



RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

[\(Publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139\)](#)

Estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO que os Conselhos de Medicina são ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

CONSIDERANDO que o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho;

CONSIDERANDO que, nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal;

CONSIDERANDO que é dever do médico a elaboração do prontuário, de forma legível, para cada paciente, e que faz parte do prontuário médico a descrição da evolução e do prognóstico do quadro clínico do paciente, assim como as definições das metas terapêuticas instituídas;

CONSIDERANDO que os serviços de tratamento intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados;



CONSIDERANDO que as unidades de tratamento intensivo estão normatizadas em regulamentação própria e específica, pela [RDC Anvisa nº 07/2010](#), tendo, como responsável técnico, médico com titulação em medicina intensiva, registrada no Conselho Regional de Medicina;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação e implementação das unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas) e paliativos para melhor utilização dos leitos de unidade de terapia intensiva;

CONSIDERANDO que a Comissão Mista de Especialidades, vinculada ao Conselho Federal de Medicina, foi instituída pelo Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015, e tem entre suas competências definir as especialidades médicas no país;

CONSIDERANDO que a medicina intensiva é especialidade médica reconhecida pela Portaria da Comissão Mista de Especialidades nº 02/16, homologada pela [Resolução CFM nº 2.149/16](#);

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na Sessão Plenária realizada em 28 de outubro de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º As admissões em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser baseadas em:

- I) diagnóstico e necessidade do paciente;
- II) serviços médicos disponíveis na instituição;
- III) priorização de acordo com a condição do paciente;
- IV) disponibilidade de leitos;
- V) potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Art. 2º A admissão e a alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) são de atribuição e competência do médico intensivista, levando em consideração a indicação médica.

Art. 3º As solicitações de vagas para unidade de tratamento intensivo (UTI) deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante.

Art. 4º A admissão e a alta do paciente da unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser comunicadas à família e/ou responsável legal.



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Art. 5º São considerados critérios de admissão em unidade de tratamento intensivo (UTI) instabilidade clínica, isto é, necessidade de suporte para as disfunções orgânicas, e monitoração intensiva.

Art. 6º A priorização de admissão na unidade de tratamento intensivo (UTI) deve respeitar os seguintes critérios:

§ 1º – Prioridade 1: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 2º – Prioridade 2: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

§ 3º – Prioridade 3: Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.

§ 4º – Prioridade 4: Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

§ 5º – Prioridade 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.

Art. 7º Os pacientes classificados como Prioridade 2 ou 4, conforme descrito nos parágrafos 2º e 4º do art. 6º, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados intermediários (semi-intensivas).

Art. 8º Os pacientes classificados como Prioridade 5, conforme descrito no parágrafo 5º do art. 6º, devem prioritariamente ser admitidos em unidades de cuidados paliativos.

Art. 9º As decisões sobre admissão e alta em unidade de tratamento intensivo (UTI) devem ser feitas de forma explícita, sem discriminação por questões de religião, etnia, sexo, nacionalidade, cor, orientação sexual, idade, condição social, opinião política, deficiência, ou quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 10. Os critérios para alta das unidades de tratamento intensivo (UTI) são:



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

- a) Paciente que tenha seu quadro clínico controlado e estabilizado;
- b) Paciente para o qual tenha se esgotado todo o arsenal terapêutico curativo/restaurativo e que possa permanecer no ambiente hospitalar fora da UTI de maneira digna e, se possível, junto com sua família.

Art. 11. O serviço de unidade de tratamento intensivo (UTI) de cada instituição hospitalar deve desenvolver protocolos, baseados nos critérios de internação e alta desta resolução, que estejam de acordo com as necessidades específicas dos pacientes, levando em conta as limitações do hospital, tais como tamanho da UTI e capacidade de intervenções terapêuticas.

Parágrafo único. Os protocolos de admissão e alta na UTI devem ser divulgados pelo diretor clínico ao corpo clínico do hospital e aos gestores do sistema de saúde.

Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 28 de outubro de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um setor hospitalar de alta complexidade, onde se agregam recursos humanos e materiais para realizar suporte avançado de vida em situações críticas e no qual o objetivo é reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente crítico.

Entende-se como paciente crítico aquele que apresenta instabilidade de um ou mais sistemas orgânicos, com risco de morte, necessitando de suporte para as disfunções orgânicas, tais como ventilação mecânica, hemodiálise e suporte circulatório mecânico, e ainda os pacientes sem nenhuma falência orgânica, mas com alto risco de descompensação e que, por esse motivo, necessitem de vigilância e monitoração contínuas.

As intervenções de suporte à vida consistem nas correções de disfunções orgânicas, comumente realizadas na UTI, como ventilação mecânica, terapia de substituição renal (hemodiálise), suporte circulatório mecânico (balão intra-aórtico, ECMO), suporte hemodinâmico com vasopressores e/ou inotrópicos e manobras de reanimação cardiorrespiratória e cerebral.

Os pacientes em risco de descompensação podem necessitar de monitoração intensiva e contínua neurológica (*neurocheck*, escala de coma de Glasgow), hemodinâmica (cateter de Swan-Ganz, ritmo cardíaco, pressão arterial invasiva), respiratória (oximetria de pulso) e renal (diurese).

O paciente crítico pode necessitar de intervenção imediata, pois, na maioria das síndromes associadas a falências orgânicas, o prognóstico é tempo-dependente. Alguns estudos evidenciaram que uma demora de quatro horas, ou mais, para a admissão de paciente grave na UTI pode contribuir para o aumento da mortalidade e maior tempo de permanência na UTI para recuperação.

Devido à complexidade envolvida no tratamento intensivo, a criação de novos leitos demanda planejamento, investimento e capacitação de equipe a fim de preservar a qualidade e a segurança nos cuidados necessários a esse tipo de tratamento.

Segundo a [Portaria do Ministério da Saúde nº 1.101/2002](#), deve existir de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1 mil habitantes. Já a oferta necessária de leitos de UTI deve ficar entre 4% e 10% do total de leitos hospitalares. O número ideal de leitos de UTI para cada grupo de 10 mil habitantes, deve ser de 1 a 3 unidades, o que é referendado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB).

Recomenda-se que o número de leitos de UTI em um hospital seja proporcional ao número total de leitos da instituição e ao seu perfil de atendimento, variando em torno de 10% a 25% no Brasil. Em algumas situações, o número de leitos pode ser insuficiente.

Em maio de 2016, o Conselho Federal de Medicina fez levantamento com base nas informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e identificou 40.960 leitos de UTI em todo o Brasil (razão de 1,86/10.000 habitantes). Desse total, 20.173 leitos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para atender, no mínimo, 150 milhões de pessoas que dependem exclusivamente dessa rede (razão de 0,95/10.000 habitantes). Já a saúde suplementar/privada conta com 20.787 leitos, para atender em torno de 50 milhões de pessoas (razão de 4,5/10.000 habitantes).



Um fato que se destaca, a partir da análise dos números do CNES, é a má distribuição dos leitos públicos e privados, pois apenas 505 dos 5.570 municípios brasileiros possuem UTI. Além disso, dos 27 estados, em 19 a razão de leitos de UTI por habitante na rede pública é inferior ao preconizado pelo próprio Ministério da Saúde. Isso ocorre nas regiões Norte (exceto Rondônia), Nordeste (exceto Pernambuco e Sergipe) e Centro-Oeste, além dos estados do Rio de Janeiro e de Santa Catarina. No Acre, Roraima, Amapá e Maranhão o índice permanece abaixo do ideal mesmo se considerados os leitos privados disponíveis nestes estados.

Outro ponto que merece destaque é a falta de critérios adequados de triagem para admissão na UTI. É muito comum a admissão na UTI de pacientes em condições muito graves e com baixa perspectiva de benefício, submetidos muitas vezes a intervenções de suporte a diferentes disfunções orgânicas, inúteis ou obstinadas, que podem contribuir para prolongar o processo de morte natural e, algumas vezes, com maior sofrimento dos pacientes. Por outro lado, pacientes estáveis, necessitando apenas de monitoração, poderiam se beneficiar com o internamento em uma unidade de cuidados intermediários (semi-intensiva), aliviando a sobrecarga das UTIs.

As unidades de cuidados intermediários podem contribuir tanto para evitar a admissão na UTI de paciente estável, que necessita apenas de monitoração, como para facilitar a alta da UTI de um paciente recuperado, mas que ainda requer cuidados que não podem ser oferecidos na enfermaria.

A necessidade de internação em UTI de pacientes pode variar e, muitas vezes, suplantam a disponibilidade de leitos, sendo necessário, nesses casos, estabelecer prioridades. As prioridades devem ser baseadas em critérios clínicos, científicos e éticos, visando a beneficência, a não maleficência e a justiça e preservando, sempre que possível, a autonomia do paciente.

Pacientes graves, mesmo sendo tratados em UTI, ainda apresentam altas taxas de mortalidade e complicações, a depender das características de cada paciente, do tipo e da gravidade da doença.

Os diversos pacientes que necessitam de internação em UTI têm gravidade e possibilidade de recuperação variáveis. Ademais, pacientes com doença incurável e em fase terminal usualmente não se beneficiam do tratamento em UTI e podem ser tratados com dignidade em outras unidades de internação (enfermaria, apartamentos, unidades intermediárias e de unidades de cuidados paliativos). Cabe ressaltar que a [Resolução CFM nº 1.805/2006](#), que normatiza a ortotanásia, estabelece que, na fase terminal de enfermidades graves, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

Esta norma foi disciplinada no artigo 41 do Código de Ética Médica, [Resolução CFM nº 1.931/09](#), que diz em seu parágrafo único *in verbis*: “Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal”.

Os recursos de UTI são limitados e de alto custo. Por isso, a ocupação dos leitos de UTI é essencial e necessita ser utilizada com racionalidade, o que é complexo e um



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

grande desafio, motivo pelo qual se justifica o estabelecimento de critérios claros de admissão e alta de pacientes em UTI.

HERMANN ALEXANDRE VIVACQUA VON TIESENHAUSEN

Conselheiro Relator

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO

Conselheiro Relator