

2	5316	FC-05	Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação - NUPEMEC	2.232,38
Total				4.464,76

Art. 4º Utilizar o valor total especificado no artigo 3º para criação das Funções Comissionadas abaixo relacionadas, destinando-as conforme quadro a seguir:

item	nível e descrição FC	localização FC	valor R\$
1	FC-02	Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação - NUPEMEC	1.185,05
2	FC-02	Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação - NUPEMEC	1.185,05
3	FC-01	Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação - NUPEMEC	1.019,17
4	FC-01	Núcleo Permanente de Mediação e Conciliação - NUPEMEC	1.019,17
total			4.408,44
Saldo			56,32

5º Transformar a Função Comissionada abaixo relacionada, conforme quadro a seguir:

item	código FC	nível, descrição e origem FC	nível, descrição e destino FC
1	5344	FC-02 do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e de Cidadania Superendividados - CEJUSCSuper	FC-02 do Gabinete da Segunda Vice-Presidência - GSVVP

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

Des. ROMEU GONZAGA NEIVA

## Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais

### CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

#### RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020

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 chefes 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";

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 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, tendo o seu anexo 2 publicado, na íntegra, no sítio eletrônico [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br).

MAURO LUIZ DE BRITTO RIBEIRO  
Presidente do Conselho

DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO  
Secretária-Geral

#### ANEXO I

#### 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 monitorização 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 intermediários 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.

#### 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.

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).

#### ANEXO II

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

1.1.1. 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;

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;

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 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.

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.

## CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

### RESOLUÇÃO Nº 222, DE 22 DE ABRIL DE 2020

Dispõe sobre a utilização de meios tecnológicos para realização e documentação de reuniões dos órgãos colegiados do Sistema Conselhos de Odontologia durante o período de suspensão das atividades em virtude da pandemia do Coronavírus (Covid-19).

A Diretoria do Conselho Federal de Odontologia, "ad referendum" do Plenário, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, regulamentada pelo Decreto nº 68.704, de 03 de junho de 1971,

Considerando a declaração da Organização Mundial de Saúde, que classificou como pandemia a doença causada pelo Novo Coronavírus (COVID-19), e as orientações emanadas pelo Ministério da Saúde;

Considerando a necessidade de estabelecer medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19);

Considerando a necessidade de racionalizar o tempo empregado nas sessões e imprimir maior celeridade nas deliberações dos órgãos colegiados;

Considerando a necessidade de preservar a ampla publicidade e a transparência das deliberações proferidas pelo Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia; e,

Considerando que a deliberação eletrônica é facultativa e não afasta a possibilidade de apreciação presencial; resolve:

Art. 1º. As deliberações colegiadas, tanto do Conselho Federal, quanto dos Conselhos Regionais de Odontologia poderão ocorrer em ambiente virtual, por meio de reuniões com uso de tecnologia que permita discussão e votação remota, sem a presença física dos seus membros, enquanto vigente a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN).

§ 1º. Aplicam-se às reuniões de deliberação virtual, no que couber, o disposto no respectivo normativo interno do Conselho Federal ou dos Conselhos Regionais de Odontologia.

Art. 2º. A tecnologia empregada em reunião de deliberação virtual deverá oportunizar que os atos sejam gravados.

Art. 3º. As reuniões presenciais serão retomadas de acordo com a orientação dada pelas autoridades de saúde locais.

Art. 4º. Os casos omissos serão decididos pela Diretoria do Conselho Federal de Odontologia.

Art. 5º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial.

CLAUDIO YUKIO MIYAKE, CD  
Secretário-Geral

JULIANO DO VALE, CD  
Presidente do Conselho

## CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 4ª REGIÃO

### RESOLUÇÃO Nº 123, DE 15 DE ABRIL DE 2020

Dispõe sobre o Teleatendimento realizado pelo Profissional de Educação Física no território de competência do Conselho Regional de Educação Física da 4ª Região Estado de São Paulo - CREF4/SP

O PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 4ª REGIÃO - CREF4/SP, no uso de suas atribuições estatutárias, conforme dispõe o inciso IX do art. 40 do Estatuto do CREF4/SP;

CONSIDERANDO o artigo 1º do Decreto Legislativo nº 6 de 2020 que reconhece para fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020;

CONSIDERANDO a pandemia do COVID-19 e o isolamento imposto pelas autoridades sanitárias e epidemiológicas;

CONSIDERANDO que a atividade física orientada por Profissional de Educação Física é indispensável para a manutenção da saúde e recuperação dos indivíduos;

CONSIDERANDO a competência legal estatuída no art. 2º e no inciso I do art. 4º;

CONSIDERANDO que a realização de atividades físicas não orientadas por Profissionais de Educação Física pode acarretar riscos à saúde e segurança dos consumidores (cf. art. 8º do CDC);

CONSIDERANDO a necessidade de assegurar que os consumidores recebam informações adequadas quanto ao Profissional de Educação Física e serviços prestados (cf. art. 8º do CDC);

CONSIDERANDO que o registro profissional permite à sociedade a constatação de que o profissional registrado é de fato capacitado (cf. Acórdão nº 1.925/2019 -TCU - Plenário);

CONSIDERANDO que a fiscalização das atividades próprias dos Profissionais de Educação Física materializa o dever legal de dar à sociedade segurança quanto ao exercício da profissão, em especial quanto a habilitação e respeito dos padrões técnicos e éticos (cf. Acórdão nº 1.925/2019 -TCU - Plenário);

CONSIDERANDO que a matéria ainda não foi normatizada pelo CONFEF;

CONSIDERANDO as necessidades da sociedade quanto a orientação de atividades físicas em período de isolamento social;

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentar a atuação do Profissional de Educação Física diante dos quadros restritivos impostos;

CONSIDERANDO que a orientação e prescrição da atividade física é competência exclusiva do Profissional de Educação Física; resolve:

Artigo 1º - O Profissional de Educação Física possui competência legal para orientar atividade física e desportiva através de atendimento à distância com uso de ferramentas eletrônicas nas modalidades, Teleconsulta, Teleaula, Teleconsultoria e Análise de Metadados.

§ 1º - A Teleconsulta consiste no atendimento eletrônico do aluno/cliente por Profissional de Educação Física registrado no CREF4/SP, através de ferramenta digital de áudio e vídeo, de forma síncrona, com a realização de anamnese, investigação dos objetivos, ferramentas de treino disponíveis no local de residência do aluno/cliente e a prescrição do exercício físico adequado, por prazo não superior a 30 dias.

§ 2º A Teleaula poderá ser adotada após a Teleconsulta e consiste na prescrição e acompanhamento do exercício físico, de forma síncrona, à distância, através de ferramenta digital de áudio e vídeo, onde o Profissional de Educação Física orienta e acompanha atividade física e analisa os metadados dos equipamentos eletrônicos do aluno/cliente.

§ 3º A Teleconsultoria consiste na comunicação registrada de forma síncrona e assíncrona e realizada por Profissionais de Educação Física com gestores e, ou, outros profissionais da área de saúde e desportiva, fundamentada em evidências científicas e em protocolos previamente existentes, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos, ações de saúde e questões relativas a atividade física e desportiva.

§ 4º A Análise de Metadados consiste na avaliação de forma assíncrona pelo Profissional de Educação Física, a distância, através de ferramentas eletrônicas de transmissão de dados, dos dados eletrônicos colhidos por equipamentos de monitoramento do aluno/cliente, quando possível, visando a adequação da prescrição do exercício e análise dos objetivos.

Artigo 2º - A prestação dos serviços na forma do art. 1º desta Resolução deverá respeitar a forma estabelecida, síncrona ou assíncrona, sendo:

a. síncrona: qualquer forma de comunicação a distância realizada em tempo real;

b. assíncrona: qualquer forma de comunicação a distância não realizada em tempo real.

Artigo 3º - O Profissional de Educação Física tem autonomia e independência para determinar quais alunos/clientes ou casos podem ser atendidos ou acompanhados a distância e poderá realizar atendimento presencial residencial, devendo tal decisão basear em evidências científicas no benefício e na segurança de seus alunos/clientes.

Parágrafo único: No atendimento presencial, não coletivo, o Profissional de Educação Física deverá assegurar que todas as medidas preventivas e de assepsia foram adotadas.

Artigo 4º - Na prestação dos serviços não presenciais o Profissional de Educação Física é obrigado a informar ao aluno/cliente seu número de registro junto ao CREF4/SP e a manter prontuário dos atendimentos de cada aluno/cliente, contendo no mínimo:

- Data, forma e modalidade de atendimento;
- Anamnese;
- PAR-Q;
- Objetivos;
- Atividade prescrita;
- Metadados recebidos;
- Eventuais queixas ou reclamações do aluno/cliente;

Parágrafo único: Na prestação de serviços à distância os Profissionais de Educação Física são sujeitos e obrigados a observar todos os dispositivos contidos no Código de Ética da Profissão e na Resolução CREF4/SP nº 064/2012.

Artigo 5º - Os serviços prestados à distância pelos Profissionais de Educação Física deverão respeitar as limitações tecnológicas, os materiais e meios adequados à prática da atividade física, assim como obedecer às normas de segurança de guarda, manuseio e transmissão de dados, garantindo confidencialidade, privacidade e sigilo profissional semelhantes ao atendimento presencial.

Artigo 6º - Respeitada a privacidade do aluno/cliente, o CREF4/SP poderá realizar fiscalizações eletrônicas visando verificar o cumprimento do disposto nessa Resolução e das normas do CREF4/SP, solicitando dados e documentos pertinentes.

Parágrafo único: O não atendimento das requisições da fiscalização, importa em infração ética por ofensa ao previsto IV do art. 9º da Resolução CONFEF nº 307/2015.

Artigo 7º - Caracteriza exercício ilegal da profissão, mesmo em ambiente virtual, a orientação da atividade física e desportiva por pessoas não inscritas no CREF4/SP, contravenção penal tipificada no art. 47 do Decreto Lei nº 3688, de 03 de outubro de 1941, podendo qualquer pessoa denunciar a prática ilícita às autoridades policiais e junto ao CREF4/SP.

Artigo 8º - A presente Resolução entra em vigor na data de sua publicação com vigência até 31/12/2020, conforme artigo 1º do Decreto Legislativo nº 6 de 2020.

Artigo 9º - A presente Resolução foi aprovada pela Diretoria do CREF4/SP em 15 de abril de 2020, ad referendum da 75ª Reunião Plenária Extraordinária de 18 de abril de 2020.

NELSON LEME DA SILVA JUNIOR

## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ

### RESOLUÇÃO Nº 57, DE 20 DE ABRIL DE 2020

Altera a redação do artigo 6º da Resolução CREMEC nº 56/2020, de 1º de abril de 2020.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ - CREMEC, no uso das suas atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, respectiva e posteriormente alterados pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e pelo Decreto nº 6.821, de 14 de abril de 2009; e

CONSIDERANDO a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 e a necessidade de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública;

CONSIDERANDO a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da Telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus SARS-CoV-2;

Considerando o Ofício CFM nº 1756/2020-Cojur de 19 de março de 2020, que reconhece a possibilidade e a eticidade da utilização da Telemedicina, em caráter de excepcionalidade e enquanto durar as medidas de enfrentamento ao coronavírus SARS-CoV-2;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 467, de 20 de março de 2020, que dispõe, em caráter excepcional e temporário as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, face à pandemia de COVID 19;

Considerando a possibilidade de prescrição, por parte do médico, de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente em casos de urgência ou emergência prevista no Código de Ética Médica;

CONSIDERANDO, finalmente, o decidido na reunião plenária realizada em 20 de abril de 2020, resolve:

Art. 1º Alterar o artigo 6º da Resolução CREMEC nº 56/2020, de 1º de abril de 2020, publicada no D.O.U. de 03 de abril de 2020, Seção I, página, 145, que passa a ter a seguinte redação:

"Art. 6º A Telemedicina, na modalidade de Teleconsulta, incluindo a primeira consulta, fica autorizada em caráter emergencial, durante a crise ocasionada pelo coronavírus (SARS-CoV-2)"

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

HELVÉCIO NEVES FEITOSA  
Presidente do Conselho

ROBERTO DA JUSTA PÊRES NETO  
Secretário-Geral

