

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Admissão e Alta em Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Versão: 2 | 2025



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO MÉDICA

MURILO ANTONIO ROCHA

CHEFE DO SETOR DE PACIENTE CRÍTICO

EDWARD MEIRELLES DE OLIVEIRA

CHEFE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

NICOLLE LIDIANE SILVA

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Hudson Henrique Gomes Pires, Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Edward Meirelles de Oliveira, Setor de Paciente Crítico
Ivan Borges Monteiro, Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Daniela Sá de Paiva Braz, Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Nicolle Lidiane Silva, Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Dayana Ribeiro Oliveira, Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Daniela Ramos Tostes, Unidade de Terapia Intensiva Adulto
Rúbia Rodrigues Silveira, Unidade de Terapia Intensiva Adulto

ANÁLISE

Nicolle Lidiane Silva, Unidade de Terapia Intensiva Adulto

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente
Edward Meirelles de Oliveira, Setor de Paciente Crítico
Murilo Antonio Rocha, Divisão Médica

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Murilo Antonio Rocha, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 3/12/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UTIAD.001

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVOS

Padronizar os procedimentos multiprofissionais para admissão e alta de pacientes recebidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIAD) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) e destinar os leitos de terapia intensiva adulto para o atendimento de pacientes de risco potencialmente recuperáveis.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

UTIAD do HC-UFTM incluindo as três unidades de cuidados intensivos, UTI Adulto tipo III, UTI geral tipo II e UTI tipo II, perfil coronariano, para admissão de pacientes do centro cirúrgico, pronto socorro adulto, hemodinâmica e enfermarias.

3. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Médico Intensivista/plantonista

- Receber a solicitação de vaga pelo sistema on-line (sistema de apoio disponível no portal de serviços do HC-UFTM com informações completas e precisas da clínica que solicita a vaga (origem).
 - Priorizar o atendimento no sistema de acordo com os critérios pré-estabelecidos neste protocolo. (Prioridades: 1-5)
 - Comunicar ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) dessa priorização.
- Observação: o NIR definirá, dentro das prioridades, o paciente que irá para o leito de UTI.

Médico que solicita a vaga

- Passar as informações para equipe da UTI de modo completo e por sistema on-line;
- Reavaliar o pedido a cada 24 horas;
- Se não houver vagas, consultar diariamente o Sistema de Regulação (SISREG) quanto à priorização.

4. CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO

Alguns critérios devem ser levados em consideração ao indicar um leito de terapia intensiva especialmente devido ao número reduzido de leitos disponíveis e à alta demanda conforme a área de abrangência de atendimento. De acordo com a portaria 895/2017, que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave:

“à Unidade de Terapia Intensiva - UTI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada(...)” (BRASIL,2017)

Resolução, nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM):

“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”.

As Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários Adulto são destinadas aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos, e em caso de indisponibilidade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermediários Pediátricos, as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermediários Adulto deverão admitir pacientes acima de 12 anos. (BRASIL, 2017)

Resolução nº 2.271/2020/CFM:

“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”.

A UTIAD do HC-UFTM possui 30 leitos de terapia intensiva, os quais se dividem da seguinte forma, 10 leitos de UTI geral tipo III, 10 leitos UTI geral tipo II e 10 leitos de UTI, perfil coronariano tipo II (dedicada prioritariamente ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA), pacientes críticos portadores de cardiopatia em geral e pós-operatório de cirurgia cardíaca e pós-procedimento e pós-operatório de cirurgia vascular).

5. INFORMAÇÕES GERAIS

- Os pacientes internados na UTIAD são atendidos pelas equipes:
 - ✓ Médicos intensivistas e plantonistas, sendo a grande maioria intensivistas.
 - ✓ Enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem).
 - ✓ Fisioterapia respiratória e motora.
- A UTIAD também pode extrapolar seus cuidados para as especialidades:
 - ✓ Cirurgia Geral;
 - ✓ Anestesiologista;
 - ✓ Cardiologia;
 - ✓ Endocrinologia;
 - ✓ Cirurgia Cardíaca e Vascular;
 - ✓ Neurologia e Neurocirurgia;
 - ✓ Gastroenterologia;
 - ✓ Oftalmologia;
 - ✓ Hematologia;
 - ✓ Nefrologia;
 - ✓ Ortopedia;
 - ✓ Dermatologia;
 - ✓ Terapia ocupacional;



- ✓ Nutrição;
- ✓ Psicologia;
- ✓ Farmácia clínica;
- ✓ Serviço Social;
- ✓ Fonoaudiologia;
- ✓ Outras que se fizerem necessárias e disponíveis no HC-UFTM.

6. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

6.1 Prioridades de admissão em UTI Geral Tipo II e Tipo III

Os critérios de admissão na UTIAD seguem os descritos na resolução CFM nº 2156, de 28/10/2016 e são baseadas no diagnóstico e necessidade do paciente; disponibilidade dos serviços da instituição; priorização de acordo com a condição do paciente; disponibilidade de leitos; potencial benefício para o paciente com as intervenções terapêuticas e prognóstico.

Segundo a resolução CFM nº 2156 de 28/10/2016, a priorização de admissão em UTI deve respeitar os seguintes critérios:

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

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

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

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

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.

6.2 Prioridades de admissão em UTI Coronária Tipo II

Prioridade 1:

- Pós-operatório em Cirurgia Cardíaca;
- Pós-operatório em cirurgia vascular envolvendo aorta, cirurgia aberta ou intervenção endovascular: implante de endoprótese torácica, implante de endoprótese abdominal, implante de endoprótese ilíaca.

Prioridade 2:

- Pós-procedimento invasivo em cardiologia intervencionista;
- Pacientes com diagnóstico de SCA;

2A: Pacientes coronarianos

- Pós-Angioplastia Transluminal Coronária Percutânea (PTCA), na emergência do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMCSST);
- Pós-PTCA, no Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnivelamento do Segmento ST (IAMSSST);

- Pós-PTCA, na Angina Instável;
- Pós-PTCA, na Angina Estável;
- Pacientes coronarianos com doença instável necessitando de monitorização hemodinâmica e drogas endovenosas, lesões coronarianas graves, Doença Arterial Coronária (DAC) multiarterial, entre outras;

2B: Pacientes com doenças vasculares

- Angioplastia Transluminal Vascular Periférica: membros superiores, membros inferiores, carótidas, vasos viscerais, renal;
- Pós-intervenção endovascular, tais como: implante de filtro de veia cava, embolização de Malformação Arteriovenosa (MAV), quimioembolização, alcoolização percutânea de Hemangioma;

2C: Pacientes em uso de dispositivo de estimulação cardíaca artificial

- Pacientes com Implante de Marcapasso Temporário Transvenoso;
- Pacientes em pós-operatório de Implante de Marcapasso Ressincronizador, Implante de Cardiodesfibrilador (CDI), Implante de Cardioversor Desfibrilador com Marcapasso Multissítio (CDI-R), Troca de Marcapasso Ressincronizador, Troca de CDI, Troca Cardioversor Desfibrilador com Marcapasso Multissítio (CDI-R);

Prioridade 3: demais pacientes cardiopatas que necessitem de monitorização hemodinâmica e/ou suporte intensivo;

Prioridade 4: demais pacientes sem cardiopatia que necessitem de monitorização e/ou terapia intensiva;

Prioridade 5: pacientes com doença em fase de terminalidade, sem prognóstico de recuperação. Em geral, esses pacientes não são indicados para admissão na UTI, exceto se forem potenciais doadores de órgãos. Esta admissão pode ser justificada em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista^{1,2}.

OBSERVAÇÕES:

1. Dentro da mesma prioridade se classificam melhor para a vaga os pacientes que estiverem em estado mais grave, sempre considerando a probabilidade de recuperação segundo a avaliação do médico intensivista/plantonista, conforme Resolução/CFM, nº 2.156/16.

2. Admissões fora das prioridades poderão ser realizadas, autorizadas pela Gerência de Atenção à Saúde, Divisão Médica ou Unidade de Regulação Interna (URI) ou chefia da UTIAD, quando possível:

- A título de ajuda intersetorial, quando de extrapolação de demandas por leitos a nível intra-hospitalar e solicitados pela Alta Gestão;
- Quando da disponibilidade de número de leitos sem ocupação prevista pelas prioridades maiores;
- Necessidades de troca do setor para liberação de bloqueios de leitos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar Relacionada à Saúde.

3. Admissões de procedimentos eletivos devem ser agendados previamente com o pedido de vaga para a UTI e liberados para sua realização após cedida a vaga.

4. A priorização dos pacientes dentro da UTI coronária tipo II também leva em conta a gestão de leitos para procedimentos hemodinâmicos eletivos, assim como pacientes em pré-

operatório de cirurgia cardíaca. Portanto há limitações para admissões de pacientes com longa permanência.

7. ATRIBUIÇÕES E ROTINAS DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NAS ADMISSÕES

Os pacientes a serem recebidos na UTIAD devem ser encaminhados com toda a documentação organizada constando as informações: relatório sucinto com a indicação, tratamento já realizado, condições clínicas e exames complementares.

Nesta estrutura devem ser garantidas o suporte respiratório, a nutrição, a prevenção e manejo da infecção e outras condições relevantes para a atenção, sempre vinculados ao acolhimento à família, aos cuidados de neuroproteção e de minimização da dor durante sua internação na UTIAD.

➤ **Escriturário/secretário do setor:**

- ✓ receber a documentação e organiza o prontuário;
- ✓ confeccionar a placa de identificação do leito;
- ✓ se a informação NÚMERO DO LEITO E PARA QUAL ESPECIALIDADE O PACIENTE ESTÁ SENDO ENCAMINHADO não estiver presente e clara, fazer contato imediatamente entre os escriturários da UTIAD com o do setor de origem para verificação dos dados;
- ✓ após a admissão, inserir o paciente no censo do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários, com as informações corretas e completas;
- ✓ auxiliar na organização e revisão dos prontuários médicos;
- ✓ auxiliar na organização dos documentos na sala de prescrição médica;
- ✓ acondicionar e encaminhar adequadamente as prescrições médicas e seus anexos (como formulários de antibióticos e de hemocomponentes, pedidos de compra), além de pedidos de exames;
- ✓ realizar os agendamentos de exames tempestivamente;
- ✓ solicitar transporte de pacientes para alta e exames em tempo breve, comunicando ao serviço social e NIR eventuais dificuldades para auxílio;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Equipe de Enfermagem:**

Após a reserva de leito, a enfermagem deve se organizar para agilizar os procedimentos para receber o paciente. O mesmo ocorre quando da alta médica, com objetivo de disponibilizar o leito para nova internação.

O paciente deve chegar na UTIAD acompanhado de equipe do setor de origem, a qual deve passar o caso presencialmente ao enfermeiro e técnico em enfermagem do leito.

❖ Ao receber o paciente, devem ser:

- ✓ realizadas as escalas de BRADEN, MORSE e FUGULIN;
- ✓ conferida a pulseira de identificação;
- ✓ instalada a placa de identificação do leito;
- ✓ verificados os dispositivos e as trocas necessárias devem ser realizadas imediatamente;
- ✓ avaliada presença de Lesão por Pressão, com notificação no Vigihosp (Sistema de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas) se houver;
- ✓ realizadas todas as rotinas conforme Processo de Enfermagem;
- ✓ atualizar diariamente o KANBAN;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor;

- ✓ agilizados o transporte e a realização de exames e procedimentos, priorizando os pacientes em alta médica programada;
- ✓ quando da alta médica, agilizada a limpeza do leito, que deve ser feita com tempo máximo de 2 horas a partir da saída do paciente;
- ✓ acionado prontamente os médicos plantonistas para atendimento de intercorrências e participar delas;
- ✓ auxiliar as equipes no manejo de casos de óbito;
- ✓ participar ativamente do plano terapêutico, das visitas multiprofissionais e do planejamento de alta segura dos pacientes;
- ✓ preparar o paciente e familiares para a alta, realizando todas as orientações necessárias;
- ✓ inserir a família nos cuidados, permitindo sua permanência durante os banhos, curativos e demais e procedimentos, quando possível, realizando orientação e treinamento diário deles para garantia de cuidados domiciliares adequados;
- ✓ participar diariamente dos ROUNDS da equipe de enfermagem do setor.

➤ **Equipe médica assistencial:**

- ✓ Diariamente, deve conferir o censo da UTIAD e, caso haja pacientes da especialidade (casos em que será feita comunicação prévia pelo NIR), assumir os casos encaminhados aos seus cuidados;
- ✓ realizar os cuidados clínicos necessários;
- ✓ confeccionar o plano terapêutico multiprofissional conforme necessidade do caso clínico do paciente;
- ✓ determinar a data prevista de alta, juntamente com a equipe multidisciplinar nas visitas multiprofissionais diariamente;
- ✓ solicitar acompanhamento de todos os membros da equipe multiprofissional, de preferência passando e discutindo o caso pessoalmente para aquelas equipes presentes no setor (nos dias em que não houver visita multiprofissional, uma vez que essa rotina ocorrerá naturalmente no dia da visita), conforme necessidade do caso, e conforme descrito abaixo;
- ✓ disponibilizar as informações do caso no quadro de KANBAN e pendências, atualizando-o diariamente;
- ✓ manter diálogo claro com o enfermeiro do leito, informando acerca das rotinas necessárias, ao cuidado, tais como inserção, retirada ou trocas de dispositivos, ajustes de medicamentos, exames a serem coletados ou para serem encaminhados;
- ✓ realizar os procedimentos indicados conforme normas de saúde e segurança, solicitando auxílio da equipe de enfermagem;
- ✓ solicitar todos os exames laboratoriais e de imagem de forma correta e rápida, disponibilizando a informação na prescrição médica;
- ✓ comunicar-se clara e adequadamente com os pacientes e seus familiares, fornecendo boletim médico diariamente;
- ✓ revisar diariamente pacientes elegíveis para alta ou transferência, principalmente a informação da alta do paciente para a equipe de enfermagem;
- ✓ revisar diariamente pacientes elegíveis para outras formas de desospitalização ou transferências a outros hospitais, com inserção dos pacientes no SISREG e comunicação com o NIR;

- ✓ observar necessidades de isolamento e, quando constatado, articular com equipe de enfermagem e NIR;
- ✓ atentar-se a todas as regras de prescrição segura e realizar os ajustes solicitados pela enfermagem e/ou farmácia em tempo breve;
- ✓ realizar as prescrições até às 10 horas;
- ✓ realizar as altas até as 11 horas;
- ✓ atentar-se a toda a documentação e orientação necessária para a unidade e à especialidade do paciente, no momento da alta, realizando o relatório médico de transferência entre unidades.

➤ **Equipe de médicos plantonistas:**

- ✓ atender prontamente ao chamado da equipe multiprofissional nas intercorrências;
- ✓ auxiliar as equipes médica e de enfermagem no manejo de casos de óbito e evasão, com vistas principalmente à prevenção dessa última;
- ✓ auxiliar nos procedimentos para transferência dos pacientes quando necessário;
- ✓ auxiliar as equipes assistenciais na inserção de pacientes no SISREG, quando indicado;
- ✓ realizar passagem de plantão adequada, mantendo planilha com informações dos pacientes atualizadas a cada plantão;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Assistente social:**

- ✓ acompanhar todas as demandas sociais dos pacientes internados;
- ✓ auxiliar as equipes médicas e pacientes/familiares na aquisição de medicamentos e insumos;
- ✓ auxiliar as famílias nos processos de desospitalização, em especial no direcionamento a instituições de longa permanência;
- ✓ participar das reuniões e conferências familiares juntamente com as equipes médicas;
- ✓ identificar pacientes sob risco social e comunicar às equipes médicas para as medidas cabíveis;
- ✓ auxiliar as equipes médica e de enfermagem no manejo de casos de óbito e evasão, com vistas principalmente à prevenção dessa última;
- ✓ participar ativamente do plano terapêutico, das visitas multiprofissionais e do planejamento de alta segura dos pacientes;
- ✓ preparar o paciente e familiares para a alta, realizando todas as orientações necessárias e programando retornos na instituição ou encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) conforme disponibilidade de recursos e serviços;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Psicologia:**

- ✓ acompanhar pacientes e familiares com demandas psicológicas;
- ✓ identificar pacientes e acompanhantes com transtornos ou sob risco de desenvolver transtornos psicológicos e comunicar às equipes médicas para as medidas cabíveis;
- ✓ auxiliar as equipes médica e de enfermagem no manejo de casos de óbito e evasão, com vistas principalmente à prevenção dessa última;
- ✓ participar ativamente do plano terapêutico, das visitas multiprofissionais e do planejamento de alta segura dos pacientes;

- ✓ preparar o paciente e familiares para a alta, realizando todas as orientações necessárias e programando retornos na instituição ou encaminhamento para a RAS, conforme disponibilidade de recursos e serviços;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Nutrição:**

- ✓ realizar triagem e avaliação nutricional dos pacientes internados na unidade;
- ✓ realizar planejamento nutricional e acompanhamento dos pacientes com distúrbios ou em risco de desenvolver distúrbios nutricionais;
- ✓ acompanhar pacientes em uso de dietas orais, enterais e parenterais;
- ✓ auxiliar a equipe médica, pacientes e familiares na aquisição de dietas específicas, quando indicado;
- ✓ participar ativamente do plano terapêutico, das visitas multiprofissionais e do planejamento de alta segura dos pacientes;
- ✓ preparar o paciente e familiares para a alta, realizando todas as orientações necessárias e programando retornos na instituição ou encaminhamento para a RAS, conforme disponibilidade de recursos e serviços;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Fisioterapia:**

- ✓ acompanhar e prestar cuidados a todos os pacientes com dispositivos ventilatórios auxiliares;
- ✓ acompanhar os processos de manejo de vias aéreas e ventilação mecânica (VM), auxiliando na instalação no manejo e desmame dos mesmos;
- ✓ acompanhar os pacientes, que tenham prescrição de fisioterapia, com déficits funcionais, realizando os processos de reabilitação necessários, de acordo com a avaliação fisioterapêutica;
- ✓ participar ativamente do plano terapêutico, das visitas multiprofissionais e do planejamento de alta segura dos pacientes;
- ✓ preparar o paciente e familiares para a alta, realizando todas as orientações e treinamentos necessários relacionados à traqueostomia e/ou uso de BIPAP/CPAP - Pressão positiva contínua na via aérea;
- ✓ inserir os pacientes e o cuidador nos cuidados, permitindo sua permanência durante os procedimentos quando possível, realizando orientação e treinamento relacionados à reabilitação respiratória e motora para garantia de cuidados domiciliares adequados;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Fonoaudiologia:**

- ✓ acompanhar e prestar cuidados aos pacientes com sondas nasoenterais e traqueostomias, quando solicitado por interconsulta médica;
- ✓ acompanhar e prestar cuidados aos pacientes com transtornos de linguagem e disfagia, realizando avaliações específicas e medidas terapêuticas e de reabilitação indicadas das áreas citadas, quando solicitado por interconsulta médica;
- ✓ participar ativamente do plano terapêutico, das visitas multiprofissionais e do planejamento de alta segura dos pacientes;

- ✓ preparar o paciente e familiares para a alta, realizando todas as orientações fonoaudiológicas necessárias;
- ✓ incentivar a adesão dos pacientes e familiares/cuidadores ao processo de reabilitação fonoaudiológica durante todo o período da internação hospitalar;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Farmacêutico clínico:**

- ✓ auxiliar as equipes médica e de enfermagem na reconciliação medicamentosa;
- ✓ auxiliar as equipes de enfermagem na manutenção de medicamentos em quantidade segura e adequada, com data de validade, organização e lote corretos, tanto nos carros de emergência quanto nos postos;
- ✓ auxiliar as equipes médica e de enfermagem na identificação e correção rápida de possíveis erros de prescrição e/ou de formulários de forma a não atrasar a administração dos medicamentos aos pacientes;
- ✓ participar das discussões dos casos e colaborar com a elaboração do plano de cuidado terapêutico, conforme a rotina da unidade e na visita multiprofissional diariamente;
- ✓ analisar a prescrição do paciente quanto à indicação, dosagem, posologia, aprazamento, vias de administração, formas farmacêuticas, reconstituição, diluição, tempo e velocidade de infusão, duração do tratamento, incompatibilidades, possíveis substituições com o objetivo de atender às necessidades individuais, atendendo ao Plano Terapêutico;
- ✓ identificar, orientar e notificar possíveis reações adversas a medicamentos no Vigihosp e no Sistema de notificação de eventos adversos no uso de medicamentos, e promover estratégias de investigação, prevenção e resolução;

➤ **Maqueiros, técnicos em radiologia e técnicos em laboratório:**

- ✓ realizar rapidamente os procedimentos pertinentes à sua área de atuação, priorizando os pacientes em alta;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **NIR:**

- ✓ realizar reserva de leitos;
- ✓ auxiliar na mobilização de pacientes, disponibilidade de leitos, principalmente de isolamento e UTI quando necessário;
- ✓ auxiliar as equipes na identificação de pacientes elegíveis para transferência;
- ✓ monitorar as solicitações de transferência no SISREG e auxiliar nas articulações com o Complexo Regulador Municipal;
- ✓ participar diariamente do Huddle do setor.

➤ **Hotelaria, almoxarifado, engenharia clínica, Infraestrutura, Tecnologia da Informação:**

- ✓ auxiliar nas demandas de materiais e equipamentos, bem como estruturais do setor para garantia do cuidado.

➤ **Divisão Médica, Setor de Paciente Crítico, Divisão de Gestão do Cuidado, Setor de Cuidados Especializados e Gerência de Atenção à Saúde:**

- ✓ auxiliar as equipes médicas e serviço social na desospitalização de pacientes;

- ✓ auxiliar na resolução de conflitos entre equipes e familiares quando solicitado.

8. CRITÉRIOS DE ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

8.1 UTI Geral Tipo II e UTI Adulto Tipo III

O estado clínico do paciente internado na UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não necessitam mais de cuidados intensivos. Os critérios para alta das UTIs são:

- Pacientes com quadro clínico controlado e estabilizado e a necessidade de monitorização constante e cuidado intensivo não é mais necessária;
- Paciente que já tenha 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.

8.2 Critérios de alta da UTI Coronariana

8.2.1 Pós Angioplastias

❖ Eletivas

As angioplastias em caráter eletivo contabilizam média de internação de 12 a 24 horas na UTI, garantindo o monitoramento de possíveis complicações inerentes ao procedimento, tais como:

- Dor precordial pós-procedimento e aumento de enzimas cardíacas em pacientes com alto risco cardíaco (possibilidade de Infarto periprocedimento) com ou sem necessidade de Drogas Vaso Ativas (DVA);
- complicações vasculares no sítio de punção arterial, tais como: hematoma, hematoma retroperitoneal, sangramento, pseudoaneurisma, trombose, fístula arteriovenosa;
- arritmias cardíacas;
- insuficiência renal;
- Acidente Vascular Cerebral (AVC), entre outras;

Portanto, paciente estará de alta se não estiver em uso de DVA e não houver complicações clínicas. No caso de ocorrência de tais intercorrências, o critério de alta é individualizado e discutido com a equipe de cardiologia após melhora ou resolução.

❖ Síndromes coronarianas agudas

No IAMSSST, risco intermediário e alto, o paciente pós-angioplastia permanece 12 a 24 horas na UTI, podendo receber alta para leito de enfermaria, na ausência de complicações (Nicolau et. al, 2021)

No IAMCSST, o tempo de internação na UTI é no mínimo 24 horas pós PTCA, podendo se estender, uma vez que a presença de complicações pós IAMCSST é mais frequente que no IAMSSST.

8.2.2. Pós-Cirurgia Cardíaca

O paciente de Cirurgia Cardíaca, geralmente, estará de alta, satisfeitas as seguintes condições:

- Paciente hemodinamicamente estável sem DVA.
- Estável do ponto de vista respiratório, sem uso de oxigênio ou baixo fluxo.

- Sem drenos torácico/mediastinais, se possível. Se houver derrames cavitários, quantificar e discutir esvaziamento com equipe da cirurgia cardíaca, previamente à alta.
- Função renal normal, sem alteração da curva de melhora e ou estabilidade.
- Ausência de dispositivos invasivos: essa é a regra geral para evitar infecção, resguardando exceções como pacientes sem condições de acesso venoso e contraindicações para retirada de sondas.
- Ausência de sinais infecciosos ou, caso presença de infecção, esta esteja sob controle e desde que alta discutida previamente com equipe da enfermagem e Cirurgia Cardíaca, e na ausência de necessidade de procedimentos invasivos.

9. PROCESSO DE ALTA JUNTO AO NIR/URI

Segundo a portaria 895/2017, os critérios de alta da UTIAD são os descritos para elegibilidade em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) adulta, entretanto, na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI e UCI, devido à inexistência da UCI na instituição, os critérios de alta da UCI passam a ser os critérios de alta da UTI, que são em linhas gerais:

- ✓ Quando houver resolução da doença ou condição fisiológica que motivara a internação;
- ✓ Quando a necessidade de intervenção multidisciplinar intensiva ou semi-intensiva não for mais necessária.
- ✓ O paciente internado na UTI está sobre responsabilidade de uma especialidade específica. Se essa especialidade interpretar que não é mais um caso de sua competência, é de sua responsabilidade solicitar a transferência de cuidados do paciente internado na UTI. Pelo que foi exposto, o paciente é internado na UTI com um médico assistente responsável e que este deve realizar as visitas médicas com evolução diária do doente com a internação sob sua responsabilidade. Desta forma, torna-se claro que a admissão e alta da UTI é de responsabilidade do médico intensivista e, no caso de divergência entre médico intensivista e médico assistente, a questão deve ser resolvida, preferencialmente pelo Diretor Técnico.
- ✓ De acordo com o CRM-MG a questões de admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva, bem como ao acompanhamento dos pacientes internados na UTI pelas clínicas assistentes, seguem as seguintes normativas:

Na resolução nº 2.156/2016 do CFM, seus artigos 2º e 3º dizem:

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 e solicitado via sistema.

O processo-consulta CREMAM 09/2019 PARECER N. 02 /2020 também traz resposta no caso de divergência de condutas em médico intensivista e médico assistente do paciente, em sua página 5, questão 10.

“O médico intensivista é o responsável pela admissão e pela alta em UTI e deve ter sua autonomia respeitada. Não obstante, o médico assistente também tem autonomia para aceitar ou não a sugestão de conduta. Quando houver divergência de entendimento, é

recomendável uma terceira avaliação, preferencialmente pelo Diretor Técnico da unidade, a fim de resolver o entrave em cada caso concreto”.

Com relação a internação do paciente na UTI que acontece já com a presença de um médico responsável pela sua internação durante toda a estadia hospitalar e a necessidade de evolução diária deste profissional, mesmo que o paciente esteja internado na UTI, o CRM-MG traz respostas na RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016 e no PARECER CRM – MG Nº 132/2022 – PROCESSO - CONSULTA Nº 117/2021.

De acordo com RESOLUÇÃO CFM Nº 2.156/2016:

“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;”

De acordo com PARECER CRM – MG Nº 132/2022 – PROCESSO - CONSULTA Nº 117/2021:

“Conforme estabelecido pela Resolução CFM 2.077/2014, em seu Artigo 13, “é direito do paciente ter um médico como responsável direto pela internação, assistência e acompanhamento até a alta hospitalar, sendo proibida a internação em nome de serviço”. Este médico torna-se responsável pela evolução e prescrição diária “.

- 1. Médico assistente define a alta junto a equipe multidisciplinar e faz o relatório de alta (clínica de destino do paciente na enfermaria via de regra é a clínica de origem do paciente);**
- 2. Equipe de Enfermagem: avisa alta ao NIR;**
- 3. NIR verifica a disponibilidade de leito e repassa o leito de destino para a equipe de enfermagem; se houver casos excepcionais em que o paciente de alta não for para a Unidade de origem (na qual não é a sua especialidade), o NIR tem a atribuição de comunicar a equipe médica ou especialidade de origem em qual unidade o paciente será encaminhado.**
- 4. Equipe de enfermagem: avisa alta para administrativo UTI e entra em contato com a equipe de enfermagem da unidade de destino do paciente;**
- 5. Equipe médica: faz o relatório médico de transferência entre unidades**
- 6. Equipe administrativa repassa para a equipe médica da especialidade de origem na qual o paciente será encaminhado, bem como entra em contato com familiar, por telefone ou presencialmente, comunicando a alta para enfermaria.**
****Em casos de discordância entre as equipes, sobre a clínica de destino do paciente, a decisão final para qual clínica o paciente será transferido será do médico intensivista. Não deverá ocorrer atrasos na alta para enfermaria por discordâncias de equipe, respeitando a autonomia do médico intensivista em definir a melhor especialidade para seguimento do caso.
- 7. Monitoramento contínuo das unidades quanto a atualização dos censos pelo administrativo responsável do setor, em tempo hábil para consulta das especialidades médicas. A clínica responsável do paciente deve manter o acompanhamento do paciente durante a sua internação na Unidade de Terapia Intensiva Adulto.**

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1559 de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.091, de 25 de agosto de 1999. Criação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco.

Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.918, de 09 de junho de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo.

Ministério da Saúde. Cartilha Política Nacional de Humanização. Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília. 2004.

NICOLAU, José Carlos. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST–2021. **Arq Bras Cardiol**, v. 117, n. 1, p. 181-264, 2021.

PIEGAS, Luís Soares et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 105, p. 1-121, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 895, de 31 de março de 2017**. Brasília, 2017

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. 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] República Federativa do Brasil/D.O.U., 17 de novembro de 2016, disponível em <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil/D.O.U., 23 de abril de 2020, disponível em https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf

11. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA AÇÃO/ALTERAÇÃO
1	22/8/2023	Elaboração da 1ª versão do protocolo (PRT)
2	3/12/2025	Atualização de conteúdo e inserção em novo modelo

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 2) – data: 21/8/2025

Hudson Henrique Gomes Pires, responsável técnico (RT), médico intensivista da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTIAD) tipo III

Edward Meirelles de Oliveira, chefe do Setor de Paciente Crítico (STPC)

Ivan Borges Monteiro, médico intensivista da UTIAD tipo III

Daniela Sá de Paiva Braz, médica intensivista da UTIAD

Nicolle Lidiane Silva, chefe da UTIAD

Dayana Ribeiro Oliveira, RT médica da UTI Geral II (UTIAD)

Daniela Ramos Tostes, RT de enfermagem da UTIAD tipo III e UTI Coronariana tipo II (UTIAD)

Rúbia Rodrigues Silveira, RT de enfermagem da UTI tipo II (UTIAD)

Análise – data: 21/8/2025 e 6/11/2025

Nicolle Lidiane Silva, chefe da UTIAD

Validação técnica – data: 26/9/2025 a 25/11/2025

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Edward Meirelles de Oliveira, chefe do STPC

Murilo Antonio Rocha, chefe da Divisão Médica (DMED)

Aprovação – data: 26/11/2025

Murilo Antonio Rocha, gerente de atenção à saúde substituto

Registro, validação de forma e revisão – data: 3/12/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 1 – data: 27/10/2021 e 22/8/2023

Hudson Henrique Gomes Pires, médico intensivista da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos

Edward Meirelles de Oliveira, chefe da Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivos

Daniela Sá de Paiva Braz, RT médica UTI Coronariana tipo II

Fernanda Cristina Assis Silva, RT de enfermagem UTI geral II

Nicolle Lidiane Silva, chefe da UTIAD

Ivan Borges Monteiro, RT Médico UTI Adulto tipo III

Cintia Machado Dutra, chefe do STPC

Dayana Ribeiro Oliveira, RT médica UTI Geral II

Daniela Ramos Tostes, RT de enfermagem UTI Adulto tipo III e Coronariano tipo II

Patrícia Naves de Resende, chefe da DMED

Mariana Salomão Braga, chefe da DMED substituta

Validação

Ivan Borges Monteiro, médico da UTI Coronariana

Marina Casteli Rodrigues Monteiro, chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Augusto Cesar Hoyler, chefe do Setor de Contratualização e Regulação

Patrícia Naves de Resende, coordenadora da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Vinícius dos Santos Sguerri, gerente de atenção à saúde substituto