



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 21/2019 – PARECER CFM nº 24/2019

INTERESSADO:	Câmara Técnica de Medicina Intensiva
ASSUNTO:	Definições de unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários
RELATOR:	Cons. Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen

EMENTA: As unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) devem desenvolver critérios de qualidade para a segurança dos pacientes, além de definir atribuições e competências na composição da equipe.

DA CONSULTA

A Câmara Técnica de Medicina Intensiva, após ampla discussão, analisou a relevância de elaborar parecer sobre as definições de unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade de cuidados intermediários (UCI) por estar preocupada com as propostas de modificação na RDC Anvisa nº 7.

De forma a prevenir distorções éticas do funcionamento das UTI e garantir a qualidade e segurança no tratamento intensivo dispensado aos pacientes criticamente enfermos, a Câmara Técnica de Medicina Intensiva elaborou parecer sobre qualidade e segurança em terapia intensiva e solicita manifestação sobre ele.

DO PARECER

DEFINIÇÕES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) E UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (UCI)

Os pacientes gravemente enfermos cursam com instabilidade vital e elevado risco de morte. Desta forma, requerem assistência de saúde complexa em UTI que possa oferecer suporte vital multissistêmico, para tal necessitando de infraestrutura hospitalar com suporte tecnológico avançado e equipe de saúde multiprofissional qualificada.

A identificação do nível de gravidade e a condução clínica adequada de pacientes críticos, bem como a definição formal e descrição dessas unidades e suas atividades, são essenciais para nortear a gestão do sistema de saúde de forma segura e eficiente, além de otimizar a alocação de recursos e a complexidade dessas unidades de suporte intensivo (UTI e UCI).



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Paciente crítico ou gravemente enfermo

Define-se como paciente crítico ou gravemente enfermo aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. Esses pacientes podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, como instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica, ou apresentar patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas.

1. Níveis de cuidados

Os níveis de cuidados, bem como as características das unidades para assistência a estes pacientes, dependem do grau de complexidade e gravidade da condição de saúde e podem ser estratificados da forma a seguir:

- **Nível de atenção III (muito alto):** pacientes de UTI com múltiplas falências agudas de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-las, com caráter de ameaça imediata à vida. Esses pacientes necessitam de cuidados de equipe multiprofissional especializada, habilitada e adequadamente dimensionada para ofertar terapia de suporte com complexidade muito alta, tais como monitorização e suporte hemodinâmico (fármacos vasoativos em infusão contínua) e/ou assistência respiratória e/ou terapia de substituição renal.
- **Nível de atenção II (alto):** pacientes de UTI com falência aguda de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-la, com caráter de ameaça à vida, que necessitam de monitoramento e/ou suporte de menor complexidade, como assistência respiratória ou terapia de substituição renal ou droga vasoativa em infusão intravenosa contínua.
- **Nível de atenção I (médio-baixo):** pacientes de UCI que necessitam de monitoração por risco de desenvolver uma ou mais falências agudas de órgãos ou que estão se recuperando de condições críticas, mas cuja condição requer maior intensidade de cuidado da equipe multiprofissional, quando a carga de trabalho é muito alta ou complexa para que o paciente possa ser gerido numa enfermaria.

As unidades de assistência são classificadas de acordo com o nível de cuidados para o qual estão habilitadas, ou seja, unidades de terapia intensiva devem estar habilitadas para assistir a demanda de pacientes que requerem nível de atenção II ou III e unidades de cuidados intermediárias para assistir a demanda de pacientes que requerem nível de atenção I. Não é apropriado alocar pacientes de maior gravidade em unidades de



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

cuidados que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido por ele.

2. Unidades de cuidados intensivos

A. Unidade de terapia intensiva (UTI)

Ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Esta assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada.

Essas unidades visam, portanto, a assistência a pacientes com maior gravidade, que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade clínica vital e correm risco de morte. Desta forma, necessitam de constante vigilância e titulação contínua do tratamento, de acordo com a evolução da doença, para que possam obter bom resultado.

As UTI podem ser classificadas em dois tipos, conforme o nível de atenção que atendem e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que oferecem:

- Tipo III: atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto.
- Tipo II: atendem a pacientes que necessitam de nível de atenção alto.

B. Unidade de cuidados intermediários (UCI) ou unidade semi-intensiva

Ambiente hospitalar com capacidade de oferecer suporte vital de média-baixa complexidade, com capacidade de monitorização mais frequente de forma a identificar mais precocemente sinais de deterioração do paciente e oferecer estabilização vital.

Essas unidades visam o atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte. Esses pacientes requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação enfermagem e a unidade de terapia intensiva, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

A admissão nessas unidades pode evitar o agravamento de pacientes, diminuindo a necessidade de internação na UTI, e contempla também pacientes que ainda não estão adequados para assistência em enfermagem mas já não requerem cuidados intensivos de UTI, otimizando assim a alocação de recursos.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Quadro 1. Unidades de assistência e nível de cuidados

Nível	Tipo de pacientes	Proporção profissional/paciente	Intervenções
UTI Nível III Complexidade alta Nível de atenção III (muito alto)	Pacientes críticos, com instabilidade fisiológica, risco de morte elevado. Requerem monitorização e/ou intervenções invasivas altamente complexas.	Médico intensivista responsável técnico Médico intensivista de rotina/diarista matutino e vespertino – 1:10 ou fração Médico plantonista – 1:≤10 ou fração Enfermeiro intensivista responsável técnico Enfermeiro – 1:≤5 ou fração Técnico em enfermagem – 1:1 a ≤1:2 Fisioterapeuta intensivista responsável técnico Fisioterapeuta – 1:≤10 ou fração	Intervenções disponíveis apenas em ambiente de UTI (ex.: monitorização hemodinâmica avançada, monitorização da pressão intracraniana, ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vasoativas, oxigenação por membrana extracorpórea, balão intra-aórtico, terapia de substituição renal contínua).
UTI Nível II Complexidade alta Nível de atenção II (alto)	Pacientes críticos, instabilidade fisiológica, risco de morte. Requerem monitorização e/ou intervenções invasivas complexas.	Médico intensivista responsável técnico Médico intensivista de rotina/diarista matutino e vespertino – 1:10 ou fração Médico plantonista – 1:10 ou fração Enfermeiro intensivista responsável técnico Enfermeiro – 1:10 ou fração Técnico em enfermagem – 1:2 Fisioterapeuta intensivista responsável técnico Fisioterapeuta – 1:10 ou fração	Intervenções disponíveis apenas em ambiente de UTI (ex.: monitorização cardíaca contínua, ventilação não invasiva, ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vasoativas).
UCI Complexidade baixa Nível de atenção I (médio-baixo)	Pacientes que requerem assistência da enfermagem ou da fisioterapia ou monitorização contínua.	Médico responsável técnico Médico de rotina/diarista – 1:≤15 Médico plantonista – 1:15 ou fração Enfermeiro intensivista responsável técnico Enfermeiro plantonista – 1:15 Técnico em enfermagem – 1:4	Ventilação mecânica não invasiva intermitente, infusões venosas como insulina, vasodilatadores ou antiarrítmicos.

* Médicos, enfermeiros e fisioterapeutas plantonistas devem estar disponíveis 24 horas.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

As equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia necessárias nas UTI (tipo III e tipo II) e nas UCI estão descritas no Quadro 1. Ainda devem fazer parte do quadro multidisciplinar de ambos os tipos:

- Assistente social – 1 disponível para a unidade.
- Farmacêutico – 1 disponível para a unidade.
- Fonoaudiólogo – 1 disponível para a unidade.
- Nutricionista – 1 disponível para a unidade.
- Odontologista – 1 disponível para a unidade.
- Psicólogo – 1 disponível para a unidade.

A equipe multiprofissional da UTI e UCI deve ser dimensionada para garantir a qualidade do atendimento de acordo com a gravidade dos pacientes.

2.1. As unidades de terapia intensiva podem ser classificadas como gerais ou mistas, recebendo pacientes clínicos e/ou cirúrgicos e de todas as especialidades ou concentrar sua assistência em um subgrupo de pacientes, sendo então uma UTI ou UCI/semi-intensiva especializada. A maioria das UTI são mistas. UTI ou UCI especializadas podem melhorar os resultados ao reduzir a variabilidade da prática e empregar habilidades especializadas, mas evidências sugerem que a mortalidade ajustada ao risco e tempo de permanência é semelhante para os pacientes tratados em UTI gerais e de subespecialidade.

2.1.1. As unidades especializadas podem concentrar pacientes queimados (unidade de queimados), cardiopatas (unidade coronariana ou cardiovascular) e neurológicos (unidade neurológica ou de AVC). Essas unidades podem preencher critérios de UTI ou de UCI conforme nível de gravidade e complexidade dos pacientes, capacidade de monitorização e suporte da unidade e disponibilidade de equipe multidisciplinar adequadamente qualificada conforme descrito neste documento.

2.2. As UTI/UCI Adulto devem assistir pacientes graves ou potencialmente graves com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos. Em caso de indisponibilidade de leitos de UTI/UCI Pediátrica, as UTI/UCI Adulto, deverão admitir pacientes com mais de 12 anos. A delimitação por idade é essencial para garantir equipe multidisciplinar adequadamente especializada para a assistência desses pacientes.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2.3. O atendimento em terapia intensiva de pacientes entre 12 e 18 anos deve ser realizado preferencialmente por pediatras.

2.4. Pacientes que necessitem de cuidados específicos em UTI ou UCI e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades deverão receber os cuidados necessários para estabilização respiratória e hemodinâmica, para que sua transferência possa ser realizada com segurança.

2.5. Quando não houver UCI disponíveis, os pacientes com essa indicação deverão ser acolhidos em UTI.

2.6. As diretrizes para organização e critérios de habilitação das UTI Neonatal e UCI Neonatal Convencional e Canguru estão estabelecidas em documento específico.

2.7. A UTI/UCI Pediátrica deve ter obrigatoriamente como responsável técnico um pediatra com habilitação em medicina intensiva pediátrica. A UTI Neonatal deve ter como responsável técnico um especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia ou em medicina intensiva pediátrica.

2.8. A UTI Pediátrica deve obrigatoriamente contar com 1 (um) médico diarista/rotineiro para cada 10 (dez) leitos ou fração nos turnos matutino e vespertino. Esse médico deve apresentar título de especialista em pediatria e habilitação em medicina intensiva pediátrica para atuar em UTI Pediátrica e título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia ou medicina intensiva pediátrica para atuar em UTI Neonatal.

2.9. Os médicos plantonistas de UTI/UCI Pediátrica e UTI/UCI Neonatal devem ser obrigatoriamente especialistas em pediatria, dimensionados da seguinte forma: UTI Pediátrica ou Neonatal com no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; e UCI Pediátrica ou Neonatal com no mínimo 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração.

3. Admissão e alta da unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intensivos

3.1. Os critérios de admissão e alta em UTI/UCI devem ser norteados pela Resolução CFM nº 2.156/2016.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

3.2. No momento da alta da UTI Adulto, o médico responsável deve estabelecer a elegibilidade para cuidados progressivos e internação em UCI Adulto ou transferência para unidades de internação regular em enfermaria.

4. Estrutura física das unidades de cuidado intensivo (UTI/UCI)

Essas unidades devem cumprir as normas de ambiência e estrutura física estabelecidas pela legislação sanitária e Resoluções CFM nº 2.056/2013 e 2.153/2016 (folhas 320/337).

5. Estrutura técnica e suporte oferecido em unidades de terapia intensiva e em unidades de cuidados intermediários

Essas unidades devem cumprir as normativas sanitárias vigentes e as normas estabelecidas nas Resoluções CFM nº 2.056/2013 e 2.153/2016 (folhas 320/337).

6. Equipe multidisciplinar em unidades de terapia intensiva e em unidades de cuidados intermediários

A UTI e a UCI representam áreas críticas destinadas à internação de pacientes graves (UTI) e de pacientes com risco de agravamento ou em recuperação de quadros de gravidade (UCI) que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, à monitorização e à terapia.

Para que o atendimento de saúde possa ocorrer de forma segura e otimizada, é essencial contar com equipe multiprofissional adequada, legalmente habilitada e dimensionada quantitativa e qualitativamente de acordo com o perfil assistencial e demanda da unidade, com observância da legislação vigente.

Esse atendimento envolve ação integrada contínua, intensiva e diuturna de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. De forma também importante, envolve a atuação de profissionais de nutrição, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, serviço social e farmácia, os quais devem idealmente fazer parte da equipe permanente da unidade ou, minimamente, como alternativa na vigência dessa possibilidade, estarem acessíveis sob demanda da unidade.

A coordenação e supervisão da unidade e do grupo multiprofissional será realizada pela equipe médica da unidade, a qual será composta por médico coordenador e/ou



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

médico responsável técnico, médico intensivista diarista (rotina) e médico plantonista, cada um com suas responsabilidades e atuação específica.

A ação integrada e organizada em níveis de responsabilidade e competência de toda a equipe de saúde é essencial para que essas unidades possam cumprir seu papel de cuidar de pacientes em estado de maior gravidade com os melhores resultados.

Na UCI a tecnologia de monitorização e suporte é menos intensiva, menos invasiva, já que se propõe a assistir pacientes com menor gravidade. No entanto, a equipe multidisciplinar é a mesma descrita para as UTI, variando apenas o seu dimensionamento.

Desta forma, o médico coordenador destas unidades pode acumular a função de médico diarista/rotina e visita horizontal nas UCI. A condução horizontal é essencial para o bom resultado também destes pacientes, dada a menor complexidade e o nível de instabilidade de sua condição. A visita horizontal pode ocorrer em apenas um turno, desde que o médico coordenador e/ou rotina esteja disponível para consulta, de forma a não interromper a sequência da assistência. No entanto, mesmo nestas unidades o médico rotina não deve acumular a função de médico plantonista, já que, além da horizontalidade, sua função exige dupla checagem de processos e protocolos, garantindo segurança e qualidade na assistência do paciente grave.

7. Habilitação e atribuições da equipe médica em UTI/UCI

7.1. Habilitação e atribuições do coordenador médico e/ou responsável técnico da UTI

7.1.1. Habilitação do coordenador médico e/ou responsável técnico da UTI

Deve ter título de especialista em medicina intensiva para responder por UTI Adulto; título de habilitação em medicina intensiva pediátrica para responder por UTI Pediátrica ou Neonatal; título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia ou título de habilitação em medicina intensiva pediátrica para responder por UTI Neonatal; e ter registro de especialista no CRM.

7.1.2. Atribuições do coordenador médico e/ou responsável técnico da UTI

É responsável por assessorar a direção do hospital/empresa nos assuntos referentes à sua área de atuação; planejar, coordenar e supervisionar as atividades de assistência ao paciente; implantar e avaliar a execução de rotinas médicas; coletar dados e elaborar relatório mensal atualizado dos indicadores de qualidade; zelar pelo exato preenchimento dos prontuários médicos; promover e conduzir reuniões periódicas de



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

caráter educativo e técnico-administrativo, visando o aprimoramento da equipe; impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde.

Além disso, o coordenador médico e/ou responsável técnico deve:

- na impossibilidade de o médico diarista coordenar as visitas médicas e multidisciplinares, liderar as discussões e decisões tomadas, ou discuti-las e tomar ciência delas;
- garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente;
- acompanhar o desempenho da equipe multiprofissional da unidade;
- acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade;
- assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação e ser propositivo;
- zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa;
- zelar pelo cumprimento das normas reguladoras do Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina local, Anvisa e Ministério da Saúde;
- gerar os indicadores de gestão da unidade, analisar e desenvolver planos de ação baseado nesses resultados;
- realizar, coordenar e convocar a equipe para participar de reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitá-la, promovendo educação continuada e atualização técnica-científica;
- planejar, implementar, monitorar e garantir a qualidade dos processos;
- elaborar e revisar regimento operacional da unidade, com suas normas e rotinas técnicas;
- estar ciente e/ou coordenar na ausência do médico diarista (rotina) as atividades multidisciplinares na condução do paciente;
- impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde;
- elaborar e informar escala de plantão da unidade, cobrando da direção do hospital que garanta recursos humanos e técnicos para a realização do serviço na unidade;
- assegurar relação harmônica entre os diversos serviços médicos e outros profissionais que atuam na unidade;
- dimensionar turnos e atividades de trabalho do médico diarista/rotina de acordo com as necessidades da unidade;
- nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O coordenador pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

7.2. Habilitação e atribuições do médico diarista/rotina

7.2.1. Habilitação do médico diarista/rotina

Deve ter título de especialista em medicina intensiva para atuar em UTI Adulto; habilitação em medicina intensiva pediátrica para atuar em UTI Pediátrica ou Neonatal; título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia ou título de habilitação em medicina intensiva pediátrica para atuar em UTI Neonatal; e ter registro como especialista no CRM. Recomenda-se 1 (um) médico para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino.

7.2.2. Atribuições do médico diarista/rotina de UTI/UCI

Deve elaborar e supervisionar a condução do plano e planejamento diagnóstico e terapêutico dos pacientes internados em UTI, garantindo a implementação e monitoração dos processos. O médico diarista é o líder da assistência multiprofissional na UTI, sendo o principal responsável pela horizontalidade dos cuidados, e também o “segundo par de olhos”, garantindo dupla checagem dos processos e protocolos, otimizando assim a segurança e qualidade da assistência. Desta forma, não deve acumular função de plantonista.

O médico diarista/rotina deve:

- liderar a equipe multiprofissional na assistência ao paciente grave;
- implantar e discutir o plano e planejamento terapêuticos, em conjunto com a equipe multiprofissional, dos pacientes internados na unidade;
- certificar-se da documentação do plano e planejamento terapêutico dos pacientes em evolução própria do médico diarista ou em conjunto com a evolução do plantonista;
- implementar e garantir processos de assistência seguros e de qualidade (e.g.: implementação de protocolos, dupla checagem dos processos);
- revisar as prescrições médicas, garantindo execução do plano e planejamento terapêuticos necessários para a segurança do paciente;
- auxiliar procedimentos difíceis e/ou tecnicamente complexos sempre que necessário;
- revisar e zelar pelo adequado preenchimento do prontuário do paciente, assim como de todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;
- realizar visitas beira-leito (*rounds*) médicas e multidisciplinares com discussão e programação conjunta de condutas e decisões do tratamento;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- discutir com o médico coordenador da unidade as condutas e decisões do tratamento, bem como as pendências e dificuldades encontradas na condução dos casos sempre que necessário;
- cumprir a missão de conduzir os pacientes de forma segura e com qualidade, por meio de assistência presencial, e também orientar e discutir de modo não presencial os casos e suas intercorrências com o médico plantonista ou com a coordenação da unidade e, ainda, em caráter de sobreaviso sempre que necessário, conforme delineado pela coordenação médica, de forma a garantir a supervisão das condutas e a horizontalidade na assistência, evitando descontinuidade na linha de cuidados;
- decidir admissão e alta de pacientes, junto com os demais componentes da equipe;
- certificar-se da execução de relatórios e pareceres de alta do paciente da UTI, inclusive da realização de contato médico com outras clínicas, necessário à saída do paciente;
- realizar o contato com familiares de pacientes internados durante a visita em situações especiais;
- assumir a coordenação da UTI na ausência ou impossibilidade do coordenador;
- auxiliar o plantonista em suas funções em casos de sobrecarga de atribuições, se necessário;
- nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O médico diarista/rotina pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.

7.3. Habilitação e atribuições do médico plantonista de UTI/UCI

7.3.1. Habilitação do médico plantonista de UTI/UCI

O médico plantonista é responsável pelo atendimento integral na UTI diuturnamente, presente na área física da UTI e responsável pela implantação do plano e planejamento terapêuticos, assim como pelo atendimento das intercorrências, com medidas e cuidados necessários para resolver e prevenir eventos adversos ou que coloquem em risco a integridade dos pacientes. Recomenda-se no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.

Recomenda-se que os médicos preferencialmente tenham título de especialista em medicina intensiva para atuar em UTI Adulto. Alternativamente, recomenda-se que tenham concluído um programa de residência médica em área básica ou que tenham ao menos 2 anos de experiência clínica e, nesses casos, apresentem no mínimo três certificações entre



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

as descritas a seguir: a) suporte avançado de vida em cardiologia; b) fundamentos em medicina intensiva; c) via aérea difícil; d) ventilação mecânica; e e) suporte do doente neurológico grave.

Para atuar em UTI Pediátrica como médico plantonista, exige-se minimamente a titulação em pediatria, sendo recomendável a titulação em medicina intensiva pediátrica.

7.3.2. Atribuições do médico plantonista de UTI/UCI

- Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na unidade;
- conhecer o caso de todos os pacientes sob seus cuidados na UTI e possíveis intercorrências durante o plantão;
- realizar evolução clínica dos pacientes internados na unidade;
- prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de plantão;
- realizar diariamente a prescrição médica dos pacientes da unidade;
- coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, de acordo com as necessidades dos pacientes internados;
- acompanhar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu plantão, junto com o diarista e/ou coordenador da equipe, participando das discussões e decisões tomadas;
- acompanhar o paciente em exames necessários e decididos durante a visita de leitos (e.g., no setor de radiologia, hemodinâmica, centro cirúrgico);
- passar o plantão presencial idealmente elaborando documento escrito (“*handover*”), nos turnos específicos;
- ser pontual;
- zelar pelas condutas e decisões tomadas na visita de leitos (*rounds*) multiprofissional e no planejamento terapêutico, não realizando alterações sem prévia comunicação e contato, salvo em caso de necessidades urgentes em acordo com o médico diarista/rotina (e.g., troca de antibióticos, altas não programadas);
- preencher o prontuário do paciente, registrando todos os procedimentos realizados e decisões tomadas;
- realizar o contato com familiares de pacientes internados durante a visita diária;
- elaborar relatórios de alta e transferência do paciente de alta da UTI, bem como estabelecer contato médico com médico assistente e/ou outras clínicas;
- cumprir sua escala de plantão, previamente elaborada e informada pela coordenação da unidade;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- participar das reuniões clínicas realizadas pela coordenação de UTI ou outras lideranças médicas, quando convocado;
- preencher o livro de ocorrência do plantão, quando disponível na unidade, e comunicar de forma oficial ao médico diarista/rotina e/ou coordenador da UTI sempre que necessário;
- nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, auxiliará na orientação dos residentes que estão atuando na unidade, de acordo com sua disponibilidade e em comum acordo com o coordenador e preceptores do programa. Deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente durante seu turno. Poderá atuar na condição de preceptor caso haja interesse e disponibilidade.

8. Conclusões

Os pilares da assistência segura a pacientes graves incluem critérios de estrutura física, equipe multidisciplinar qualificada e gerenciamento de processos de qualidade e segurança.

A estrutura física e de suporte requer reavaliação sistemática para se adequar aos constantes novos desafios na prática da medicina intensiva de qualidade, como o surgimento de infecções por bactérias multirresistentes, a necessidade de incorporar novas tecnologias de monitorização e suporte ao paciente grave e a necessidade de humanizar a prática.

A equipe multidisciplinar deve ser adequadamente dimensionada e qualificada para tal e representa o pilar mais importante para o sucesso dessa assistência.

A implementação, o gerenciamento e a fiscalização de resultados dos processos de qualidade e segurança representam também pilar essencial para o bom funcionamento dessas unidades. Desta forma, estas unidades devem instituir processos de qualidade, como ter ferramenta de relato de evento adverso e realizar visitas multidisciplinares com planejamento terapêutico e definição de meta diária para o paciente. Essas visitas devem ser conduzidas pelo intensivista rotineiro, o qual tem, além da missão de garantir a horizontalidade da assistência, a incumbência de garantir uma dupla checagem de todos os processos. Essa dupla checagem é essencial para a segurança e qualidade de processos, em que erros ou eventos adversos podem ser fatais. Desta forma, o intensivista rotineiro representa o “segundo par de olhos”, além de garantir continuidade na assistência.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Além disso, é essencial também: implementar processos que garantam a correta alocação e otimização de recursos; ter política definida com critérios explícitos de admissão e alta, de acordo com a Resolução CFM nº 2.156/2016; e ter processo que sistematize a integração precoce dos cuidados paliativos aos cuidados intensivos, envolvendo inclusive decisões de cuidados de fim de vida. Devem ainda ser instituídos protocolos assistenciais (e.g., sedação e analgesia, desmame de ventilação mecânica, prevenção de infecções hospitalares, prevenção de complicações) e fiscalizados os indicadores de resultados (e.g., relato e análise da taxa de mortalidade padronizada (TMP); registro da taxa de readmissão na UTI < 48 horas após a alta; registro da taxa de densidade de incidência de infecções).

Para que as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidados intermediários possam cumprir seu papel no sistema de saúde, todos os pilares dessa assistência precisam ser adequadamente dimensionados. Essas unidades devem funcionar em espaço físico com estrutura de suporte tecnológico adequada e contar com recursos humanos dimensionados e apropriadamente qualificados para a função e com protocolos e gestão de processos que garantam assistência segura e de qualidade ao paciente grave, como preconizam as resoluções da Anvisa e as Resoluções CFM nº 2.056/2013 e 2.153/2016.

Este é o parecer, S.M.J.

Brasília, DF, 20 de setembro de 2019.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN

Conselheiro-relator



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 3 abr. 2017;1(64):78.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. 25 fev. 2010;1(37):48.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União. 20 mar. 2002;1:39.
4. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.156, de 28 de outubro de 2016. Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva. Diário Oficial da União. 17 nov. 2016;1:138-9.
5. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.056, de 20 de setembro de 2013. Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 12 nov. 2013;1:162-3.
6. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.114, de 21 de novembro de 2014. Altera o texto do art. 1º, parágrafos primeiro e segundo, da Resolução CFM nº 2.007/2013. Diário Oficial da União. 29 abr. 2015;1:104.
7. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 2.153, de 30 de setembro de 2016. Altera as Resoluções CFM nº 2.056/2013, 2.057/2013 e 2073/2014. Diário Oficial da União. 18 set. 2017;1:87.
8. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Comissão de Defesa e Ética Profissional. [Dúvidas frequentes]. [s.d.] [acesso em 26 set. 2019]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/dezembro/10/REVISAD



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O_Duvidas_Frequentes____NOVEMBRO_-_2018_.pdf

9. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* 2017;37:270-6. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.015
10. Nates J, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU admission, discharge, and triage guidelines: a framework to enhance clinical operations, development of institutional policies, and further research. *Crit Care Med.* 2016;44(8):1553-602. doi: 10.1097/CCM.0000000000001856