

MANUAL OPERACIONAL

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS E DE ACESSOS ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS - SES/PE

2ª Edição

Recife, fevereiro de 2019

ANDRÉ LONGO ARAÚJO DE MELO

Secretário Estadual de Saúde

GILIATE COELHO NETO

Secretária Executiva de Regulação em Saúde

CLAUDENI BRITO DE SOUZA LEÃO

Diretora Geral de Fluxos Assistenciais

ÉRICO MUNIZ DE ARRUDA FALCÃO

Diretor Médico da Central de Regulação Hospitalar

RITA DE CÁSSIA FERREIRA RABELLO

Gestora da Central de Regulação Hospitalar

CINTHIA CECILIA C. CORDEIRO DA SILVA

Médica Colaboradora

LUIZ ANDRÉ MARINHO LIPPO

Médico Colaborador

Índice

Parte I: Introdução.....4

Parte II: Processo regulatório.....7

Parte III: Referências.....19

Parte IV: Anexos.....38

PARTE I: INTRODUÇÃO

➤ OBJETIVO

A Central Estadual de Regulação é responsável por definir o acesso do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) para serviço de referência de acordo com o caso informado pelo médico assistente e sua coerência com os protocolos de urgência/emergência vigentes por especialidades, cabendo ao médico regulador formular perguntas objetivas e esclarecedoras. Através de critérios regulatórios específicos, o médico regulador fará a distribuição da demanda de solicitações da forma mais equânime possível entre os serviços disponíveis, possibilitando assistência especializada para os casos em questão.

➤ INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS NO PROCESSO REGULATÓRIO

1. Relacionadas do paciente:

- Nome;
- Idade;
- Cartão SUS/ CPF(Essencial quando for possível, pois é o principal identificador para o SUS);
- Município de residência;
- Descrição sumária do caso médico;
- Hipótese diagnóstica;
- Especialidade médica requerida.

2. Relacionadas ao médico solicitante:

- Código identificador da unidade solicitante para regulação(Sistema de Regulação);
- Número de inscrição no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE);
- Nome da mãe;
- CPF ou Data de nascimento (dia, mês e ano).

Em todos os casos, os municípios de residência dos pacientes devem ser questionados e descritos nos encaminhamentos, em virtude de existirem hospitais que trabalham com critério de regionalização, assim como para possibilitar, nos outros casos, o direcionamento do paciente para a unidade de urgência/emergência mais próxima de sua residência.

Na descrição sumária do caso, devem constar informações objetivas e concatenadas acerca da situação médica do paciente, além de hipótese(s) diagnóstica(s) vinculada(s) à descrição do caso, possibilitando, de forma inequívoca, a compreensão do caso e os motivos do encaminhamento para qualquer pessoa que necessite avaliar as circunstâncias do direcionamento do paciente para os serviços de urgência/emergência.

Em relação à especialidade médica requerida na ocasião da solicitação de senha de acesso, só é possível direcionamento para especialidades médicas de urgência/emergência disponibilizadas pela SES/PE em suas unidades referenciadas.

A regulação de casos de urgência/emergência é uma atividade médica (Portaria Nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004) que, para ser iniciada, é obrigatório que existam dois profissionais envolvidos, um médico solicitante e um médico regulador, ambos com situação cadastral regularizada no CREMEPE.

➤ **RESPONSABILIDADES DO MÉDICO REGULADOR**

- Evitar conflitos com os médicos solicitantes, mas caso ocorram, deverão ser registrados em relatório de ocorrências do plantão;
- Manter ambiente organizado;
- Evitar barulho que incomode os demais integrantes da equipe da Central de Regulação;
- Cumprir horários estabelecidos para chegada e saída. Atraso superior a 15 minutos deverá ser justificado para o superior hierárquico, sendo descontado no horário do repouso. Atrasos repetidos superiores a 30 minutos durante período de 12 horas de plantão serão contabilizados para desconto na produtividade do mês da ocorrência;
- O médico regulador só poderá iniciar sua folga após o retorno do colega que estava de folga no horário anterior, para não prejudicar o andamento do serviço;
- Não utilizar de meios de comunicação como telefones, aplicativos ou internet durante o tempo em que está na bancada desempenhando suas funções. Exceção para ligações telefônicas em situações de urgência pessoal;
- Utilizar o período de trabalho em bancada exclusivamente para as funções necessárias à regulação dos casos médicos. Evitar pausas não relacionadas ao serviço e, caso sejam necessárias pausas fora do horário de repouso, estas devem ser breves e utilizadas com parcimônia;
- O médico ferista irá para o plantão em que haja necessidade de profissional, independente do dia.
- Cumprir determinações dos gestores da Central;
- Ter atuação ativa na tomada de decisões pertinentes ao ato de regulação, baseando-se nas informações contidas neste manual operacional e circunstâncias repassadas pelos gestores da Central. O ato de regulação médica, com os discernimentos necessários para isso, é do médico regulador.

➤ **RESPONSABILIDADES DA GESTÃO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE ACESSOS ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS/CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS**

➤ Receber informações dos gestores das unidades hospitalares de urgência/emergência e definir as restrições cabíveis, considerando a rede de assistência como um todo e não apenas individualmente;

➤ Dispor de relação atualizada com os números de telefones dos plantonistas da Central de Regulação, para contato, quando necessário;

➤ Manter o ambiente de trabalho higienizado;

➤ Autorizar no máximo três solicitações de férias por mês, sendo um médico de férias por plantão. Caso o número de solicitações ultrapasse o quantitativo estabelecido, será utilizado o critério de antiguidade para desempate. Fica definido ainda que o médico não poderá tirar férias no mesmo mês por dois anos consecutivos, a não ser que o mês esteja disponível;

➤ Deliberar sobre interpretações dos protocolos de regulação, repassando estas informações em cada plantão e em reuniões clínicas com o conjunto de médicos reguladores;

➤ Repassar as restrições das unidades referenciadas à equipe de médicos reguladores de plantão;

➤ Realizar reuniões clínicas mensais sobre assuntos pertinentes ao processo regulatório;

➤ Notificar médicos cujas regulações/senhas de acesso fujam aos preceitos regulatórios básicos para que os mesmos se justifiquem perante o protocolo. O recebimento da notificação deverá ocorrer com assinatura em livro de protocolo, assim como a devolução da justificativa que deverá ocorrer em até 48 horas. Casos reincidentes de encaminhamentos que fujam ao protocolo regulatório serão analisados pela gestão da Central acerca de possíveis sanções;

➤ Exigir das instâncias superiores à Central de Regulação respaldo documental pertinente a situações que limitem o acesso às unidades de urgência/emergência por período superior a 12 horas, ou, independente de tempo, em situações nas quais a limitação de acesso às unidades de urgência/emergência cause considerável comprometimento à assistência dos pacientes, principalmente em momentos de crise. Esse respaldo documental das instâncias superiores à Central de Regulação dará ciência à rede de assistência como um todo e, possibilitará respaldo, estabilidade e cumprimento das determinações estabelecidas. Posteriormente, situações particulares poderão ser incluídas em versões mais atualizadas deste manual;

➤ Notificação dos gestores dos hospitais referenciados, SES, Ministério Público de Pernambuco e CREMEPE acerca de recusas de atendimento quando as senhas de acesso foram geradas em conformidade com os princípios regulatórios básicos.

➤ RESPONSABILIDADES DA GESTÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

➤ Enviar a escala mensal da unidade em tempo hábil para o e-mail monitoramento.regulacao@gmail.com. Em situações de ausências no dia do plantão, caberá ao gestor da unidade entrar em contato por telefone com o gestor de plantão da Central de Regulação;

➤ Comunicar de imediato intercorrências que interfiram no funcionamento adequado da unidade: incêndios, curto circuito, falhas críticas estruturais e de equipamentos (hemodinâmica, tomografia, etc.) para as instâncias responsáveis e superiores da SES. A comunicação à Central de Regulação deverá ser feita em situações excepcionais, como as acima mencionadas, que, necessariamente, interfiram diretamente no efetivo atendimento do paciente em âmbito das urgências/emergências destas unidades. A manutenção das restrições ou fechamentos destes serviços pela Central de Regulação por período superior a 12 horas, só poderá, obrigatoriamente, ser realizado através de ofício da SES com tal determinação. Este fato decorre da natural consequência deste ato, que é o encaminhamento da demanda do serviço restrito ou fechado para as outras unidades, acarretando sobrecarga de atendimento nestas últimas unidades. A falta de material de uso rotineiro como, por exemplo, medicamentos, reagentes e material penso não se encaixam nesta situação. São situações que devem ser sanadas pelas responsáveis pelas unidades de urgência/emergência.

PARTE II: PROCESSO REGULATÓRIO

➤ PROCESSO REGULATÓRIO (VISÃO GERAL)

O processo regulatório é subdividido em três atividades com características regulatórias distintas. Esses processos regulatórios são:

1. **Processo regulatório às urgências/emergências:** permite acesso às urgências/emergências do estado em casos médicos classificados, no ato da regulação, como casos de urgência ou emergência. **A senha gerada nesta situação é considerada senha de urgência;**

2. **Processo regulatório às Unidades de Terapia Intensiva (UTI):** permite acesso e internamento aos pacientes graves em Unidades de Terapia Intensiva do estado. **A senha gerada nesta situação é considerada senha de internamento;**

3. **Processo regulatório aos leitos de enfermarias:** permite acesso e internamento de pacientes em leitos de enfermaria de unidades próprias e complementares vinculadas à Secretaria Estadual de Saúde que não estejam inclusos em critérios médicos de urgência, emergência ou de UTI e que possuam perfil clínico compatível com o leito oferecido. **A senha gerada nesta situação é considerada senha de internamento.**

1. PROCESSO REGULATÓRIO DE ACESSO ÀS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

O processo regulatório de acesso às urgências e emergências do estado inicia-se com a identificação, pelo médico regulador, de caso compatível com urgência ou emergência. Para obter essa percepção, cabe ao médico regulador fazer perguntas objetivas e pertinentes ao caso relatado pelo médico solicitante (médico assistente). Após a descrição sumária do caso, deve-se ter, pelo menos, uma hipótese diagnóstica formulada, além de menção de qual especialista é requerido para a avaliação do caso de urgência ou emergência.

Concluída esta etapa, cabe ao médico regulador gerar senha de acesso à urgência/emergência mais próxima ao local onde se encontra o paciente e com especialista disponível para avaliação do caso. A senha de acesso (senha de urgência) gera, portanto, expectativa de atendimento e avaliação por médico especialista em unidade dotada de urgência/emergência médica em regime de plantão 24 horas.

O processo regulatório de acesso às urgências/emergências é realizado através de planilhas fornecidas pelas Secretarias de Saúde Municipais, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e unidades hospitalares onde constam informações acerca dos profissionais médicos disponíveis em regime de plantão para o pronto atendimento aos pacientes. A demanda por atendimento médico especializado em caráter de urgência ou emergência pode ser maior do que a capacidade instalada das unidades referenciadas. **Contudo, considerando-se os casos regulados como sendo configurados como de urgência ou emergência médicas, não há como a senha de acesso não ser gerada. Cabe ao médico regulador distribuir a demanda da forma mais equânime possível, evitando, com isso, a superlotação de alguns serviços em detrimento de outros.**

Ao gerar senha de acesso aos serviços de urgência/emergência, o médico regulador fará as seguintes avaliações:

- a. **Avaliação espacial:** acesso à urgência/emergência mais próxima ao local onde se encontra o paciente;
- b. **Avaliação qualitativa:** avaliação das condições nos serviços de urgência/emergência na ocasião da solicitação da senha de acesso. Estas condições incluem: especialista disponível para avaliação do paciente, lotação ou situações excepcionais que existam no ato da regulação.
- c. **Avaliação quantitativa:** avaliação do total de encaminhamentos realizados, distribuindo de forma equânime a demanda médica entre as unidades referenciadas.

Na situação de unidades médicas superlotadas, cabe ao médico regulador repassar essa informação ao médico solicitante que, confirmando caso clínico compatível com situação de urgência/emergência, terá senha de acesso gerada obedecendo aos critérios regulatórios descritos acima.

Desta forma, não é necessário que o médico solicitante ligue para a unidade referenciada para confirmar o acesso, apenas para repassar as informações médicas sobre o caso que julgue serem necessárias.

Observações:

1. A finalidade da senha de acesso é proporcionar assistência por especialista em unidade referência de urgência/emergência mais próxima ao paciente. Em situações nas quais a unidade referência com médico especialista está geograficamente distante da unidade solicitante, a senha será gerada para esta unidade referência mesmo que geograficamente distante e não para outras unidades nas quais não exista o médico especialista. Caso exista necessidade de assistência em outras unidades mais próximas antes da efetiva chegada do paciente à unidade com médico especialista como, por exemplo, em situações para estabilização médica do paciente, cabe ao médico regulador orientar ao solicitante essa possibilidade e registrá-la em senha. Apesar dessa orientação e registro, a senha deve ser sempre gerada para a unidade que dispõe do especialista de plantão. Em casos cirúrgicos, é recomendável gerar senha de acesso às unidades com um mínimo de dois especialistas da área cirúrgica e um anestesista. Na capital e na região metropolitana, em virtude da maior disponibilidade de especialistas nas urgências/emergências, caberá ao médico regulador distribuir as senhas de acesso aos serviços levando em consideração a situação da rede de assistência como um todo e, especificamente, em relação ao quantitativo de especialistas em cada unidade referenciada.

2. Em situações de restrições repassadas pelo médico regulador ao médico solicitante como, por exemplo, superlotação, ausência de fontes de oxigênio e ventiladores para manutenção de suporte ventilatório mecânico, mas, mesmo após ciência ao solicitante destas circunstâncias e, apesar disto, considerando ser o paciente grave e o serviço de origem não tendo condições mínimas de dar assistência ao paciente, caberá ao médico regulador: **gerar senha de acesso para transferência imediata à unidade referenciada**. Neste caso, o critério “vaga zero” será utilizado pelo médico regulador. Pacientes considerados como pertencentes ao critério “vaga zero” são aqueles graves e em risco iminente de morte, cujo tempo para efetiva avaliação e condução pelo especialista será condição para uma maior ou menor sobrevivência deste paciente. A recusa de atendimento por médico especialista em unidade referenciada não deve ocorrer em casos médicos regulados e classificados como casos de urgência/emergência, mais ainda quando a gravidade do paciente permite ao médico regulador enquadrar o paciente como critério “vaga zero”. O critério “vaga zero” ou “vaga sempre” está previsto na Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde. Exemplo desses casos, contudo sem excluir outros, são os pacientes cardiológicos e neurológicos. Os encaminhamentos serão realizados em sistema de rodízio para todas as unidades referenciadas. A depender do caso/gravidade do paciente é aconselhável ao médico regulador orientar ligação prévia do médico solicitante para a unidade referenciada/médico especialista. Esta ligação deve ser considerada como postura ética adequada, pois permitirá que a unidade referenciada e o médico especialista se preparem para a

recepção do paciente. A ligação prévia não deve ser considerada pelo médico especialista da unidade referenciada como situação passível de recusa de atendimento.

3. As senhas de acesso às urgências/emergências devem ser pautadas nos protocolos vigentes para as especialidades médicas disponíveis para regulação. Todos os protocolos são baseados em avaliações clínica e complementar (exames laboratoriais, exames de imagem, entre outros). No caso da inexistência de subsídios para a avaliação complementar na unidade solicitante, prevalecerão os critérios da avaliação clínica. Existindo subsídios para avaliação complementar, como, por exemplo, exames bioquímicos e exames radiológicos, estes deverão ser realizados antes da solicitação de senha de acesso aos serviços de urgência/emergência. Esta medida tem por finalidade, evitar o encaminhamento para unidades referenciadas de urgência/emergência de casos desnecessários.

4. Todos os usuários dos sistemas de regulação médica devem, obrigatoriamente, ter a ciência do que é e do que não é efetivamente regulado às unidades referenciadas. Para isso, recomenda-se a leitura atenta deste manual operacional por todos os participantes do ato de regulação médica. **De forma resumida, regula-se o acesso de casos de urgência ou emergência médicas para a unidade referenciada mais próxima com especialista de plantão dentro do rol de especialidades disponíveis para a regulação, e, meramente, para a avaliação e condução pelo especialista no âmbito do setor de urgência/emergência da unidade referenciada.** Em outras palavras, não é cabível solicitar senha de acesso às urgências/emergências em situações como:

- Necessidade apenas de exames complementares como, por exemplo, tomografias, imagens de ressonância magnética, arteriografias, entre outros, desconsiderando-se o contexto médico de urgência/emergência;
- Necessidade de realização de procedimentos como, por exemplo, acessos venosos centrais (cateteres), cistostomias, entre outros, desconsiderando-se o contexto médico de urgência/emergência;
- Necessidade de recursos materiais para o suporte ao paciente como, por exemplo, fontes de oxigênio, ventiladores mecânicos, além de falta de instrumental para casos cirúrgicos, material penso, antibióticos ou outras medicações, considerando-se ser a unidade solicitante uma unidade referência de urgência/emergência. Não cabe à Central de Regulação solucionar os problemas administrativos e organizacionais dessas unidades;
- Necessidade de espaço para o suporte ao paciente por motivos de superlotação, considerando-se ser a unidade solicitante uma unidade referência de urgência/emergência. Essa solicitação é indevida, pelo fato de que a Central de Regulação não regula espaço e sim acesso às grandes urgências e emergências, respeitando-se os critérios do processo regulatório, incluindo a distribuição equânime da demanda por atendimento de urgência/emergência entre as unidades referenciadas. O paciente que já se

encontra na unidade referência não poderá ser retransferido para outra unidade de mesmo perfil, por motivo de lotação, via Central de Regulação. Caso exista esta necessidade, as unidades de urgência/emergência podem pactuar este acesso (retransferência), sem a participação da Central de Regulação.

➤ Necessidade de atendimento de urgência/emergência em casos de pacientes internados em hospitais terciários, considerando-se que nestes hospitais há equipes de várias especialidades médicas, mesmo que estas equipes não estejam em regime de plantão, mas que podem ser acionadas para o atendimento ao paciente. Exceção se faz em situações cujo tempo para acionamento de equipes médicas e efetiva disponibilidade de atendimento ao paciente internado seja provavelmente maior que o tempo para transferência para outros hospitais nos quais há equipe médica especializada de plantão e, ainda, neste caso, o médico regulador deve ponderar, considerando que a transferência imediata pode não significar atendimento imediato por situações de superlotação nas outras unidades referenciadas.

5. As especialidades médicas disponíveis para solicitação de acesso às urgências/emergências através da Central de Regulação Hospitalar são: **clínica médica, pneumologia, infectologia, hematologia, queimados, cirurgia geral, cirurgia vascular, urologia, cirurgia pediátrica e de neonatos, traumatologia, ortopedia, pediatria/neonatologia, obstetrícia/ginecologia, neurocirurgia, neurologia, cardiologia, otorrinolaringologia, buco maxilofacial, oftalmologia.** Não há exceção a esta lista de especialidades, devendo a unidade solicitante contatar diretamente as unidades que dispõem de especialidades não contempladas através da Central de Regulação.

6. O acesso às urgências/emergências deve ser feito considerando-se o local mais próximo com especialista médico para a resolução do caso. Contudo, para os hospitais metropolitanos há o critério de regionalização que deve ser respeitado. O critério de regionalização estabelece grupo de municípios cujos pacientes devem ser direcionados para um ou outro hospital metropolitano mais próximo à residência do paciente e dentro de sua área de abrangência. Em virtude disso, cabe ao médico regulador sempre indagar o município de residência do paciente e direcioná-lo ao hospital metropolitano correspondente. Caso, por algum motivo, como, por exemplo, falta de informação sobre residência do paciente, demanda espontânea e critérios temporários de restrição, algum paciente seja direcionado para atendido em outro hospital através de senha de acesso, este fato não deve ser utilizado como justificativa para a retirada deste paciente através de nova senha para seu hospital metropolitano correspondente, evitando o deslocamento excessivo do paciente e o atraso no efetivo atendimento.

7. A recusa de atendimento ao paciente grave com senha gerada para acesso às urgências/emergências pelo médico especialista pode constituir-se em infração ética e criminal a ser analisada pelos órgãos competentes. Após o atendimento, o médico especialista pode concluir não existir gravidade médica que justifique a permanência do paciente na unidade referenciada. Neste caso, o médico

especialista pode, inclusive, liberar o paciente. Contudo, existindo recusa de atendimento, cabe ao médico regulador:

- Registrar o fato ocorrido no livro eletrônico de ocorrências médicas;
- Gerar nova senha de acesso a outra unidade referenciada de mesmo perfil, registrando

nesta senha a recusa ocorrida e a senha anterior. O protocolo de recusa consiste nos seguintes registros: a) nome do profissional médico que não admitiu o paciente encaminhado pela Central de Regulação em serviço referência de urgência/emergência e seu número de CRM; b) nova senha gerada para outro serviço referência mais próximo, registrando-se, nesta nova senha, a senha anterior onde houve a recusa de atendimento. Contudo, antes de ser gerada nova senha, sob os critérios do protocolo de recusa, cabe ao médico regulador tentar alertar o solicitante da validade da senha inicial (para o serviço no qual houve a recusa no atendimento) e colocar a possibilidade de nova tentativa de encaminhamento pelo médico solicitante;

- Comunicar à gestão da Central de Regulação para as providências cabíveis.

8. Caso, por motivo de força maior da unidade solicitante, não ocorra o encaminhamento do paciente às unidades de urgência/emergência na vigência do plantão médico que balizou a formulação da senha de acesso, nova senha deve ser gerada. Este fato decorre da modificação, a cada plantão, da escala dos médicos especialistas, assim como outras situações pontuais que ensejam restrições ao atendimento dos pacientes.

9. Os casos clínicos repassados pelos médicos solicitantes devem ser sempre questionados sobre a possibilidade de transferência para unidades conveniadas, respeitando o perfil do paciente e o perfil da unidade, evitando-se a superlotação das urgências/emergências.

2. PROCESSO REGULATÓRIO ÀS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) (ver Fluxograma e Critérios de admissão e alta em UTI em ANEXOS):

O processo regulatório às Unidades de Terapia Intensiva, ao contrário do que ocorre com pacientes graves no processo regulatório às unidades de urgência/emergência, realiza-se vinculando, obrigatoriamente, paciente ao leito de UTI disponível. Ou seja, o paciente só será encaminhado às unidades de UTI na existência da vaga/leito. Caso inexista vaga na ocasião da solicitação da senha de acesso às Unidades de Terapia Intensiva e exista condições médicas para o suporte do paciente com perfil de UTI na unidade de origem do paciente, o médico solicitante será orientado que, ao surgir a disponibilidade de leito, a unidade solicitante será avisada para a transferência do paciente. **Contudo, caso inexista vaga na ocasião**

da solicitação da senha de acesso às Unidades de Terapia Intensiva e inexistência de condições médicas para o suporte do paciente com perfil de UTI na unidade de origem do paciente, será gerada senha de acesso aos serviços de urgência/emergência médicas obedecendo aos critérios de avaliações espacial, qualitativa e quantitativa, além do critério de “vaga zero”, conforme ocorre no processo regulatório às unidades de urgência/emergência. Na senha de acesso aos serviços de urgência/emergência deve constar a senha de solicitação de leito de UTI e na senha de solicitação de UTI deve constar a senha de acesso aos serviços de urgência/emergência. Além disso, é aconselhável ao médico regulador orientar ligação prévia do médico solicitante para a unidade referenciada. Esta ligação deve ser considerada como postura ética adequada, pois permitirá que a unidade referenciada se prepare para a recepção do paciente. A ligação prévia não deve ser considerada pelo médico da unidade referenciada como situação passível de recusa de atendimento.

O sistema utilizado para a inserção dos dados clínicos do paciente que pleiteia um leito de UTI é distinto do sistema utilizado para acesso às unidades de urgência/emergência. Contudo, a sistemática de obtenção dos dados médicos é idêntica, ou seja, cabe ao médico regulador fazer perguntas objetivas e pertinentes ao caso relatado pelo médico solicitante, além de indagar sobre parâmetros vitais e hipótese (s) diagnóstica (s). Ao término dessas etapas, o médico regulador fará a classificação de gravidade do paciente e definição do tipo de leito requerido, como, por exemplo, leito pediátrico de UTI ou leito adulto de UTI .

A senha de solicitação de leito UTI não necessita de renovação. A senha é válida até que haja disponibilidade de leito. A busca por leitos de UTI é feita diuturnamente pela equipe da Central de Regulação até que o paciente esteja efetivamente internado.

3. PACIENTES CRÍTICOS

Os casos de pacientes graves com indicação clara de UTI podem ser regulados diretamente de uma unidade de menor porte para uma UTI, desde que o perfil do caso seja compatível com o perfil da UTI, mediante inclusão em lista e contato entre as unidades.

A UTI móvel é serviço terceirizado pela SES e à disposição da Central de Regulação para transferências entre hospitais exclusivamente de pacientes regulados para leitos de UTI.

A UTI aérea é serviço terceirizado pela SES e à disposição da Central de Regulação para pacientes críticos, não necessariamente vinculados à vaga de UTI. Os casos devem ser solicitados em formulário próprio preenchidos pelos médicos reguladores e só serão solicitados casos sem condições de transporte terrestre ou casos em que o tempo de transferência seja crítico para o paciente. Estes pacientes podem ser transferidos para unidades de urgência/emergência ou leitos de UTI. As remoções só poderão ser realizadas após autorização da Diretoria Geral de Fluxos Assistenciais (DGFA) ou substituto indicado pela mesma.

Perfil das UTIs adulto conveniadas

Unidade	Perfil	Restrições
CASA DE SAÚDE MARIA LUCINDA	Clínica Médica Nefrologia, cardiologia clínica sem intervenção Neurologia (AVEI confirmado e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos) DIP Traumato ortopedia	Paciente com indicação neurocirúrgica Casos de vascular Casos com indicação de cirurgia geral
HOSPITAL SANTO AMARO	Clínica Médica Vascular Neurologia (AVEI confirmado e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos) Nefrologia Cardiologia sem indicação de intervenção Tem isolamento Traumato ortopedia	Cirurgia geral Neurocirurgia Procedimentos cardiológicos
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	Clínica Médica Nefrologia Cardiologia sem indicação de intervenção Neurologia (AVEI confirmado e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos) Tem isolamento Traumato-ortopedia	Cardiologia com indicação de intervenção ou diagnóstico Neurocirurgia
HOSPITAL NOSSA SENHORA DO Ó	Clínica Médica Tem hemodinâmica Neurológico-encaminhar com TAC crânio Cardiologia não cirúrgica	Cirurgia cardíaca Neurocirurgia
HOSPITAL MARIA VITÓRIA	Clínica Médica em geral (quadros infecciosos, TEP, TVP e cardiopatas) Neurologia (AVEI confirmado e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos) Vascular (casos de média complexidade -	Neurocirurgia Cardiologia intervencionista Traumato-ortopedia Vascular de alta complexidade

	escaras, pé diabético e TVP)	Hemodiálise
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE LIMOEIRO	Clínica Médica Cirurgia geral (exceto casos de urgência cirúrgica) Traumato ortopedia de média complexidade Neurologia (AVEI confirmado e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos)	Politraumatismo, casos com indicação de procedimentos hemodinâmicos e vascular, pacientes com indicação de neurocirurgia.
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR. SÍLVIO MAGALHÃES	Clínica Médica Neurologia (AVEI e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos) Ortopedia e cirurgia geral de média complexidade	Restrições Hemodiálise Neurocirurgia Cardiologia intervencionista ou diagnóstica
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE SANTA ROSA	Clínica Médica Neurologia (AVEI e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos) Hemodiálise	Restrições Neurocirurgia Cardiologia intervencionista ou diagnóstica
HOSPITAL JESUS PEQUENINO	Clínica Médica Nefrologia Traumato - ortopedia Tem isolamento Neurologia (AVEI e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos)	Cardiologia intervencionista ou diagnóstica Neurocirurgia
CASA DE SAÚDE PERPETUO SOCORRO	Recebe todo tipo de paciente, exceto neurocirúrgicos	Restrito apenas para casos com indicação neurocirúrgica
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE	Clínica Médica Neurologia (AVEI confirmado e AVEH não cirúrgico, além de casos de neurologia clínica definidos)	Casos com indicação de neurocirurgia Hemodiálise

Perfil das UTIs neonatal e pediátrica conveniadas

CASA DE SAÚDE MARIA LUCINDA	Atende caso de neonatologia e pediatria em geral. Limite de idade: 14 anos incompletos	Paciente com indicação de cirurgia cardíaca, pacientes com quadros neurológicos e
------------------------------------	--	---

		renais
HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	Atende casos de neonatologia clínica em geral	Paciente com indicação de cirurgia geral ou cardíaca, pacientes com quadros neurológicos e renais
HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES DR SÍLVIO MAGALHÃES	Atende casos de neonatologia e pediatria clínica. Limite de idade: 14 anos incompletos	Paciente com indicação cirúrgica, nefropatia e cardiopatas graves

4. PROCESSO REGULATÓRIO AOS LEITOS DE HOSPITAIS CONVENIADOS

A rede de hospitais conveniados é, basicamente, composta por hospitais de menor porte, mas em condições de receber pacientes para internamentos que não estejam em situação de urgência ou emergência médicas e com diagnóstico já definido. Nestes hospitais, é frequente não existir suporte para pacientes graves e nem subsídios sofisticados para investigação médica (**ver perfil hospitais conveniados em ANEXOS**).

Os leitos disponíveis nesses hospitais podem ser utilizados nas seguintes circunstâncias:

- Pacientes inicialmente atendidos em urgências/emergências e que já se encontram estabilizados do ponto de vista médico e com os exames diagnósticos já realizados;
- Pacientes inicialmente atendidos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que não necessitam de intervenção médica de urgência e com os exames médicos já realizados. Como exemplo, pacientes com fraturas fechadas e estáveis confirmadas por exames de imagens cujo procedimento cirúrgico pode ser programado;
- Pacientes inicialmente atendidos em outras unidades de saúde e que já se encontram estabilizados do ponto de vista médico e com os exames diagnósticos já realizados. Como exemplo, pacientes atendidos por médico generalista em unidades mistas ou policlínicas com infecção respiratória ou urinária de menor gravidade, estabilizados e com exames bioquímicos e radiológicos realizados.

O sistema utilizado para a inserção dos dados clínicos do paciente que pleiteia um leito em hospital conveniado é distinto do sistema utilizado para acesso às unidades de urgência/emergência. Contudo, a sistemática de obtenção dos dados médicos é idêntica, ou seja, cabe ao médico regulador fazer perguntas objetivas e pertinentes ao caso relatado pelo médico solicitante, além de indagar sobre parâmetros vitais e hipótese (s) diagnóstica (s). Ao término dessas etapas, o médico regulador fará a definição do tipo de leito requerido, como, por exemplo, leito pediátrico ou leito clínico.

- **CENTRAL DE REGULAÇÃO INTERESTADUAL DE LEITOS PERNAMBUCO-BAHIA (CRIL)**

A Central de Regulação Interestadual de Leitos Pernambuco-Bahia (CRIL) foi criada com o intuito de possibilitar acesso às urgências e emergências mais próximas ao paciente quando a unidade referência no estado de Pernambuco está geograficamente distante, e existe referência médica de mesmo perfil mais próxima localizada no estado da Bahia. A mesma situação é válida para pacientes residentes no estado da Bahia, cuja necessidade de atendimento de urgência com médico especialista será mais rapidamente feita em unidade referência localizada no estado de Pernambuco. Os critérios que prevalecem nestas regulações são:

- Menor distância entre a unidade solicitante e a unidade referenciada, esteja esta unidade referenciada no estado da Bahia ou em Pernambuco;
- Presença de médico especialista.

A solicitação de acessos às urgências e emergências, observando-se os critérios acima descritos, deverá ser feita entre os médicos reguladores da Central de Regulação Interestadual de Leitos Pernambuco-Bahia (CRIL) e a Central de Regulação de Pernambuco.

Além dos casos médicos de urgência/emergência, há possibilidade de solicitação de internamentos em leitos de UTI e em hospitais conveniados dos dois estados, observando-se os critérios vinculados a estas outras duas situações.

➤ **SOLICITAÇÃO DE TÁXI AÉREO**

A solicitação de transporte aéreo de pacientes para atendimento de urgência/emergência deve levar em consideração a distância da unidade solicitante à unidade referenciada e a dificuldade de transporte terrestre de pacientes graves, cujo fator tempo é imprescindível para uma menor taxa de morbimortalidade. É, portanto, indicação exclusiva médica. Cabe ao médico regulador entrar em contato com o médico especialista, deixando-o ciente dos pormenores do caso e registrando esse contato na senha gerada e em protocolo específico para solicitação de táxi-aéreo. As remoções só poderão ser realizadas após autorização da Diretoria Geral de Fluxos Assistenciais (DGFA) ou substituto indicado pela mesma.

➤ **SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE**

A ambulância (UTI móvel) à disposição da Central de Regulação é utilizada apenas para transferências de pacientes das unidades médicas da capital e região metropolitana para leitos de UTI. Cabe ao médico solicitante entrar em contato com o médico uteísta, deixando-o ciente dos pormenores do caso. Assim como na solicitação de táxi-aéreo, há protocolo específico para solicitação de transporte terrestre.

REGIONALIZAÇÃO

Os hospitais metropolitanos Dom Hélder e Miguel Arraes atendem pacientes oriundos de municípios específicos. No caso do hospital Dom Hélder, os municípios atendidos são: **Barreiros, Escada, Jaboatão dos Guararapes, Primavera, São José da Coroa Grande, Tamandaré, Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Palmares, Rio Formoso e Sirinhaém**. Os municípios atendidos pelo hospital Miguel Arraes são: **Abreu e Lima, Araçoiaba, Condado, Goiana, Igarassu, Itamaracá, Itambé, Itaquitinga, Itapissuma, Paulista e Olinda**. Em se tratando de regionalização, não há exceção para outros municípios não inclusos nessas listagens. Os hospitais metropolitanos não atendem pacientes pediátricos. Os pacientes encaminhados para esses hospitais devem ter 14 anos ou mais.

➤ **CRITÉRIO VAGA ZERO**

Esta é uma situação difícil, onde o médico regulador identifica caso grave com risco iminente de morte e cujo atendimento em unidade referência **por** médico especialista deve ser realizado o mais breve possível, mesmo em situações de escassez de recursos para o suporte ao paciente, como, por exemplo, falta de fontes de oxigênio ou ventiladores mecânicos e em situações de superlotação. Neste caso, de acordo com a Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde, o médico regulador deve garantir o acesso ao paciente grave, seja este paciente de emergência ou com perfil de UTI (no caso de inexistência de leito de UTI naquele momento), não aceitando a inexistência de recursos para o adequado suporte ao paciente e a inexistência de espaço físico como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção às urgências/emergências. Considerando-se caso clínico compatível com enquadramento em sistema de leitos de UTI e ausência de vaga disponível na ocasião da solicitação, assim como ausência de mínimas condições de permanência na unidade solicitante até o surgimento do leito de UTI, deve-se considerar o critério “vaga zero” ou “vaga sempre” e encaminhar para a unidade referência mais próxima com disponibilidade de especialista. As unidades de referências não podem alegar a inexistência de espaço para recusar o acolhimento de pacientes encaminhados ao serviço pelo médico regulador.

Em Notificação do MPPE, 34º PJS, nº 014/2015 (**ver ANEXOS**) a cerca de senha de acesso de pacientes neurológicos e cardiológicos às unidades referenciadas, há menção expressa de que unidades médicas terciárias especializadas de urgência e emergência (HR, HGV, HOF, HAM, HDH, HMA, HPS, PROCAPE e HRA) não devem obstar o recebimento de usuários do SUS em virtude de situações como, por exemplo, falta de fonte de oxigênio. **Esta notificação reforça que a senha de acesso, confirmada a urgência ou emergência do caso, deve ser gerada mesmo em situações de superlotação e falta de insumos, contanto que sejam seguidos os critérios regulatórios básicos (menor distância, especialista de plantão e distribuição equânime dos casos).**

PARTE III: REFERÊNCIAS

➤ REFERÊNCIAS

As especialidades médicas disponíveis para solicitação de acesso às urgências/emergências através da Central de Regulação são: **clínica médica, pneumologia, infectologia, hematologia, queimados, cirurgia geral, cirurgia vascular, urologia, cirurgia pediátrica e de neonatos, traumatologia ortopedia, pediatria/neonatologia, obstetrícia/ginecologia, neurocirurgia, neurologia, cardiologia, otorrinolaringologia, buco maxilofacial e oftalmologia.** Não há exceção a esta lista de especialidades.

1. Clínica médica, pneumologia, infectologia e queimados:

➤ Clínica médica:

➤ Interior: Hospital Agamenon Magalhães (Serra Talhada), Hospital João Murilo (Vitória), Hospital Fernando Salsa (Limoeiro), Hospital Regional de Palmares, Hospital Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns), Hospital Regional Rui de Barros (Arcoverde), Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira), Hospital Belarmino Correia (Goiana), Hospital Regional do Agreste (apenas pacientes com disfunção renal) e Hospital Mestre Vitalino (Caruaru).

➤ Capital e região metropolitana: HGV, HAM e HOF (apenas casos de pneumologia e hemorragia digestiva).

➤ Região metropolitana (áreas de abrangência/hospitais metropolitanos): HMA e HDH.

○ Pneumologia: HOF;

○ Infectologia: Hospital Correia Picanço e Hospital Oswaldo Cruz;

○ Hematologia: HEMOPE;

○ Queimados: HR;

○ Hemorragia digestiva:

➤ Interior: HRA;

➤ Capital e região metropolitana: HR, HOF e HMA.

○ Corpo estranho vias aéreas/asfixia: HR.

Os casos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar devem ser tratados nas unidades básicas de saúde, pois o tratamento é ambulatorial. O Hospital Otávio de Freitas é referência em pneumologia para os

casos mais graves em que o paciente necessite suporte mais avançado ou apresente intercorrências compatíveis com urgência/emergência.

Os Hospitais Correia Picanço (casos clínicos de meningite e SIDA) e Oswaldo Cruz (casos clínicos de difteria, tétano, raiva humana e leptospirose) funcionam como serviços de referência para doenças infecto parasitárias para avaliações de pacientes não instáveis hemodinamicamente, em virtude da indisponibilidade de suporte avançado em suas urgências.

Pacientes hematológicos com sintomatologia aguda e estáveis hemodinamicamente podem ser encaminhados ao HEMOPE para avaliação especializada. Contudo, há restrição de horário de encaminhamentos que, obrigatoriamente, deve ser de 07:00 às 16:00 horas, em virtude da disponibilidade de funcionamento do laboratório do HEMOPE para os pacientes externos.

Casos agudos de queimaduras em adultos e crianças devem ser encaminhados para o Hospital da Restauração.

O Hospital da Restauração (HR) é referência 24 horas em hemorragia digestiva e corpo estranho vias aéreas/asfixia, devendo o paciente ser encaminhado, preferencialmente, após estabilização clínica (acesso venoso, hidratação, passagem de SNG e exames laboratoriais). O Hospital Otávio de Freitas tem serviço atende hemorragia digestiva na emergência de 2ª a 6ª feira das 07 às 19 horas.

O Hospital Metropolitano Norte (Hospital Miguel Arraes) tem serviço de plantão diurno para casos de hemorragia digestiva, sendo referência na sua respectiva região (Abre e Lima, Araçoiaba, Condado, Goiana, Igarassu, Itamaracá, Itambé, Itaquitanga, Itapissuma, Paulista e Olinda). Os casos de hemorragia digestiva cujo paciente encontre-se no interior do estado devem ser direcionados ao HRA, caso exista especialista de plantão na ocasião da solicitação.

Hospital Getúlio Vargas (HGV), Hospital das Clínicas (HC), Hospital Dom Helder (HDH) e Hospital Oswaldo Cruz (HUOC) têm serviço de endoscopia ambulatorial no horário comercial e realizam procedimentos dos pacientes internados no próprio hospital.

Não devem ser feitos encaminhamentos eletivos de endoscopia digestiva como, por exemplo, nos casos de gastrite e passagem de SNE.

Avaliação nefrológica e hemodiálise de urgência são realizadas nos seguintes hospitais: HR, HGV, HAM, HOF, HRA, HVM e Hospitais Metropolitanos.

Pacientes moradores das regiões abrangidas pelos Hospitais Metropolitanos Miguel Arraes e Dom Helder, só deverão ser regulados para outras unidades se houver concomitância de lesões cujas especialidades para adequada avaliação e condução não se encontram no rol de especialidades disponíveis nas suas urgências.

O serviço de clínica médica do Hospital da Restauração não é referência em intoxicações. Nas situações de picadas de animais peçonhentos, além de casos de intoxicação, cabe ao médico regulador orientar ao médico solicitante ligação para o CEATOX – 08007226001. Cabe ao CEATOX a orientação de quais procedimentos iniciais devem ser feitos e qual unidade encaminhar. O encaminhamento para unidade

referenciada pelo CEATOX, considerando ser o caso clínico compatível com urgência/emergência, será feito através de senha de acesso pela Central de Regulação. Caso necessite de UTI, após estabilização na referência mencionada pelo CEATOX, cabe gerar senha de UTI.

Figura 1: Fluxograma de clínica médica.

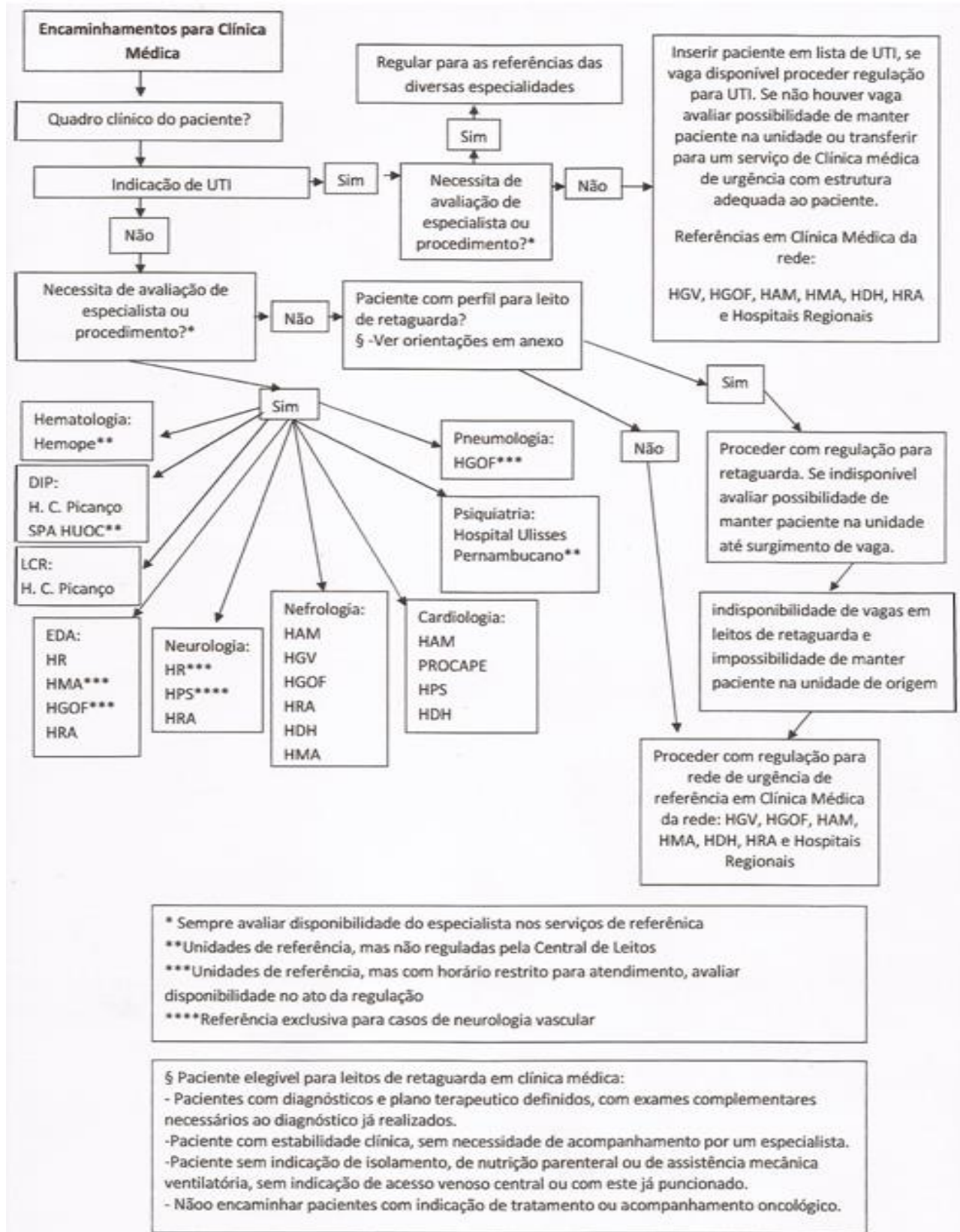


Figura 2: Perfil infectologia Hospital Correia Picanço.

PERFIL DO PACIENTE

Paciente jovem na faixa etária de 18 a 50 anos com AIDS e coinfeções associadas, conforme listados abaixo:

- Infecção do aparelho respiratório (Tuberculose, Pneumonia por P. carini, infecções fúngicas, entre outras);
- Infecções do aparelho digestivo: diarreias prolongadas por protozoários, fungos, bactérias;
- Infecções do Sistema Nervoso Central: Neurotoxoplasmose, Neuroinfecções por fungos, vírus e/ ou bactérias.
- Infecções disseminadas: Leucoses, Sarcoma de Kaposi, Desnutrição, anemias severas, distúrbios hidroeletrólíticos, Tuberculose disseminada, entre outros.

2. Cirurgia geral, cirurgia vascular, urologia, cirurgia pediátrica e de neonatos

➤ Cirurgia geral:

➤ Interior: Hospital Agamenon Magalhães (Serra Talhada), Hospital João Murilo (Vitória), Hospital Fernando Salsa (Limoeiro), Hospital Regional de Palmares, Hospital Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns), Hospital Regional Rui de Barros (Arcoverde), Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira), Hospital Belarmino Correia (Goiana), Hospital Regional do Agreste (apenas situações cirúrgicas relacionadas ao trauma) e Hospital Mestre Vitalino (Caruaru).

➤ Capital e região metropolitana: HGV, HOF e HR (politraumatismo).

➤ Região metropolitana (áreas de abrangência/hospitais metropolitanos): HMA e HDH.

➤ Cirurgia vascular:

➤ Interior: HRA.

➤ Capital e região metropolitana: HR e HGV.

➤ Urologia (ver protocolo em ANEXOS): HOF.

➤ Cirurgia pediátrica: HR.

➤ Cirurgia de neonatos: IMIP.

Pacientes moradores das regiões abrangidas pelos Hospitais Metropolitanos Miguel Arraes e Dom Hélder só deverão ser regulados para outras unidades se houver concomitância de lesões cujas

especialidades para adequada avaliação e condução não se encontram no rol de especialidades disponíveis nestes hospitais metropolitanos, além de situações onde há restrições pontuais destes hospitais determinadas pelo gestor da Central de Regulação, considerando-se o contexto da rede de assistência.

O serviço de cirurgia geral do Hospital Dom Helder é exclusivo para casos de trauma em abdome e/ou tórax, não devendo ser encaminhados casos de abdome agudo inflamatório ou obstrutivo. Estes casos, se regulados para o Hospital Dom Helder, terão que ser retransferidos para outras unidades.

O serviço de cirurgia do Hospital da Restauração também é referência em trauma, mas, especificamente, em casos de múltiplas lesões e necessidade de várias especialidades da área cirúrgica.

O Hospital Otávio de Freitas é referência em urologia, portanto os casos contemplados no protocolo de urologia (ANEXOS) devem ser encaminhados para esta unidade. Em situações que o HOF estiver sem urologista no plantão, os casos que estiverem em unidades que dispõem de cirurgiões gerais de plantão devem permanecer nestas unidades. Contudo, as unidades que não dispõem de cirurgião devem ter os casos urológicos encaminhados para a HOF, ou, na inexistência de urologista de plantão no HOF, para hospitais onde existam cirurgiões de plantão, inclusive, o próprio HOF, contudo, nesta circunstância, para a especialidade cirurgia geral do HOF.

Os pacientes que já se encontrem em unidades com suporte de cirurgia geral e nefrologia, e que precisem de parecer urológico, só devem ser encaminhados ao HOF nos dias com plantonistas de urologia e com comunicação ao solicitante que o paciente poderá retornar após avaliação do especialista.

As referências em cirurgia vascular são HR, HGV e Hospital Regional do Agreste (HRA), todos com perfil similar. A referência para casos de trombose venosa profunda é o HGV (capital e região metropolitana).

O Real Hospital Português é retaguarda do HR e HGV para pacientes portadores de trombose venosa profunda (TVP) e isquemia crítica, exclusivamente. O Hospital Nossa Senhora de Lourdes também é retaguarda para o HR e HGV, apenas para os casos de TVP.

Os casos de pé diabético, que não estejam instáveis hemodinamicamente, devem ser regulados para unidades de retaguarda em cirurgia vascular.

Os casos do interior do estado devem ser encaminhados para o HRA, sempre avaliando disponibilidade de profissional vascular no plantão.

O IMIP e o Hospital Barão de Lucena têm equipes de cirurgia pediátrica para o atendimento de sua demanda espontânea e interna.

Pacientes cirúrgicos neonatos (0 a 29 dias de vida) devem, obrigatoriamente, ser encaminhados ao IMIP.

Figura 3: Fluxograma de cirurgia geral.

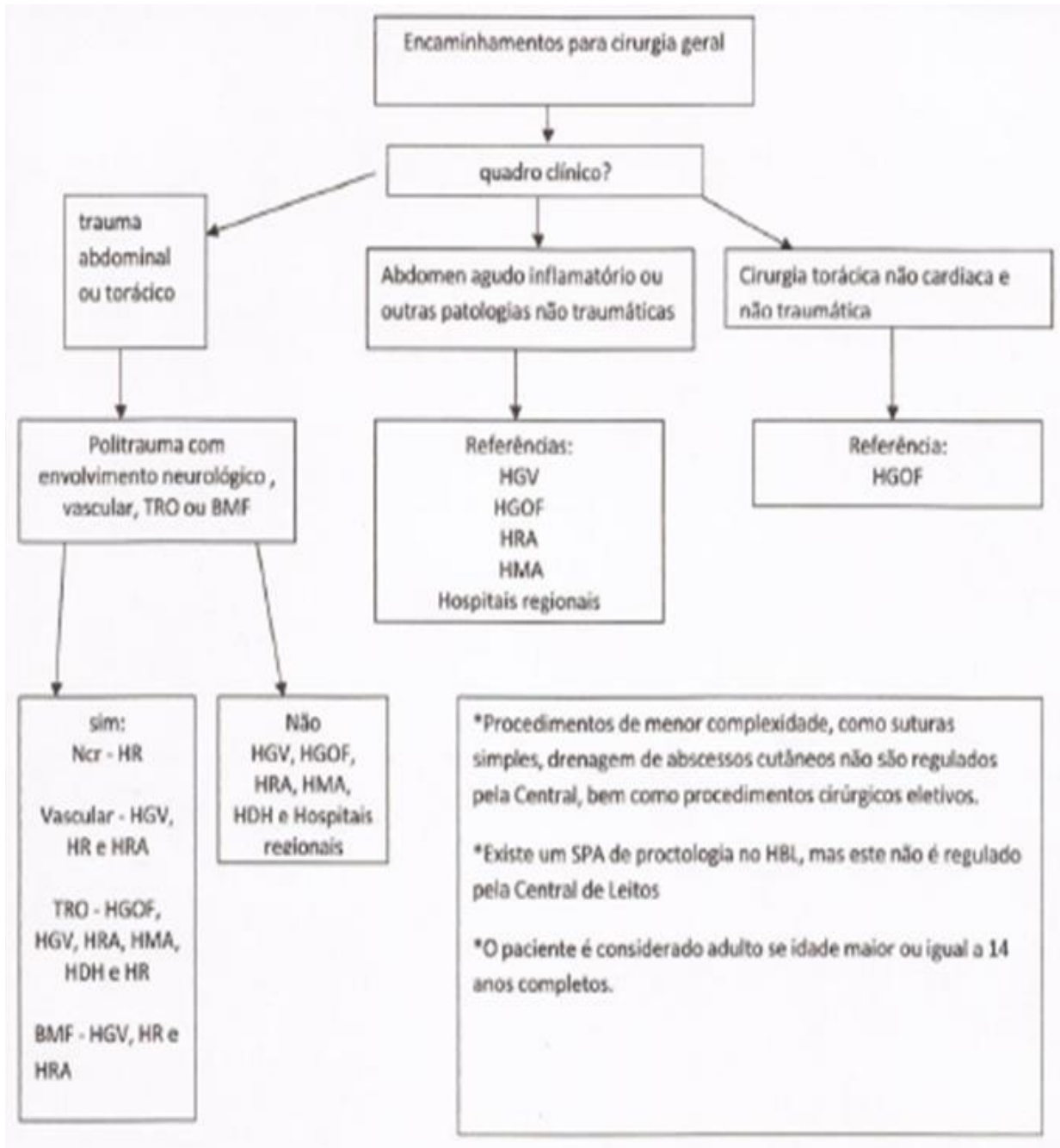
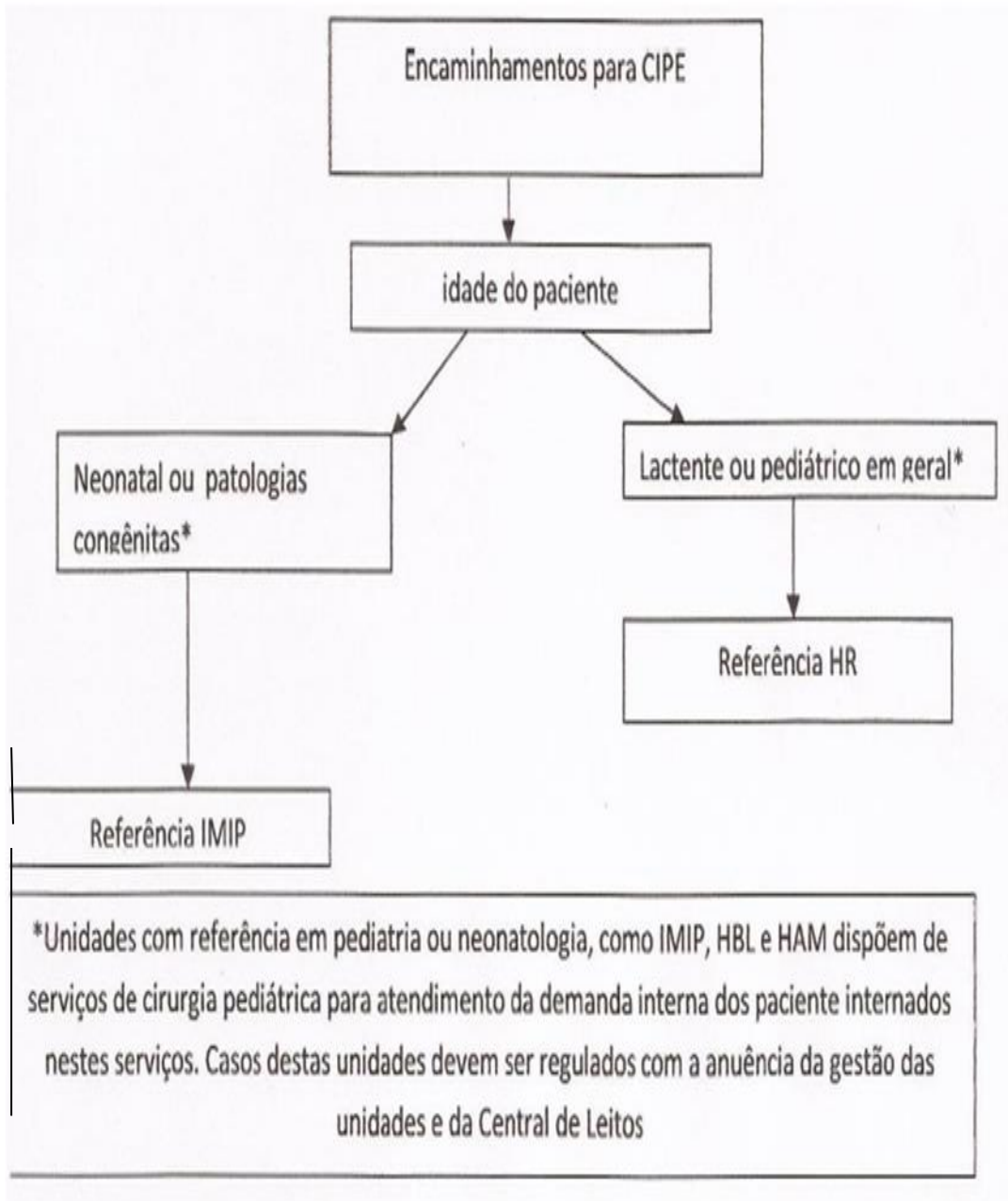


Figura 4: Fluxograma de cirurgia pediátrica (CIPE).



3. Traumato ortopedia (ver protocolos em ANEXOS)

➤ Interior: Hospital Agamenon Magalhães (Serra Talhada), Hospital João Murilo (Vitória), Hospital Fernando Salsa (Limoeiro), Hospital Regional de Palmares, Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns), Hospital Regional Rui de Barros (Arcoverde), Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira), Hospital Belarmino Correia (Goiana) e Hospital Regional do Agreste.

- Região metropolitana (áreas de abrangência/hospitais metropolitanos): HMA e HDH
- Capital e região metropolitana:
 - **Traumato ortopedia geral/adulto:** HGV e HOF;

- Traumato ortopedia geral/criança: HGV e HOF
- **Traumato ortopedia geral com necessidade avaliação concomitante da cirurgia vascular:** HGV e HR;
- **Traumato ortopedia especializada em coluna vertebral:** HR.
- **Traumato ortopedia para reimplantes mão/quirodáctilos:** HGV.

Evitar a transferência de pacientes com fraturas fechadas que não necessitem de procedimento de urgência imediato e que se encontrem em serviço de referência, com a justificativa de equipe incompleta no plantão vigente, mas em condições de operar o paciente em outro momento.

Pacientes moradores das regiões abrangidas pelos Hospitais Metropolitanos Miguel Arraes e Dom Hélder só deverão ser regulados para outras unidades se houver concomitância de lesões cujas especialidades para adequada avaliação e condução não se encontram no rol de especialidades disponíveis nestes hospitais metropolitanos, além de situações onde há restrições pontuais destes hospitais determinadas pelo gestor da Central de Regulação, considerando-se o contexto da rede de assistência.

O HR deve ser referência para traumato ortopedia concomitante com politraumatismo complexo como, por exemplo, necessidade de avaliação de múltiplas especialidades (cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia, oftalmologia e buco maxilofacial). O HR também é referência para casos relacionados com lesões em coluna vertebral, preferencialmente as lesões sintomáticas (déficits neurológicos). Este perfil é válido para adultos e crianças. Exceção se faz em casos de traumato ortopedia pediátrica em pacientes com idade inferior a três meses de idade, mesmo que inexistam lesões concomitantes (politraumatismo). Nestes casos, crianças com idade inferior a três meses de idade, mesmo não existindo politraumatismo, a referência é o HR.

Fraturas fechadas e expostas sem politraumatismo complexo em crianças, a referência é o HOF (crianças acima de três meses de vida). O encaminhamento de traumato ortopedia infantil para o HGV deve observar, rigorosamente, alguns critérios, como: a) fraturas fechadas sem a necessidade de avaliação pelo plantão da urgência (casos encaminhados diretamente para leitos de enfermaria); b) possibilidade de correção cirúrgica programada, c) tempo de evolução de fratura de até 48 horas e d) disponibilidade de vagas ofertadas.

4. Pediatria/neonatologia

➤ Interior: Hospital Agamenon Magalhães (Serra Talhada), Hospital João Murilo (Vitória), Hospital Fernando Salsa (Limoeiro), Hospital Regional de Palmares, Hospital Ermírio Coutinho (Nazaré da Mata), Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns), Hospital Regional Rui de Barros (Arcoverde), Hospital

Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira), Hospital Belarmino Correia (Goiana) e Hospital Mestre Vitalino (Caruaru).

- Capital e região metropolitana:
 - **Pediatria clínica de alta complexidade:** IMIP e HBL;
 - **Neonatologia clínica alta complexidade:** IMIP e HBL;
 - **Pediatria clínica de baixa/média complexidade:** Hospital Geral de Areias, Hospital Helena Moura e Hospital Geral de Jaboatão;
 - **Neonatologia clínica de baixa/média complexidade:** Hospital Geral de Areias, Hospital Helena Moura e Hospital Geral de Jaboatão.

A pediatria do Hospital da Restauração não é referência para casos de pediatria clínica. O HOF é referência para casos de traumatologia ortopédica pediátrica. O HMV é referência para pediatria clínica, mas não para neonatologia clínica.

Em situações nas quais há necessidade de avaliação de recém-nascido, este pode ser regulado para unidades que tenham pediatras ou neonatologistas de plantão, como, por exemplo, uma maternidade ou hospital regional, para avaliação/estabilização e, caso necessário, posterior encaminhamento para centro de referência. Os casos que envolvem transferência de recém-nascido com maior complexidade/gravidade clínica devem ser encaminhados para unidades como o IMIP e HBL.

Em situações, de exceção, nas quais há piora do quadro clínico inicial e cuja condução adequada é imprescindível ser realizada em urgência/emergência de maior complexidade com recursos necessários ao eficiente suporte do paciente pediátrico, é possível gerar senha de acesso de unidade pediátrica de urgência/emergência de baixa complexidade para unidade pediátrica de urgência/emergência pediátrica de alta complexidade.

Perfil de pacientes cujos diagnósticos podem ser encaminhados para serviços de baixa/média complexidade (urgência/sistema RegMed ou internação eletiva/sistema MV)

Artrite
Abscesso Retrofaríngeo/ Periamigdaliano
Asma leve e moderada
Bronquiolite
Cólera
Convulsão febril
Celulite
Coréia Aguda s/ comprometimento Cardíaco
Cólica Nefrética
Crise Hipertensiva
Dengue Clássica
Desidratação Aguda/sem distúrbio hidroeletrólítico e ou metabólico

Desidratação Aguda com distúrbio hidroeletrólítico e ou metabólico
Desnutrição Protéico Calórica 1º e 2º Graus
Kwashiorkor
Marasmo
Kwashiorkor marasmático
Doença Reumática sem Cardite
Enteroinfecção
Enteroinfecções em Lactente
Encefalopatia Hipertensiva
Epilepsia/ Crise Convulsiva Febril
Estafilococcia
Estreptococcia
Gastrite/ Duodenite
Intoxicação Alimentar
Insuficiência Cardíaca
Laringotraqueobronquite
Meningite Viral
Otite/ Mastoidite
Outras Afecções do RN: Onfalite, Conjuntivites, Impetigo Bolhoso
Pneumonias sem uso de O ₂ p/ e SatO ₂ =.>de 95%.
Púrpura Trombocitopênica
Pneumonias do Lactente
Pielonefrite/ ITU
Septicemia
Sífilis Congênita
Síndrome Disabsortiva
Síndrome Nefrótica
Síndrome Nefrítica/ GNDA

Casos pediátricos que envolvam a necessidade de outras especialidades, sempre no enquadramento de urgência ou emergência, devem ser encaminhados para as referências especificadas abaixo:

Especialidades requeridas	Hospital
NCR	HR
TO	HGV (na existência de vaga em enfermaria e casos estáveis de fraturas fechadas), HOF e demais regionais (exceto HRA)
VASCULAR	HR
BMF	HR

CIPE	HR
CIPE NEONATOLOGIA	IMIP
QUEIMADOS	HR
ABUSO SEXUAL	IMIP
DIP	HUOC
NEUROLOGIA CLÍNICA	HR e HMV

5. Obstetrícia/ginecologia

➤ Interior (apenas obstetrícia): Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães (Serra Talhada), Hospital Regional Fernando Salsa (Limoeiro), Hospital Regional De Palmares Dr Silvio Magalhaes, Hospital Regional Dom Moura (Garanhuns), Hospital Regional Rui de Barros Correia (Arcoverde), Hospital Regional Emília Câmara (Afogados da Ingazeira) e Hospital Belarmino Correia (Goiana).

- **Obstetrícia médio risco:** Hospital Jesus Nazareno;
- **Obstetrícia alto risco fetal:** Hospital João Murilo.

- Capital e região metropolitana:
 - **Obstetrícia de baixo risco:** maternidades de baixo risco;
 - **Obstetrícia de alto risco materno-fetal:** IMIP, HBL, HC, CISAM e HAM;
 - **Ginecologia:** IMIP, HBL, CISAM e HAM.

Os casos que envolvem transferência de gestantes devem ser precedidos da definição do risco obstétrico e neonatal.

Classificação do risco obstétrico com as alterações recomendadas pela Câmara Técnica do CREMEPE (ofício nº 2578/08 da Secretaria do Estado de Pernambuco).

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuridade \leq 34 semanas 2. Doenças hipertensivas <ol style="list-style-type: none"> a. Pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia b. HELLP síndrome c. HAS com TAD \geq 110 mmHg 3. Diabetes em uso de insulina ou com descompensação glicêmica 4. Síndromes hemorrágicas: DPPNI, placenta prévia, ruptura
--	--

<p>GESTANTE DE ALTO RISCO</p>	<p>uterina</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Má-formação fetal grave ou que necessitem de procedimentos cirúrgicos imediatos 6. Doença materna 7. Cardiopatia, câncer, nefropatia, coagulopatia, doença pulmonar obstrutiva crônica, epilepsia descontrolada, infecções (exceto infecção do trato urinário baixo) 8. Trombofilia e síndrome antifosfolípide 9. Antecedente de 2 (dois) ou mais natimortos 10. Isoimunização RH 11. Corioamnionite 12. Restrição de crescimento intrauterino com doppler colorido alterado 13. Obesa mórbida 14. Doença trofoblástica gestacional
<p>GESTANTE DE MÉDIO RISCO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuridade acima de 34 semanas 2. Pré-eclâmpsia leve 3. HAS com TAD < 110 mmHg 4. Diabetes sem uso de insulina ou compensada 5. Iteratividade 6. Desproporção céfalo-pélvica ou vício pélvico 7. Apresentações anômalas 8. Polidrâmnio 9. Oligodrâmnio 10. Gemelaridade 11. Ruptura prematura das membranas sem coriomnionite 12. Usuária de droga ilícita 13. Infecções crônicas compensadas (hepatite, tuberculose, hanseníase, HIV) 14. Pós-datismo 15. Hiperêmese 16. Prenhez ectópica 17. Sofrimento fetal agudo 18. Malformações fetais leves ou que não necessitem de intervenção cirúrgica imediata

Gestantes de risco habitual (baixo risco) só devem ser transferidos de uma unidade de baixo risco para outra maternidade de baixo risco quando existir equipe incompleta que impossibilite a realização do parto. Por equipe completa, entende-se um quantitativo mínimo de 2 obstetras, 1 pediatra e 1 anestesista. Equipe com pelo menos 1 obstetra e 1 anestesista terá condições de receber demanda de encaminhamentos que não estejam relacionados à condução do trabalho de parto.

O Hospital João Murilo é referência exclusiva para casos de alto risco fetal, devendo ser respeitado o quantitativo de leitos disponibilizados diariamente. Dispõe de UTI neonatal, mas não possui UTI obstétrica.

Perfil da Maternidade João Murilo

Unidade	Perfil	Restrição
Hospital João Murilo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-eclâmpsia leve 2. Hipertensão arterial sistêmica crônica 3. Hipertensão gestacional 4. Hipertensão 5. Diabetes gestacional 6. Macrosomia fetal 7. Iteratividade 8. Trabalho de Parto Prematuro (a partir de 24 semanas) 9. Pacientes soropositivas 	Por não possuir UTI para a gestante, evitar casos de eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave, gestante com quadro de choque, sepsse entre outros casos.

Os casos de ginecologia, inclusive os oncológicos, deverão ser encaminhados para maternidades de alto risco apenas em situação de urgência ou emergência e em sistema de rodízio com preferência de regulação para aquelas maternidades com alguma restrição de casos obstétricos.

Considerando-se casos médicos onde coexista gestação e urgência/emergência cirúrgica e, considerando-se a inexistência atual de unidade referenciada com perfil de obstétrica e de cirurgia geral, a senha gerada deve direcionar a gestante para unidade referenciada com equipe de cirurgia geral completa de plantão.

Em situação na qual há caso de urgência/emergência clínica envolvendo pacientes gestantes, o médico regulador deve avaliar o caso e, em princípio, gerar senha de acesso às unidades obstétricas de Alto

Risco, como, por exemplo, em caso de gestante com pielonefrite. Esta deverá ser encaminhada para referências de Alto Risco (IMIP, HBL, HC, CISAM ou HAM).

6. Neurocirurgia

- Neurocirurgia de urgência ou emergência: HR.

O Hospital Pelópidas da Silveira não tem serviço de urgência/emergência em neurocirurgia (pronto atendimento). Portanto, não devem ser encaminhados casos definidos como neurocirúrgicos para este hospital.

Figura 5: Fluxograma TCE.

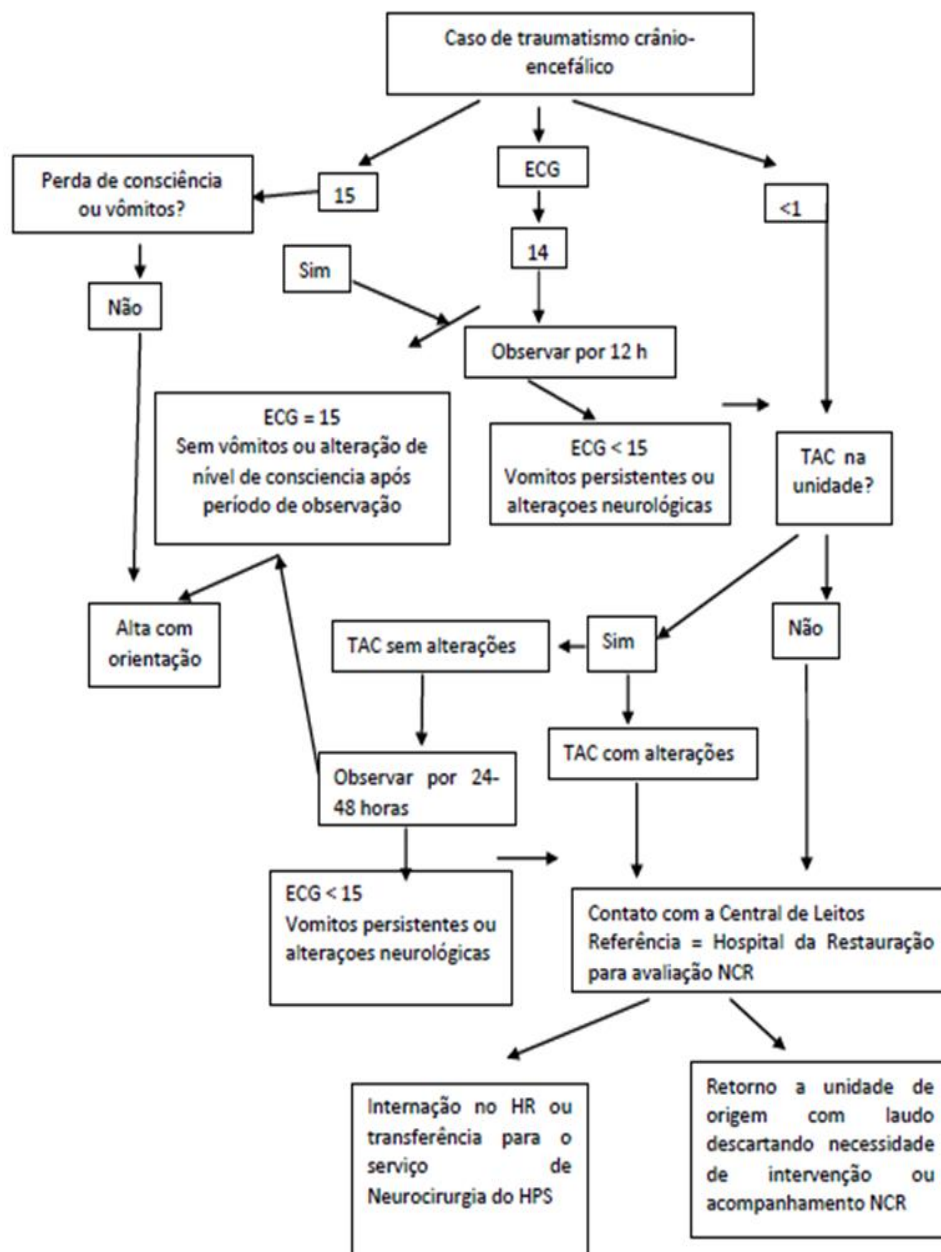
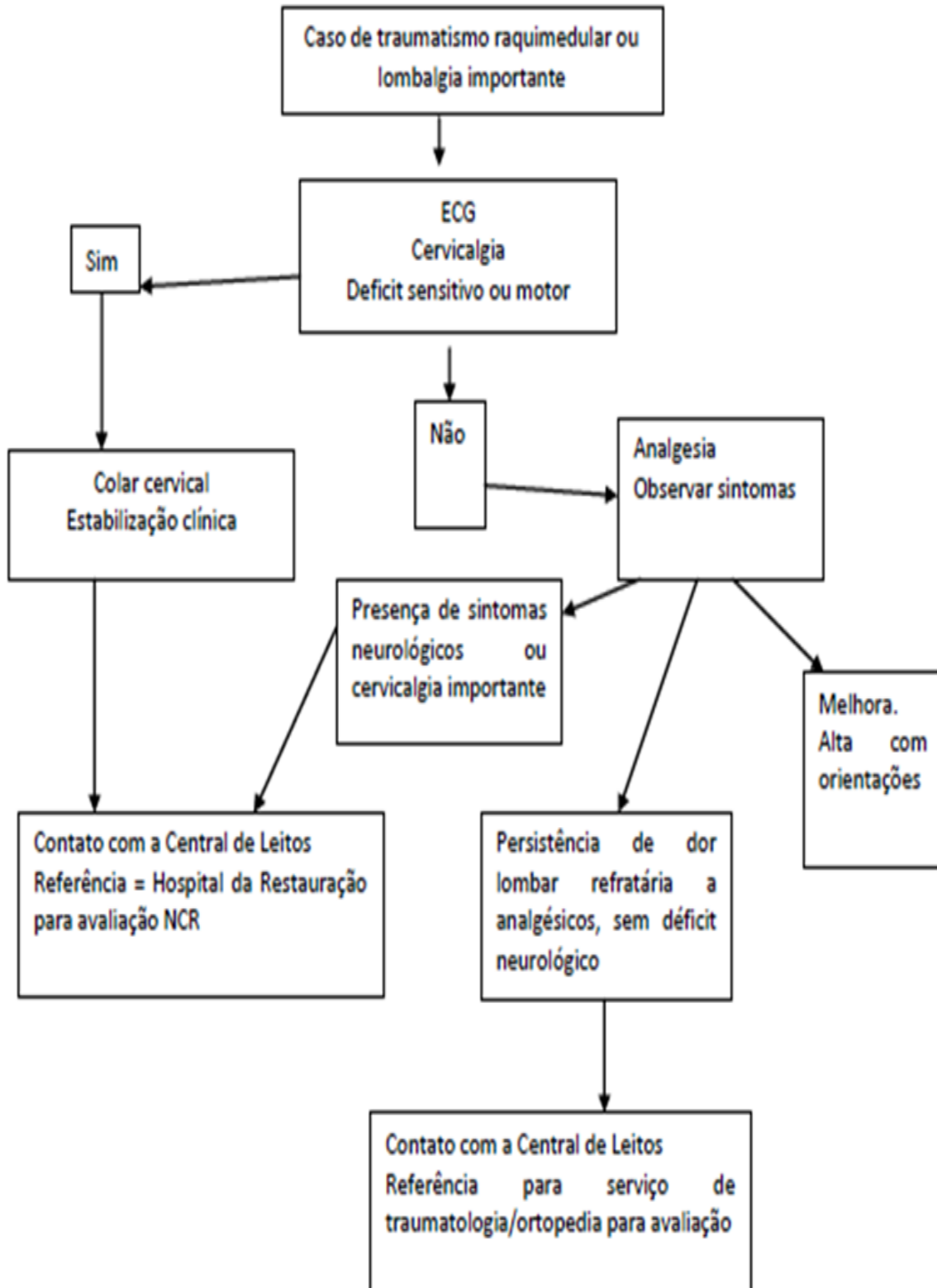


Figura 6: Fluxograma TRM e lombalgia.



7. Neurologia

- Interior: Hospital Mestre Vitalino;
- Capital e região metropolitana: HR e Hospital Pelópidas da Silveira.

O Hospital Pelópidas da Silveira é exclusivo para casos neurovasculares agudos, excluindo-se os acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos que devem ser direcionados para o Hospital da Restauração.

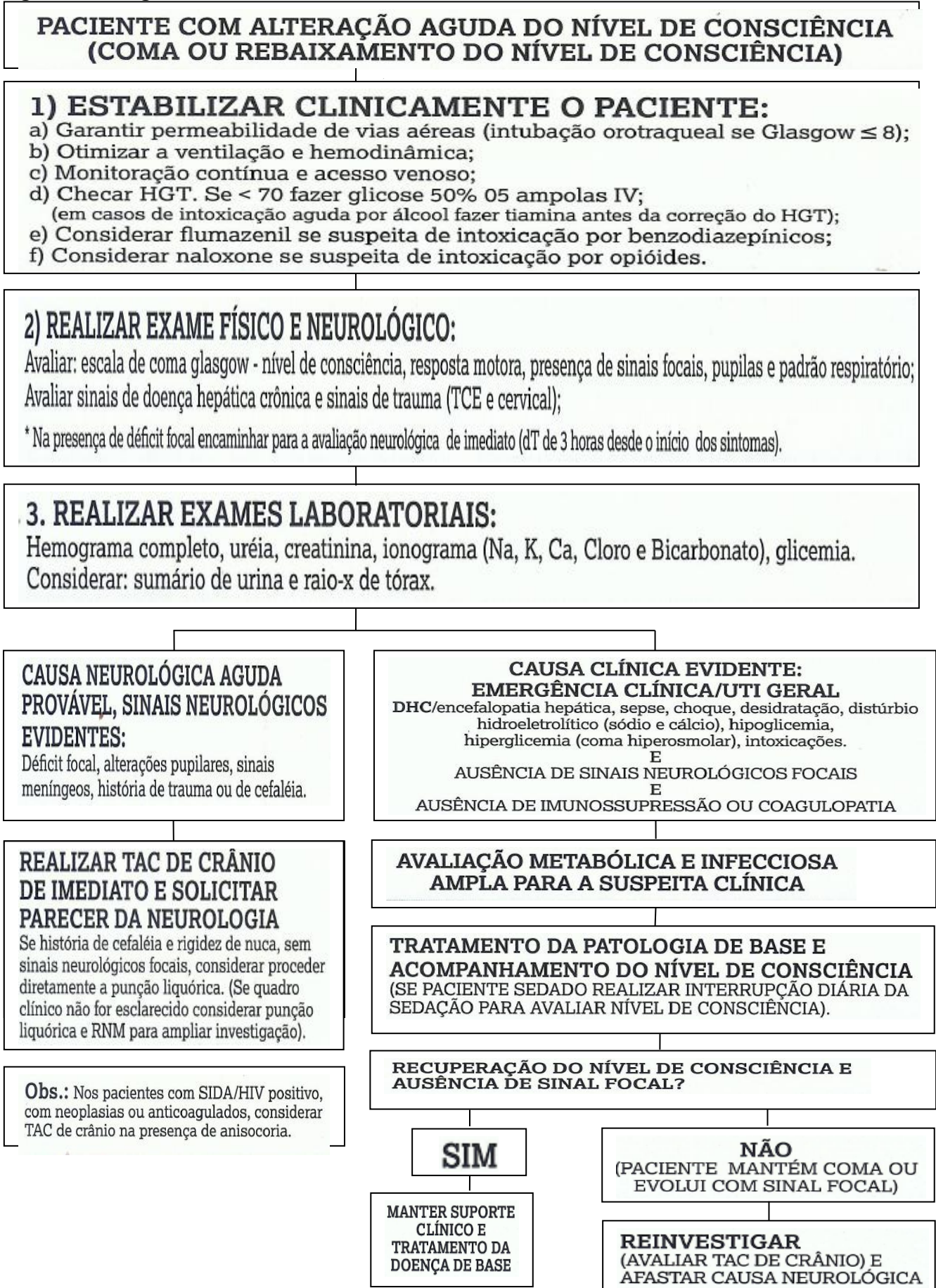
Pacientes com quadros infecciosos e/ou metabólicos que possam mimetizar quadros neurológicos agudos

devem, inicialmente, ser direcionados para urgências/emergências clínicas para descartar quadros clínicos não neurológicos. Sempre questionar sobre níveis glicêmicos e exames laboratoriais básicos, para evitar regulações equivocadas (vide protocolo de neurologia/ANEXOS).

Pacientes com quadros clínicos neurológicos e cardiológicos concomitantes e compatíveis com urgência/emergência devem ser transferidos, em princípio, para o HPS. Exceção aos casos onde há situação médica compatível com abordagem médica prioritária pela especialidade neurocirurgia, onde, nestes casos, a referência é única: HR.

Em casos neurológicos onde há suspeita de morte encefálica, é possível orientação para acionamento da Central de Transplantes, que dispõe de equipe e meios necessários para a certificação de morte encefálica. Contudo, caso haja qualquer indício clínico que enseje a avaliação de especialista (neurologista), é cabível a transferência para unidade neurológica.

Figura 7: Fluxograma de Rebaixamento Nível de Consciência



8. Cardiologia

➤ Interior e capital/região metropolitana: HAM, PROCAPE, Hospital Pelópidas Silveira, Hospital Dom Hélder e HMV.

Todas as unidades de cardiologia têm o mesmo perfil e os pacientes devem ser distribuídos entre elas, respeitando-se os critérios de regionalização, no caso do Hospital Dom Helder. Exceção se faz em relação ao serviço de cardiologia do HMV. O perfil cardiológico do Hospital Mestre Vitalino não inclui atendimento/avaliação de pacientes portadores de arritmias cardíacas que necessitem colocação de marca-passo, assim como pacientes coronarianos agudos que necessitem de hemodinâmica durante o final de semana ou após as 14 horas de segunda a sexta-feira. O serviço de hemodinâmica só é disponível até as 14 horas de segunda a sexta-feira.

9. Otorrinolaringologia (ver protocolo em ANEXOS)

➤ Interior e capital/região metropolitana: HAM.

10. Bucomaxilofacial (BMF)

- Interior: HRA;
- Capital e região metropolitana: HGV e HR.

Os profissionais de saúde formados em odontologia, com registros regulares no CRO, podem efetuar regulação para casos de BMF, através da Central de Regulação.

11. Oftalmologia (ver protocolo em ANEXOS)

➤ Interior e capital/região metropolitana: Fundação Altino Ventura, Instituto de Olhos do Recife e SEOPE - Serviço Oftalmológico de Pernambuco.

A Fundação Altino Ventura (FAV) é referência para casos de oftalmológica clínica em geral. Quando a FAV avaliar a necessidade de internação e não for capaz de permanecer com o paciente, este deve ser retransferido para a unidade de origem que realizou o encaminhamento, desde que a mesma tenha condições para receber o paciente (medicações e perfil para o caso). Os pacientes da FAV que procuraram o

serviço por demanda espontânea ou encaminhados de unidades sem condições de receber o paciente para internação


(PSF, policlínicas e UPAS) devem ser regulados para as unidades conveniadas em clínica médica, respeitando o endereço do paciente e a situação das unidades. O Instituto de Olhos do Recife (IOR) também é referência para casos de oftalmologia clínica, contudo há necessidade de atenção quanto ao perfil de pacientes que o serviço recebe e quantidade de encaminhamentos/dia.

O HR não é referência para oftalmologia. Em casos de politraumatismo com envolvimento ocular, o paciente dará entrada no HR em virtude de outras lesões que não a oftalmológica. O HR dispõe de especialistas em oftalmologia que, nestas situações, são acionados.

PARTE IV: ANEXOS

➤ Notificação MPPE nº 014/2015:

493140
4973989


MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA CIDADANIA DA CAPITAL
PROMOÇÃO E DEFESA DA SAÚDE

NOTIFICAÇÃO

Nº 014/2015 – 34ª PJS
PP nº 093/2014-34ª PJS
PP nº 094/2014-34ª PJS
21.01.2015

Nos termos do art. 129, VI, da Constituição Federal; do art. 26, I, "a", da Lei Federal nº 8.625/93; e do art. 6º, I, "a", da Lei Complementar Estadual nº 12/94, a Exma. Promotora de Justiça da 34ª Promotoria de Justiça de Defesa da Cidadania da Capital, Promoção e Defesa da Saúde, Dra. HELENA CAPELA, **MANDA** a quem esta for apresentada, encarregado da diligência, em cumprimento à presente notificação, dirija-se à **Central de Regulação Hospitalar**, situada na Praça Oswaldo Cruz, nº 359, Boa Vista, Recife/PE e proceda à **NOTIFICAÇÃO** do Sr. Thiago Azevedo, Gestor da Central de Regulação Hospitalar, ou pessoa com poderes para representá-lo, para comparecer a esta Promotoria de Justiça em **24 de fevereiro de 2015, às 14h30**, a fim de participar de audiência de instrução referente aos Procedimentos Preparatórios nº 093/2014-34ª PJS e nº 094/2014-34ª PJS, em trâmite nesta Promotoria, os quais tratam dos casos de usuários que, necessitando de acompanhamento neurológico ou cardiológico específico, recebem senhas de transferência para leitos de UTI em Unidades de Saúde que não contam com tais especialidades em seus quadros.


HELENA CAPELA

34ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA CIDADANIA DA CAPITAL
PROMOÇÃO E DEFESA DA SAÚDE

➤ Notificação MPPE nº 014/2015:



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA CIDADANIA DA CAPITAL
DEFESA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

PP nº 093/2014 – 34ª PJS
PP nº 094/2014 – 34ª PJS
PP nº 101/2014 – 34ª PJS
IC nº 079/2014 – 11ª PJS
24.02.2015

envolver todas as Unidades de Pronto Atendimento e as UTIs contratualizadas do Estado, além da Rede Própria.

Dada a palavra ao Analista Ministerial em Medicina, ressaltou a importância da SES/PE identificar as unidades de saúde sobre o conceito "vaga zero", no sentido de que não obstem o recebimento de usuários em virtude da indisponibilidade de fonte de oxigênio na unidade, vez que as referidas unidades de saúde de alta complexidade têm a obrigatoriedade de receber pacientes em estado crítico oriundos de unidades de menor complexidade.

DELIBERAÇÕES:

- 1) Compromete-se a Secretaria Estadual de Saúde, pelas suas representantes aqui presentes: a) a elaborar, no prazo de 40 (quarenta dias), o protocolo e fluxo de pacientes com rebaixamento de nível de consciência, remetendo-o a esta Promotoria; b) a realizar, no prazo de 20 (vinte) dias após a conclusão do referido protocolo, a respectiva capacitação dos profissionais de saúde, informando a esta Promotoria.
- 2) Compromete-se a Secretaria Estadual de Saúde, pelas suas representantes aqui presentes, a identificar, no prazo de 30 (trinta) dias, as unidades de referência (HR, HGV, HOF, HAM, HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMARA, HOSPITAL MIGUEL ARRAES, HOSPITAL PELÓPIDAS SILVEIRA, PROCAPE e HRA) sobre o conceito "vaga zero", no sentido de que não obstem o recebimento de usuários do SUS em virtude da indisponibilidade de fonte de oxigênio na unidade, vez que as referidas unidades de saúde de alta complexidade têm a obrigatoriedade de receber pacientes em estado crítico oriundos de unidades de menor complexidade, informando a esta Promotoria.

➤ Perfil Hospitais Conveniados ANEXAR



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE

PERFIL DOS PACIENTES DAS EMERGÊNCIAS PARA TRANSFERÊNCIA PARA LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA

- Portadores de Infecções comunitárias ou nosocomiais do trato respiratório e do trato urinário:
 - Incluindo idosos com comorbidades;
 - Portadores de seqüelas neurológicas;
 - Com necessidade de O2 intermitente por cateter (sem insuficiência respiratória);
 - Para complementação do esquema de Antibioticoterapia venosa.
- Doença Hepática Crônica Descompensada
 - Pacientes em variados graus de encefalopatia hepática;
 - Descompensados por má adesão ou infecção
 - Portadores de ascite;
 - Para complementação do esquema de Antibioticoterapia venosa
 - Sem sinais de sangramento ativo
- Pacientes portadores de síndrome de Imobilidade de causas diversas, com úlceras de pressão já submetidos ao debridamento do tecido desvitalizado, mas que necessitam de complementação do esquema de Antibioticoterapia venosa.
- Pacientes portadores de trombose venosa profunda (TVP) e que necessitam de enoxaparina em dose plena (12/12h) e estabilização terapêutica do INR (INR para controle).
- Insuficiência Cardíaca descompensada em fase de recuperação, para compensação em ajuste de esquema terapêutico, sem dispnéia importante e sem instabilidade hemodinâmica;
- Diabetes Melitus descompensado em ajuste de insulina, excluindo-se os casos em vigência de Cetoacidose diabética e coma hiperosmolar;
- Outras infecções de Partes moles como erisipela, celulites e linfangites para complementação do tratamento com antibioticoterapia venosa.

Importante: São critérios de exclusão para transferência de pacientes para **LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA**:

- Instabilidade Hemodinâmica;
- Dispnéia importante ou insuficiência Respiratória;
- Indicação de Cirurgia de Urgência/Emergência

RELAÇÃO DOS ANTIMICROBIANOS MAIS UTILIZADOS DE ACORDO COM O PERFIL DOS PACIENTES CLÍNICOS PARA LEITOS DE RETAGUARDA

Cefalotina
Ciprofloxacino
Ceftriaxona
Azitromicina
Levofloxacino
Metronidazol
Clindamicina
Piperacilina/Tazobactam
Cefepime
Meropenem
Vancomicina
Ampicilina/Sulbactam

Os antibióticos em destaque são utilizados em menor frequência

- Protocolo de urologia:

ESCROTO AGUDO

– Torção Testicular

Descritivo	Inadequada rotação do testículo em torno de um de seus eixos, provocando a torção do funículo espermático. É a mais frequente e importante causa de escroto agudo, ocorrendo com maior incidência em crianças e adolescentes.
Apresentação	Dor escrotal, que se intensifica rapidamente, em geral acompanhada de náuseas e vômitos, porém sem febre. Hemiescroto comprometido aumentado de volume, doloroso ao toque, com aumento da consistência das estruturas de seu interior as quais se tornam mais fixas e difíceis de serem identificadas. Há piora da dor com a elevação mecânica do testículo. O testículo acometido muda para uma posição fixa, posiciona-se mais alto e horizontalizado no escroto.
Exames necessários	USG – o exame não deve retardar a cirurgia.
Tratamento	Urgência cirúrgica – realizar cirurgia até 6 horas do início do quadro. O salvamento testicular depende do tempo entre o início da dor e a destorção: até 6 horas = 100%; entre 12 e 24 horas = 20%; > 24 horas = 0%.
Tipo de unidade	Encaminhar para Emergência Geral para atendimento pelo cirurgião geral para adultos. Em crianças encaminhar para CIPE.

ESCROTO AGUDO

—

Orquiepididimite

Descritivo	Processo inflamatório que acomete o epidídimo e habitualmente se estende até o testículo, levando a uma orquiepididimite. Não é frequente em meninos antes da puberdade, sendo mais comum em adolescentes e adultos.
Apresentação	Dor escrotal progressiva que piora ao longo de dias, com irradiação para a região inguinal homolateral. É comum haver prostração, febre, calafrios e anorexia. Observa-se rubor e edema escrotais, sendo dolorosa a palpação do epidídimo e/ou do testículo, aumentados de volume pela inflamação. Ocorre alívio da dor com a elevação mecânica do testículo (Sinal de Prehn).
Exames necessários	Sumário de urina, USG
Tratamento	Antibioticoterapia, repouso com elevação dos testículos, anti-inflamatórios e analgésicos.
Tipo de unidade	Parecer da Cirurgia Geral nas Unidades de referência para esta especialidade

PARAFIMOSE

Descritivo	Situação clínica decorrente da passagem forçada da glândula por um orifício prepucial estreitado, sendo o retorno da glândula à posição inicial prejudicada ou impossibilitada pelo extenso edema na região coronal.
Apresentação	Geralmente, dor peniana associada à piúria. Glândula edemaciada e envolta por uma faixa circular de prepúcio estreitado na região coronal. O corpo peniano geralmente é flácido e indolor. Em casos extremos, é possível encontrar áreas isquêmicas.
Exames necessários	-----
Tratamento	Prontamente, deve-se reduzir o edema e retraindo o prepúcio até sua posição original (bloqueio do nervo pudendo). Caso não haja sucesso na redução do prepúcio para sua posição original, pode-se realizar a secção dorsal do anel prepucial fibrótico após anestesia do nervo pudendo.
Tipo de unidade	Encaminhar para Emergência Geral para atendimento pelo cirurgião geral. Em crianças encaminhar para a CIPE. (menor que 14 anos)

PRIAPISMO

Descritivo	<p>Ereção peniana prolongada e persistente não relacionada ao desejo sexual.</p> <p><i>Alto fluxo:</i> Caracterizado pelo aumento do fluxo arterial com retorno venoso normal e aumento da pressão de oxigênio. Na maioria das vezes, tem como causa o traumatismo perineal ou peniano.</p> <p><i>Baixo fluxo:</i> Associado à diminuição do retorno venoso e à hipóxia tecidual por estagnação do sangue venoso. É o tipo mais frequente, geralmente provocado por drogas vasodilatadoras cavernosas, alterações hematológicas, medicamentos e neoplasias.</p>
Apresentação	<p>Os corpos cavernosos são túrgidos ou semi-túrgidos à palpação, e a glândula e o corpo esponjoso estão flácidos, contrastando com a ereção normal. A micção pode ser mais difícil e ocorrer até retenção urinária.</p>
Exames necessários	<p>Laboratório, UDG doppler, arteriografia.</p>
Tratamento	<p>Sedação, hiper-hidratação, punção com lavagem dos corpos cavernosos com drogas vasoativas. Cirurgia para formação de fístulas para drenar os corpos cavernosos.</p>
Tipo de unidade	<p>EMERGÊNCIA! Encaminhar para Emergência Urológica (HOF) para atendimento por urologista.</p>

FRATURA DE PÊNIS

Descritivo	Caracterizada pela ruptura traumática da túnica albugínea do corpo cavernoso peniano, ocorre quase que exclusivamente durante a ereção e a causa mais comum é durante o intercurso sexual com a parceira cavalgando sobre o pênis, correspondendo de 33 a 58% de todos os casos.
Apresentação	Tríade clássica referida pelos pacientes: estalido, detumescência rápida e dor local. Ao exame: observa-se hematoma em circunferência e restrito ao pênis em razão da integridade da fáschia de Buck. O exame é dificultado pela intensa dor local e pelo hematoma. Presença de sangue no meato uretral indica lesão uretral concomitante, que está presente em aproximadamente 20% dos casos.
Exames necessários	Raramente podem ser necessários USG, RNM
Tratamento	Analgesia, cirurgia de urgência
Tipo de unidade	Encaminhar para Emergência Urológica (HOF) para atendimento por urologista.

RETENÇÃO URINÁRIA AGUDA

Descritivo	Total impossibilidade de esvaziamento da bexiga, tem caráter súbito e representa o extremo do espectro das disfunções miccionais, necessitando de pronta drenagem da bexiga.
Apresentação	Caracteriza-se por forte dor suprapúbica e tumoração no abdome inferior, representada pela distensão da bexiga. O globo vesical começa a ser palpável com volumes superiores a 300ml. O quadro de retenção urinária pode acontecer mesmo com volumes vesicais relativamente pequenos (300 a 400ml), o que já seria suficiente para provocar isquemia. Hematúria pode ser identificada.
Exames necessários	USG, função renal (não são essenciais ao diagnóstico)
Tratamento	Cateterismo vesical transuretral Cistostomia
Tipo de unidade	Atendimento pelo clínico geral para realização de cateterismo vesical transuretral, se não houver sucesso neste procedimento, encaminhar para Emergência Geral para atendimento pelo cirurgião geral e realização de cistostomia.

GANGRENA DE FOURNIER

Descritivo	Emergência cirúrgica caracterizada pela fascíte necrotizante da região perineal, perianal e/ou genital, resultante de infecção polimicrobiana. Propaga-se rapidamente pelos planos fasciais e, em geral, está associada a desordens sistêmicas como diabetes mellitus, alcoolismo, tabagismo, hipertensão, uso crônico de corticoides e outras situações clínicas associadas a deficiências imunológicas.
Apresentação	Frequentemente, os sintomas começam de maneira insidiosa com prurido, edema e desconforto ou dor local (presentes em quase 100% dos casos), geralmente desproporcionais aos achados clínicos na região afetada. Posteriormente evolui com piora da dor, hiperemia e edema, aparecem crepitação, flictenas (bolhas escurecidas), drenagem de secreção serosa fétida, febre, calafrios e choque.
Exames necessários	USG, função renal (não são essenciais ao diagnóstico)
Tratamento	Estabilização hemodinâmica, correção dos distúrbios metabólicos e antibioticoterapia; Desbridamento cirúrgico precoce
Tipo de unidade	Encaminhar para Emergência Geral para atendimento pelo cirurgião geral.

MACROHEMATÚR IA (grave, vultuosa)

Descritivo	Há diferentes causas de hematúria no adulto, com origem em diferentes pontos do trato genitourinário: Doenças benignas como hiperplasia prostática; Tumores vesicais, renais e ureterais malignos; Cistite actínica (sempre questionar antecedente de radioterapia pélvica); Ciclofosfamida (quimioterápico sistêmico); Trauma renal e genitourinário; Fístulas arteriovenosas. Em 21% dos casos as macrohematúrias são secundárias a doenças de relevância.
Apresentação	Presença de hematúria macroscópica. Se inicial, mais relacionada à uretra anterior; Se terminal, mais relacionada a colo vesical e próstata; Quando total, pode estar relacionada a bexiga, rimou ureter.
Exames necessários	Laboratório, USG, TAC, Cistoscopia
Tratamento	Estabilização hemodinâmica; Cateterismo vesical com sonda de 3 vias (para drenagem e irrigação da bexiga).
Tipo de unidade	Encaminhar para Emergência Urológica (HOF) para atendimento por urologista. <u>SE PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO RETORNAR PARA O HOSPITAL</u>

TRAUMA GENITOURINÁRIO

Descritivo	Os traumatismos podem ser contusos ou penetrantes. Em cerca de 5-10% dos politraumas ocorre lesão associada de estruturas do trato genitourinário: testículo, pênis, rins, uretra e ureter., por ordem de ocorrência: 1º. Rim; 2º. Bexiga; 3º. Uretra; 4º. Ureter.
Apresentação	Varia de acordo com a localização da lesão.
Exames necessários	Variam de acordo com a localização da lesão.
Tratamento	Estabilização hemodinâmica; Tratamento especializado.
Tipo de unidade	Para estabilização encaminhar para Emergência Geral para atendimento pelo cirurgião geral.

LITÍASE URINÁRIA

Descritivo	Dor desencadeada por obstrução ao fluxo normal de urina onde há variação súbita da tensão da parede piélica e aumento da pressão dentro da via excretora.
Apresentação	O paciente apresenta-se agitado, com dor lombar intensa, às vezes irradiada para região inguinal e aos órgãos genitais externos, habitualmente associada a fenômenos vagais como hipotensão, náuseas e vômitos. Eventualmente associa-se a disúria e polaciúria. Ocasionalmente, ocorrem distensão abdominal e discreta dor à palpação profunda em fossa ílica ipsilateral sem sinais de irritação peritoneal. Também pode ocorrer hematúria macro ou microscópica. Se febre ou calafrios, infecção associada.
Exames necessários	Hemograma, sumário de urina e Radiografias de abdome AP compatente em pé e deitado. USG ou TAC abdominal.
Tratamento	Analgesia, anti-eméticos; Com sinais de pielonefrite obstrutiva ou sepse: hidratação, estabilização hemodinâmica, antibioticoterapia.
Tipo de unidade	Atendimento pelo clínico geral se apenas a cólica ureteral. Se dor intratável, hidronefrose ou pielonefrite obstrutiva, encaminhar com exame de imagem para Emergência Urológica para atendimento especializado por urologista.

➤ **Protocolo ortopedia-pediátrica:**



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE

PERFIL DE PACIENTES PARA INTERNAMENTO NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DE TRAUMATO-ORTOPEDIA NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS.

Perfil clínico:

- **Crianças e Adolescentes conforme critérios discriminados abaixo:**

Idade: 4 a 15 anos incompletos

I - Crianças e adolescentes com lesão musculoesquelética traumática aguda.

- Fraturas da cintura escapular: fraturas e luxações do ombro, clavícula e escapula
- Fraturas da diáfise do úmero (braço)
- Fraturas e luxações do cotovelo
- Fratura dos ossos do antebraço
- Fraturas e luxações do punho e mão
- Fraturas da pelve
- Fraturas e luxações do quadril
- Fraturas da diáfise do fêmur
- Fraturas e luxações do joelho: Fraturas da patela e avulsões, fraturas do fêmur distal e fraturas da tibia proximal
- Fraturas dos ossos da perna
- Fraturas e luxações do tornozelo
- Fraturas e luxações do pé
- Fraturas da coluna vertebral

II - Infecções osteoarticulares

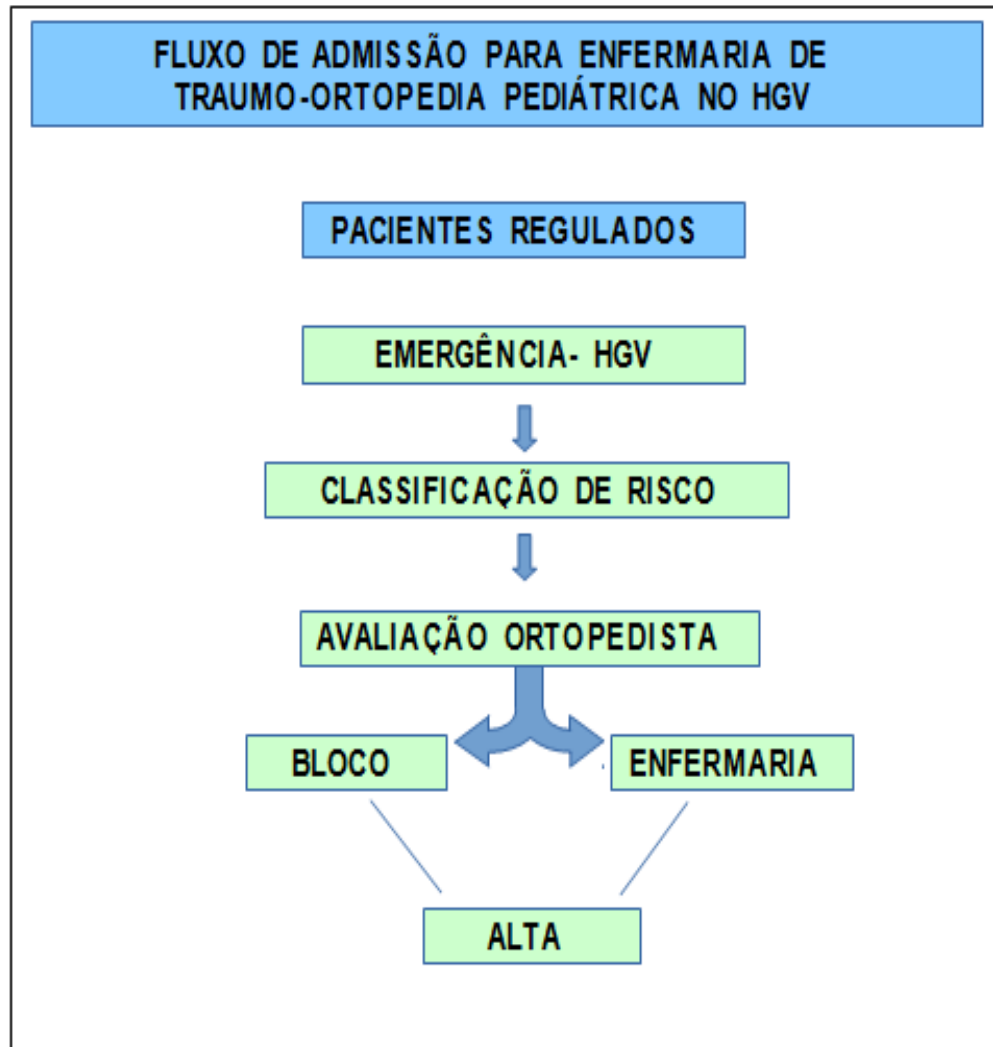
- artrites sépticas e osteomielites, desde que não haja comorbidades clínicas associadas que necessitem de internamento em UTI (sepsis).

III - Critérios de Exclusão

- Pacientes com comorbidades clínicas ou com lesões traumáticas associadas (TCE, trauma torácico e abdominal) que necessitem de UTI, ou atendimento de especialistas, tais como: cirurgião pediátrico ou neurocirurgião.
- Todos os pacientes que não apresentarem os critérios acima discriminados.

Obs 1: Sendo fratura exposta o serviço atenderá 2 pacientes nas 24h (inicialmente).

Obs 2: Os pacientes não deverão permanecer na emergência, mesmo que estejam em jejum ou aguardando realização de procedimento.



ENCAMINHAMENTOS:

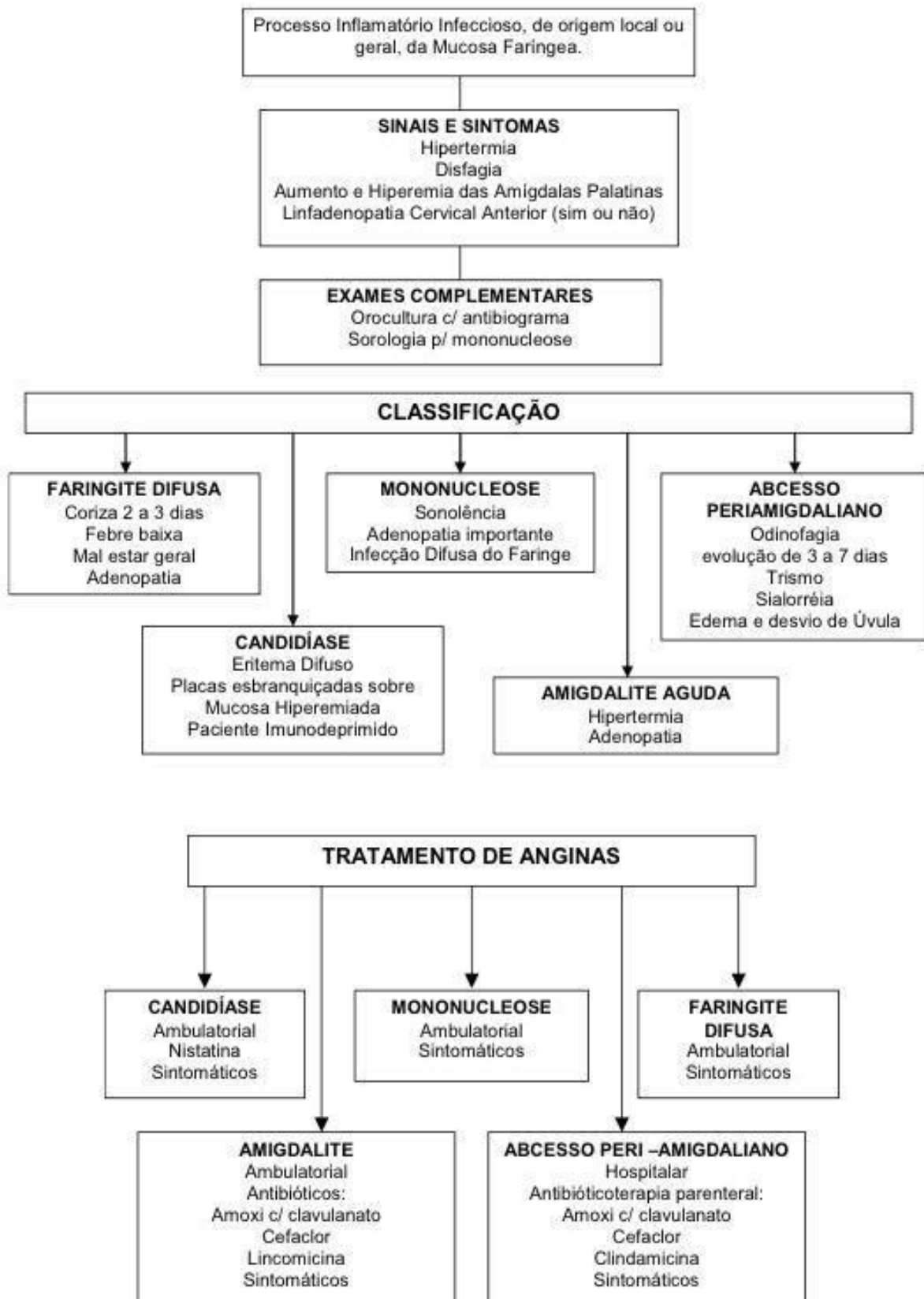
- Todos os 17 leitos da enfermaria pediátrica serão cadastrados no Sistema de Regulação de leitos estadual.

- Pactuado com a direção do HGV, SERS e SEAS a regulação de 13 leitos via sistema de regulação;

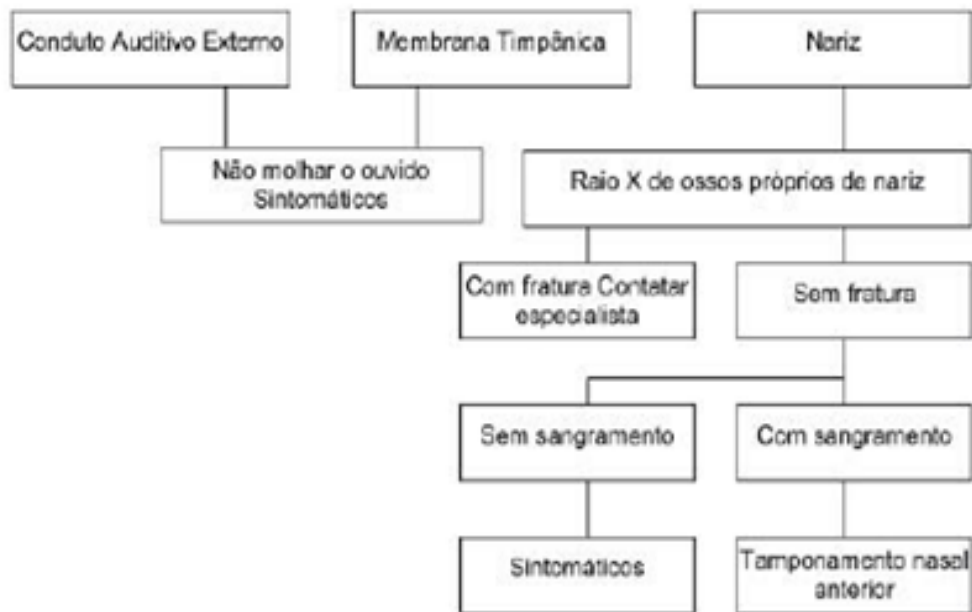
* Em 24/03/2015 a Central de regulação estadual realizou o treinamento da equipe (ata anexa), quanto a utilização do sistema de regulação. Devendo o coordenador da enfermaria e os profissionais que participaram da capacitação serem os multiplicadores para os demais profissionais do setor. Em caso de dúvida o Técnico de Informática (TI) do próprio serviço deverá ser acionado pela equipe.

➤ Protocolo otorrin olaringologia:

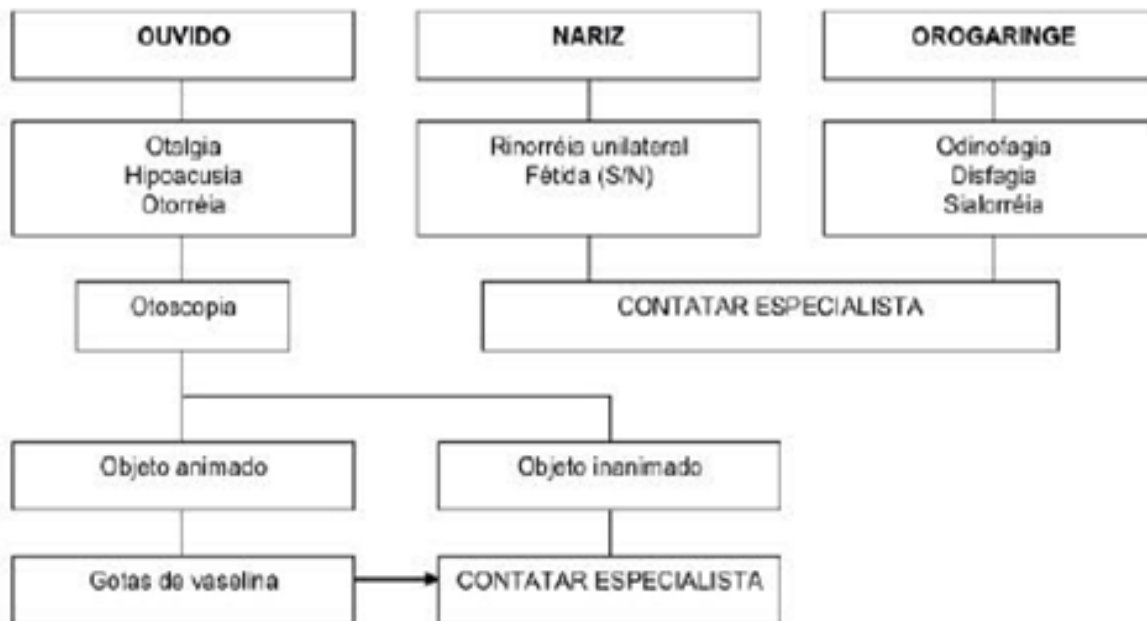
ANGINAS



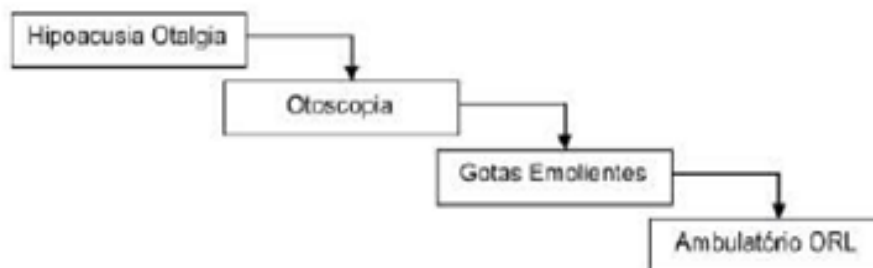
TRAUMA EM OTORRINOLARINGOLOGIA



CORPOESTRANHO

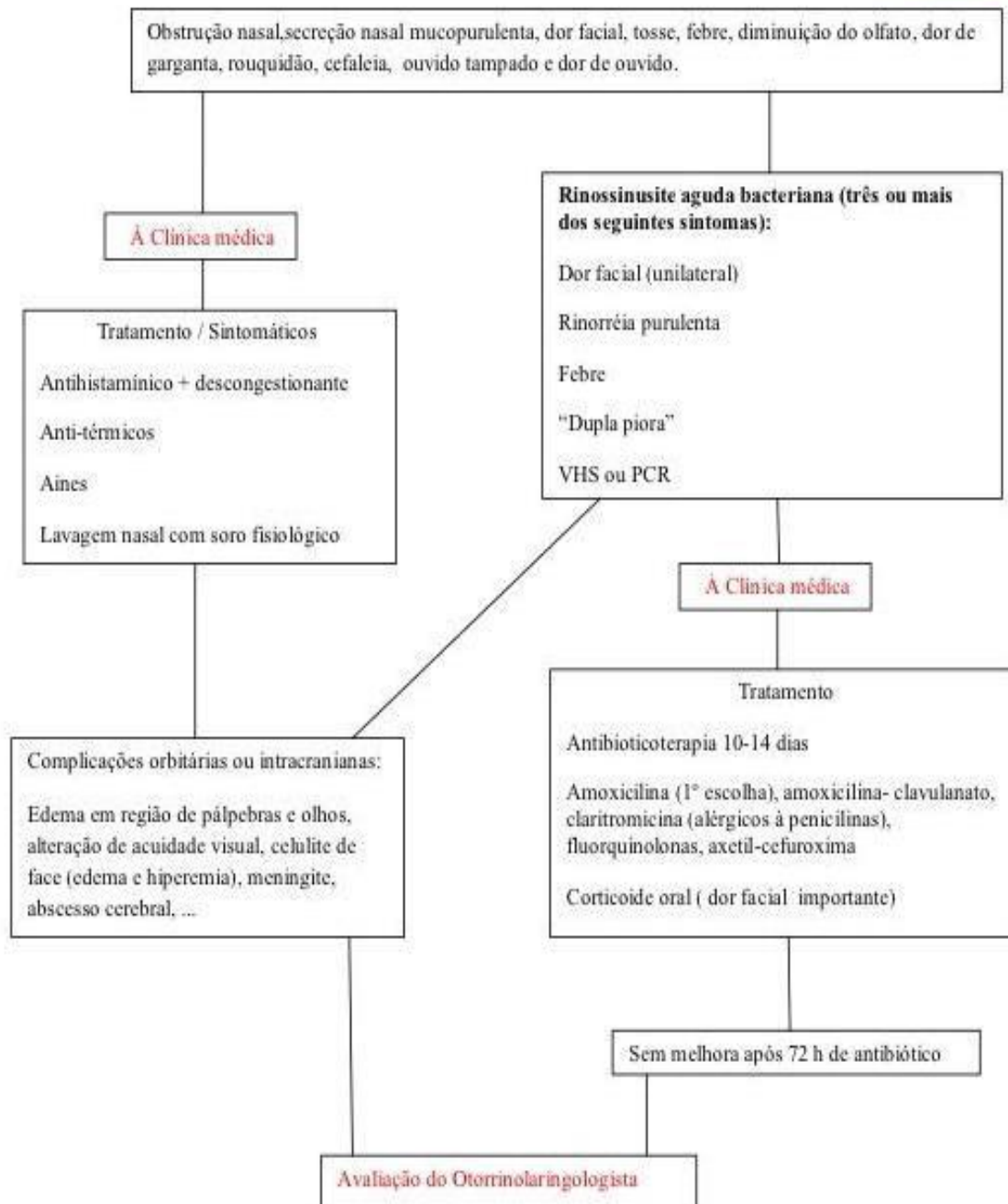


ROLHA CERUMINOSA





Rinossinusite Aguda (RSA)



Obs 1: Dupla Piora: piora abrupta após melhora inicial por volta do quinto dia.

Obs 2: Raio x de seios da face: não diferencia rinossinusite viral ou bacteriana; quando resultado é normal, exclui rinossinusite.

SURDEZ SUBITA

FATORES PREDISONENTES

Barotraumas
Anestesia Geral
Doenças Vestibulares
Gravidez
Viroses
Distúrbios Endocrinológicos
Distúrbios Hematogênicos
Esforço físico
Doenças do Colágeno
Manobra de Valsalva
Espirros Violentos

EXAMES LABORATORIAIS

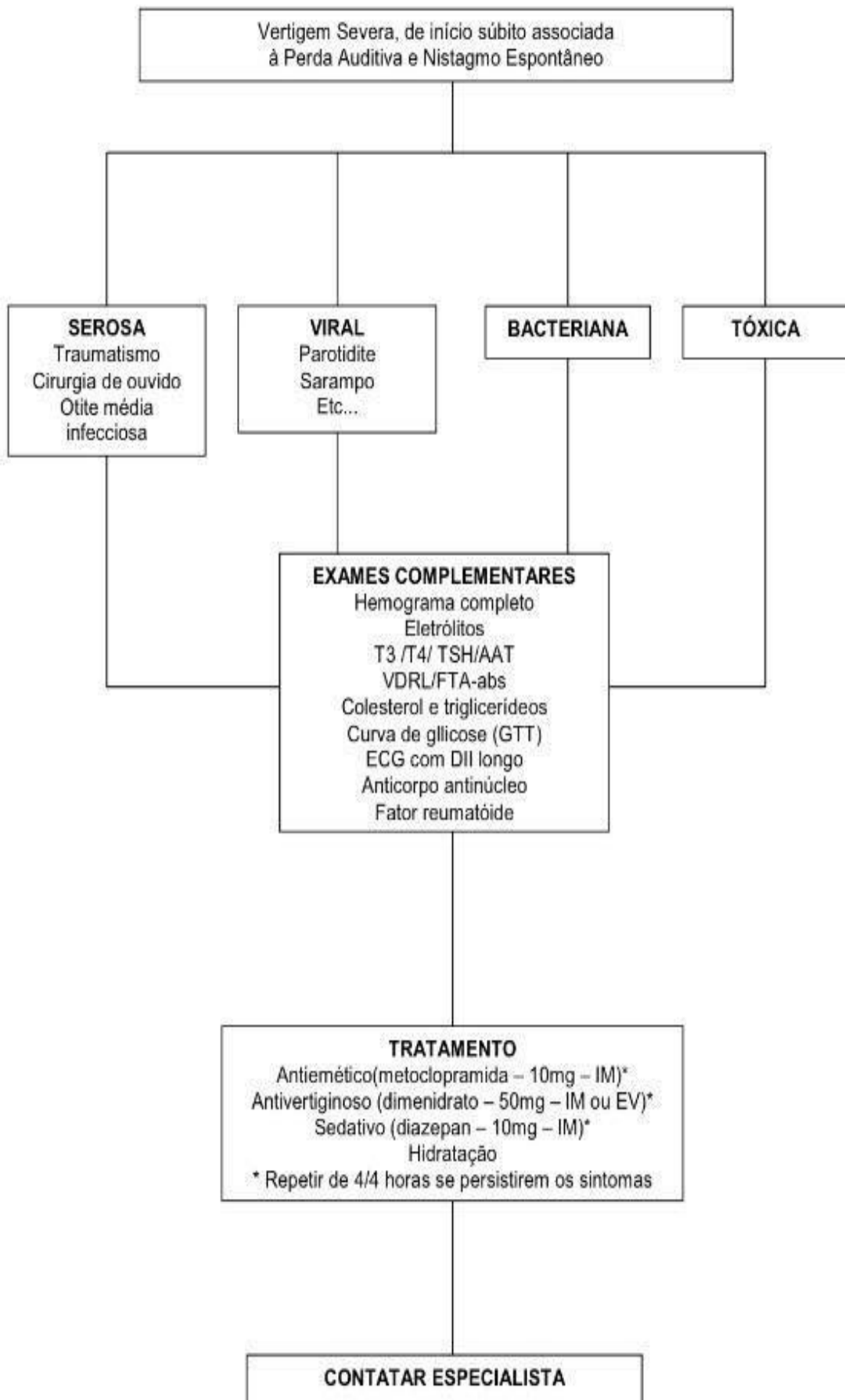
Audiometria + impedânciometria
Avaliação Hematológica
Reações Sorológicas
Lipidograma
Curva Glicêmica
TC de Crânio
RM de Meato Acústico Interno

TRATAMENTO

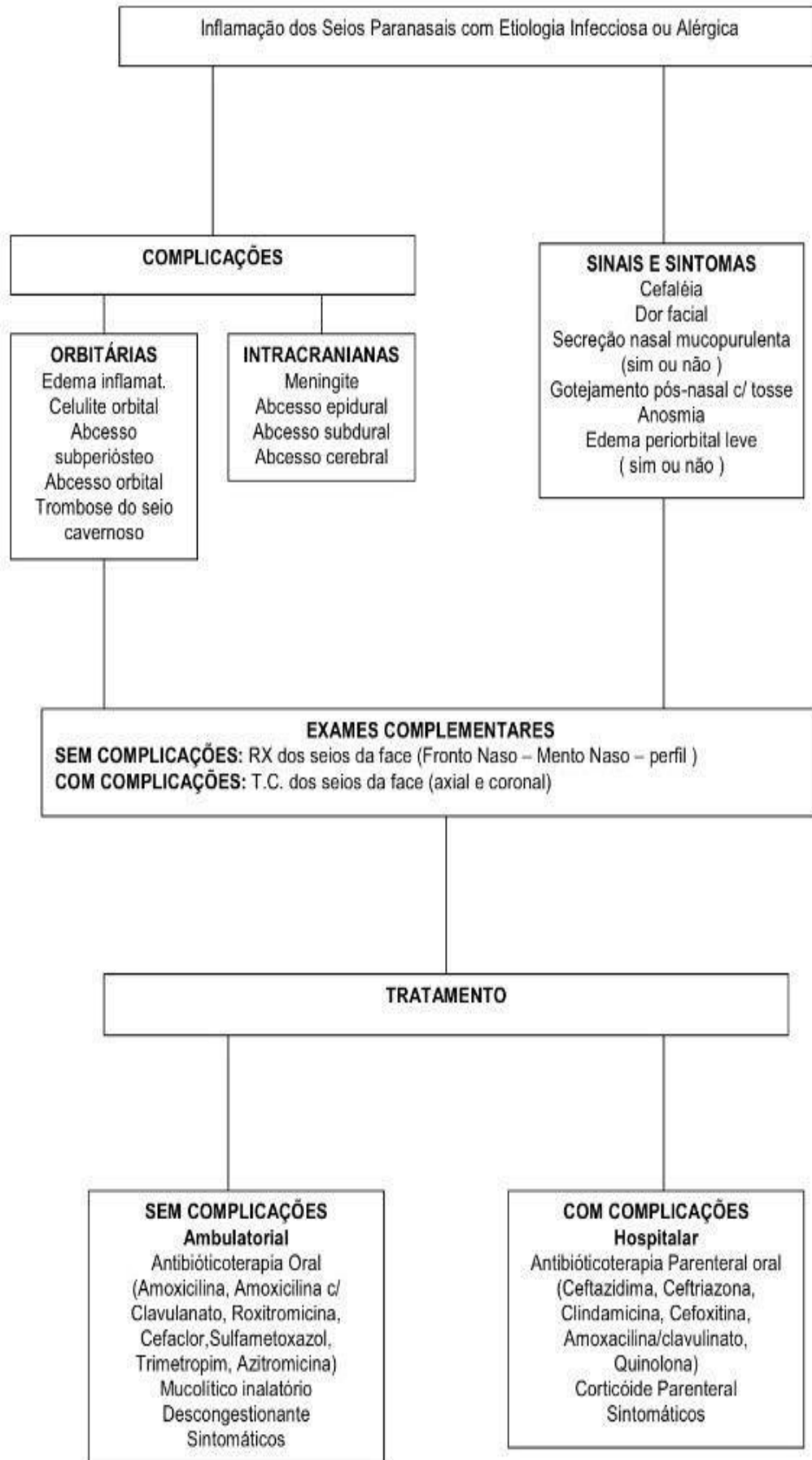
Pentoxifilina 400mg de 12/12h ou de 8/8h
Prednisolona 1mg/kg/dia
Aciclovir 200mg 4/4h
Vasodilatador
(Flunarizina 10mg – 8/8h V.O.)
Corticosteróide
(Dexametazona 0,2mg – 8/8h E.V.)
Dextran40
(500mg + solução glicosada a 0,5% 12/12h E.V.)
Tratamento de causas especificamente identificadas

INTERNAMENTO

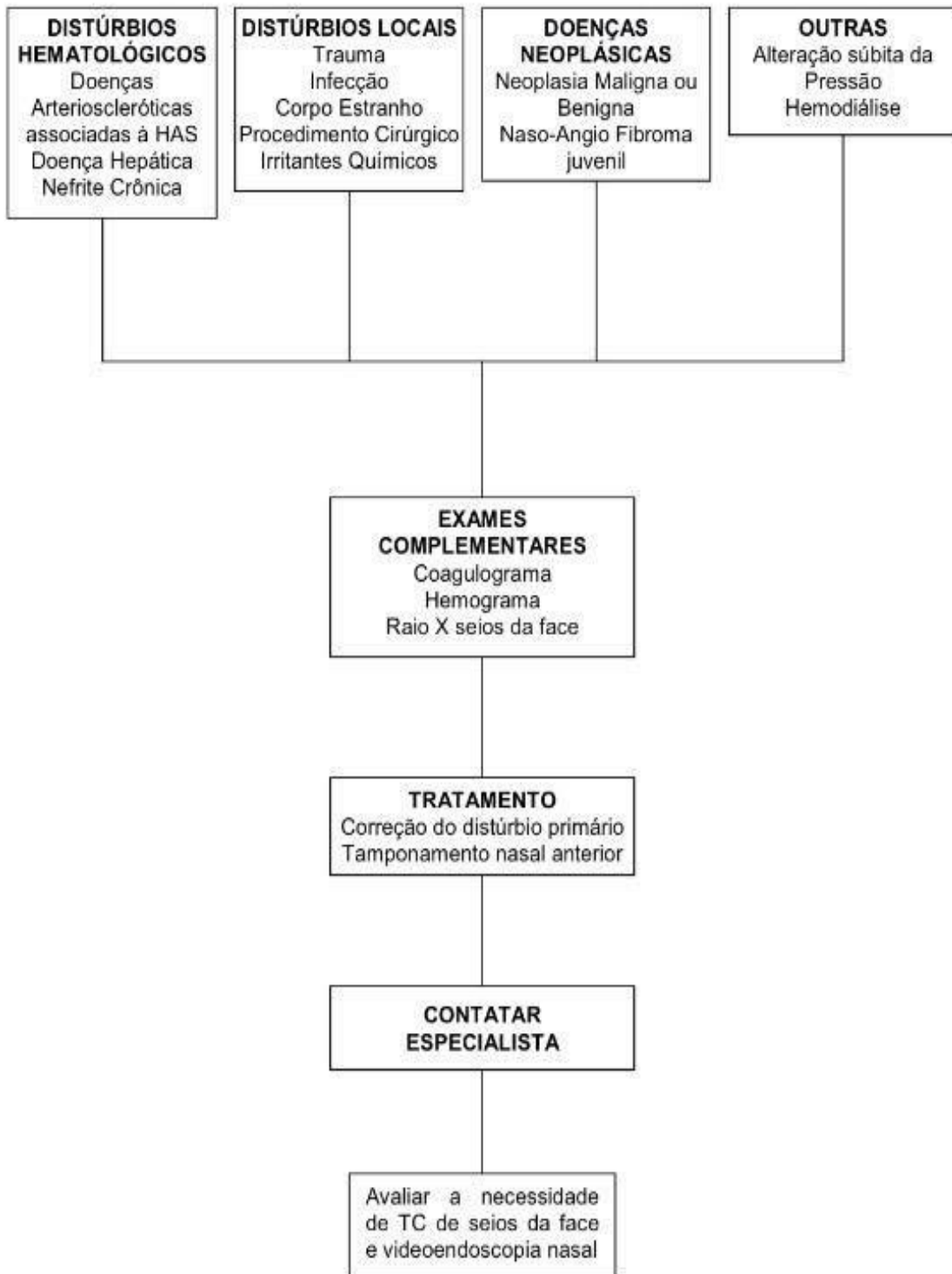
LABIRINTITE AGUDA



SINUSITE



EPISTAXE



OBS.:

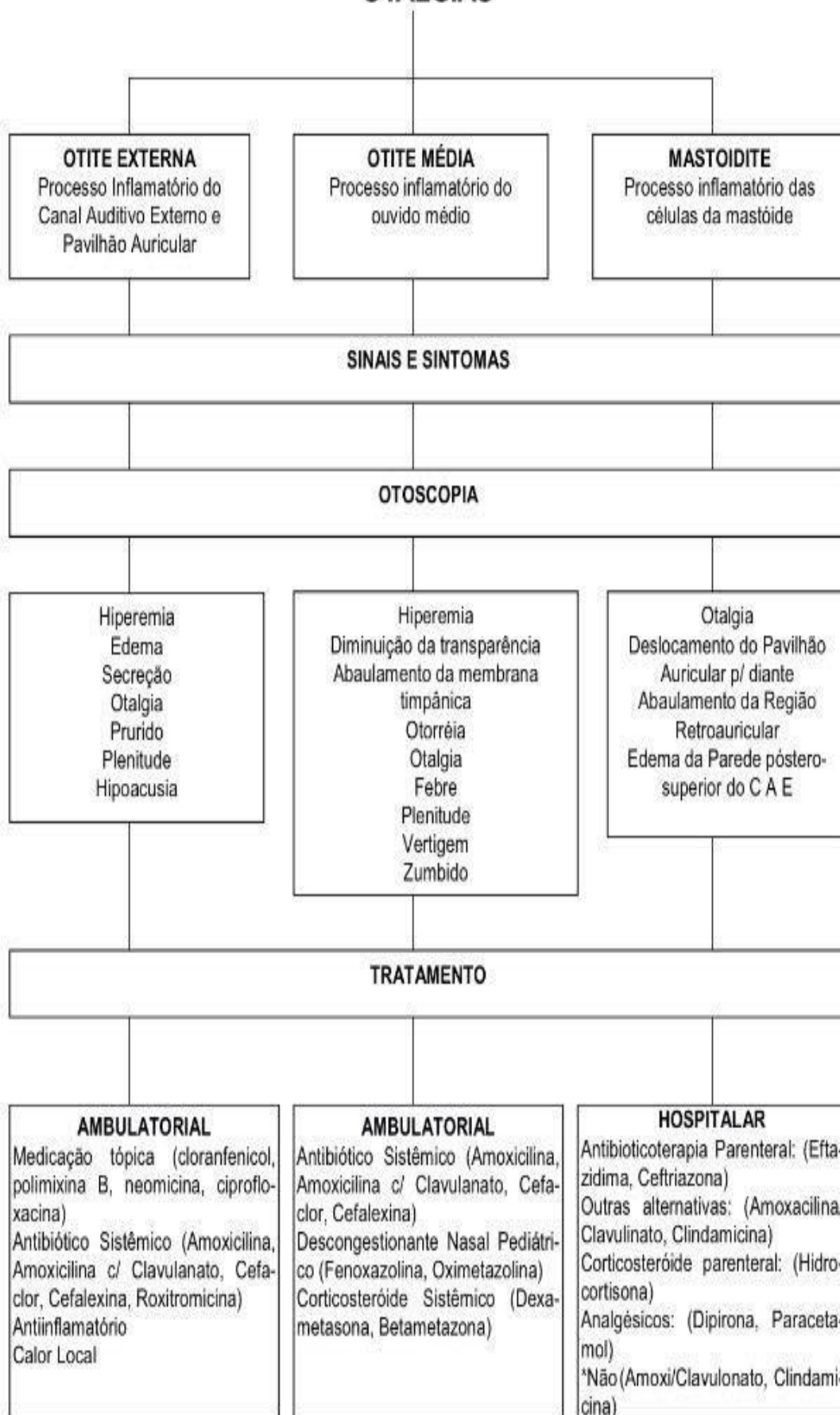
Tamponamento Nasal Anterior.

Introduzir na Fossa Nasal, com auxílio de uma pinça longa, gaze hidrófila ou gaze 4 aberta longitudinalmente embebida em substância lubrificante, entre o corneto médio e o septo nasal. Continua-se introduzindo a gaze em toda a extensão da fossa nasal à maneira do pregueamento de uma sanfona

Tamponamento Nasal Posterior (Especialista)

Material utilizado: Caixa de Otorrino (PA), Fotóforo (Marocel - 2 unidades - C. Cirúrgico)

OTALGIAS



PROTOCOLO AFECÇÕES OUVIDO NARIZ E GARGANTA - 2015

1- ANGINA

2- TRAUMA OUVIDO NARIZ E GARGANTA

3- CORPO ESTRANHO

4- ROLHA CERUMINOSA

5- RINOSINUSITE AGUDA

6- SURDEZ SÚBITA

7- LABIRINTITE

8- SINUSITE

9- EPISTAXE

10- OTALGIAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EMERGÊNCIA DE OTRL

Vermelho

- Dispneia associada à história de corpo estranho em via aérea
- Epistaxe (sangramento ativo)
- Corpo estranho de nariz

Amarelo

- Corpo estranho de ouvido
- Corpo estranho de garganta até 48 horas
- Epistaxe - história de sangramento nas últimas 12 horas
- Abscesso de ouvido, nariz e garganta
- Complicações de sinusites: Hiperemia e edema na face

Verde

- Epistaxe – História de sangramento nasal nas últimas 24 horas
- Trauma de ouvido, nariz e garganta
- Otalgia intensa com fácies de dor
- Paralisia facial
- Surdez súbita (queda da audição abruptamente), unilateral, sem associação a uso de cotonete e/ou após entrada de água no ouvido]

Azul

Pacientes que devem ser encaminhados para UPAS, Policlínicas e Ambulatório

-Ouvido:

- Dor leve a moderada
- Desconforto no ouvido
- Ouvido tampado associado a uso de cotonetes e/ou após entrada de água no ouvido

- Zumbido, hipoacusia (diminuição da audição), coceira, tontura
- Pacientes que procuram tratamento cirúrgico

-Nariz

- Obstrução nasal, coceira, coriza, espirro e tosse
- Cefaleia, secreção nasal
- Respiração bucal e roncos
- Feridas, tumores
- Pacientes que procuram tratamento cirúrgico

-Garganta

- Dor/desconforto na garganta
- Sensação de “bolo” na garganta
- Mau hálito(halitose)
- Pigarro, Rouquidão, tosse
- Tumores
- Pacientes que procuram tratamento cirúrgico

Considerando a pactuação HAM/CRL/SES, temos as seguintes diretrizes:

Pacientes devem ser encaminhados com senha pelas unidades de atendimento via CRL

Pacientes encaminhados indevidamente (sem senha), deverão retornar a unidade de origem com notificação do responsável pelo encaminhamento

Crianças com 14 anos incompletos devem ser avaliados por Pediatra

Encaminhamentos inadvertidos com senha, serão redirecionados via NIR/HAM (ex.: corpo estranho de Esôfago)

A otimização do atendimento visa priorizar o paciente que realmente precisa do especialista, oferecendo um tratamento mais ágil, efetivo e de qualidade.”

INDICAÇÕES DE PARECER COM OTORRINOLARINGOLOGISTA:

1. FARINGOAMIGDALITES COMPLICADAS:

- SUSPEITA DE ABSCESSO PERIAMIGDALIANO
- TRISMO
- AUSÊNCIA DE MELHORA APÓS TRATAMENTO INICIAL
- QUEDA DO ESTADO GERAL (FEBRE PERSISTENTE, MAL ESTAR IMPORTANTE)

2. RINOSSINUSITES COMPLICADAS:

- EDEMA EM REGIÃO DE FACE E OLHOS OU ABSCESSO PERIORBITÁRIO
- REDUÇÃO DA ACUIDADE VISUAL CELULITE DE FACE
- QUEDA DO ESTADO GERAL

- AUSÊNCIA DE MELHORA APÓS TRATAMENTO INICIAL

3. OTITES COMPLICADAS:

- ABSCESSO OU CELULITE RETROAURICULAR (ABAUAMENTO OU DESLOCAMENTO DO PAVILHÃO AURICULAR PARA DIANTE)

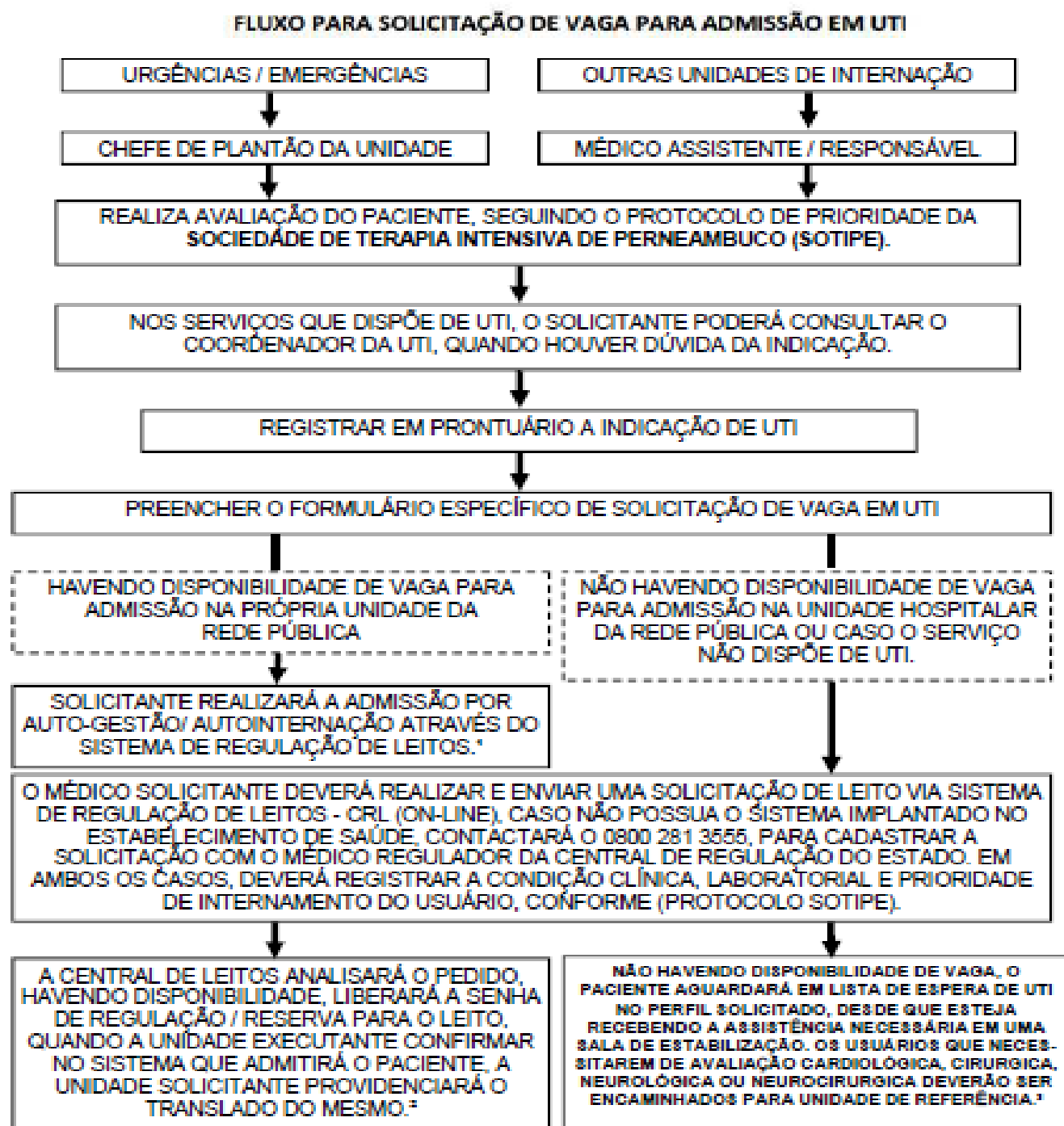
- PIORA OU AUSÊNCIA DE MELHORA COM TRATAMENTO INICIAL

- QUEDA DO ESTADO GERAL

4. EPISTAXE

5. CORPO ESTRANHO EM OUVIDOS, NARIZ OU GARGANTA

➤ Fluxograma solicitação vaga UTI:



OBSERVAÇÕES:

- Nas unidades que dispõe de serviço de UTI, deverá haver preferência na ocupação dos leitos pelos pacientes internados no próprio hospital;
- ¹ Na ocasião da alta do paciente da UTI deverá ser realizada a baixa no sistema, pois só assim, novas admissões poderão ser realizadas;
- ² As transferências inter-hospitalares dos pacientes aos serviços onde foram regulados/reservados leitos de UTI pela Central de Regulação deverão ser providenciadas pelas UNIDADES SOLICITANTES;
- ³ Todo paciente pendente de internação deverá continuar sendo tratado, evoluído e prescrito no local de origem pelos médicos do setor com orientação, quando necessário, de um médico da equipe da UTI do hospital ou intensivista, enquanto aguarda a vaga.
- Nos casos de indisponibilidade de vaga em leitos de UTI, tanto na unidade solicitante, quanto na CRL, o solicitante deverá comunicar formalmente a sua Direção.

- Critérios de admissão e alta em UTI (SOTIPE):

Critérios de Admissão e alta em UTI (SOTIPE)



SOTI PE

SOCIEDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PERNAMBUCO

Filiada à AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

Critérios de Admissão e Alta para Unidades de Terapia Intensiva de Adultos do SUS-PE: Recomendações da SOTIPE – Sociedade de Terapia Intensiva de Pernambuco

I – Introdução:

O objetivo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é prover suporte médico e tecnológico de alta complexidade, de modo temporário, para pacientes graves ou potencialmente graves, avaliados conforme critérios pré-estabelecidos neste documento.

O tratamento em terapia intensiva é uma modalidade avançada e indispensável da medicina atual e deve estar acessível a todo paciente com real indicação.

O uso inadequado dessa tecnologia encarece extraordinariamente os custos e, além de não salvar vidas, torna a morte um processo prolongado, doloroso e indigno. Pode resultar num abuso de recurso limitado, freqüentemente retardando ou evitando a admissão de pacientes mais prováveis de se beneficiarem desse tipo de suporte.

Nem todo paciente grave ou potencialmente grave deve ir à UTI, e sim apenas os que apresentam possibilidade de reversibilidade clínica. Ainda, essa admissão deve ter a concordância do paciente, ou de um familiar responsável, na impossibilidade do mesmo, conforme resolução CFM 1995/2012 (D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p.269- 70). Os demais deverão ser conduzidos nas

enfermarias, em unidades de cuidados paliativos ou em internamento domiciliar, e medicados paliativamente, tratando-se o doente e não a doença não responsiva.

Este documento visa regulamentar normas e procedimentos que facilitem o acesso daquele paciente com indicação correta à UTI de adultos do SUS no Estado de Pernambuco, e ajudar os médicos na utilização adequada dos leitos disponíveis.

II – Avaliação e condução dos pacientes com solicitação de vaga para UTI:

- 1. A solicitação de vaga em UTI poderá ser feita por qualquer médico que julgue haver indicação para tal, preferencialmente utilizando formulário especificamente elaborado para este fim (Formulário de Solicitação de Vaga para Admissão em UTI – anexo).**
- 2. A avaliação do paciente para o qual se pleiteia uma vaga na UTI caberá ao médico chefe do plantão da unidade solicitante, para as solicitações procedentes das urgências/emergências e caberá ao médico responsável pelo paciente nos demais casos. Quando possível, a equipe médica da UTI do hospital no qual o paciente se encontra pode e deve ser consultada para opinar sobre a indicação de internamento em UTI.**
 - 2.1- O processo de decisão sobre a indicação de UTI deve estar registado em prontuário, bem como qual o destino do paciente: se há ou não vagas no hospital e, em não havendo vagas, qual o protocolo de cadastro de solicitação de vaga de UTI junto à Central de Regulação de Leitos do Estado (CRL).**
 - 2.2- Não havendo UTI no hospital, deverá haver contato imediato entre o médico solicitante e o médico regulador da CRL para discutir caso a caso.**
- 3. O médico solicitante deverá registrar o paciente na CRL, referindo informações clínicas, laboratoriais e a definição de prioridade de internamento, conforme se explicará a seguir.**
- 4. A determinação do leito e serviço onde o paciente será internado caberá à CRL, dependendo da prioridade e das características específicas do caso, devendo-se levar em conta a disponibilidade de tratamento específico de cada hospital (necessidade de seguimento neurológico, neurocirúrgico, diálise, ortopedia, apoio obstétrico, por exemplo). Deverá haver preferência na ocupação dos leitos pelos pacientes internados no próprio hospital.**
- 5. A Direção do hospital deverá ser comunicada formalmente, pelo médico solicitante, em todo caso em que houver indicação de UTI, mas haja indisponibilidade de vagas tanto no hospital, quanto através da CRL.**
- 6. A transferência do paciente ao serviço para onde foi regulado deverá ser providenciada pelo hospital solicitante.**

6.1- O transporte intra-hospitalar deverá ser realizado com acompanhamento médico e com todo equipamento básico para reanimação e suporte ventilatório.

6.2- A transferência inter-hospitalar deverá ser realizada em UTI-móvel devidamente equipada e com acompanhamento médico.

6.3- Caberá à Diretoria de cada hospital prover condições adequadas de remoção do referido paciente e, na sua impossibilidade, caberá à Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) oferecer meios para realização dessa remoção.

7. Caso a transferência não seja possível, o paciente deverá continuar a ser tratado, evoluído e prescrito no local de origem, pelos médicos do setor, com orientação, quando necessário, de um médico membro da equipe da UTI do hospital, ou intensivista indicado pela CRL, enquanto aguarda a vaga.
8. Não se justifica indicação de UTI baseada exclusivamente em situações como: vontade do médico assistente e/ou familiares; desejo de “fazer tudo”; convicções morais ou religiosas; parentesco ou amizade com funcionários do hospital; recomendação política; receio de problemas legais; conforto para o paciente terminal.
9. Fatores que devem ser considerados antes da admissão na UTI: diagnóstico e comorbidades; gravidade; idade e reserva fisiológica; prognóstico; qualidade do tratamento já instituído; resposta ao tratamento já instituído; qualidade de vida prévia ao evento atual; desejos do paciente.
10. Pacientes definidos pela equipe assistente como fora de possibilidade terapêutica, não devem ser transferidos para UTI.

III – Estabelecimento de graus de prioridades para a admissão dos pacientes em UTI, levando em consideração todos os fatores acima:

- **Prioridade 1 (Máxima):** inclui os doentes críticos que não podem ser conduzidos fora da UTI: doentes potencialmente recuperáveis, instáveis, com necessidade de monitoração e tratamento intensivos e intervenção. Não há limites para extensão da terapia para esses pacientes.
- **Prioridade 2 (Alta):** pacientes potencialmente recuperáveis que requerem monitoração intensiva e, talvez, intervenção. Não são estabelecidos limites terapêuticos. Pacientes já definidos como potenciais doadores de órgãos se enquadram nesse nível de prioridade.
- **Prioridade 3 (Média):** pacientes com baixa probabilidade de recuperação devido às doenças de base ou pela gravidade da doença atual, porém instáveis e críticos. Como exemplo: pacientes com importante limitação prévia, que desenvolvem um quadro agudo sobreposto.

- **Prioridade 4 (Baixa):** pacientes habitualmente sem indicação de UTI, devendo a admissão ser considerada em bases individuais, após discussão com o Coordenador Técnico ou Intensivista Diarista da UTI. Podem ser divididos em duas classes:
 - A) Baixo risco:** poderiam permanecer em outro setor do hospital, pois não necessitam intervenções ativas nem monitoração intensiva.
 - B) Doença terminal ou irreversível:** não se beneficiarão da UTI. Exemplos: cirróticos Child C fora da lista de transplante, doença neoplásica fora de possibilidade terapêutica, pacientes em morte iminente. Estes pacientes devem, sempre que possível, ser conduzidos em unidades para doentes crônicos ou de cuidados paliativos, junto aos seus familiares.
- **Critérios de prioridade não dependente do quadro clínico do paciente:** pacientes próprios do hospital onde há a vaga de UTI; complicações reversíveis de procedimentos médicos realizados.

IV – Critérios referentes à alta da UTI:

Todo paciente que deixou de apresentar as alterações que indicaram seu internamento na UTI, seja por melhora ou agravamento do seu quadro clínico, tornando-se um paciente sem indicação de intervenções agudas (pacientes crônicos ou terminais) deverá ser avaliado diariamente, pela equipe médica da UTI, para alta. Essa alta deverá ter, preferencialmente, a anuência de um especialista em Medicina Intensiva.

Nenhum paciente sem condições de alta deve ser transferido para outra unidade de menor complexidade para proporcionar vaga para outro paciente, independentemente deste ser mais grave que o primeiro. Não se deverá reter paciente no leito para “assegurar vaga” para outro.

Caberá à SES-PE providenciar leito em outro hospital para a alta do paciente que não mais necessite de UTI quando não houver leito disponível no serviço em que o paciente se encontra.

V – Unidades de Terapia Intensiva Especializadas:

Existem algumas unidades especializadas, como UTI de doenças infecciosas, de doenças hematológicas, obstétrica, unidades coronarianas, unidades de pós-operatório geral, pós-operatório de neurocirurgia, dentre outras.

Todas têm características próprias e, portanto, devem ter normas de internamento e alta específicas, as quais devem ser respeitadas pelas demais unidades e pela CRL, seguindo as linhas gerais desta diretriz.

A existência de UTI especializada não impossibilita o internamento de pacientes com doenças específicas em UTI-Geral, desde que não haja prejuízos na sua condução, como por exemplo, medidas de biossegurança para pacientes com doenças infectocontagiosas.

VI – Referências Bibliográficas:

1. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine: Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Crit Care Med 1999; 27(3):633-638.
2. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee: Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients. JAMA 1994; 271(15):1200-1203.
3. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA et al: Evaluation of triage decisions for intensive care admission. Crit Care Med 1999; 27(6):1073-1079.
4. Truog RD, Brook DW, Cook DJ et al: Rationing in the intensive care unit. Crit Care Med 2006; 34(4):958-963.

DIRETORIA DA SOTIPE – SOCIEDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE PERNAMBUCO 2014-2015:

MARCOS ANTONIO CAVALCANTI GALLINDO – PRESIDENTE NOEL GUEDES LOUREIRO – VICE-PRESIDENTE

CRISTIANO AUGUSTO HECKSHER – 1ª SECRETÁRIO

ARTHUR HENRIQUE RIBEIRO DO VALLE DE FARIA – 2º SECRETÁRIO RENATA BARRETTO COUTINHO

BEZERRA E SILVA – 1ª TESOUREIRA MARÇAL DURVAL SIQUEIRA PAIVA JÚNIOR – 2º TESOUREIRO

GUSTAVO TRINDADE HENRIQUES FILHO – CONSELHO CONSULTIVO ODIN BARBOSA DA SILVA –

CONSELHO CONSULTIVO

ALBERTO JOSÉ DE BARROS – CONSELHO CONSULTIVO MARIZA DA FONTE ANDRADE LIMA – CONSELHO

CONSULTIVO

Texto revisado em setembro de 2014 e aprovado em Reunião Ordinária da SOTIPE em 03/09/2014.

ANEXO

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE VAGA PARA ADMISSÃO EM UTI

Nome do Paciente: _____ Reg.: _____ Idade: _____

Hospital: _____ Setor: _____ Leito: _____

Diagnóstico atual: _____

Co-Morbidades: HAS DM II DPOC Asma Tabagismo Etilismo Coronariopatia

Insuficiência Renal Passado de AVC Obesidade Neoplasia atual Outro: _____

Motivo(s) da Solicitação:

Insuficiência Respiratória Aguda (hipoxemia, hipercapnia, congestão, necessidade de ventilação mecânica).

Choque (hipoperfusão, elevação de lactato, hipotensão, necessidade de droga vasoativa).

Emergência hipertensiva com necessidade de terapia venosa.

Síndrome coronariana aguda.

Arritmia cardíaca com instabilidade.

Distúrbio metabólico agudo com necessidade de intervenção.

Distúrbio eletrolítico sintomático e/ou com necessidade de intervenção.

Diminuição aguda do nível de consciência.

Estado de mal convulsivo.

Complicação cirúrgica/anestésica (especifique): _____

Pós operatório de cirurgia de grande porte.

Outro: _____

Estratificação da prioridade para admissão na UTI:

- | |
|---|
| <p><input type="checkbox"/> Máxima – inclui os doentes críticos que não podem ser conduzidos fora da UTI: doentes potencialmente recuperáveis, instáveis, com necessidade de monitoração e tratamento intensivos e intervenção. Não há limites para extensão da terapia para esses pacientes.</p> <p><input type="checkbox"/> Alta – pacientes potencialmente recuperáveis que requerem monitoração intensiva e, talvez, intervenção. Não são estabelecidos limites terapêuticos. Pacientes já <u>definidos</u> como potenciais doadores de órgãos se enquadram nesse nível de prioridade.</p> <p><input type="checkbox"/> Média – pacientes com baixa probabilidade de recuperação pelas doenças de base ou pela gravidade da doença atual, porém instáveis e críticos. Ex.: pacientes com importante limitação prévia, que desenvolvem um quadro agudo sobreposto.</p> <p><input type="checkbox"/> Baixa – pacientes habitualmente sem indicação de UTI, seja por ter baixo risco, seja por estar em estado de morte iminente ou situação terminal/irreversível (cuidados paliativos são a melhor opção), devendo a admissão ser considerada em bases individuais, após discussão com o Responsável Técnico pela UTI.</p> <p><input type="checkbox"/> Prioridade independente do quadro clínico.</p> |
|---|

Justificativa: _____

Vaga de UTI Disponível

Vaga de UTI NÃO Disponível: Registro na Central de Regulação de Leitos nº _____

Na ausência de vaga na UTI do serviço, a condução do paciente fica sob responsabilidade da equipe solicitante até ser transferido para a vaga de UTI regulada pela Central de Leitos.

A prioridade deverá ser reavaliada no momento do surgimento da vaga, uma vez que pode ter se modificado enquanto o paciente se encontra na lista de espera.

Data / ____ / ____ Hora: _____

Médico (assinatura e carimbo): _____