim como será uma excelente oportunidade para troca de conhecimento e esclarecimento de dúvidas", disse o coordenador brasileiro. Já a coordenação norte-americana ficará por conta da Dra. Pamela Lipset.

Foram selecionados os mais importantes profissionais e pesquisadores dos Estados Unidos que trarão suas experiências em diferentes procedimentos aplicados no tratamento do paciente crítico, que certamente somarão às dos nossos profissionais. E esse se unirão alguns dos nomes mais importantes da medicina intensiva brasileira.

Os professores norte-americanos serão: Carol Thompson, presidente da SCCM e professora da Universidade da Pennsylvania; J Christopher Farmer, professor na Mayo Clinic, Rochester, Minnesota; Todd Dorman, do Johns Hopkins; Janice Zimmerman, do Methodist Hospital; Stephen Pastores, do Memorial Sloan Kettering; Marie Baldisseri, da Universidade de Pittsburgh; e Pamela Lipsett, ex-presidente da SCCM e professora do Johns Hopkins.

MCCRC
Multiprofessional Critical Care Review Course
Rio de Janeiro 12 a 14 de Setembro de 2013

Saiba mais: www.amib.org.br/mccrc



SOTIPI agora é AMIB.PI

Na primeira AR – Assembleia de Representantes da AMIB de 2012, que aconteceu em abril na sede da associação, constava na pauta da Diretoria a possibilidade das Regionais aderirem o nome da associação-mãe. E foi assim que a SOTIPI passou a se chamar AMIB.PI. "A questão foi suscitada em uma reunião das regionais do norte-nordeste com a atual diretoria da AMIB, logo no início da atual gestão. A maioria destas regionais queria uma denominação que as associassem com a AMIB, como ocorre, por exemplo, com as regionais da OAB. Especificamente a nossa regional era homófona com a de Pernambuco (SOTIPI e SOTIPE), o que causava confusão", explicou o Dr. Kelson Veras, presidente da AMIB.PI.

O presidente acrescentou ainda que a sociedade piauiense é bastante proativa e adotar o nome da AMIB reforça aos associados de que a Regional também é AMIB. "Sempre ouvimos sócios falando: 'a AMIB precisa fazer isso ou aquilo'. Mas na verdade cremos que todos nós precisamos fazer a nossa parte e, se assim fizermos em nossas regionais, os resultados que desejamos serão inevitáveis."

Atualmente a Regional conta com 120 sócios e está na lista das que mais cresce. A sua história foi iniciada em 1994 por um grupo de médicos que se dedicavam aos cuidados de pacientes graves. O líder desse grupo foi o médico Dr. Álvaro Regino C. Melo. "Era um grupo competente, inovador e principalmente apaixonado e comprometido pelo que fazia e, com isso, contribuíram com o surgimento da especialidade em nosso estado", contou o presidente atual da Regional.

Dentre os sócios fundadores há ainda vários dos atuais líderes da especialidade atuando e continuando a refletir o espírito inovador do Dr. Álvaro Regino, inspirando novos jovens como é o caso dos ex-presidentes Dr. Flávio Melo, Dra. Jyselda Duarte e Dra. Patrícia Mello. "Além destes, os demais ex-presidentes, Dr. Salustiano Moura, Dr. Avelar Alves, o saudoso Dr. Jayro Paiva e Dr. Bruno Figueirêdo foram também muito comprometidos com a causa da especialidade e, formando sempre um grupo pequeno, mas coeso e determinado, tornamo-nos fortes. Como resultado, vemos a especialidade crescer no respeito e reconhecimento a cada dia em nosso estado."

A conquista do respeito e do reconhecimento dos profissionais que atuam nas UTIs do estado do Piauí são reflexos de muitas ações importantes que a Regional vem encabeçando. Por exemplo, sua

Da esquerda para direita: Dr. Flávio Melo, Dra. Lina Melo, Dra. Jyselda Duarte, Dr. Kelson Veras, Dra. Patrícia Mello, Dr. Marcelo Martins e Dra. Rejane Prestes.

Crescimento, determinação e ações efetivas estão no DNA da Regional do estado do Piauí

participação ativa no movimento pela valorização dos Médicos Intensivistas no Estado, o qual culminou com a conquista de uma remuneração equivalente ao piso mínimo recomendado pela FENAM. "No ano passado a AMIB.PI realizou o I Simpósio Piauiense de Medicina Intensiva, objetivando divulgar a especialidade em nosso Estado e incentivar a interação entre os diversos profissionais envolvidos com terapia intensiva", disse Dr. Kelson.

Para 2013, a Regional já está comprometidíssima com várias ações importantes para o fortalecimento da especialidade na região. Do ponto de vista científico, o grupo e seus membros trabalharam na divulgação e participação com quatro palestrantes do estado no 9º CONNEMI (Congresso Norte-Nordeste de Medicina Intensiva), que aconteceu em Aracaju (SE); e também a realização em Teresina do Curso ECOTIN.

"No que diz respeito à valorização profissional, esse ano chegou a vez de lutarmos no âmbito da saúde privada, cobrando, por meio do Sindicado dos Médicos do Estado do Piauí (SIMEPI), o pagamento dos procedimentos médicos intensivistas com base na CBHPM (Classificação Brasileira de Hierarquia de Procedimentos Médicos), sem a incidência de nenhum deflator", finalizou o presidente.

RDC-07 é uma luta de todos!

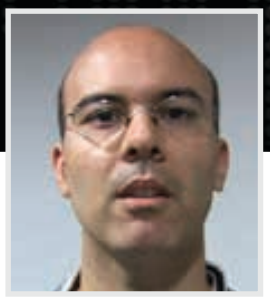
Três anos se passaram desde a publicação da RDC-07. Segundo o presidente da AMIB.PI, muitos acreditavam que seria mais uma letra morta. Mas ele alertou a todos: "Se depender da AMIB.PI, aqui no nosso estado, a RDC-07 será cumprida à risca. Inclusive, a regional já informou ao Ministério Público Estadual que a norma é descumprida em muitos estabelecimentos de saúde (porque não dizer em todos) e que essa situação traz impactos altamente negativos sobre a saúde pública", afirmou Dr. Kelson Veras.

Para tal, a diretoria da AMIB.PI se reuniu com os responsáveis das Vigilâncias Sanitárias, tanto Estadual como Municipais, solicitando que a fiscalização fosse realizada.

"Os fiscais da Vigilância já cobravam dos gestores hospitalares a obediência às normas referentes aos Recursos Humanos, contudo, até então, os hospitais não estavam obrigados a cumpri-la. A Vigilância Sanitária Estadual agora ficou ciente que a sociedade organizada está atenta e que cobrará o cumprimento da RDC 07 em todos os seus pontos", reforçou.

O presidente da AMIB.PI explicou que, caso não haja o respeito à norma, o estabelecimento de saúde não receberá a Licença Sanitária e, consequentemente, não terá como renovar seu Alvará de Funcionamento. "A AMIB.PI conta atualmente com Médicos Intensivistas Titulados, bem como Enfermeiros e Fisioterapeutas, em número suficiente para suprir a demanda dos hospitais do Estado e evitar prejuízos à população, que conquistou o direito de ter um cuidado de qualidade nas nossas UTIs. É obrigação agora dos intensivistas zelar pelo cumprimento desta conquista", disse o médico intensivista.

O Uso da Ultrassonografia Torácica nos Pacientes Graves



André Miguel Japiassú

Médico do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
(Fundação Oswaldo Cruz), da Casa de Saúde São José e do Hospital
Quinta D'Or, Rio de Janeiro, RJ
Médico Intensivista pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

INTRODUÇÃO

A ultrassonografia (US) tem sido aplicada com frequência crescente em várias áreas da Medicina além da Radiologia, como a Cardiologia, Obstetrícia e Anestesiologia. Seu uso nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) também é conveniente, uma vez que os pacientes mais graves nem sempre apresentam condições de transporte para outros setores do hospital, principalmente para o setor de Radiologia, onde são realizados exames de imagem. A US pode ser realizada à beira do leito com aparelhos portáteis e que apresentam boa resolução de imagem para muitas áreas do corpo humano. Ela pode auxiliar no diagnóstico de doenças no paciente grave, assim como auxiliar procedimentos invasivos, como punções venosas profundas e acesso a cavidades pleurais, peritoneal ou pericárdica.

O exame físico do paciente grave se mostra limitado em muitas ocasiões, já que muitos são sedados e permanecem em decúbito dorsal, abreviando o acesso principalmente ao exame torácico através de palpação, percussão e ausculta torácica. Particularmente a ausculta torácica de pacientes em ventilação mecânica é confusa, com mistura de ruídos que não são reconhecidos acuradamente por todos os médicos ou outros profissionais que tentam diferenciar roncos e estertores. É escassa a avaliação da efetividade do método de ausculta pulmonar em relação às diversas síndromes pulmonares aprendidas ainda durante a Graduação (Hubmayr, 2004). Por outro lado, muitas intervenções terapêuticas são decididas após o exame de ausculta torácica, que pode causar benefício ou malefício dependendo da eficácia do examinador.

É comum que se complemente o exame físico do aparelho torácico do paciente grave com pedidos de radiografia simples no leito ou tomografia computadorizada (TC), que apresentam acurácias muito distintas. O uso da US torácica ficou limitado durante anos ao diagnóstico de derrame pleural, sendo proscrita para avaliação do pulmão por conta de artefatos do som em contato com o ar intrapulmonar. É sabido que muitas decisões nas UTIs precisam ser rápidas e indicar de maneira categórica o que deve ser feito – "Point of Care". Por isso, um exame realizado à beira do leito, com bom nível de sensibilidade para diagnósticos de urgência é extremamente útil para o intensivista. Ao contrário do preconizado antigamente, os artefatos pulmonares podem ser úteis neste sentido: indicando se o tecido pulmonar é normal ou não; é útil ainda no estudo dos movimentos das pleuras parietal e visceral e na distinção entre lesões sólidas e fluidas (consolidação x efusão).

QUADRO 1: ROTEIRO PARA ULTRASSONOGRAFIA TORÁCICA NO PACIENTE GRAVE

1- Ligue o aparelho; idealmente ele deve estar pronto para fornecer imagem em menos de 1 minuto.

2- Ajuste ganho e brilho da imagem; assim como a profundidade necessária.

3- As imagens são classificadas de acordo com a ecogenicidade: hipoecoica (mais escura), hiperecoica (mais clara), artefato (move com deslocamento do transdutor), sombra acústica (ossos), imagem em espelho (efeito de reverberação, com duplicação da imagem).

4- Os transdutores têm marcas para orientar a direção da imagem produzida (figura 1).

5- Grave as imagens em forma de fotos e/ou filmes, que possam ser reproduzidos novamente no aparelho ou exportados como mídia.

6- Prefira o transdutor convexo, com amplitude entre 2,5-5 MHz; o transdutor linear pode ser usado para ampliar a imagem das pleuras.

7- Examine 4 a 6 regiões em cada hemitórax: ápice, terço médio, base anterior (2) e base posterior (2).

8- Coloque o transdutor em posição longitudinal e perpendicular aos espaços intercostais (imagem de "asas de morcego – bat sign") (figura 2A).

9- Verificar deslizamento pleural no modo B; faça também modo M (padrão normal: aparência de água do mar para o que está acima das pleuras e areia da praia para o parênquima pulmonar, que está abaixo das pleuras) (figura 2B).

10- O padrão normal do tecido pulmonar é a linha A: são linhas ecoicas horizontais repetitivas em intervalos regulares, paralelas à pleura.

11- No modo M, o aspecto normal forma imagem da pele, subcutâneo e músculo similar a "água do mar", linha pleural (que é uma linha hiperecogênica e espessa) e pulmão aerado (semelhante à "areia da praia").

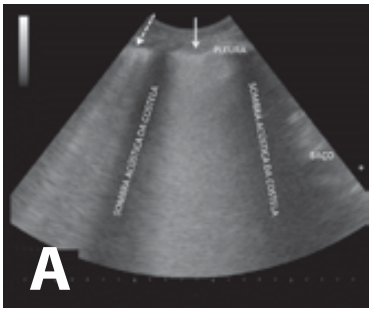
12- O outro padrão de artefato é a linha B: é uma linha vertical, que parte da pleura visceral e avança até a parte de visualização mais profunda no tórax. A linha B é gerada por uma mistura ar-líquido no tecido pulmonar. Elas podem ser finas (linhas B1) ou espessas/grossas (linhas B2). O padrão característico de 1 linha B é o sinal de cauda de cometa.
13- A confluência de várias linhas B2 pode formar uma consolidação, que é vista como imagem ecogênica mais brilhante, podendo ser atelectasia, pneumonia ou massa pulmonar.
14- A presença de líquido pleural é vista como imagem anecóica entre pleura e parênquima pulmonar, formando imagem ondulante no modo M (sinal sinusoidal). Quando há medida maior que 3 cm desta imagem, estima-se que o derrame seja maior que 500 ml.
15- A complementação do exame pode ser feito com verificação do diâmetro e colapsabilidade da veia cava inferior, no modo B e em seguida no modo M; realizar medidas de diâmetro (normal entre 1-2 cm) e colapsabilidade com respiração (normal entre 25% e 50%); estima-se que haja hipovolemia se a veia medir menos que 1 cm e/ou a colapsabilidade for maior que 50%.
16- A ecocardiografia pode auxiliar na avaliação da função cardíaca em paciente com choque ou descompensação respiratória, além de guiar pericardiocentese; use o transdutor setorial (5-10 Mhz); objetivo é examinar qualitativamente a função do ventrículo esquerdo, acessar se existe derrame pericárdico e disfunção de ventrículo direito; verificar 2 a 3 janelas: paraesternal, subcostal ou apical.

Aplicação de algoritmo diagnóstico com Ultrassonografia Torácica emPaciente com Dispneia Aguda

O uso da US torácica pode ser útil no paciente com dispneia aguda, tanto no setor de Emergência, quanto na UTI (Lichtenstein, 2008). A avaliação de deslizamento das pleuras associada à visualização de linhas A e B podem organizar o raciocínio diagnóstico frente ao quadro de insuficiência respiratória aguda (Figura 3). A orientação de simetria, aliada aos padrões ultrassonográficos de tecido pulmonar normal (linha A) ou com síndrome alvéolo-intersticial (linha B) e o uso de modo M podem auxiliar o diagnóstico diferencial. Algumas síndromes fornecem padrão simétrico de imagens, como o edema pulmonar cardiogênico, enquanto outros são predominantemente assimétricos, como pneumonia lobar. O protocolo é complementado pelo exame de veias de membros inferiores (femorais, safenas e poplíteas) para o diagnóstico presuntivo de tromboembolismo pulmonar. A ausência de colapsabilidade das veias é indicativa de trombose. Pode-se proceder ao ecocardiograma para avaliar a função cardíaca, qualitativamente (janelas paraesternal, subcostal ou apical).

Figura 1
Tipos de transdutores:
A • convexo
B • linear
C • setorial
D • microconvexo.

Figura 2
A. Aspecto normal de 1 espaço intercostal, com as costelas de cada lado, a linha pleural e linhas A (horizontais). O aspecto se assemelha a um morcego com as asas abertas ("bat sign").
B. Aspecto normal da linha pleural e do pulmão no modo M, formando imagem da pele, subcutâneo e músculo (seta contínua, similar a "água do mar"), linha pleural (seta pontilhada) e pulmão aerado (seta tracejada, "areia da praia"). Imagem do autor.



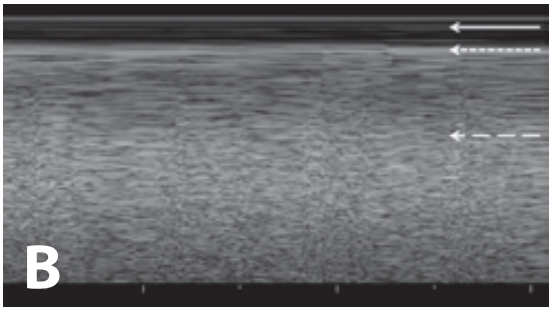
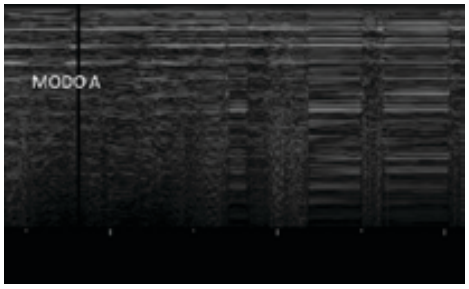
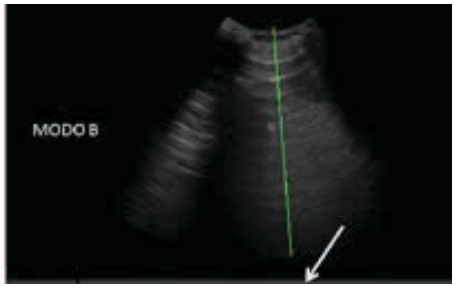


Figura 3
Protocolo de uso de ultrassonografia torácica para diagnóstico diferencial de dispneia no setor de Emergência ou UTI. Lung point – ponto pulmonar, característico da presença de pneumotórax parcial. TEP – tromboembolismo pulmonar; DPOC – doença pulmonar obstrutitva crônica. Adaptado de Lichtenstein, Chest 2008.





Referências Bibliográficas:

- Hubmayr RD. Times are A-Changin'. Should we hang up the stethoscope? Anesthesiology 2004; 100:1-2.
- Lichtenstein D, Mezière G, Biderman P, Gepner A. The comet-tail artifact: an ultrasound sign ruling out pneumothorax. Intensive Care Med 1999; 25:383-8.
- Lichtenstein D, Meziére GA. Relevance of Lung Ultrasound in the Diagnosis of Acute Respiratory Failure - The BLUE Protocol. Chest 2008; 134:117-25.

FILHOS, FILHOS! MELHOR NÃO TÊ-LOS?

Ao iniciar a leitura do "Poema Enjoadinho", do poeta Vinícius de Moraes, logo no início nos espantamos, afinal os versos "Filhos, filhos! Melhor não tê-los?" nos dão uma sensação de desconforto – principalmente para quem já os têm. No entanto, nos próximos versos o nosso poetinha vai nos mostrando a magia de se ter filhos, terminando com a afirmação: "Que coisa louca / Que coisa linda / Que os filhos são!"

A vida da médica intensivista do Distrito Federal, Dra. Wânia Romagueira, é o retrato dos versos de Vinícius de Moraes. Mãe de dois filhos: Marília, de 10 anos, e Francisco, com apenas dois aninhos, seu dia a dia é agitado e envolto a noites de insônia e prantos convulsos. "Não é fácil conciliar a vida profissional com a maternidade, mas mãe sempre consegue", disse.

Atualmente, Wânia tem dois empregos: na UTI do Hospital Sobradinho e um cargo de gestão em uma seguradora de saúde. Mas, mesmo assim, são 70 horas semanais de trabalho. "Quando a Marília era pequena eu cheguei a ter seis empregos e trabalhava quase 100 horas por semana, mas quando engravidei do Francisco decidi diminuir o ritmo".

Porém, ao conversar com essa mãe intensivista, sabemos que essa diminuição de ritmo não foi tanto assim. Wânia procura estar atenta a tudo que acontece aos filhos, exercendo a sua tripla jornada ao lado deles. "Quando chego em casa, os dois querem muito a minha atenção e eu procuro dar tudo de mim nesses momentos".

Diferentemente como acontece na profissão, que ao sairmos do trabalho, procuramos desligar, ser mãe é estar ligada 24 horas por dia, mesmo a distância. Prova disso é um fato relatado por Wânia bastante peculiar: "Um dia, eu estava na UTI em um procedimento, quando o meu celular tocou. Era a babá da minha filha desesperada porque ela estava roxa e sem respirar. Pois bem, procurei ficar calma, e a orientei como proceder e deu tudo certo, e com o meu paciente também".

Assim é Wânia, dedicada e determinada em tudo o que faz. Um exemplo foi sua participação na Prova de Título de Especialista em MI de 2010 como avaliadora, quando ocorreu em Brasília. A médica estava grávida de sete meses de Francisco, mas disse: "não podia negar isso ao então presidente, Dr. Ederlon Rezende, mas pedi para ser dispensada um pouco antes".

Nubain®

cloridrato de nalbufina

Alívio prolongado da dor no pós-operatório.[1]

EFEITO AGONISTA com potência analgésica equivalente à da morfina e menor risco de depressão respiratória.[2,3,4]

EFEITO ANTAGONISTA com manutenção da analgesia e menor risco de náusea e vômito.[2,3,4]

Ser diferente tem suas vantagens.

Apresentação: Ampola com 10 mg/mL contendo 1mL

Contraindicação: em pacientes com abdômen agudo.
Interação medicamentosa: O uso concomitante com depressores do SNC pode ter seus efeitos acentuados.

Referências Bibliográficas - (1) Lake CL, Duckworth EN, DiFazio CA, Durbin CG, Magruder MR. Cardiovascular Effects of Nalbuphine in Patients with Coronary or Valvular Heart Disease. Anesthesiology 1982; 57: 498-503. (2) Lee G, Low RI, Amsterdam EA, DeMaria AN, Huber PW, Mason DT. Hemodynamic effects of morphine and nalbuphine in acute myocardial infarction. Clin Pharmacol Ther 1981; 29:5: 576-581. (3) Bahar M, Rosen M, Vickers MD. Self-administered nalbuphine, morphine and pethidine. Comparison, by intravenous route, following cholecystectomy. Anaesthesia 1985;40: 529-532. (4) Minai FN, Khan FA. A Comparison of Morphine and Nalbuphine for Intraoperative and Postoperative Analgesia. J Pak Med Assoc 2003;53:9:391-396.

NUBAIN® - Cloridrato de nalbufina - 10mg/mL - **INDICAÇÕES:** Nubain® é indicado no alívio de dores desde as moderadas até as severas. Pode também ser utilizado como complemento da anestesia cirúrgica, na analgesia pré e pós-operatória, na analgesia obstétrica e para alívio da dor após infarto agudo do miocárdio. **CONTRAINDICAÇÕES:** hipersensibilidade ao cloridrato de nalbufina, ou aos excipientes; abdômen agudo: a nalbufina pode modificar os sintomas; tratamento com IMAO. **PRECAUÇÕES:** deve ser usado apenas por profissionais experientes com o seu manuseio. Nos locais de utilização deve estar disponíveis: naloxona (antídoto específico), equipamentos para reanimação cardio-pulmonar. Este medicamento pode causar dependência física e seu uso em indivíduos instáveis emocionalmente, pode favorecer a dependência. A respeito disso, o potencial de abuso é baixo em relação às drogas que não são agonistas-antagonistas. Após uso prolongado, a interrupção abrupta do medicamento pode determinar sintomas de abstinência de opioides. O uso ambulatorial diminui a atenção e habilidades para dirigir veículos ou operar máquinas. Em situações com aumento da pressão intracraniana, o uso de nalbufina pode piorar o quadro, além de poder mascarar os sintomas do quadro de base. A capacidade de Nubain® de causar depressão respiratória é menor do que os antagonistas puros. A depressão respiratória pode ser revertida com naloxona. A metabolização hepática de Nubain® exige cautela na sua administração a pacientes com insuficiência renal ou hepática. Gravidez: a segurança do uso de Nubain durante a gravidez ainda não foi estabelecida. A Nalbufina deve ser administrada em mulheres grávidas somente quando claramente necessário. Trabalho de parto: há passagem rápida para o feto, podendo-se observar bradicardia fetal, depressão respiratória ao nascimento, apneia, cianose e hipotonia. Deve-se ter cautela na administração de Nubain® a mulheres que amamentam. Não foi estabelecida a segurança de Nubain® em menores de 18 anos. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** analgésicos narcóticos e outros depressores do SNC, quando administrados concomitantemente com Nubain®, podem ter seus efeitos depressores acentuados **REAÇÕES ADVERSAS:** a reação adversa mais frequente é sedação. Sistema nervoso central: nervosismo, depressão, agitação, euforia, instabilidade emocional, hostilidade, sonhos não habituais, confusão, alucinação, disforia, sensação de peso, dormência. Cardiovascular: hipertensão, hipotensão, bradicardia, taquicardia. Gastrintestinal: cólicas, dispepsia, gosto amargo. Respiratório: depressão respiratória, dispnéia, asma. Dermatológico: prurido, queimação, urticária. Reações alérgicas: foram relatadas reações de hipersensibilidade com o uso de nalbufina, sendo necessário atendimento médico imediato. Alterações de exames laboratoriais: pode interferir com métodos enzimáticos, na especificidade/sensibilidade do teste de detecção de dependência de opioides. **POSOLOGIA:** adultos - a dose recomendada para um adulto de 70 kg é de 10 mg, por via subcutânea, intramuscular ou intravenosa. Se necessário, repetir a cada 3 a 6 horas. Em pacientes não tolerantes, a dose única máxima é de 20 mg, com uma dose total diária máxima de 160 mg. Como complemento de anestesia: a dose de indução deve ser de 0,3 mg/kg a 3,0 mg/kg, administrada por via intravenosa durante 10 a 15 minutos, com dose de manutenção de 0,25 a 0,50 mg/kg, em administrações intravenosas únicas, quando necessário. **SUPERDOSAGEM:** O cloridrato de naloxona é o antídoto específico para NUBAIN (Cloridrato de Nalbufina), devendo ser administrado imediatamente por via intravenosa. Oxigênio, fluidos intravenosos, vasopressores ou outras medidas de suporte devem ser utilizados quando indicado. CRISTÁLIA - Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda. Rod. Itapira-Lindóia, km 14 - Itapira-SP - CNPJ Nº 44.734.671/0001-51 - Indústria Brasileira. Nº do Lote, Data de Fabricação e Prazo de Validade: Vide Rótulo/Caixa. Farm. Resp.: Dr José Carlos Módolo - CRF-SP nº 10.446 CLASSIFICAÇÃO: VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA - Reg. MS nº: 1.0298.0284 - SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. Nubain® Marca registrada sob licença de Bristol-Myers Squibb Company.

NUAN jan/11

SAC
0800 7011918

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

www.cristalia.com.br

COMBO IMPERDÍVEL

Dois grandes eventos no Rio de Janeiro, em sequência, com valores especiais.

INTERNATIONAL SEPSIS FORUM

SEPSIS 2013

RIO

5-6 NOVEMBER

+

CBMI XVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA INTENSIVA

RIO DE JANEIRO • 2013

6 a 9 de novembro

COMBO Sepsis Forum e CBMI para associados AMIB e ILAS

Categoria	Até 30/04	Até 30/07	Até 30/09	Após 30/09
Médico Titular	R$ 612,00	R$ 730,00	R$ 883,00	R$ 1196,00
Médico Efetivo	R$ 635,00	R$ 770,00	R$ 924,00	R$ 1254,00
Médicos Residentes, Pós-Graduandos, Mestrando ou doutorando	R$ 439,00	R$ 505,00	R$ 601,00	R$ 790,00
Profissional de Saúde	R$ 475,00	R$ 572,00	R$ 682,00	R$ 925,00
Pós-Graduando, Mestrando, Doutorando e Residentes de Especialidades não médicas	R$ 394,00	R$ 482,00	R$ 570,00	R$ 732,00
Acadêmico	R$ 299,00	R$ 366,00	R$ 436,00	R$ 551,00

COMBO Sepsis Forum e CBMI para NÃO associados AMIB e ILAS

Categoria	Até 30/04	Até 30/07	Até 30/09	Após 30/09
Médicos	R$ 1220,00	R$ 1366,00	R$ 1545,00	R$ 1927,00
Médicos Residentes, Pós-Graduandos, Mestrando ou doutorando	R$ 676,00	R$ 732,00	R$ 838,00	R$ 1070,00
Profissional de Saúde	R$ 771,00	R$ 886,00	R$ 1014,00	R$ 1277,00
Pós-Graduando, Mestrando, Doutorando e Residentes de Especialidades não médicas	R$ 653,00	R$ 715,00	R$ 861,00	R$ 1084,00
Acadêmico	R$ 489,00	R$ 540,00	R$ 650,00	R$ 810,00

Inscrições online: forumsepse.com.br cbmi.com.br

INTERNATIONAL SEPSIS FORUM

Latin American Sepsis Institute
Instituto Latino-Americano de Sepse

AMIB
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA