

**VOTO Nº 59/2019/SEI/DIRE3/ANVISA**

Processo nº 25351.524806/2016-14

Proposta de abertura de processo administrativo de regulação para alteração da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 7/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva.

Área responsável: GGTES

Agenda Regulatória 2017/20: Não é tema

Relator: RENATO ALENCAR PORTO

## 1. **Relatório**

Trata-se de proposta de abertura de processo administrativo de regulação para alteração da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 7/2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva - UTI, apresentada pela Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES.

Para fundamentar a proposta, a GGTES informou<sup>[1]</sup> que a Anvisa tem recebido, tanto pelas Vigilâncias Sanitárias quanto pelos Conselhos de classe profissionais, questionamentos referentes ao exercício profissional e dimensionamento de equipes de UTI presente na RDC nº 7/2010. A área citou que a referida RDC extrapolou a competência regulatória da Anvisa ao especificar detalhadamente qual a habilitação e o título de especialização que deve ter o médico ou os coordenadores de fisioterapia e enfermagem para atuar como responsáveis técnicos nas UTIs, assim como ao definir o dimensionamento profissional das equipes. Informou que o estabelecimento de regras relacionadas ao exercício profissional é regulação afeta exclusivamente aos conselhos profissionais e as regras sobre questões assistenciais são de atribuição do Ministério da Saúde.

A fiscalização sanitária das condições de exercício das profissões e ocupações relacionadas diretamente com a saúde, exercida pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, fundamenta-se no Decreto nº 77.052/1976, que em seu artigo 2º, inciso I, dispõe que as autoridades sanitárias, no desempenho da ação fiscalizadora, observarão a capacidade legal do agente, através do exame dos documentos de habilitação inerentes ao seu âmbito profissional ou ocupacional. Tais dispositivos remetem a autoridade sanitária, quando da análise da capacidade e da habilitação legal dos profissionais, às leis específicas de regulamentação profissional e às normas expedidas pelos respectivos Conselhos de classe.

Além disso, o artigo 4º do Decreto nº 77.052/1976 estabelece que “*Para o cabal*

*desempenho da ação fiscalizadora estabelecida por este Decreto as autoridades sanitárias competentes deverão abster-se de outras exigências que impliquem na repetição, ainda que para efeito de controle, de procedimentos não especificados neste Regulamento ou que se constituam em atribuições privativas de outros órgãos públicos...”*

Em diversas oportunidades, a Procuradoria Federal junto à Anvisa posicionou-se no sentido da *“incompetência da ANVISA para se manifestar tecnicamente acerca de questão relacionada com condições de exercício de profissões e ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde”* e que *“a fiscalização sanitária não se confunde com a fiscalização do exercício profissional (...) A ANVISA não detém competência para resolver questão relacionada ao exercício da profissão, matéria esta adstrita à competência de outra entidade (conselho ou ordem). O que cabe a vigilância sanitária é a constatação da existência de profissional legalmente habilitado no estabelecimento, e não a definição de qual profissional seria o habilitado para assumir tal responsabilidade.”* [2]

Neste cenário, a GGTES informou que, oportunamente, a Anvisa emitiu atos normativos relacionados à serviços de saúde estabelecendo a categoria profissional para determinada atividade, no entanto, que desde a emissão do parecer jurídico supracitado, em 2012, a GGTES não especifica determinações sobre o exercício profissional em seus atos normativos, por não se tratar de escopo de atuação da Anvisa.

Recentemente, um novo Parecer da Procuradoria Federal junto à Anvisa [3] reafirmou a incumbência conferida pelo Decreto nº 77.052/1976 aos órgãos de vigilância sanitária para verificação das condições sanitárias de exercício de profissões e ocupações técnica e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde e afirmou que os órgãos de vigilância sanitária e os conselhos de classe deverão atuar de forma articulada relativamente aos profissionais de saúde, tornando mais eficiente o resultado das fiscalizações quanto ao cumprimento das regras de natureza sanitária e para o regular exercício das profissões relacionadas.

Sobre o dimensionamento de profissionais nas UTI, a GGTES relatou a relevância de considerar o seu aspecto dinâmico, que está relacionado ao perfil de assistência oferecido pelo serviço e a dados ainda não mensurados, como a potencial entrada de novas tecnologias que venham a interferir na relação entre profissional e paciente.

A área técnica também relatou as recorrentes demandas que a Anvisa, assim como algumas Vigilâncias Sanitárias de Estados têm recebido em relação ao exercício profissional. Informou que foram elaboradas 37 (trinta e sete) Notas Técnicas em 2017 e 31 (trinta e uma) em 2018 sobre este tema. Ainda, a área citou que o Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo-CVS/SP, tem recebido muitas denúncias, especialmente do Conselho Regional de Fisioterapia-CREFITO, que em sua maioria não demonstram a falta de assistência ao paciente e sim a ausência do profissional no tempo estabelecido pela RDC.

Já consta no processo minuta de Resolução da Diretoria Colegiada com a proposta de alteração de 5 (cinco) artigos da RDC nº 7/2010 (arts. 13, 14, 15, 22 e 66). A área ressaltou que a alteração proposta não gera vazio regulatório, visto os dispositivos estarem presentes em outras regulamentações dos Conselhos de Classe e do Ministério da Saúde.

A área técnica solicitou a dispensa excepcional de realização de Análise de Impacto Regulatório - AIR e de Consulta Pública - CP, fundamentada na necessidade de enfrentamento de problema de alto grau de urgência e gravidade pelo risco de insegurança jurídico-normativa gerado, diante do conflito de normas que tem nítido condão de confundir o setor regulado e que tem comprometido os trabalhos das vigilâncias sanitárias locais ao se dedicarem à questões alheias a sua competência.

A matéria não consta na Agenda Regulatória 2017-2020. Neste ponto, a Gerência-Geral de Regulamentação e Boas Práticas Regulatórias - GGREG informou que o processo se refere ao tema *“Requisitos Sanitários para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI)”*, que faz parte apenas da Biblioteca Temática de Normas de Serviços de Saúde. Todavia, a área apontou que o processo se enquadra em um dos critérios para a atualização extraordinária da Agenda, pois houve a publicação de atos normativos posteriores à RDC nº 7/2010, de outros órgãos ou entidades da esfera federal, que demandam adequação regulatória da Anvisa.

A GGREG confirmou que as publicações elencadas estabelecem disposições sobre dimensionamento profissional e que trazem dispositivos distintos dos expressos na RDC nº 7/2010 quanto à conformação de equipes que atuam em UTI e com recomendações e cálculos próprios para a quantificação de equipes e dimensionamento do quadro de profissionais, de modo que o tema poderia ser conduzido à atualização extraordinária da Agenda Regulatória.

## 2. **Análise**

Para iniciar a análise do processo, primeiramente cabe uma avaliação aprofundada dos requisitos apresentados atualmente pela RDC nº 7/2010 que extrapolariam a competência da Anvisa, e das normas citadas pela área técnica como conflituosas, que justificariam a atualização extraordinária da Agenda Regulatória e com dispensa de Análise de Impacto Regulatório e Consulta Pública conforme solicitado pela área técnica.

O art. 13 da RDC nº 7/2010 exige que seja formalmente designado, como requisito para funcionamento de UTI, um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos, além de limitar que a responsabilidade técnica ou coordenação se dê em, no máximo, duas UTI, e de exigir que estes profissionais tenham título de especialista, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas para este fim:

*Art. 13 Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos.*

~~§ 1º O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal;~~

*§ 1º O Responsável Técnico médico, os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ter título de especialista, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas por estes para este fim. (Redação dada pela Resolução – RDC nº 137, de 8 de fevereiro de 2017)*

~~§ 2º Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal); (Revogado pela Resolução – RDC nº 137, de 8 de fevereiro de 2017)~~

*§ 3º É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI.*

Neste ponto, cabe informar que o tema *Boas Práticas de Funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva* constava na Agenda Regulatória 2015/2016 (subtema 62.1) e foi concluído por meio da publicação da RDC nº 137/2017. A referida norma, aprovada em regime especial e junto à abertura da sua Iniciativa Regulatória, sem apreciação da Procuradoria Federal junto à Anvisa, alterou a RDC nº 7/2010 para excluir a titulação

necessária às especialidades dos profissionais responsáveis técnicos que atuam nas UTI, que se encontrava em dissonância com regulamentações específicas dos Conselhos de Classe Profissional.

Nota-se, portanto, que apesar de solucionar situação de extrapolação de competências da Anvisa ao extinguir as especialidades exigidas aos profissionais responsáveis técnicos e coordenadores de equipe de UTI, a revisão realizada à época pela GGES não solucionou todos os problemas regulatórios da RDC nº 7/2010 já existentes à época. Até mesmo a necessidade de titulação de especialista exigida à equipe médica das UTI pediátrica e neonatal foi mantida no parágrafo único do art. 66 da norma:

*Art. 66 As UTI Pediátricas Mistas, além dos requisitos comuns a todas as UTI, também devem atender aos requisitos relacionados aos recursos humanos, assistenciais e materiais estabelecidos para UTI pediátrica e neonatal concomitantemente.*

**Parágrafo único. A equipe médica deve conter especialistas em Terapia Intensiva Pediátrica e especialistas em Neonatologia.**

Ainda que neste momento de abertura do processo regulatório não seja deliberada a minuta de Resolução apresentada pela área técnica, que ainda deverá ser apreciada pelo Diretor-relator do processo a ser sorteado em ocasião oportuna e ser submetida à avaliação da Procuradoria Federal junto à Anvisa, desde já considero oportuno destacar que, dentre as alterações propostas na minuta, se propõe revogar as recentes alterações trazidas pela RDC nº 137/2017.

A nova proposta de texto exige apenas que seja formalmente designado um profissional de nível superior legalmente habilitado para exercer a Responsabilidade Técnica pelo serviço, sem especificar a sua profissão, a necessidade de ter título de especialista e o número de UTI que este pode se responsabilizar. A proposta também visa revogar o parágrafo único do art. 66, excluindo qual a especialidade necessária à equipe médica das UTI pediátrica e neonatal.

Já o art. 14 da RDC nº 7/2010 designa quais são as classes profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros) e o número de profissionais necessários para cada leito ou fração da UTI, por turno de trabalho, além da titulação de especialização necessária ao médico diarista/rotineiro para atuação em UTI adulto, pediátrica e neonatal:

*Art. 14 Além do disposto no Artigo 13 desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais:*

*I - Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal;*

*II - Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno.*

~~*III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno.*~~

*III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)*

*IV - Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;*

~~*V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;*~~

*V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno; (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)*

*VI - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;*

A proposta trazida pela área no processo altera o texto do art. 14, sugerindo manter quais são as classes profissionais que devem compor a equipe multiprofissional, no mínimo, porém sem especificar o dimensionamento da equipe por turno e por leitos ou fração da UTI.

O que não resta claro, no entanto, é se essa nova proposta de texto não perpetua a extrapolação de competência da Anvisa, já que mantém a definição de quais são as classes profissionais que deveriam compor a equipe multiprofissional das UTI, o que parece contrariar a manifestação anterior da Procuradoria pela incompetência da ANVISA para se manifestar acerca de ocupações técnicas e auxiliares relacionadas diretamente com a saúde e que “*O que cabe a vigilância sanitária é a constatação da existência de profissional legalmente habilitado no estabelecimento, e não a definição de qual profissional seria o habilitado para assumir tal responsabilidade*”. A proposta também aparentemente diverge da afirmação da GGTES que, ao contrário de anteriores atos normativos que estabeleciam categorias profissionais para determinadas atividades, desde 2012 não especifica determinações sobre o exercício profissional em seus atos normativos, por não se tratar de escopo de atuação da Anvisa.

O atual art. 15 da RDC nº 7/2010 apresenta que os médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI:

*Art. 15 Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis **em tempo integral** para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI.*

Na nova proposta, a área propõe revogar a menção ao “tempo integral” de disponibilidade destes profissionais para assistência aos pacientes internados na UTI. Porém, mais uma vez, mantém a descrição de quais classes profissionais específicas devem estar disponíveis nas UTI.

Por fim, o atual art. 22 da RDC nº 7/2010 também limita as classes profissionais (equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia) que devem registrar no prontuário a evolução do estado clínico do paciente, as intercorrências e os cuidados prestados:

*Art. 22 A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais.*

Na nova proposta, a área sugere a alteração do texto para aumentar a abrangência das ‘equipes assistenciais’ que devem fazer os registros no prontuário do paciente.

Finalizada a análise do texto atual e das propostas apresentadas pela área técnica, cabe avaliar as normativas vigentes citadas pela GGTES que regulamentam esses pontos de maneira conflituosa à RDC nº 7/2010.

A principal normativa é a Portaria nº 895/2017 do Ministério da Saúde, que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

De fato, os requisitos apresentados pela Portaria para a responsabilidade técnica do serviço, as especializações e o quantitativo de profissionais por leitos e turnos das

UTI são em parte divergentes àqueles apresentados pela RDC nº 7/2010. No entanto, nota-se que a Portaria não regula a totalidade da prestação de serviços em UTI, visto que é específica à classificação e habilitação de leitos de UTI no âmbito do SUS. Assim, os requisitos que são hoje regulamentados pela Portaria não abrangem os serviços privados de UTI que, em análise superficial com base nas informações concedidas pela GGTES, são regulados unicamente pela RDC nº 7/2010, demonstrando potencial lacuna regulatória após as alterações aqui propostas, ao contrário do relatado pela área técnica.

As demais regulamentações conflituosas citadas pela área são duas Resoluções do Conselho Federal de Medicina que dispõem sobre a normatização do funcionamento de Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência<sup>[4]</sup> e de Unidades de Pronto Atendimento 24h e congêneres<sup>[5]</sup>. No entanto, esses serviços diferem das Unidades de Terapia Intensiva e o dimensionamento de profissionais para esses serviços é regulamentado por outra Portaria do Ministério da Saúde (Portaria nº 2.048/2002). Não há regulamentação específica da Anvisa para Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e de Unidades de Pronto Atendimento 24h e congêneres.

Também foi relatada como conflitua a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem<sup>[6]</sup>, que estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem em todos os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Especificamente em relação à essa Resolução, ao ser consultada a Procuradoria Federal junto à Anvisa afirmou<sup>[7]</sup> que, ao regulamentar um mínimo de profissionais de enfermagem em serviços de atenção à saúde, o Conselho Federal de Enfermagem extrapolou suas competências e invadiu as competências da direção do Sistema Único de Saúde. Com base na Lei nº 8.080/1990, a Procuradoria afirmou que todo e qualquer aspecto relacionado à normatização das condições de funcionamento dos serviços de saúde, inclusive privados, está na competência da direção do Sistema Único de Saúde e que inexistência de competência dos Conselhos, Federal e Regionais, para normatizar e regular essas condições de funcionamento. Vale ressaltar que, conforme art. 9º da Lei nº 8.080/1990, a direção do SUS é exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde.

Diante do exposto, nota-se que, na prática, ainda há entre Ministério da Saúde, Anvisa e Conselhos de Classe uma falta de clareza jurídica sobre as competências para o estabelecimento de quais são as classes profissionais necessárias e o seu dimensionamento nos serviços de saúde, principalmente os serviços privados. Aparentemente, é em decorrência dessa falta de clareza jurídica e de lacunas regulatórias dos órgãos competentes pela regulamentação que, no decorrer dos anos, têm surgido conflitos e extrapolações de competências regulatórias.

Parece clara a existência de extrapolação de competências da Anvisa e conflitos regulatórios que levam à consequente necessidade de revisão da RDC nº 7/2010. No entanto, entendo que todo o cenário regulatório em torno desse tema deva ser melhor estudado pela área técnica para um adequado mapeamento do cenário base e que, com auxílio da Procuradoria Federal junto à Anvisa, possam ser obtidas conclusões definitivas quanto às competências legalmente atribuídas ao Ministério da Saúde, Anvisa e Conselhos de Classe.

Ainda, entendo que o tema deva ser articulado com os demais agentes afetados, em especial o Ministério da Saúde, no intuito de evitar que uma alteração normativa da Anvisa tenha impactos imediatos e não premeditados na assistência dos pacientes internados nas UTI, em especial nos serviços privados. Não podemos descartar que a normativa da Anvisa tem sido usada na última década como base para a identificação reiterada de descumprimento em relação à presença de profissionais nos serviços e, conseqüentemente, à falta de assistência aos pacientes internados, conforme exemplo das denúncias realizadas

pelo Conselho Regional de Fisioterapia-CREFITO.

Diante desse cenário relatado, entendo que o processo deva ser submetido à Análise de Impacto Regulatório e, em se confirmando a necessidade de alteração normativa, que esta seja submetida à Consulta Pública, no intuito de garantir que os problemas regulatórios identificados sejam definitivamente solucionados e que seja dada a adequada transparência e previsibilidade regulatória aos demais agentes afetados e à sociedade como um todo.

Quanto à situação dos demais processos regulatórios sob a responsabilidade da GGTES, a área possui nove temas na Agenda Regulatória 2017-2020, dois deles (22%) já concluídos, três (33%) em fase avançada do processo de regulamentação, três (33%) com processos na etapa de elaboração do instrumento regulatório e apenas um tema (11%) em etapa de abertura do processo, conforme demonstrado na tabela abaixo:

<b>Tema</b>	<b>Situação do Tema ou dos Processos</b>	<b>Observações</b>
15.1 - Infraestrutura de estabelecimentos assistenciais de saúde	Processo em etapa de elaboração do instrumento regulatório	Previsão de realizar CP em 2019
15.2 - Gerenciamento de resíduos em serviços de saúde	Tema concluído	
15.3 - Boas práticas para o processamento de produtos para saúde	Processo em consulta pública (etapa avançada)	Previsão de concluir a consolidação e minuta final em 2019
15.4 - Boas práticas para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde	Processo em etapa de elaboração do instrumento regulatório	Aguarda posicionamento do MS
15.5 - Requisitos Sanitários para funcionamento de Laboratórios Clínicos e postos de coleta laboratorial	Processo em etapa de abertura	Previsão de elaborar o instrumento regulatório até 2019
15.6 - Requisitos sanitários para prestação de serviços de radiodiagnóstico	Processo em consulta pública (etapa avançada)	Previsão de concluir a deliberação final em 2019
15.7 - Requisitos Sanitários para funcionamento de serviços de vacinação	Tema Concluído	
15.8 - Requisitos Sanitários para prestação de serviços de diálise	Processo em consulta pública (etapa avançada)	Tema tratado em conjunto com o 15. 3
15.9 - Boas Práticas em Farmácias e Drogarias	Processo em etapa de estudo e elaboração do instrumento regulatório	Tema em conjunto com a GGFIS

Assim, entende-se que a área reúne as condições necessárias para abertura do presente processo regulatório, sem que seja prejudicada a execução dos temas já previstos na Agenda Regulatória sob sua responsabilidade.

Por fim, considero extremamente relevante que a GGTES avalie, nas demais normativas da Anvisa que estabelecem os requisitos sanitários para funcionamento dos demais serviços de saúde, se há extrapolação da competência da Anvisa no estabelecimento de requisitos relacionados às classes profissionais, dimensionamento de equipe profissional e responsáveis técnicos dos respectivos serviços. Como exemplo, cito a RDC nº 302/2005, que dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos, tema da Agenda Regulatória e que estabelece a necessidade da presença e o dimensionamento de profissionais responsáveis técnicos com formação superior em laboratórios clínicos e postos de coleta laboratorial.

### 3. Voto

Diante do exposto, entendo que a proposta se encontra motivada e

fundamentada quanto à sua necessidade, conveniência e oportunidade. Desta forma, voto pela aprovação da abertura do processo administrativo de regulamentação e pela atualização extraordinária da Agenda Regulatória. No entanto, não acato o posicionamento da área técnica de regulamentar o tema com dispensa de Análise de Impacto Regulatório e Consulta Pública, conforme justificado anteriormente.

É o que submeto à deliberação pela Diretoria Colegiada.

---

[1] PARECER Nº 3/2019/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA

[2] NOTA CONS. Nº 68/2012/PF-ANVISA/PF-ANVISA/PGF/AGU

[3] PARECER n. 00034/2019/CCONS/PFANVISA/PGF/AGU

[4] Resolução CFM nº 2.077/14, que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho;

[5] Resolução CFM nº 2.079/14, que dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades;

[6] Resolução COFEN 543/2017, que atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem.

[7] PARECER nº 67/2018/CCONS/PFANVISA/PGF/AGU

---



Documento assinado eletronicamente por **Renato Alencar Porto, Diretor**, em 11/06/2019, às 14:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8539.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8539.htm).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

<https://sei.anvisa.gov.br/autenticidade>, informando o código verificador **0604843** e o código CRC **31DCC21A**.

---