



RESOLUÇÃO CFM Nº 2.271/2020

Publicada no D.O.U. de 23 de abril de 2020, Seção I, p.90

Define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009, e alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004,

CONSIDERANDO o artigo 28 do [Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932](#), que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada, obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o artigo 15 da [Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961](#), que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO a [Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013](#) (Lei do Ato Médico);

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.007/2013](#), que dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.114/2014](#), que “Altera o texto do art. 1º, parágrafos primeiro e segundo, da Resolução CFM nº 2.007/2013, para esclarecer que, nas instituições que prestam serviços médicos em uma única especialidade, o diretor técnico deverá ser possuidor do título de especialista registrado no CRM na área de atividade em que os serviços são prestados”;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.147/2016](#), que “Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos”;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.056/2013](#), que “Disciplina os departamentos de Fiscalização nos Conselhos Regionais de Medicina, estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo com os mesmos”;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.156/2016](#), que disciplina sobre “os critérios de admissão e alta em unidades de terapia intensiva”; e

CONSIDERANDO o [Parecer CFM nº 24/2019](#), segundo o qual “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”,

RESOLVE:

Art. 1º Definir unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários como:

I – 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. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada.

II – Unidade de cuidados intermediários (UCI): ambiente que visa ao 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 da enfermaria e a UTI, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

Parágrafo único. As UTI/UCI podem ser classificadas conforme o tipo de paciente – se neonatal, pediátrico ou adulto – e o nível de atenção ou complexidade, conforme disposto no [Anexo 1](#).

Art. 2º O responsável técnico da UTI e da UCI assume a função de coordenação-geral e chefia da equipe da unidade, devendo ser um médico especialista em medicina intensiva, com Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição, respeitadas as especificidades das áreas adulto, pediátrico e neonatal, cabendo-lhe responder aos CRMs e à Vigilância Sanitária.

Art. 3º Determinar a habilitação, as atribuições e responsabilidades éticas da equipe médica da UTI/UCI, composta por: médico coordenador-geral (responsável técnico), médico diarista (de rotina ou horizontal) e médico plantonista (vertical), conforme disposto no [Anexo 2](#).

Art. 4º Dimensionar a equipe médica mínima obrigatória para o funcionamento das UTI/UCI, a fim de garantir a segurança e a qualidade dos processos assistenciais, considerando seu grau de complexidade, conforme disposto no Anexo 2.

Art. 5º Determinar que cabe ao médico a responsabilidade ética e técnica quanto às decisões concernentes ao diagnóstico e tratamento realizados nos pacientes internados nas UTI/UCI.

§ 1º A equipe multiprofissional deve ser adequadamente dimensionada e qualificada para a assistência aos pacientes críticos, e as atividades assistenciais prestadas devem ser integradas e discutidas conjuntamente entre os membros, a fim de atender às demandas



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

dos pacientes, salvaguardando a liderança e responsabilidade médica pela decisão tomada.

§ 2º As decisões clínicas, sejam diagnósticas, terapêuticas ou prognósticas, relacionadas ao cuidado dispensado aos pacientes críticos devem ser devidamente registradas, datadas e assinadas pelo médico no prontuário do paciente.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO
Presidente

Brasília, DF, 14 de fevereiro de 2020.
DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO
Secretária-Geral



RESOLUÇÃO CFM Nº 2271/2020 ANEXO 1

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).

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, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou 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 seguinte forma:

- **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 que ofereçam nível de cuidados inferior ao requerido por eles.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2. Unidades de cuidados intensivos

A. Unidade de terapia intensiva (UTI)

Trata-se de 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. Essa 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

Trata-se de ambiente hospitalar com capacidade de oferecer suporte vital de média-baixa complexidade e 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 da enfermaria e a UTI, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

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

As equipes médicas obrigatórias 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, estando disponíveis para a unidade, equipes de enfermagem e fisioterapia. Outros profissionais devem estar acessíveis como parte do corpo clínico do hospital, sendo acionados conforme a necessidade dos pacientes internos na UTI.

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, sendo que 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.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

2.2. As UTI/UCI Adulto devem assistir pacientes graves ou potencialmente graves com idade igual ou superior a 18 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.

2.3. O atendimento em terapia intensiva de pacientes de 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias 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 dessas 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 disponível, os pacientes com essa indicação deverão ser acolhidos em UTI.

2.6. As diretrizes para organização e os critérios de habilitação das UTI neonatal e UCI neonatal convencional e canguru estão estabelecidos 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.

3. Admissão e alta da unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade de cuidados intensivos (UCI)

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

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 (UTI) e em unidades de cuidados intermediários (UCI)

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).



RESOLUÇÃO CFM Nº 2271/2020 **ANEXO 2**

EQUIPE MÉDICA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) E EM UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (UCI): HABILITAÇÃO E ATRIBUIÇÕES

A UTI e a UCI representam áreas críticas destinadas à internação de pacientes graves (UTI) e de pacientes com risco de agravo 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 a demanda da unidade, com observância da legislação vigente.

Esse atendimento envolve ação integrada contínua, intensiva e diuturna de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Outros profissionais devem estar acessíveis enquanto parte do corpo clínico do hospital, sendo acionados conforme a necessidade dos pacientes internos na UTI.

A coordenação e supervisão da unidade e do grupo multiprofissional será realizada pela equipe médica da unidade, a qual será composta por médico coordenador – que é o 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 e 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 de 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 de rotina esteja disponível para consulta, de forma a não interromper a sequência da assistência. No entanto, mesmo nestas unidades o médico de 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.

Habilitação, dimensionamento e atribuições da equipe médica em UTI/UCI (Quadro 1)

1.1. Habilitação do responsável técnico da UTI (coordenador-geral da unidade)

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; com o



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

devido Registro de Qualificação de Especialista (RQE) no Conselho Regional de Medicina (CRM) de sua jurisdição.

Atribuições do responsável técnico da UTI (coordenador-geral da unidade)

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

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

- fazer o planejamento e assessoramento da alocação de recursos humanos, equipamentos e insumos para o perfeito funcionamento da unidade, além da implantação de políticas de qualidade e segurança perante a diretoria do hospital, os órgãos de classe e em todas as esferas da administração pública;
- 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 emanadas pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde;
- gerar os indicadores de gestão da unidade, analisar e desenvolver planos de ação com base 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;



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- 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.

1.2. Habilitação e atribuições do médico diarista/rotina

1.2.1. Habilitação do médico diarista/rotina na UTI/UCI

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. É obrigatório, no mínimo, 1 (um) médico para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino. Na UCI é obrigatório, no mínimo, 1 (um) médico diarista para cada 15 (quinze) leitos ou fração.

1.2.2. 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, em conjunto com a equipe multiprofissional, o plano e planejamento terapêuticos 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 (ex.: implementação de protocolos, dupla checagem dos processos);
- revisar as prescrições médicas, garantindo a 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 remunerado (disponibilidade) 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.

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

1.3.1. 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, sendo obrigatório, no mínimo, 1 (um) médico 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 atualizadas entre as descritas a seguir: a) suporte avançado de vida em cardiologia; b) fundamentos em medicina intensiva; c) via aérea difícil; d) ventilação mecânica; 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.

Os médicos plantonistas de UTI/UCI pediátrica e UTI/UCI neonatal devem ser obrigatoriamente especialistas em pediatria, dimensionados da seguinte forma, no mínimo: UTI pediátrica ou neonatal com no mínimo 1 (um) médico para cada 10 (dez) leitos ou



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

fração, em cada turno; e UCI pediátrica ou neonatal com no mínimo 1 (um) médico para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno.

1.3.2. Atribuições do médico plantonista de UTI/UCI

- Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na unidade;
- o médico intensivista deve ser exclusivo da UTI;
- 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 e conforme as orientações do médico diarista;
- 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;
- 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 as decisões tomadas;
- realizar durante a visita diária o contato com familiares de pacientes internados;
- 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;
- participar das reuniões clínicas realizadas pela coordenação de UTI ou outras lideranças médicas, quando convocadas;
- preencher o livro de ocorrência do plantão, sendo obrigatória sua disponibilização 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, auxiliar 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.



Quadro 1: Dimensionamento mínimo da equipe médica necessária para o adequado funcionamento das UTI/UCI, conforme o nível de complexidade da assistência e o 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	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	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	Ventilação mecânica não invasiva intermitente, infusões venosas como insulina, vasodilatadores ou antiarrítmicos.

Além da equipe médica disposta no Quadro 1, faz-se necessário para o perfeito funcionamento e segurança dos pacientes internados em UTI/UCI uma equipe multiprofissional adequadamente habilitada e capacitada, composta por profissionais de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) e de fisioterapia. Outros profissionais devem estar acessíveis como parte do corpo clínico do hospital, sendo acionados conforme a necessidade dos pacientes internos na UTI.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.271/2020

Tendo em vista o vazio existente no que concerne à regulamentação via resolução desta casa até a presente data, estando as unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) em todo o território brasileiro funcionando amparadas pelo Parecer CFM nº 24/2019, que tem caráter opinativo, necessitando assim de uma normatização via Resolução, com força de definição e que seja terminativa, e motivados pelos ideais deste Conselho de primar pelo zelo com a medicina e, neste caso, com a medicina intensiva brasileira, elaboramos esta Resolução para amparar todos os médicos que lidam no dia a dia com esse brioso serviço, de grande contribuição para nossa sociedade.

A UTI é um setor hospitalar de alta complexidade, onde se agregam recursos humanos e materiais para realizar suporte avançado de vida em situações críticas, cujo objetivo é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico, devendo essas unidades ser definidas na sua complexidade e determinando a responsabilidade médica.

Abordagens para aumentar a aplicação de melhores práticas em UTI, com oferta de cuidados seguros e de qualidade, são uma preocupação prioritária da sociedade e de todos os segmentos envolvidos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), vislumbrando tais demandas, considera oportuno e necessário emitir critérios para que se garanta a qualidade mínima aceitável nessa prestação de cuidados. Este documento delimita o que este Conselho considera como critérios mínimos para garantir a segurança e qualidade da prestação de cuidados nas UTI brasileiras.

Os pilares da assistência segura a pacientes graves exigem uma equipe multidisciplinar qualificada, além de gerenciamento de processos, estrutura física e suporte hospitalar adequados. A equipe multidisciplinar desempenha, sem dúvidas, o papel mais decisivo e importante para a eficiência e segurança dessa assistência, devendo ser adequadamente dimensionada e qualificada para tal, e liderada pelo médico especialista detentor da responsabilidade técnica da unidade (coordenador da unidade) em conjunto com o médico especialista responsável pela rotina (médico diarista). Estudos epidemiológicos mostram que a presença de médicos intensivistas titulados nas UTI está associada a melhores desfechos, inclusive no Brasil, onde foi demonstrada redução de letalidade e do tempo de internação.

O cuidado de pacientes graves admitidos nessas unidades exige não somente a horizontalidade da assistência, mas também a implementação de inúmeros protocolos de segurança que requerem dupla checagem, e ainda o estabelecimento de plano terapêutico dinâmico que, ao mesmo tempo que deve contemplar a definição de metas diárias para o paciente, requer reavaliação de forma contínua, dada a natureza instável que caracteriza esses casos.

A gestão dessas unidades é complexa e exige *expertise* para que a instituição dos processos de qualidade ocorra com sucesso, incluindo a instituição de protocolos assistenciais (ex.: sedação e analgesia, desmame de ventilação mecânica, prevenção de infecções hospitalares, prevenção de complicações); a monitorização da política de admissão e alta de pacientes, para que ocorra de acordo com a Resolução CFM nº 2.156/2016; e a gestão dos indicadores com monitorização dos resultados (ex.: relato e análise da taxa de mortalidade padronizada – TMP; registro da taxa de readmissão na UTI em menos de 48 horas após a alta; registro da taxa de densidade de incidência de infecções).



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A sistematização e integração dos cuidados de pacientes em seu momento de maior gravidade desde a estabilização vital inicial, passando pelo suporte intensivo a pacientes com múltiplas disfunções orgânicas e também pelos cuidados paliativos, envolvendo inclusive decisões de cuidados de fim de vida, exigem delineamento das UTI de acordo com sua complexidade, bem como definição da capacitação de sua equipe profissional.

O planejamento e o dimensionamento adequado dessas unidades e de sua equipe são essenciais para que todas essas ações possam ocorrer de forma integrada, eficiente e segura, com melhoria da assistência, otimização na utilização dos recursos, gestão adequada de eventos adversos e melhores resultados nos cuidados dos pacientes mais graves.

Para que as UTI e UCI 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, com protocolos e gestão de processos que garantam uma 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.

Brasília, DF, 14 de fevereiro de 2020.

ESTEVAM RIVELLO ALVES

Relator

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. [Portaria Consolidação nº 3](#), de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas das redes do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 3 out. 2017;(supl.):192.
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. (alterada por [RDC 26/2012](#) e [137/2017](#))
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



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- 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/REVISADO_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
 11. 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;1:48.
 12. Ministério da Saúde (BR). [Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002](#). Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União.* 12 nov. 2002;1:32.
 13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). [Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013](#). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 26 jul. 2013;1:32.