



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

MANUAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

JUNHO | 2021



Secretaria
de Saúde



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMPLEXO REGULADOR DO DISTRITO FEDERAL

Manual de Regulação de Leitos Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal

Brasília – DF
2021

Governador do Distrito Federal
IBANES ROCHA BARROS JUNIOR

Vice-Governador do Distrito Federal
MARCOS VINICIUS BRITTO DE ALBUQUERQUE DIAS

Secretário de Estado de Saúde
OSNEI OKUMOTO

Diretor do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal
JOSEANE GOMES FERNANDES VASCONCELLOS

Diretor de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar
MARIA FERNANDA DIAS CERQUEIRA DE ALMEIDA

Gerência da Central de Regulação da Internação Hospitalar
TIAGO DE PAULA ROSA

Elaboração
CAMILA BARBOSA DE CARVALHO
CARLA CAMILO DE SOUZA

Colaboração
GABRIELLA RIBEIRO CHRISTMANN
GEISA CRISTINA MODESTO VILARINS
CARLA CAMILO DE SOUSA
TIAGO DE PAULA ROSA
EQUIPE TÉCNICA CERIH

Revisão
GABRIELLA RIBEIRO CHRISTMANN
TIAGO DE PAULA ROSA

Diagramação
FRANKLIN ANTUNES DE MIRANDA NETO

Sumário

Sumário.....	4
Lista de siglas e abreviaturas.....	7
Apresentação.....	8
1. A Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH)	9
2. O processo regulatório dos Leitos de UTI na SES/DF – visão geral	11
2.1 Unidades Solicitantes.....	11
2.2 Unidades Executantes.....	11
2.3 Enfermeiros Controladores.....	12
2.4 Médicos Reguladores.....	12
2.5 Médicos Supervisores	13
3. O sistema informacional e o ambiente de regulação	14
3.1 Tela de Acesso ao Sistema	14
3.2 Tela Inicial/Ambiente de Regulação	15
4. Atribuições do enfermeiro controlador de UTI.....	18
4.1 Busca/Controle de Leitos de UTI da Rede SES/DF	18
4.2 Registro de Admissão e Alta	19
4.3 Busca ativa por leitos de UTI na rede privada de saúde do DF.....	21
5. Atribuições do Médico Regulador de UTI	22
5.1 Avaliação das Solicitações de Internação do Mapa de Espera	22
5.2 Regulação do Mapa de Transferência (“Mapa da direita”)	26
6. Atribuições do Médico Supervisor	27
6.1 Visita a pacientes internados sob regulação nas unidades contratadas da SES/DF.....	27
6.2 Visita a pacientes com pedido de remoção para a Rede SES/DF.....	27

7.	Critérios para retirada do paciente do mapa de espera de UTI.....	29
8.	Permutas de pacientes entre Unidades Executantes	30
9.	Necessidade de transferência de pacientes entre Unidades Executantes	31
10.	Solicitação de informações pela Defensoria Pública do Distrito Federal.....	33
11.	Judicialização do acesso	34
12.	Regulação de Leitos Gerais.....	36
12.1	Unidades Solicitantes	36
12.2	Unidades Executantes.....	36
12.3	Enfermeiros Controladores.....	36
12.4	Médicos Reguladores.....	37
13.	O sistema informacional e o ambiente de regulação de Leitos Gerais.....	38
13.1	Tela de Acesso ao Sistema	38
13.2	Tela Inicial/Ambiente de Regulação.....	39
14.	Atribuições do Enfermeiro Controlador de Leitos	42
15.	Atribuições do Médico Regulador de Leitos Gerais	43
16.	Fluxos de serviço da Regulação de Leitos Gerais	44
16.1	Serviço Domiciliar de Alta Complexidade (SAD – AC)	44
16.1.1	Critérios de Elegibilidade	44
16.1.2	Da Admissão dos pacientes no SAD - AC.....	45
16.1.3	Do Fluxo de solicitação externa para SAD - AC.....	46
16.1.4	Da descontinuidade da assistência no SAD - AC.....	47
16.2	Da Admissão dos pacientes no SAD - AC.....	48
16.2.1	Fluxo de encaminhamento para vagas de semi-intensiva do HUB.....	48
16.2.2	Critérios para inserção na vaga de BAVT	48
16.2.3	Critérios para inserção nas vagas de síndrome coronariana com supra de ST.....	48
16.2.4	Critérios para inserção nas vagas de síndrome coronariana sem supra de ST.....	49
16.2.5	Fluxo de encaminhamento	49
16.2.6	Forma de inserção.....	50

16.3 Fluxo para egresso de UTI em panorama 3	50
16.4 Fluxo para pacientes com Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave.....	50
16.5 Internação em enfermaria de Sintomas Respiratórios Agudos.....	51
16.6 Critérios para indicação de Suporte de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) – é necessário apresentar pelo menos 01 (um) dos parâmetros abaixo.	52
17. Anexos	53
PORTARIA Nº 199, DE 06 DE AGOSTO DE 2015.	53
PORTARIA Nº 200, DE 06 DE AGOSTO DE 2015.	56
PORTARIA Nº 556, DE 11 DE JUNHO DE 2018.....	70
PORTARIA Nº 713, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017	72

Lista de siglas e abreviaturas

SUS: Sistema Único de Saúde

SES/DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

CERIH: Central de Regulação da Internação Hospitalar

DIRAAH: Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

UCIN: Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente

CID: Classificação Internacional de Doenças

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

Apresentação

A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, depara-se com muitas barreiras. Para superar algumas delas, a utilização do processo regulatório como instrumento de gestão pode se tornar um potente equalizador social amortizando a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções.

Sob esta ótica, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), atendendo às diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, busca a ampliação do acesso dos usuários aos serviços de saúde de modo equânime para uma assistência efetiva em todos os níveis de atenção e complexidade.

Este *Manual de Regulação dos Leitos de UTI do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal* consiste em um instrumento norteador, direcionado aos servidores que atuam na rede SES/DF, para orientá-los quanto aos fluxos de encaminhamento de pacientes à esse leito, tornando o acesso a assistência mais oportuno e equânime junto à população.

1. A Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH)

A instituição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, organizada nas suas três dimensões de atuação (Regulação dos Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência) objetiva possibilitar a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito do SUS, com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde.

A Regulação do Acesso à Assistência, efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, é efetivada por meio dos complexos reguladores que congregam unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos, apoio diagnóstico e outros que se fizerem necessários.

Em consonância à Política Nacional de Regulação do SUS, a Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH) foi criada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) em 30 de agosto de 2006, por meio da Portaria SES/DF nº 41, que a definiu como unidade responsável pela regulação da internação hospitalar nos estabelecimentos assistenciais de saúde do Distrito Federal (DF), vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo próprios ou contratados, determinando inclusive, como objeto imediato de regulação da CERIH, a totalidade dos leitos de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Pediátrica e Adulto. Em 2013, a SES/DF incorporou os leitos das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) da rede própria ao escopo de regulação da CERIH.

Atualmente, a CERIH faz parte do Complexo Regulador em Saúde do Distrito

Federal (CRDF), subordinado à Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH), que é a unidade administrativa que o coordena.

Desde a sua criação, a CERIH funciona, ininterruptamente, 24 horas por dia, sete dias por semana, com uma equipe composta por médicos reguladores, enfermeiros controladores e médicos supervisores, os quais desenvolvem atividades complementares e distintas (conforme a Portaria SES/DF nº. 199, de 06 de agosto de 2015) que serão descritas mais adiante neste instrumento.

Em 2018, foi iniciada a Regulação de Leitos Gerais dado a necessidade de se organizar os encaminhamentos de pacientes à internação, sendo resultado de uma decisão gestora da SES/DF, em consonância com a recomendação do Tribunal de Contas do DF (4282/2014).

O intuito da Regulação é de aumentar o controle gestor sobre a ocupação dos leitos em toda a Rede SES/DF, facilitando as informações quanto à disponibilidade dos mesmos e melhor utilização dos recursos disponibilizados pela SES/DF.

2. O processo regulatório dos Leitos de UTI na SES/DF – visão geral

A Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH), unidade orgânica do CRDF, utiliza um sistema informacional, em plataforma *web*, que permite o acompanhamento das solicitações de internação nos leitos de UTI por meio do registro das informações e evoluções clínicas necessárias à regulação dos pacientes aos leitos de internação.

A equipe da CERIH é formada por médicos e enfermeiros, servidores efetivos da SES/DF, que trabalham em regime de plantão e com escalas de serviço nas 24 horas.

2.1 Unidades Solicitantes

Constituem os estabelecimentos assistenciais de saúde, vinculados ao SUS, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros, enfermarias e centros cirúrgicos da rede SES/DF. São responsáveis pela inscrição *online* de pacientes no mapa (fila) de espera da CERIH para leitos de UTI, por meio do preenchimento do formulário de solicitação de internação hospitalar. Devem, ainda, fornecer informações complementares referentes ao quadro clínico do paciente, via sistema ou telefone, sempre que solicitado pelo regulador, além de assegurar a remoção do paciente para a unidade referenciada pela CERIH, chamada de unidade executante.

2.2 Unidades Executantes

Constituem os estabelecimentos assistenciais de saúde, vinculados ao SUS (próprios ou contratados), responsáveis pela disponibilização dos leitos hospitalares,

cabendo a elas, de acordo com o escopo de regulação da CERIH:

- a) Atualização constante (24 horas) do mapa de leitos de UTI no sistema informacional para a devida identificação pela CERIH dos leitos bloqueados, ocupados, vagos e reservados;
- b) Admissão virtual no sistema informacional dos pacientes encaminhados aos leitos de internação pela CERIH.

2.3 Enfermeiros Controladores

São enfermeiros responsáveis pelo monitoramento da ocupação diária dos leitos de UTI (próprios e conveniados), verificando altas, internações, solicitações de transferência entre UTI e possíveis bloqueios de leitos de UTI. Efetuam também o rastreio da disponibilidade de leitos de UTI na rede particular de saúde do DF, com vistas ao cumprimento de decisões judiciais. Atuam ainda na interlocução junto aos órgãos de controle externo, bem como no encaminhamento de solicitações de visitas à equipe de supervisão médica da CERIH.

2.4 Médicos Reguladores

São médicos responsáveis pela análise e autorização das solicitações de internação nos leitos de UTI (próprios ou contratados) de toda a rede SES/DF. Possuem a prerrogativa de definir e redefinir prioridades assistenciais, de acordo com os critérios elencados na Portaria SES/DF nº 200, de 06 de agosto de 2015, de maneira a garantir o acesso do paciente aos leitos de internação. No que tange aos leitos de UTI, extraordinariamente, autorizam a ocupação de leitos de UTI destinados às cirurgias eletivas na rede própria da SES/DF. Sob o mesmo caráter, também podem autorizar a internação de pacientes em leito de UTI da rede particular de saúde do DF para cumprimento de ordens judiciais que determinam esse procedimento na indisponibilidade de vagas em leitos próprios, conveniados ou contratados à rede SES/DF.

2.5 Médicos Supervisores

São médicos responsáveis pelo acompanhamento/visitas aos pacientes encaminhados sob regulação aos leitos de UTI das unidades contratadas pela SES/DF, assim como pela autorização ou negativa de procedimentos de alta complexidade e/ou medicamentos de alto custo quando solicitados, inerentes à terapêutica escolhida durante a internação. Realizam, também, visitas junto às unidades hospitalares particulares (não contratadas pela SES/DF) quando estas solicitam à CERIH a remoção de pacientes internados para UTI da rede própria. Nestes casos, os supervisores podem ou não endossar o pedido de transferência.



FIGURA 1: Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH).

3. O sistema informacional e o ambiente de regulação

3.1 Tela de Acesso ao Sistema

InterSystems
TRAKCARE®

Bem vindo a **BASE DE PRODUÇÃO**

Usuário

Senha

Logon

Logon

TrakCare 2015.1 licensed to "Secretaria de Estado da Saude do Distrito Federal - GDF"
HealthShareFoundations 2014.1.4 Build 803
License Expires 05/07/2041

FIGURA 2: Tela de acesso ao sistema informacional utilizado para regulação do acesso de pacientes aos leitos de UTI da Rede/SES.

Para acessar o sistema, o servidor da CERIH deverá utilizar a página trakcare.saude.df.gov.br/trakcare/.

Informar os dados solicitados para *login* (usuário e senha pessoal).

Aguardar carregar o perfil **“SES DF CRIH CONTROLADOR/REGULADOR”**, selecionar o perfil e conectar-se ao sistema.

3.2 Tela Inicial/Ambiente de Regulação

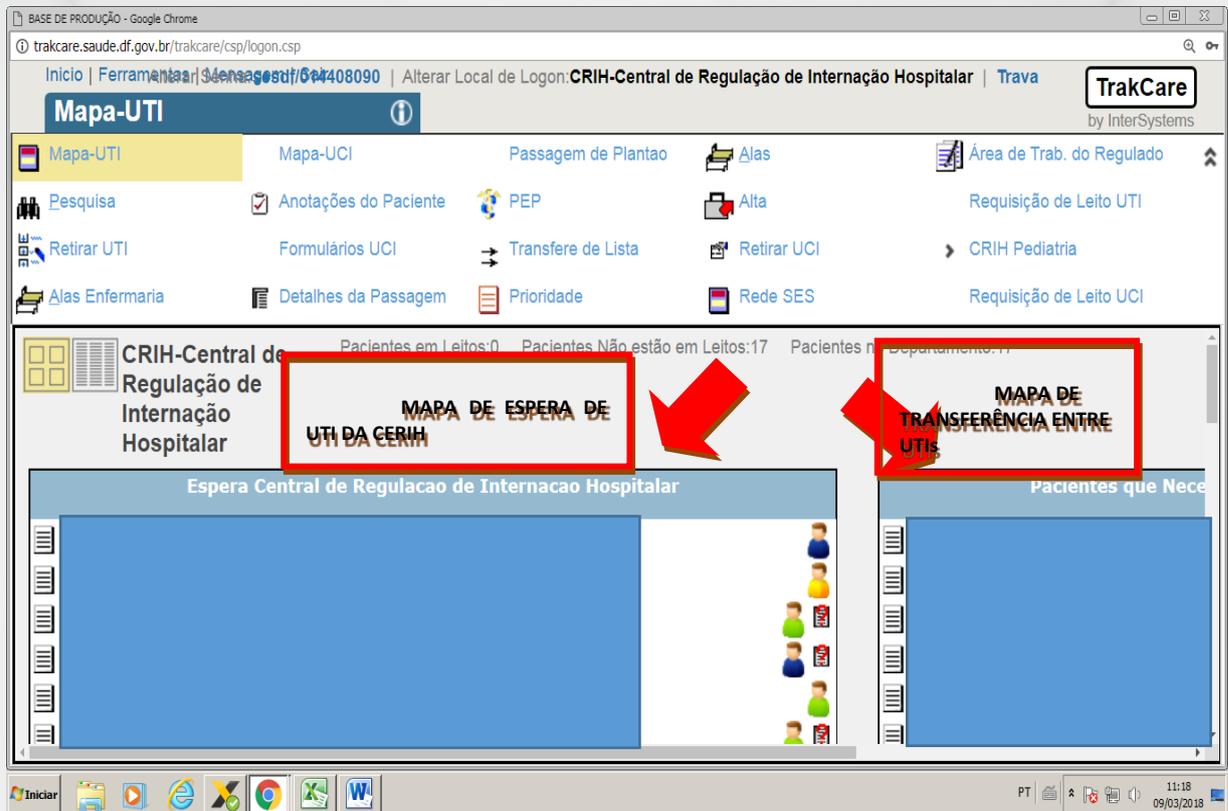


FIGURA 3: Tela inicial do sistema informacional utilizado para regulação do acesso de pacientes aos leitos de UTI da Rede/SES.

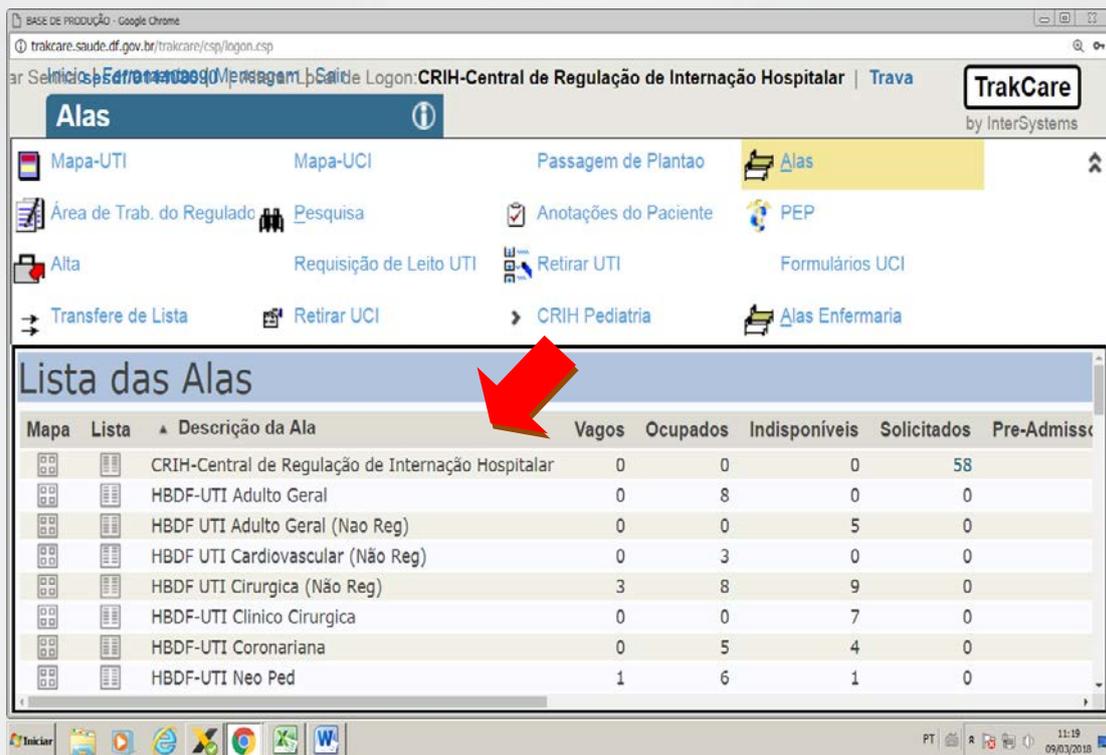
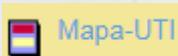


FIGURA 4: Tela inicial do sistema informacional com a lista das alas de UTI da Rede/SES.

Após a conexão, na tela inicial do sistema informacional são exibidos o mapa de espera por leito de UTI (fila da esquerda) e o mapa de solicitações de transferência entre UTI (fila da direita).

Na parte superior da tela, estão dispostos os ícones de interesse para a execução do processo regulatório, a saber:



Mapa-UTI Mapa UTI: ambiente virtual onde estão listadas as solicitações de internação em UTI. Disposição nominal dos pacientes que aguardam vacância de leito de UTI para que se efetue o direcionamento, bem como daqueles já direcionados para leitos de UTI e que ainda não foram admitidos nestes;



Alas: reprodução, em ambiente virtual, dos leitos de UTI e UCIN, bem como da ocupação destes em todas as UTI e UCIN da Rede SES;



PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente): ambiente virtual destinado

ao registro das evoluções/anotações, realizadas pela equipe multiprofissional, relacionadas à assistência dispensada ao paciente durante a sua internação, bem como exames, pareceres, prescrições, controles, etc.;



Anotações do Paciente

Anotação do Paciente: ambiente virtual para realização das evoluções/anotações que ficarão registradas no PEP;



Pesquisa

Pesquisa: campo para pesquisa/localização do paciente no sistema informacional (argumentos para pesquisa: data de nascimento, nome do paciente, CPF, número SES);



Área de Trab. do Regulador

Área de trabalho do Regulador: ambiente virtual com reprodução do mapa de espera de UTI. Neste ambiente, é possível a utilização de filtros pré-cadastrados no sistema para refinar a pesquisa dos pacientes, a saber: solicitações de internação por unidade solicitante, prioridade clínica, suporte requerido, etc.;



Requisição de Leito UTI

Requisição de Leito de UTI: ambiente virtual com a listagem das UTI da Rede SES. Quando da realização do direcionamento, permite ao médico regulador, selecionar virtualmente a unidade/UTI para qual o paciente será encaminhado;



Passagem de Plantão

Passagem de Plantão: ambiente virtual utilizado pelos profissionais da CERIH para o registro da situação de recebimento e passagem do

plantão, intercorrências, bem como, em cada uma das Alas, da busca ativa por vagas de UTI.

4. Atribuições do enfermeiro controlador de UTI

4.1 Busca/Controle de Leitos de UTI da Rede SES/DF

O enfermeiro controlador realiza, durante todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), o controle virtual dos leitos de internação da Rede SES/DF, quais sejam próprios ou contratados que estejam sob regulação.

Utiliza para tanto, o sistema informacional, contato telefônico com as unidades executantes e planilhas de trabalho que permitem o acompanhamento da ocupação dos leitos de internação, com a atualização frequente do *status* dos leitos por meio das altas informadas (por melhora, por óbito, por transferência) ou bloqueios, com a finalidade de sinalizar as vagas aos reguladores que procedem à regulação do leito/paciente.

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA - UTI											
HOSPITAL	TIPO UTI	FONE	MANHÃ			TARDE			NOITE		
			CONTATO	SITUAÇÃO	HORA	CONTATO	SITUAÇÃO	HORA	CONTATO	SITUAÇÃO	HORA
HBDF Chefe de equipe (Cel.) Funcional CH 99552-9934 3315-1519	GERAL	3315-1451 3315-1651									
	CORO Com HD	3315-1452									
	NEURO/ Trauma	3315- 1635/1637/1639									
HMIB	ADULTO	3445-7724									
HRAN (Leitos 01 e 02 ELETIVOS)	ADULTO	3325-4259									
HRC (Leito 08 não é regulado)	ADULTO	3471-9092/9101 3471-9001 CE 3371-4264 CE									
HRG	UTI ₁	3384-0504 3385-9227									
	UTI ₂	3385-9778									

FIGURA 5: Planilha de Trabalho – Enfermeiro Controlador: contato telefônico com as unidades executantes e registro da disponibilidade de vaga.

NOTA 1: a atualização do status dos leitos de cada unidade, obrigatoriamente, deverá constar no registro de passagem de plantão de cada ala.

DISPONIBILIDADE DE VAGAS - UTI AD - 11/03/2018										
http://200.193.236.40/trakcare/csp/logon.csp										
HOSPITAL	UTI	LEITO	PACIENTE		SES	ORIGEM	DATA	OBSERVAÇÃO		
ICDF	UDT	01(L01)				HRT	10/03 00:19h	Icdf irá transportar hoje		
HMIB	AD	01(L01) 01(L03)								
HRSM	UTI-1	01(ISO3)						HRSM	12/03 M	
HRG	UTI-1	01(L01)								SEM HD

MANDADOS JUDICIAIS								
	NOME	SES	IDADE	SUPORTE	ORIGEM	DATA	REAPRES.	OBSERVAÇÕES
1.			84	Geral + HD	HRT	28/02/18		
2.			85	Geral + HD	HRBz	03/03/18		
3.			48	Geral	HBDF	08/03/18		
4.			75	Geral	UPASS	09/03/18		
5.			65	Geral+HD	HRS	11/03/18		
6.			84	Cardio	UPA CEI	11/03/18		Descump 12/03/18 com multa
7.			73	Cir + HD	HRBZ	12/03/18		
8.			83	Geral + HD	UPA SAM	12/03/18		

FIGURA 6: Planilha de Trabalho – Enfermeiro Controlador: registro da disponibilidade de vagas, dos direcionamentos efetuados durante o plantão e dos Mandados Judiciais à cumprir.

NOTA 2: na busca ativa por leitos, o contato telefônico com as unidades ainda é uma ferramenta indispensável para a qualificação da ação do enfermeiro controlador. Registros baseados apenas no sistema informacional, só devem ser feitos mediante impossibilidade de contato telefônico com a unidade executante.

Além disso, mantém o controle dos mandados judiciais pendentes de cumprimento, sempre que houver.

4.2 Registro de Admissão e Alta

Compete ao enfermeiro controlador realizar o registro de admissão para todos os pacientes encaminhados, sob regulação, aos leitos de internação. É importante ressaltar que a anotação deve conter a unidade executante, data e hora da admissão e o profissional que forneceu a informação.

Anotações

Pergunta Resposta

Prioridade do paciente: 1

Resumo Clínico: EAP - II

Outras Informações:

ATUALIZAR TODOS

15/03/2018	19:43	Enf. Ricardo da UTI OXTAL/São Mateus confirma admissão do paciente às 16:30h de hoje, em leito regulado.	GABRIELLA RIBEIRO CHRISTMANN
------------	-------	--	------------------------------

FIGURA 7: Modelo de registro de admissão de paciente em UTI de unidade de saúde privada, contratada da SES/DF.

Em relação às altas, faz-se necessário que o enfermeiro controlador monitore e acompanhe a ocupação de todas as unidades executantes próprias, visto que as mesmas também utilizam o mesmo sistema informacional e com isso movimentam virtualmente os pacientes, admitindo ou dando alta.

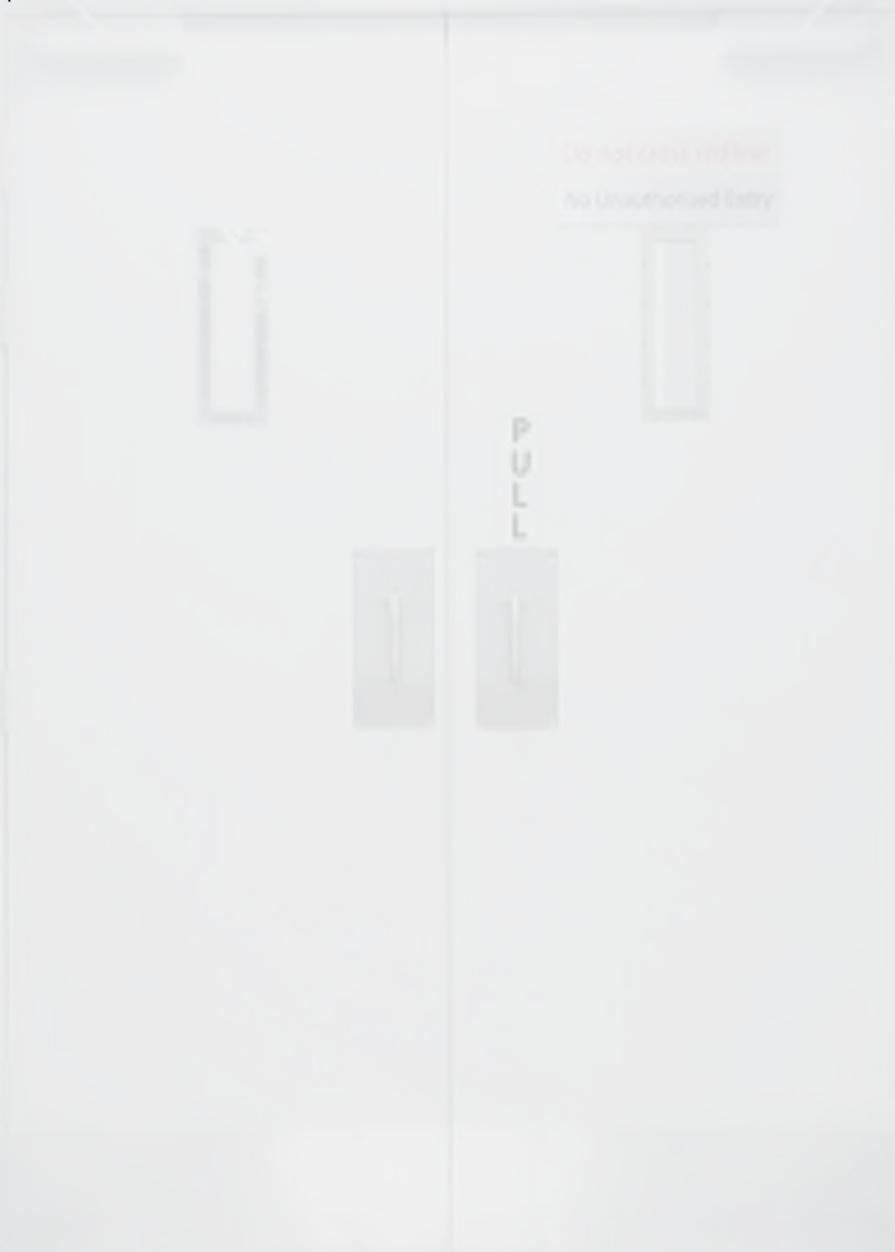
Já nas unidades executantes contratadas, o enfermeiro possui um papel preponderante de realizar as devidas atualizações quanto à ocupação dos leitos, pois tais unidades não têm acesso ao sistema informacional. Nestes casos, deve-se registrar a hora da alta ou óbito, o responsável pela informação e a respectiva unidade executante.

NOTA 3: o registro da admissão do paciente poderá ser feito mediante ratificação do registro de admissão já documentado no PEP pela equipe assistencial. Porém, para os pacientes beneficiados por decisão judicial ou aqueles admitidos em unidades conveniadas ou contratadas, o contato telefônico é indispensável para a realização desse registro. Para estes casos, deverá constar também a informação se a ocupação do leito foi de forma regulada ou não.

4.3 Busca ativa por leitos de UTI na rede privada de saúde do DF

Na tentativa de viabilizar o cumprimento das ordens judiciais recebidas na CERIH, o enfermeiro controlador, de forma complementar, realiza contato telefônico com as unidades de terapia intensiva da rede privada de saúde do Distrito Federal para registrar a possível disponibilidade de leitos intensivos.

O registro do contato deve ser anotado em *“Anotações do Paciente”* daqueles pacientes que aguardam cumprimento de mandado judicial pela CERIH em todos os turnos de plantão.



5. Atribuições do Médico Regulador de UTI

5.1 Avaliação das Solicitações de Internação do Mapa de Espera

Todas as solicitações de internação inseridas no sistema informacional da CERIH devem ser avaliadas quanto à indicação de internação em UTI para os pacientes, priorizadas conforme os critérios clínicos pré-estabelecidos por área técnica responsável (Gerência de Serviços de Terapia Intensiva - GESTI/DSINT/CATES/SAIS/SES) e reguladas de acordo com a disponibilidade de vagas e suporte requerido ao atendimento.

O acompanhamento da evolução dos pacientes que aguardam UTI no mapa de espera da CERIH deve ocorrer da seguinte forma:

O médico regulador deve avaliar, a cada plantão, de maneira criteriosa, todo o histórico da doença atual do paciente que levou à solicitação de leito intensivo (estado geral, condição atual, patologia de base, evolução clínica, patologias associadas, exames e suporte necessário), conforme registro de informações no PEP. Em caso de insuficiência de informações, ou na ausência de evolução médica a cada plantão, deve-se fazer contato telefônico com a unidade solicitante para complementação dos dados a fim de subsidiar a priorização adequada e consequente encaminhamento à unidade executante.

O médico regulador deve adotar a seguinte conduta quando houver solicitação de UTI:

1. Transcrever para o campo '*Anotações do Paciente*' o relatório médico constante no formulário de solicitação de internação hospitalar o qual justifica a inscrição do paciente no mapa de espera da CERIH;

Solicitação de Internação hospitalar

Tipo de atendimento

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Unidade Solicitante

Telefone Próximo ao Paciente

DADOS DA INTERNAÇÃO

Prioridade

Tipo de Leito

Sub Tipo de Leito

Unidade de Internação Sugerida

Diagnóstico Principal Inicial / CID

Procedimento Principal Solicitado

Mandado Judicial?

Necessita Avaliação Anestesiasta

Paciente Fora de Fluxo

ICDF?

Justificativas para internação: Sinais e Sintomas, Resultados e Provas Diagnósticas, Patologias Concomitantes

PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE PERITONITE FECAL POR QUADRO DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL COMPLICADA COM PERFURAÇÃO DE ALÇA. PACIENTE ORIENTADO NO TEMPO E

FIGURA 8: Formulário de Solicitação de Internação Hospitalar com transcrição do relatório de inserção do paciente no mapa de espera de UTI para o prontuário eletrônico do paciente.

2. Informar o resumo clínico e suporte necessários (informações adicionais) para facilitar o processo de trabalho. **O campo 'Resumo Clínico' não se destina à transcrição da CID (Classificação Internacional de Doenças).**

Informações Adicionais

Prioridade paciente: 1 2 3 4A 4B

Resumo Clínico:

Outras Informações:

<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica	<input type="checkbox"/> Inconsciente
<input checked="" type="checkbox"/> Drogas Vasoativas	<input type="checkbox"/> HemoDialise
<input type="checkbox"/> Morte Encefálica	

FIGURA 9: Campo “Informações Adicionais” destinado ao registro da prioridade e do resumo clínico do paciente.

3. Atribuir o grau de prioridade do paciente (1, 2, 3, 4a ou 4b), conforme critérios estabelecidos na Portaria SES/DF nº 200, de 06/08/2015 e alterá-lo sempre que julgar necessário.

<p>Prioridade 1</p> 	<p>Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.</p>
<p>Prioridade 2</p> 	<p>Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes.</p>
<p>Prioridade 3</p> 	<p>Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Esses pacientes podem ter limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não-reanimação cardiopulmonar.</p>
<p>Prioridade 4A</p> 	<p>Pacientes com pouco ou nenhum benefício da admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de descompensação ou baixa necessidade de intervenção.</p>
<p>Prioridade 4B</p> 	<p>Pacientes em terminalidade ou com doença irreversível diante da morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.</p>

FIGURA 10: Prioridades Clínicas estabelecidas pela Portaria SES/DF nº 200, de 06/08/2015.

4. Todas as solicitações constantes dos dois mapas (esquerda e direita) devem ser evoluídas, a cada plantão ou sempre que necessário a inclusão de novas informações. Para cada solicitação, deve-se registrar as informações pertinentes a cada caso no campo 'Anotações do paciente'. Os dados recomendados para registro incluem o resumo clínico atual, uso de medicamentos (drogas vasoativas, antibioticoterapia, quimioterápicos, imunossuppressores, etc.), resultados relevantes de exames laboratoriais/imagem, suporte assistencial indicado, disponibilidade ou não de leitos que atendam ao pleito, dentre outros de importância ao processo regulatório.

5. Ao verificar, junto ao enfermeiro controlador, a disponibilidade de leito com perfil que atenda às necessidades de pacientes inscritos na fila de espera de UTI, (priorizar a ocupação de leitos de UTIS próprias e posteriormente as contratadas), o regulador deve entrar em contato telefônico com a unidade executante para informação

do quadro clínico ao médico plantonista da UTI e tentar o direcionamento do paciente. Com o acato da internação, informa, via telefone, ao solicitante:

- ✓ Unidade de destino;
- ✓ Profissional que autorizou a internação;
- ✓ Telefone da unidade de destino;
- ✓ Necessidade de elaboração de relatório de transferência;
- ✓ Necessidade de acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) pela unidade solicitante para a realização da remoção do paciente à unidade executante;

Todas as informações acima devem ser registradas pelo regulador no PEP.

A etapa seguinte consiste no direcionamento virtual do paciente à unidade executante.

NOTA 4: *independentemente da existência do PEP, o contato telefônico ainda é uma ferramenta indispensável para a qualificação da ação do médico regulador.*

NOTA 5: *no caso de reinserção de paciente no Mapa de UTI da CERIH, o médico regulador deve, obrigatoriamente, proceder nova transcrição do relatório de inserção, bem como atualizar os registros contidos no campo “Informações Adicionais”, mediante a leitura criteriosa do PEP.*

5.2 Regulação do Mapa de Transferência (“Mapa da direita”)

Alguns pacientes já internados em UTI necessitam de remoção para outra unidade de terapia intensiva que lhe forneça o suporte assistencial necessário. Nesses casos, são inscritos no mapa de transferência (“mapa da direita”) para serem avaliados e priorizados **a cada plantão**, com vistas ao direcionamento para leito que atenda suas necessidades clínicas atuais.

6. Atribuições do Médico Supervisor

6.1 Visita a pacientes internados sob regulação nas unidades contratadas da SES/DF

O médico supervisor é o responsável pelas visitas aos pacientes internados sob regulação nos leitos de UTI das unidades contratadas pela SES/DF. Após a admissão dos pacientes, o supervisor tem o prazo de 48 horas úteis para visitá-los. A partir disso, as visitas passam a ocorrer diariamente, de segunda a sexta, em horário comercial, conforme escala de serviço dos supervisores. Torna-se obrigatório o subsequente registro das respectivas evoluções no sistema informacional da SES/DF, o que permite o acompanhamento integral dos pacientes internados sob regulação nos leitos contratados.

Durante as visitas, estes profissionais avaliam as condições clínicas dos pacientes e acompanham a terapêutica instituída durante as internações. Caso haja a necessidade de medicamentos de alto custo e/ou procedimentos de alta complexidade, os médicos supervisores deverão autorizar ou não a utilização/realização dos mesmos.

6.2 Visita a pacientes com pedido de remoção para a Rede SES/DF

Eventualmente, a rede particular de saúde do DF pode solicitar à CERIH, por meio de envio de relatório clínico completo via e-mail (plantaocrihdf@gmail.com), a remoção de pacientes gravemente enfermos que se encontram **internados em UTI** para a rede SES/DF. Cabe enfatizar que o médico supervisor é acionado pela CERIH somente em casos de pacientes já internados em terapia intensiva.

Todas as visitas deverão ser registradas no sistema informacional, o que formaliza e subsidia respostas aos órgãos externos.

O fluxo recomendado para inserção no mapa da CERIH, após a visita, apresenta as seguintes etapas:

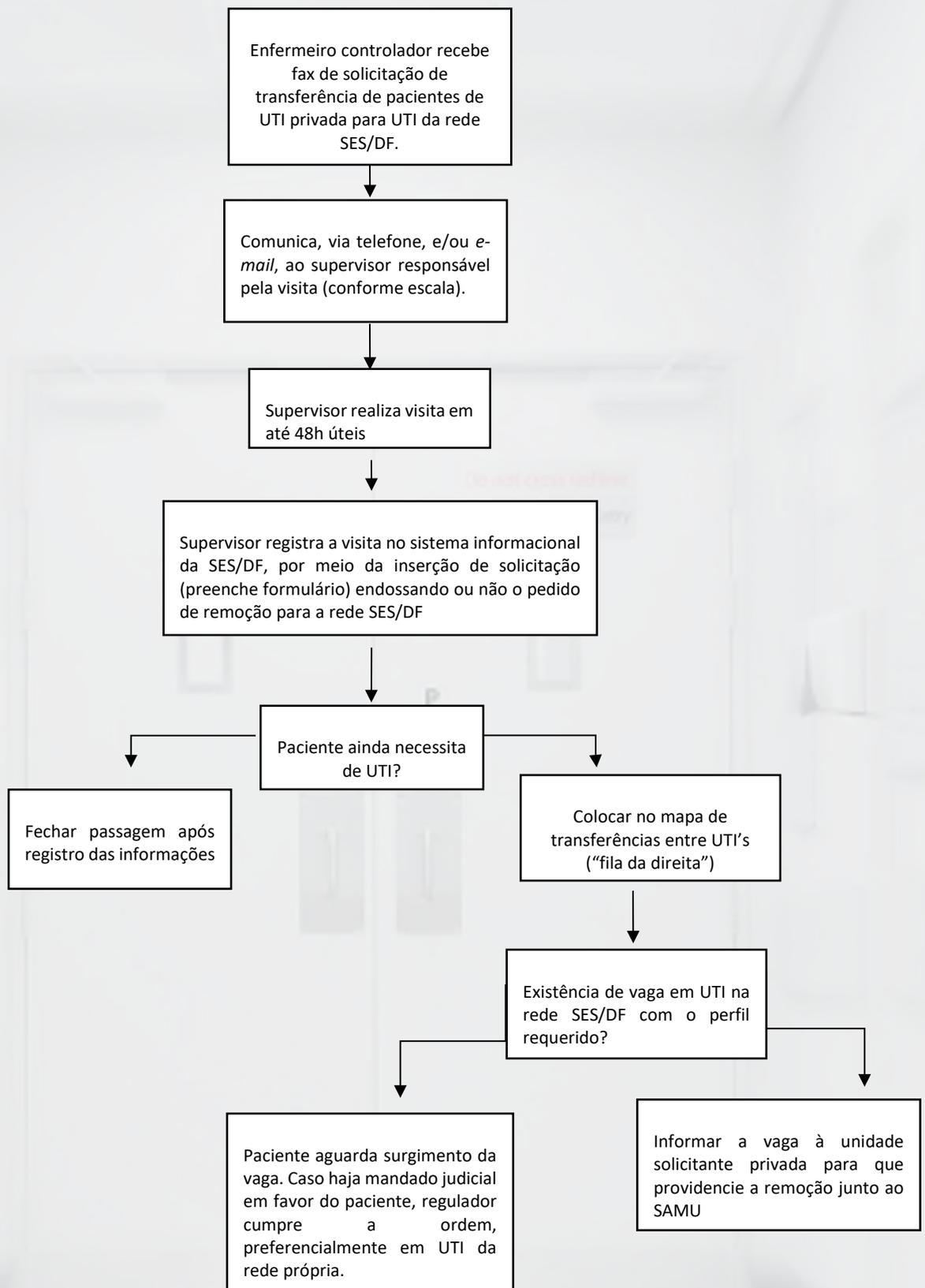


FIGURA 11: Fluxograma do processo de supervisão médica da CERIH.

7. Critérios para retirada do paciente do mapa de espera de UTI

Alguns motivos justificam a retirada de uma solicitação de internação do mapa de espera por leito de UTI, como:

- a) Melhora Clínica (Prioridade 4A);
- b) Pacientes com quadro clínico grave, sem benefício da terapia intensiva (Prioridade 4B);
- c) Solicitações de internação sem a devida indicação para terapia intensiva ou leito intermediário neonatal;
- d) Ausência de evolução médica há mais de 24 horas, **sem sucesso no contato telefônico com a unidade solicitante, informado e ratificado por meio de contato telefônico com a Chefia de Equipe;**
- e) Óbito no mapa de espera;
- f) Confirmação do protocolo de morte encefálica (ME) de paciente;
- g) Internação na unidade executante fora do fluxo (FF) regulatório;
- h) Solicitação de internação de paciente não nascido (feto);
- i) Solicitação de internação com vistas à reserva de leito para pós-operatório de pacientes com elevado risco cirúrgico e/ou cirurgias de grande porte;

NOTA 6: *toda retirada de paciente do mapa de espera de UTI da CERIH deverá ser precedida de registro no PEP, bem como de contato telefônico com a unidade solicitante para que seja informado o motivo da retirada.*

NOTA 7: *solicitações de internação em UTI com vistas à reserva de leito para pós-operatório deverão ser encaminhadas à Central de Regulação Ambulatorial - CERA/DIRAAH/CRDF/SES.*

8. Permutas de pacientes entre Unidades Executantes

A CERIH possui a prerrogativa de articular, por meio do médico regulador, a permuta entre pacientes críticos que aguardam leito de UTI ou que já estão internados nestas unidades de modo a atender ao perfil desejado, conforme as necessidades clínicas e a disponibilidade de vagas. Assim, pode-se permutar um paciente internado em uma UTI especializada com outro paciente internado em uma outra UTI que não tenha o suporte assistencial devido para o caso.

Contudo, as unidades executantes também podem articular entre si a permuta entre os pacientes internados em UTI desde que não comprometa o processo regulatório.

NOTA 8: *toda e qualquer permuta articulada entre as unidades executantes deve ser informada à CERIH para fins de registro em PEP.*

9. Necessidade de transferência de pacientes entre Unidades Executantes

Eventualmente, os pacientes já internados em uma UTI podem necessitar de algum suporte não oferecido por aquela unidade em questão. Nesses casos, o médico assistente deverá entrar em contato via telefone com o médico regulador da CERIH que, corroborando com a necessidade, procederá com a inserção do paciente na lista de transferência da CERIH, indicada na figura 3. Portanto, **o paciente não deverá ser inserido na lista de espera pela equipe assistente.**

Para isso, o paciente será colocado no campo “Espera UTI Adulto” da UTI em que se encontra internado e o seu leito será bloqueado virtualmente.

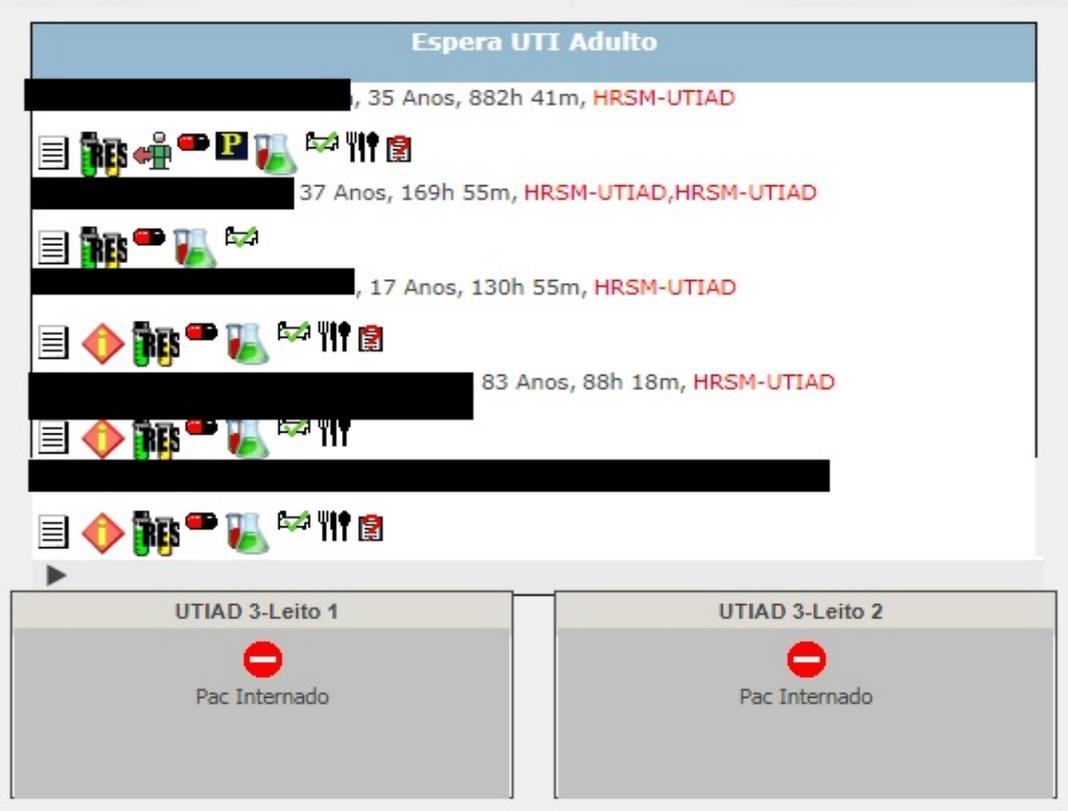


FIGURA 12: Tela da ala de uma UTI que mostra o campo “Espera UTI Adulto” e os leitos bloqueados com os pacientes aguardando transferência.

Caso haja necessidade de retornar o paciente para o leito (para solicitação de exame ou

prescrição) a unidade deverá contactar novamente a CERIH para que o procedimento seja refeito.



10. Solicitação de informações pela Defensoria Pública do Distrito Federal

Rotineiramente, a CERIH recebe solicitações de informações pela Defensoria Pública do Distrito Federal (DPDF) acerca da inscrição de paciente no mapa de espera de UTI, priorização e perspectiva de vaga. Isto ocorre via *e-mail* (plantaocrihdf@gmail.com). Tal procedimento precede, em geral, o recebimento de ordem judicial que beneficie o paciente e obrigue seu cumprimento.

O médico regulador é o responsável pela elaboração do documento-padrão que responde à solicitação da DPDF, devendo constar no relatório os seguintes dados:

- a) Local e data;
- b) Assunto (que inclui a especificação do número do ofício);
- c) Nome completo do paciente e data de nascimento (quando estiver inserido);
- d) Data e hora do recebimento do formulário de solicitação de UTI (quando estiver inserido);
- e) Priorização (quando estiver inserido);
- f) Suporte requerido;
- g) Disponibilidade ou não de leitos, informando a unidade executante caso o paciente já esteja direcionado;
- h) Turno do plantão, data e hora da resposta;
- i) Nome e matrícula dos médicos reguladores no plantão;
- j) Nome e matrícula do enfermeiro controlador no plantão.

NOTA 9: o médico regulador é responsável pelo envio, via *e-mail*, das respostas à DPDF, devendo informar ao enfermeiro controlador para fim de registro em planilha específica.

11. Judicialização do acesso

A judicialização do acesso refere-se à busca do Judiciário como alternativa para obtenção do acesso aos leitos de internação, quais sejam UTI e/ou UCIN da Rede SES DF (próprios, contratados e/ou conveniados), bem como das unidades de saúde privadas do Distrito Federal, não contratadas da SES DF. As Decisões Judiciais atinentes à obtenção do acesso aos leitos de internação são pautadas na garantia e na responsabilidade do Estado em assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos.

A CERIH recebe, regularmente, por meio do oficialato de justiça, mandados judiciais. Sempre que o mandado judicial chegar, POR MEIO FÍSICO OU ELETRÔNICO (mesmo e-mail já citado) o médico regulador ou o enfermeiro controlador do plantão devem efetuar a pesquisa no sistema informacional a fim de se registrar no PEP os dados referentes à decisão judicial, tais como número do processo, data de emissão, vara, autor da decisão e juiz de direito que a exarou. Além disso, deve-se proceder à marcação do ícone '**Mandado Judicial**' que consta no formulário de Solicitação de Internação Hospitalar.

BASE DE PRODUÇÃO - Google Chrome

Não seguro | trakcare.saude.df.gov.br/trakcare/csp/wetsys.csp?TUID=132&TUID=94

SES : 00038956 [redacted] Maria Barb [redacted] 12075348 [redacted] Nascimento: 12/01/1944

Impressão Ajuda

Solicitação de Internação hospitalar

Tipo de atendimento: UTI

INFORMAÇÃO DO PACIENTE

Unidade Solicitante: HRPL Box Clínica Medica

Telefone Próximo ao Paciente: 33883665

DADOS DA INTERNAÇÃO

Prioridade: Emergência/Urgência

Tipo de Leito: UTI

Sub Tipo de Leito: Adulto

Unidade de Internação Sugerida

Diagnóstico Principal Inicial / CID: A41.9 Septicemia nao especificada

Procedimento Principal Solicitado:

Mandado Judicial? [redacted] ←

Necessita Avaliação Anestesiologista? [redacted] →

Paciente Fora de Fluxo:

ATENÇÃO:
 A solicitação de internação deverá conter as seguintes informações:
 1-Quadro Neurológico: Nível de consciência, Pupilas.
 2-Quadro Respiratório: FR, Tipo de Suporte Ventilatório.
 3-Quadro Hemodinâmico: Uso de Drogas Vasoativas.
 4-Quadro Renal: Diurese

NOTA 9: Na tentativa de viabilizar o cumprimento das ordens judiciais, o enfermeiro controlador, de forma complementar, expande a busca ativa por leitos de UTI às unidades de saúde da rede privada do Distrito Federal, não contratadas pela SES, para averiguar e registrar a possível disponibilidade de leitos.

NOTA 10: todos os mandados judiciais recebidos na CERIH devem ser registrados na planilha 'Lista de Mandado Judicial', de acordo com a legenda instituída.

NOTA 11: os pacientes atendidos por mandados judiciais internados em Pronto Socorro, que não se encontram inseridos na lista, devem ser prontamente inseridos com o Perfil Médico Supervisor.

12. Regulação de Leitos Gerais

A equipe dos Leitos Gerais é composta por Enfermeiros Controladores, Médicos Reguladores e Médicos Supervisores e funciona de segunda a domingo, das 07h às 23h.

12.1 Unidades Solicitantes

Constituem os estabelecimentos assistenciais de saúde, vinculados ao SUS, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros e enfermarias da rede SES/DF. São responsáveis pela inserção *online* de pacientes no sistema SISLEITOS para leitos de enfermaria. Devem, ainda, assegurar a remoção do paciente para a unidade referenciada pela CERIH, chamada de unidade executante.

12.2 Unidades Executantes

Constituem os estabelecimentos assistenciais de saúde, vinculados à rede SES/DF, responsáveis pela disponibilização dos leitos hospitalares.

12.3 Enfermeiros Controladores

São responsáveis por monitorar a ocupação diária dos leitos de enfermaria da rede SES/DF em Panorama 3, verificar a disponibilidade de vagas, solicitações de internações e de transferência e realizar a reserva dos leitos no sistema SISLEITOS. Também são responsáveis por verificar no sistema TRAKCARE as altas médicas dos egressos de UTI, tanto da rede própria como da contratada, e solicitar providências quanto à desospitalização.

12.4 Médicos Reguladores

São responsáveis por analisar as solicitações de internação em enfermaria da rede SES/DF em Panorama 3, solicitar informações, quando necessário, para complementação de dados por meio de contato telefônico ou via prontuário eletrônico do paciente (PEP) - quando se tratar de unidade de saúde que utiliza o sistema TRAKCARE. Também são responsáveis por avaliar os pacientes inscritos na fila de espera por leitos, autorizar a internação dos pacientes que atenderem aos critérios de admissão, conforme as necessidades clínicas e suporte requerido.

13. O sistema informacional e o ambiente de regulação de Leitos Gerais

13.1 Tela de Acesso ao Sistema

SES - DF

SISLEITOS - Sistema de Gestão de Leitos

Funcionalidades:

- REGULAÇÃO DE LEITOS**
O SISLEITOS é um sistema de regulação de leitos que prioriza e oferece suporte ao processo de internação.
- MAIS PRATICIDADE**
Permite o mapeamentos dos leitos conforme especialidades disponíveis para internação em cada unidade de saúde.

criar uma conta

Manual Transferência Inter-hospitalar | Manual de Cadastro

Manual GIR | Manual Médico Solicitante

Acesso ao Sistema

Usuário
Digite seu Usuário da REDE SES/DF

Senha
Digite sua senha de acesso da REDE SES/DF
Esqueci a Senha

Local de Acesso
Selecione...

Manter conectado?

Criar uma conta | **Acessar**

FIGURA 13: Tela de acesso ao sistema informacional utilizado para regulação do acesso de pacientes aos leitos gerais da rede SES/DF.

Para acessar o sistema, o servidor da CERIH deverá utilizar a página <http://sisleitos.saude.df.gov.br/login>.

Informar os dados solicitados para *login* (usuário e senha pessoal).

13.2 Tela Inicial/Ambiente de Regulação

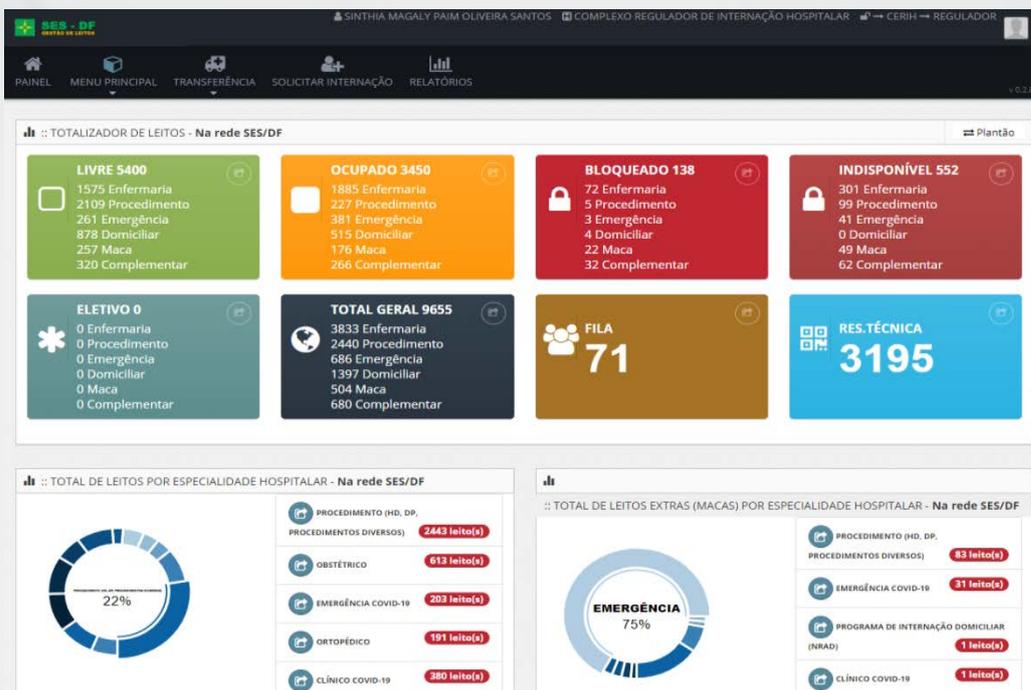


FIGURA 14: Tela inicial do sistema informacional utilizado para regulação do acesso de pacientes aos leitos gerais da rede SES/DF.

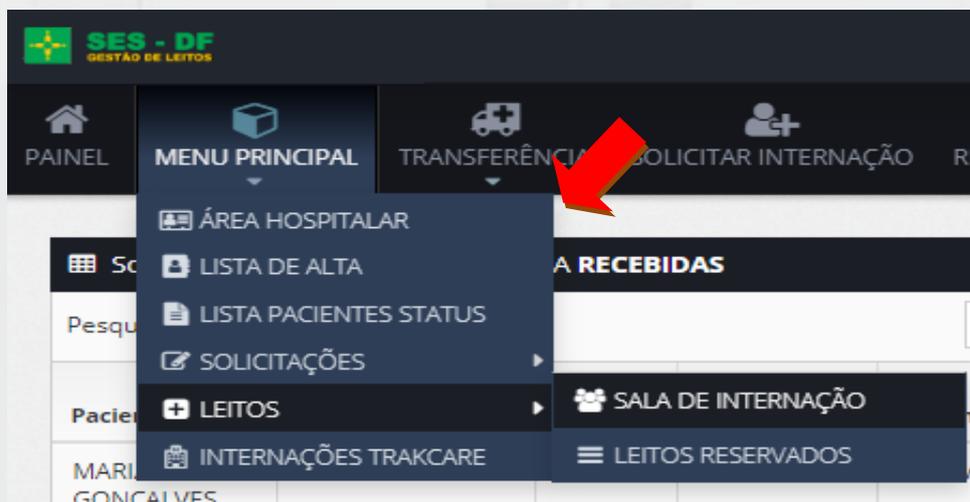


FIGURA 15: Tela de onde clicar para buscar o detalhamento da ocupação dos leitos das unidades de saúde.

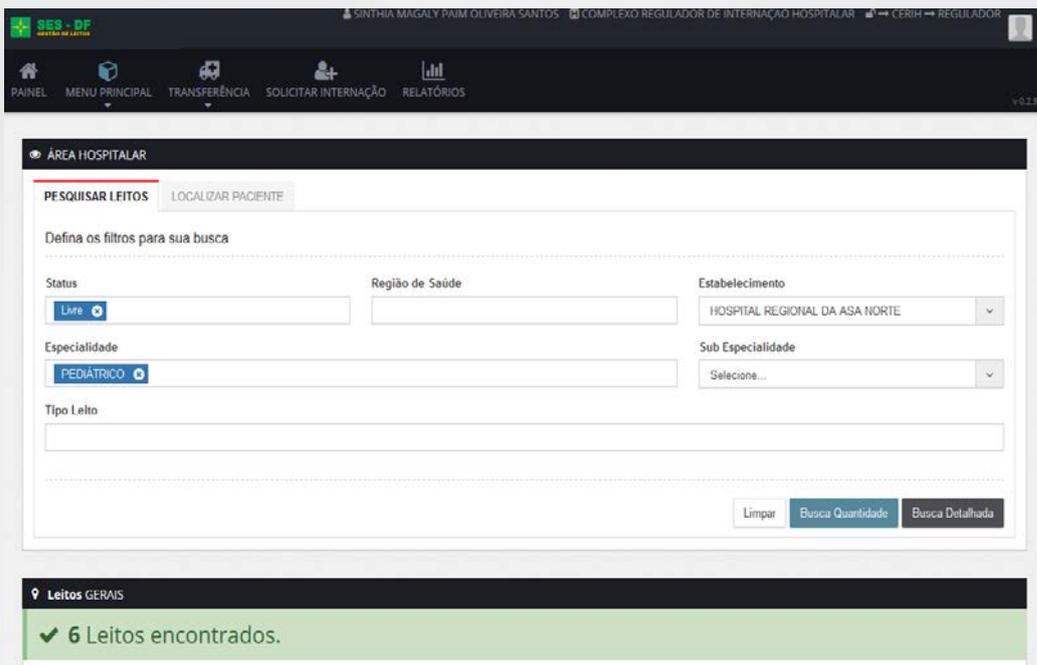


FIGURA 16: Tela de busca do detalhamento da ocupação dos leitos das unidades de saúde.

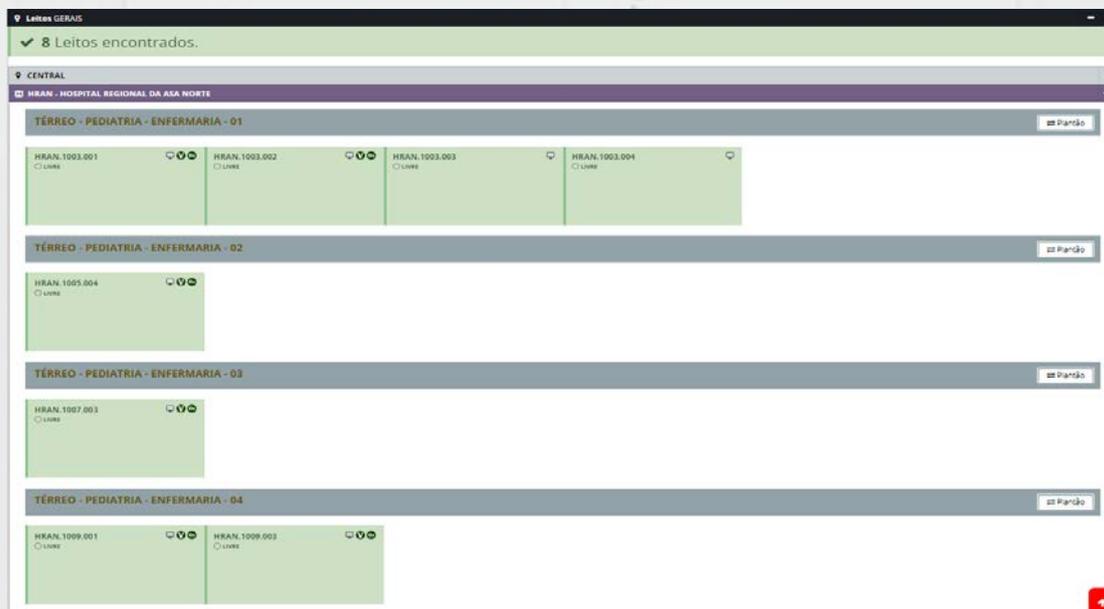


FIGURA 17: Tela do detalhamento da ocupação dos leitos de uma unidade de saúde.



FIGURA 18: Tela de busca das solicitações de transferências recebidas pelo CRDF.

The screenshot shows the 'Solicitações de transferência de LEITO - RECEBIDAS' screen. It features a search bar and a table with 10 columns: Paciente, Nº CNS, Nº SES, Nº CFF, Origem, Destino, Data da solicitação, Solicitante, Detalhes, Situação, Médico, and Reserva de Leito. The table contains 5 rows of data. At the bottom, it indicates 'Mostrando de 101 até 105 de 105 registros' and has navigation buttons for 'Anterior', '1', '2', and 'Próximo'.

Paciente	Nº CNS	Nº SES	Nº CFF	Origem	Destino	Data da solicitação	Solicitante	Detalhes	Situação	Médico	Reserva de Leito
Abel da Silva Fagundes	700302908434034	000440840		HRG.1091.008	SAD - DF - AC - PARANOÁ	29/07/2020 17:39:59	Mariana De Oliveira Leão	Ver Detalhes	Aguardando Autorização do Médico	X	⊕
Raimunda Cantuaria Santos	886003869904326	001217225		HCIMG.1587.025	IGESDF - SANTA MARIA	27/07/2020 12:06:33	Anna Carolina Erbesdobler De Souza	Ver Detalhes	Aguardando Autorização do Médico	X	⊕
Uara Mendes Rodrigues	709603644829678	1691652		HRBZ.866.003	IGESDF - INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	23/07/2020 13:56:21	Amanda Cristina De Souza Chaves	Ver Detalhes	Aguardando Confirmação do GR	✓	X ✓ ⊕
Francisco Italo Araújo da Silva	888002811999207	001279473		SAD.774.006	SAD - DF - PID - GAMA	02/07/2020 18:54:02	ADMIN	Ver Detalhes	Leito Reservado	✓	✓ ⊕
Neilson Felipe de Lima Alvaranga	704201251273683	3269740		SAD.751.007	SAD - DF - PID - SANTA MARIA	26/05/2020 12:33:39	Marco Antonio Correa Rebelo Cesar	Ver Detalhes	Aguardando Autorização do Médico	X	⊕

FIGURA 19: Tela das solicitações de transferências recebidas pelo CRDF.

14. Atribuições do Enfermeiro Controlador de Leitos

O enfermeiro controlador realiza em todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e notinha), o controle virtual efetivo dos leitos de internação da rede SES/DF, tanto própria como contratada.

Utiliza os sistemas SISLEITOS, SISREGIII, Trakcare, (MV) e Plataforma Drive com planilhas de controle e estatísticas próprias.

Verifica a reserva dos leitos no SISLEITOS com o registro no PEP do Trakcare diante das altas informadas (melhora, óbito ou transferência) ou possível bloqueio de leitos, que precedem à regulação dos pacientes em panorama 3.

Realiza contato telefônico com as unidades executantes buscando intervenção rápida e resolutive de possíveis dificuldades.

Analisa as planilhas do Drive de trabalho que permitem os acompanhamentos dos pacientes e a desocupação dos leitos de internação em Terapia Intensiva.

Promove a “desospitalização” e admissão em leitos de enfermaria de Egresso de UTI e SAD.

Efetua encaminhamento de solicitação de inserção SISLEITOS e SISREGIII, e ou visita (rede privada por Mandado Judicial) ao médico supervisor da CERIH, responsável por determinadas unidades hospitalares.

15. Atribuições do Médico Regulador de Leitos Gerais

Avalia a planilha de Pendências no Drive de trabalho com atualização do quadro clínico e da manutenção da busca de vagas para o perfil de internação dos pacientes solicitados.

Avalia as solicitações no SISLEITOS disparando o comando do aceite caso o paciente preencha os critérios das vagas disponíveis com posterior inserção na planilha de direcionados e evolução do regulador no Trakcare.

Avalia os pacientes em conjunto com os enfermeiros controladores em relação aos egressos de UTI, tendo em vista a prioridade de alocação em enfermaria, bem como avalia os critérios para o perfil solicitado.

Avalia as solicitações de SAD AC de acordo com os critérios estabelecidos em Nota Técnica com preenchimento das fichas adequadas e critérios de elegibilidade com abertura de processo via SEI e posterior direcionamento ou justificativa de casos negados.

Avalia os casos de Mandados Judiciais com atendimento e resposta imediata.

Realiza contato com as unidades de destino (Médicos assistentes ou GL) para discussão de caso ou informações quando necessário.

Realiza consolidado com números de direcionamentos, demanda reprimida, caso exista, e lista de pendências.

16. Fluxos de serviço da Regulação de Leitos Gerais

16.1 Serviço Domiciliar de Alta Complexidade (SAD – AC)

Um dos principais objetivos deste serviço é a desospitalização dos pacientes adultos e pediátricos que se encontravam internados em UTI, sem indicação de manutenção da internação e tratamento nestas Unidades, mas que nelas permaneciam devido à sua dependência de ventilação mecânica e/ou assistência intensiva de enfermagem.

O Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade proporciona, atualmente, atendimento a pacientes crianças e adultos, num total de até cem vagas simultâneas, para usuários do SUS, clinicamente estáveis e cronicamente dependentes de tecnologia ventilatória, assistência intensiva de enfermagem e classificados como de alta complexidade pela tabela da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliária.

16.1.1 Critérios de Elegibilidade

São critérios de inclusão no SAD-AC:

CLÍNICOS:

- Estabilidade clínica - estabilidade respiratória e hemodinâmica sem o uso de drogas vasopressoras e sem intercorrências agudas que necessitem de intervenções médicas diárias;
- Com traqueostomia, gastrostomia instaladas e funcionantes de forma a garantir a desospitalização segura;
- Cronicamente dependentes de ventilação mecânica invasiva;
- Com necessidade de assistência contínua de enfermagem;

- Classificados como Alta Complexidade de acordo com a Tabela da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID (Anexo III);
- Adequadamente adaptados ao ventilador pulmonar portátil microprocessado, fornecido pela empresa.

ADMINISTRATIVOS:

- Residência e domicílio no Distrito Federal;
- Consentimento formal do paciente, familiar ou representante legal, por meio da assinatura de Termo de Adesão à Modalidade de SAD-AC (ANEXO I);
- Preenchimento dos seguintes formulários pela equipe assistente da SES/DF: Termo de Adesão à Modalidade de SAD-AC (ANEXO I), Ficha de Solicitação do SAD-AC (ANEXO II), Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial da ABEMID (ANEXO III), cadastro aprovado no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar – PTNED da SES/DF;
- Presença ininterrupta no domicílio de cuidador e/ou responsável legal, maior que 18 anos, providenciado pela família ou responsável, durante a prestação do SAD-AC.

16.1.2 Da Admissão dos pacientes no SAD - AC

- Serão admitidos pacientes que preencham os critérios clínicos e administrativos previstos;
- O sistema utilizado para regulação das vagas será o SISLEITOS no modo SAD-AC DF;
- A solicitação de vaga será feita pela equipe assistente à Gerência Interna de Regulação - GIR do hospital através do preenchimento dos formulários anexos na nota técnica;

- O GIR realizará a solicitação de vaga pelo sistema SISLEITOS, no modo SAD-AC DF e encaminhará as fichas de avaliação devidamente preenchidas e legíveis ao e-mail: crdf.leitosgerais@gmail.com;
- A equipe CRDF realizará a análise das fichas e inclusão (caso o paciente tenha os critérios necessários) em lista de espera ou a devolução ao GIR (caso o paciente não possua critérios necessários);
- A lista de espera será por ordem cronológica, não havendo critério de prioridade, haja vista que TODOS os pacientes são classificados como portadores de deficiência;
- A equipe CRDF realizará contato com a empresa Prime Home Care para admissão do usuário via e-mail: comercial@primehomecaredf.com.br;
- A empresa Prime Home Care fará a visita pré-admissional e posterior admissão do usuário e comunicará ao CRDF via e-mail: crdf.leitosgerais@gmail.com;
- Os casos de óbito e reinternação serão informados pela empresa Prime Home Care ao CRDF via e-mail: crdf.leitosgerais@gmail.com. De posse desta informação, a equipe procederá com a alta do SAD-AC;
- Readmissões cumprem o mesmo fluxo da admissão.

16.1.3 Do Fluxo de solicitação externa para SAD - AC

- As solicitações para admissão no SAD-AC procedentes de demandas externas (Defensoria Pública, Ministério Público, Ouvidoria e etc.) deverão ser encaminhadas ao NRAD da Região de Saúde em que o paciente reside, para avaliação;
- Serão admitidos pacientes que preencham os critérios clínicos e administrativos previstos;
- O sistema utilizado para regulação das vagas será o SISLEITOS no modo SAD-AC DF;
- A solicitação de vaga será feita pela equipe assistente ao GIR do hospital através do preenchimento dos formulários anexos na nota técnica;

- O GIR realizará a solicitação de vaga pelo sistema SISLEITOS, no modo SAD-AC DF e encaminhará as fichas de avaliação devidamente preenchidas e legíveis ao e-mail: crdf.leitosgerais@gmail.com;
- A equipe CRDF realizará a análise das fichas e inclusão (caso o paciente tenha os critérios necessários) em lista de espera ou a devolução ao GIR (caso o paciente não possua critérios necessários);

16.1.4 Da descontinuidade da assistência no SAD - AC

A prestação do SAD-AC se dará até a resolução da causa que levou o paciente ao serviço ou sua reabilitação com melhora clínica que não caracterize mais a necessidade do serviço;

- O serviço será descontinuado em caso de reinternação hospitalar para estabilização clínica, tendo seu retorno ao SAD-AC garantido, desde que se mantenham os critérios de elegibilidade no momento da alta hospitalar;
- São critérios de alta/exclusão: Melhora clínica caracterizada pela descontinuidade da necessidade da assistência de alta complexidade; Classificação como de média ou baixa complexidade de acordo com a Tabela ABEMID (ANEXO III);
- Solicitação da interrupção do serviço por iniciativa própria do paciente ou de seu responsável legal;
- Óbito durante o período de assistência no SAD-AC;
- Descumprimento pelos familiares e/ou responsáveis legais dos termos estabelecidos no Contrato vigente e/ou legislações específicas;
- Dinâmica familiar que prejudique a assistência prestada no domicílio, colocando em risco a vida do paciente, equipe de assistência, familiares e outros atores envolvidos no processo de cuidado;
- Mudança da residência e/ou domicílio para fora do Distrito Federal.

16.2 Da Admissão dos pacientes no SAD - AC

16.2.1 Fluxo de encaminhamento para vagas de semi-intensiva do HUB

Atenderá pacientes com Síndrome Coronariana Aguda Com e Sem Supra de ST e Bloqueio Atrioventricular Total (BAVT).

Há disponibilidade de 01 vaga para Bloqueio AV Total, 01 vaga para Síndrome Coronariana Com Supra de ST e 02 vagas para Síndrome Coronariana Sem Supra de ST.

16.2.2 Critérios para inserção na vaga de BAVT

- Unidades que podem inserir: Cardiologia do HB, HRG e HRT;
- Critérios de inclusão: Diagnóstico de BAVT confirmado por cardiologista com alta probabilidade de implante de MP definitivo;
- Critérios de exclusão: Pacientes com DHE, uso de beta-bloqueadores ou outros tipos de BAVT com potencial de reversão;

16.2.3 Critérios para inserção nas vagas de síndrome coronariana com supra de ST

- Unidades que podem inserir: **Cardiologia do HRT e HRG;**
- Critérios de inclusão:
- Diagnóstico de IAM Com Supra de ST confirmado por cardiologista nas últimas 24 horas;
 - Inserção do paciente no Projeto SPRINT através do Aplicativo JOIN;
 - Realização prévia de trombólise;
- Critérios de Exclusão:
- Pacientes com contraindicação a trombólise; pacientes com indicação de angioplastia de resgate (se atendidos fora do horário de funcionamento da regulação ou se a vaga regulada não estiver disponível imediatamente).

16.2.4 Critérios para inserção nas vagas de síndrome coronariana sem supra de ST

- Unidades que podem inserir: Todas as Unidades de Emergência da Rede SES, inclusive UPAS;

Critérios de inclusão:

- Diagnóstico confirmado de Síndrome Coronariana Aguda (SCA) SEM Supra de ST de alto risco com pelo menos uma das características abaixo:

- Dor torácica persistente e de difícil controle, mesmo com uso de tratamento otimizado;

- ECG com as seguintes alterações: Infradesnível do segmento ST $\geq 0,5$ mm, alteração dinâmica do ST, presença de arritmias malignas (fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular);

- Sinais de disfunção ventricular (má perfusão ou congestão pulmonar) claramente relacionadas a SCA aguda;

- Score de Grace > 140 ou TIMI RISK $>$ ou igual a 5.

Critérios de exclusão:

- Choque cardiogênico e/ou Edema Agudo de Pulmão (esses pacientes deverão ser encaminhados para vagas de Unidade Coronariana por apresentar maior complexidade).

16.2.5 Fluxo de encaminhamento

- Horário disponível: segunda a sábado 07h às 19h. Pacientes com Síndrome Coronariana Com Supra de ST nos demais horários seguirão fluxo do PROJETO SPRINT;

16.2.6 Forma de inserção

- O médico assistente das unidades de saúde onde o usuário diagnosticado está internado, realizará a solicitação do leito de internação específico no sistema SISLEITOS;
- Após a solicitação, o médico regulador do CRDF, conforme os critérios técnicos estabelecidos, será responsável pela regulação desse paciente, alocando-o no leito de referência;
- Os pacientes com diagnóstico de IAM Com Supra de ST devem ser sinalizados também pelo telefone: 61 2017 1145 Ramal: 6701/6705/6893 ou 61 99168 2668.

16.3 Fluxo para egresso de UTI em panorama 3

- Todo paciente de alta, deverá ser inserido no SISLEITOS e sua transferência solicitada pelo médico assistente ou o médico supervisor da CERIH como “unidade destino” o COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL;
- O regulador avaliará o relatório de alta e definirá para qual unidade deverá ser direcionado, tendo este paciente prioridade 01 nas internações.

16.4 Fluxo para pacientes com Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave

6. Fluxo para pacientes com Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave

- Serão admitidos pacientes que preencham os critérios para distribuição dos pacientes com Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (Nota Técnica 09/2021 – SES/SAIS/CAT-COVID- 19);
- O sistema utilizado para regulação das vagas será o SISLEITOS;
- A solicitação de vaga será feita pela equipe assistente ao CRDF;

- A equipe CRDF realizará a análise das fichas e inclusão (caso o paciente tenha os critérios necessários) em lista de espera ou a devolução ao GIR (caso o paciente não possua critérios necessários);

16.5 Internação em enfermaria de Sintomas Respiratórios Agudos

- Pertencentes ao grupo com condições clínicas de risco com **sintomas moderados, com SatO2 < 94% em a.a.**, para observação, suporte clínico e tratamento de possível descompensação de patologias de base.

- Pacientes com **SatO2 < 94% em a.a., taquidispneia (FR ≥ 23 ipm) ou sepse.**

Caso o paciente apresente **quadro clínico moderado com fatores de risco** e não esteja em unidade Hospitalar, deve ser solicitada transferência para hospital de referência. A transferência não deve aguardar resultado de RT-PCR.

- **Após estabilização clínica, deve ser coletado RT-PCR para SARS-CoV-2 (caso início de sintomas entre 3 -7 dias) e realizar TC de tórax.** Caso seja confirmada a COVID-19 por critérios laboratoriais ou de imagem, solicitar transferência para Hospital de referência e manter paciente preferencialmente em isolamento em coorte de confirmados para COVID-19.

- A TC de tórax é uma importante ferramenta para indicar acometimento pulmonar e descartar outras hipóteses diagnósticas (vide item 6.3). Deve ser realizada nos pacientes sintomáticos respiratórios pertencentes aos grupos com fatores de risco e todos aqueles com necessidade de internação. Todas as unidades de saúde devem **adotar protocolos de rastreamento dos acompanhantes dos pacientes internados** (autorizar apenas os garantidos por lei) quanto a presença de febre e sintomas respiratórios. Estes acompanhantes deverão ser substituídos caso possuam condições clínicas de risco e devidamente encaminhados para avaliação, caso sejam detectadas as referidas alterações.

16.6 Critérios para indicação de Suporte de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI)
– **é necessário apresentar pelo menos 01 (um) dos parâmetros abaixo.**

- Pacientes com **necessidade de oxigênio suplementar (cateter nasal O₂ > 3,0 L/min)** para manter o **SatO₂ ≥ 94%** ou **FR ≤ 24 irpm**;
- Pacientes que **necessitam de suporte ventilatório não-invasivo (VNI)** para manter **SpO₂ ≥ 94%** ou **FR ≤ 24 irpm**.

Critérios para indicação de Suporte de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar (LSVP) (é necessário apresentar pelo menos 01 (um) dos parâmetros abaixo):

- Pacientes que **necessitam de suporte ventilatório não-invasivo (VNI)** para manter **SpO₂ > 94%** ou **FR < 24irpm**, caso haja disponibilidade de leitos;
- Pacientes que **necessitam de suporte ventilatório invasivo para manter Sat.O₂ alvo de 92-94%**;
- **Necessidade de Terapia Renal Substitutiva** definida, conforme critério abaixo:

KDIGO estágio 3: Aumento da creatinina ≥ 3 vezes o valor basal ou ≥ 4,0 mg/dL, ou oligúria < 0,3 mL/kg/hora por ≥ 24 h ou anúria por ≥ 12 h.

- **Indicações de Terapia Substitutiva Renal de Urgência;**
 - **Uremia**
 - **Acidose metabólica não responsiva** a tratamento clínico;
 - **Hiperpotassemia** não responsiva a tratamento clínico;
 - **Hipervolemia** não responsiva a tratamento clínico;
 - Pacientes com **instabilidade hemodinâmica ou choque**, definidos como hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg) ou sinais de rebaixamento de nível de consciência, oligúria, lactato arterial ≥ 4 mMol/L), com ou sem utilização de vasopressor;
 - **Sepse com hipotensão arterial, necessidade de vasopressor ou lactato arterial ≥ 4 mMol/L;**
- Choque séptico.**

17. Anexos

PORTARIA Nº 199, DE 06 DE AGOSTO DE 2015.

Atualiza as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do art. 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e

Considerando a Portaria SES/DF nº 189, de 07 de outubro de 2009, que institui o Complexo Regulador do Distrito Federal - CRDF, responsável pela regulação dos serviços de saúde do SUS/DF;

Considerando a Portaria SES/DF nº 187, de 18 de novembro de 2010, que normatiza os critérios para remoção de pacientes após alta médica nas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF; Considerando a Portaria SES/DF nº 16, de 13 de fevereiro de 2012, que institui a Autoridade Gestora de Leitos Hospitalares (AGLH) e dá outras providências;

Considerando a Portaria SES/DF nº 34 de 20 de fevereiro de 2014, que institui o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos hospitais da rede SES/DF, unidade de interface com as Centrais de Regulação responsável pela apresentação do perfil de complexidade da assistência prestada pela instituição, RESOLVE:

Art. 1º - Atualizar as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006, e dar outras providências.

Art. 2º - Determinar que a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), unidade orgânica do Complexo Regulador do DF, estará subordinada à Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH), da Diretoria de Regulação (DIREG), vinculada à Subsecretaria de Planejamento, Avaliação e Controle (SUPRAC).

Art. 3º - Determinar que a ampliação do escopo de regulação da CRIH será disposta por publicações oficiais.

Art. 4º - Definir que a CRIH funcionará ininterruptamente, durante 24 horas por dia, sete dias por semana.

§ 1º - A equipe da CRIH será composta por médicos reguladores e enfermeiros controladores, os quais trabalham em regime ininterrupto nas dependências do Complexo Regulador do DF, e por médicos supervisores e enfermeiros analisadores, os quais possuem a jornada de trabalho em horário comercial e dias úteis, devido à respectiva natureza do serviço.

Art. 5º - Definir as atribuições da equipe da CRIH da SES/DF:

I - Aos médicos reguladores caberá:

- a) Analisar a solicitação de internação hospitalar;
- b) Solicitar, quando as informações forem insuficientes e sempre que necessário, a complementação de dados constantes no formulário - Solicitação de Internação Hospitalar, por meio de contato telefônico ou via prontuário eletrônico do paciente (PEP), quando se tratar de unidade de saúde informatizada;
- c) Priorizar os pacientes inscritos na fila eletrônica de espera por leitos, conforme os critérios vigentes de priorização estabelecidos pela SES/DF;
- d) Autorizar a internação dos pacientes que atenderem aos critérios de admissão, conforme as necessidades clínicas e suporte requerido;
- e) Redefinir prioridades assistenciais dos serviços de saúde, de modo a garantir assistência a pacientes críticos, podendo, se necessário, postergar a execução de procedimentos eletivos.

II - Aos enfermeiros controladores caberá:

- a) Monitorar os leitos hospitalares sob regulação da CRIH (vagas, admissões, altas, óbitos, bloqueios) e controlar a atualização das informações de todas as internações sob regulação a cada seis horas ou sempre que necessário;
- b) Monitorar as transferências intra e inter-hospitalares;
- c) Monitorar a permanência de pacientes nas unidades após a indicação de alta médica.

III - Aos médicos supervisores caberá:

- a) Acompanhar, mediante realização de visitas diárias, a internação e tratamento dos pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva contratadas pela rede SES/DF;
- b) Autorizar, previamente, a realização de procedimentos e a utilização de medicamentos de alto-custo para os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva contratadas pela rede SES/DF;
- c) Visitar, sob demanda da CRIH, pacientes internados em UTIs de hospitais privados do DF, a fim de avaliar a necessidade terapia intensiva e de transferência para hospital da Rede SES;
- d) Solicitar, sempre que indicada, a transferência de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva dos estabelecimentos assistenciais de saúde particulares para os hospitais da rede SES/ DF, próprios, conveniados ou contratados;
- e) Fornecer, sempre que solicitado pela CRIH, informações sobre os pacientes internados nas Unidades Executantes e Solicitantes.

IV – Aos enfermeiros analisadores caberá:

- a) Realizar, in loco, análise das contas hospitalares relativas aos pacientes internados sob

regulação nos hospitais contratados pela rede SES/DF.

Art. 6º - Determinar que o fluxo operacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF obedecerá às seguintes deliberações:

§ 1º - Todas as solicitações de internação em leitos sob regulação deverão ser feitas à CRIH da SES/DF, por meio do formulário de Solicitação de Internação Hospitalar, via sistema informacional de regulação vigente.

§ 2º - As solicitações de internação hospitalar deverão observar os critérios técnicos para admissão e alta da SES/DF.

§ 3º - Os critérios para admissão, internação, alta e transferência de pacientes na rede SES/DF obedecerão às diretrizes técnicas estabelecidas e divulgadas a cada atualização pelas Coordenações Técnicas de Unidades e Especialidades.

§ 4º - A internação de pacientes de alta de UTI em leitos gerais deverá ocorrer de forma prioritária em relação a pacientes das salas de recuperação pós-anestésica e dos prontos-socorros, respectivamente.

§ 5º - Os pacientes que receberem alta médica das UTIs ou UCIs deverão ser transferidos à enfermaria do hospital onde se encontram internados, levando em consideração as necessidades clínicas, até que outro leito seja disponibilizado no hospital de origem ou naquele que disponha do suporte exigido à continuidade de tratamento do paciente.

§ 6º - Nos casos de necessidade de contra referência para enfermaria de outra regional de saúde, cabe ao Núcleo Gestor de Leitos (NGL) do hospital onde o paciente está internado fazer contato com o NGL do hospital que dispõe do suporte necessário para que se responsabilizem pela remoção e internação do paciente.

Art. 7º - Definir que o processo de regulação de internação hospitalar da SES/DF obedecerá aos princípios do SUS, com a finalidade de prover acesso equânime, ordenado, oportuno e qualificado aos usuários dos serviços de saúde, de modo a disponibilizar a melhor alternativa terapêutica às suas necessidades.

Art. 8º - O não cumprimento do disposto nesta Portaria estará sujeito às sanções administrativas previstas aos servidores públicos.

Art. 9º - Ficam revogadas as disposições dos art. 3º; art. 7º, incisos I, alíneas a e c, inciso II; Art. 10, inciso I; art.15 da [Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006](#).

Art. 10º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FABIO GONDIM PEREIRA DA COSTA

PORTARIA Nº 200, DE 06 DE AGOSTO DE 2015.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do art. 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e

Considerando que é função do Estado estabelecer políticas públicas de saúde;

Considerando que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais e equipamentos específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

Considerando que o uso eficiente das UTI's tem se tornado uma primazia frente às recentes mudanças no ambiente de cuidados à saúde, objetivando assim a maximização dos recursos disponíveis;

Considerando o paciente grave como aquele com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua;

Considerando que as UTI's devem ser reservadas para aqueles pacientes com condições clínicas reversíveis, susceptíveis de se beneficiarem dos cuidados intensivos e que tenham perspectiva de recuperação;

Considerando que apenas o uso do diagnóstico como parâmetro de indicação de admissão na UTI não permite eleger com segurança os pacientes com chances de se beneficiarem da internação na UTI;

Considerando que a utilização apropriada e racional dos recursos de Terapia Intensiva é de fundamental importância para a adequação dos gastos relacionados à saúde;

Considerando que a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010/ANVISA, recomenda que os critérios para admissão e alta de pacientes em UTI devam ser registrados, explicitados e amplamente divulgados para toda a instituição;

Considerando que a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010/ANVISA, prevê e define a UTI como área crítica destinada à internação de pacientes graves que requerem atenção especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia;

Considerando as UTI's especializadas da Rede SES/DF: UTI Materna, UTI

Coronariana, UTI Cirúrgica e UTI Neurotrauma;

Considerando que cada UTI deve definir e publicitar o escopo de serviços e a população de pacientes atendidos em conformidade com as diretrizes da Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC) da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF);

Considerando que a introdução de políticas para a implementação de critérios de admissão e alta em UTI norteia e respalda os profissionais que prestam regularmente serviços aos pacientes de UTI;

Considerando que a introdução de critérios de admissão nas UTI's permite eleger os pacientes com maiores chances de se beneficiarem do tratamento intensivo;

Considerando a necessidade de revisão das diretrizes e critérios de admissão e alta em UTI descritos na Portaria SES/DF nº 42, de 31 de agosto de 2006;

Considerando o Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage, publicado pela Society of Critical Care Medicine;

Considerando que a revisão dos critérios de admissão e alta em UTI deve ser baseada em consensos e diretrizes reconhecidos pela comunidade científica da área afim, RESOLVE:

Art. 1º Divulgar os critérios para admissão e alta em UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal da rede SES/DF (leitos próprios, conveniados e/ou contratados) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), constantes no ANEXO I;

Art. 2º A unidade solicitante, definida como o estabelecimento assistencial de saúde vinculado ao SUS, responsável por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares, deverá assegurar a adequada triagem de pacientes, baseada nos critérios de admissão e alta em UTI e UCIN, no momento da solicitação da internação hospitalar;

Art. 3º A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) deverá utilizar os critérios dispostos no ANEXO I desta portaria, para a adequada priorização dos pacientes, bem como considerar suas necessidades clínicas e o perfil

assistencial de cada unidade hospitalar da rede SES/DF;

Art. 4º Determinar que o responsável técnico médico/coordenador/chefe e supervisor de enfermagem das UTIs subsidiem a equipe da CRIH na regulação dos pacientes, quando assim a situação exigir;

Art. 5º Estabelecer a Diretoria de Regulação (DIREG) como o setor responsável pela divulgação dos critérios listados no ANEXO I à equipe da CRIH;

Art. 6º Estabelecer que a Diretoria de Assistência Especializada (DIASE) é responsável pela divulgação dos critérios listados no ANEXO I às equipes das unidades solicitantes e executantes da Rede SES/DF;

Art. 7º Definir que os critérios citados deverão ser revisados pelas Coordenações Técnicas das Unidades de Terapia Intensiva da SES/DF sempre que necessário ou a cada 3 (três) anos;

Art. 8º Fica revogada a Portaria SES/DF nº 42, de 31 de Agosto de 2006, e as demais disposições contrárias;

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

FABIO GONDIM PEREIRA DA COSTA

ANEXO I - CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA

I. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO E PEDIÁTRICA:

Os critérios listados abaixo estão definidos com base no modelo de PRIORIZAÇÃO, o qual permite identificar: a) pacientes que mais serão beneficiados da admissão imediata na UTI; e b) pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou ausência de perspectiva terapêutica.

CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO:

PRIORIDADE 01 – Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

CARDIOVASCULAR

Infarto Agudo do Miocárdio complicado e Killip ≥ 2 ; Choque cardiogênico; Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e/ou intervenção aguda; Insuficiência Cardíaca Congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; Emergências hipertensivas sem estabilização à conduta inicial; Angina instável complicada com arritmias e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Parada cardiorrespiratória pós-reanimação com ou sem indicação de hipotermia terapêutica em paciente sem presença de doença terminal ou irreversível; Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; Aneurisma dissecante da aorta com diagnóstico confirmado ou presumido; Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos com necessidade de marcapasso temporário.

RESPIRATÓRIO

Pacientes clínicos ou cirúrgicos com Insuficiência Respiratória Aguda necessitando de ventilação mecânica invasiva; Broncoespasmo que demande broncodilatador venoso contínuo; Edema Agudo de Pulmão requerendo suporte ventilatório; Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; Hemoptise

maciça.

NEUROLÓGICO

Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico nas primeiras 4h30 de evolução e com indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow \leq a 8 pontos e/ou com indicação de tratamento cirúrgico; Coma metabólico tóxico ou anóxico; Hemorragia intracraniana com risco de herniação; Hemorragia sub-aracnóide aguda; Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório; Hipertensão intracraniana; Pós-operatório do SNC; Trauma crânio encefálico grave; Vasoespasm cerebral; Convulsão de difícil controle; Morte encefálica de paciente doador de órgãos.

GASTRINTESTINAL

Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; Insuficiência hepática fulminante; Pancreatite grave; Perfuração esofágica com ou sem mediastinite.

RENAL

Insuficiência renal aguda com urgência dialítica, associada a doenças ou condições agudas graves, clínicas ou cirúrgicas (ex.: edema agudo de pulmão, hipercalemia, rebaixamento do nível de consciência, choque).

ONCOHEMATOLÓGICO

Síndrome de lise tumoral.

ENDÓCRINO/METABÓLICO

Cetoacidose diabética complicada; Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves; Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica; Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica.

GINECO-OBSTÉTRICO

Eclampsia/Pré Eclampsia Grave; Síndrome HELLP; Esteatose Aguda da Gravidez; Embolia por

Líquido Amniótico; Hemorragias Pré e Pós Parto; Síndrome de Hiperestimulação Ovariana.

OUTROS

Choque ou instabilidade hemodinâmica sob infusão contínua de drogas vasoativas; Sepses Grave, Choque Séptico; Choque Anafilático; Hipertermia maligna; Politraumatizados; Coagulação Intravascular Disseminada.

PRIORIDADE 02 – Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

CARDIOVASCULAR

Infarto Agudo do Miocárdio não complicado e/ou Killip 1; Arritmias agudas sem instabilidade hemodinâmica com necessidade de monitorização contínua; Insuficiência cardíaca congestiva sem necessidade de suporte hemodinâmico ou ventilatório; Angina instável sem complicações e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou dor torácica persistente; Tamponamento cardíaco com estabilidade hemodinâmica; Bloqueio cardíaco sem repercussão hemodinâmica; Embolia pulmonar com estabilidade hemodinâmica;

RESPIRATÓRIO

Desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo; DPOC descompensada necessitando ventilação não invasiva.

NEUROLÓGICO

AVE isquêmico com Glasgow entre 9 e 13 e/ou sem indicação de trombólise e/ou intervenção cirúrgica como craniectomia descompressiva; AVE hemorrágico com Glasgow entre 9 e 13 sem indicação de tratamento cirúrgico; Hemorragia intracraniana sem alterações da consciência ou risco de herniação; Meningite sem alteração do estado mental ou comprometimento respiratório.

GASTROINTESTINAL

Hemorragia digestiva sem sinais de choque requerendo monitorização contínua.

RENAL

Insuficiência renal aguda sem urgência dialítica.

ENDÓCRINO/METABÓLICO

Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base sem complicações; coma

mixedematoso com estabilidade hemodinâmica.

GINECO-OBSTÉTRICO

Cardiopatia e Gravidez; Cardiomiopatia Periparto; Pré Eclampsia; Doença Tromboembólica do

Ciclo Grávido Puerperal.

OUTROS

Sepse sem instabilidade hemodinâmica.

PRIORIDADE 03 – Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Esses pacientes podem ter limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não-reaanimação cardiopulmonar.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

ONCOHEMATOLÓGICO

Pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção; Neoplasias sem perspectivas terapêuticas.

NEUROLÓGICO

AVE isquêmico em paciente com sequelas prévias e/ou portador de comorbidades graves sem indicações de intervenções agudas.

PRIORIDADE 4: Inclui pacientes que apresentam pouco ou nenhum benefício com a internação em UTI. Em regra, o tratamento intensivo não é recomendado para esses pacientes e, por isso deverão ser retirados da lista de espera por UTI pela CRIH. Podem ser classificados como:

PRIORIDADE 4A – Pacientes com pouco ou nenhum benefício da admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de descompensação ou baixa necessidade de intervenção.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

VASCULAR

Cirurgia vascular periférica

ENDÓCRINO/METABÓLICO

Cetoacidose diabética hemodinamicamente estável.

CARDIOLÓGICO

Insuficiência cardíaca congestiva leve.

RESPIRATÓRIO

DPOC sem agudização do quadro.

OUTROS

Overdose de drogas consciente; pacientes aguardando cirurgias eletivas com indicação de UTI no pós-operatório imediato.

PRIORIDADE 4B: Pacientes em terminalidade ou com doença irreversível diante da morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

NEUROLOGICO

Danos graves irreversíveis do cérebro; morte encefálica de não doadores de órgãos.

ONCOHEMATOLÓGICO

Câncer metastático que não responde à quimioterapia e/ou radioterapia.

OUTROS

Disfunção multiorgânica irreversível; estado vegetativo persistente; pacientes que são permanentemente inconscientes; pacientes com capacidade de decisão para recusar cuidados intensivos e/ou monitorização invasiva e que recebem apenas cuidados de conforto (cuidados paliativos).

OBSERVAÇÕES: a idade, a presença de comorbidades e o escore prognóstico e de disfunção orgânica são maiores nas categorias 3 e 4. Os pacientes recusados para admissão na UTI apresentam taxa de mortalidade elevada e esta taxa permanece alta entre pacientes prioridades 3 e

4, mesmo quando estes são admitidos na UTI, denotando assim que esta internação não muda seu prognóstico.

II. CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL

Os critérios de admissão em UTI Neonatal e UCIN aqui listados estão em conformidade com a Portaria GM/MS N° 930 (10/05/2012).

1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO EM UTIN

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

-Todos os recém-nascidos (RN) com indicação de suporte ventilatório mecânico (Ventilação Pulmonar Mecânica – VPM) seja por insuficiência respiratória ou instabilidade hemodinâmica severa.

-A insuficiência respiratória deverá ser avaliada com base no boletim de Silverman-Anderson sendo considerada como moderada ou grave a partir do score maior 4.

-A indicação de VPM deverá ser considerada pela caracterização da insuficiência respiratória em conjunto com dados gasométricos.

-RN que apresenta apneia neonatal de repetição que não respondeu à utilização de CPAP nasal e Xantinas.

INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA

- RN com cianose central isolada ou associada à cianose periférica importantes;

- RN cuja pressão arterial está sustentada por drogas vasoativas;

-RN cuja pressão arterial está sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos;

-RN cuja pressão arterial está: Menor que percentil 10, para peso e idade Maior que percentil 90, para peso e idade.

- RN com alterações de ritmo e/ou frequência cardíaca, observada em ECG, monitor cardíaco ou clinicamente, e que estejam comprometendo estado hemodinâmico;

AGRAVOS NEUROLÓGICOS

- Convulsões subentrantes;

-Asfixia perinatal grave;

OUTROS

-RN submetido a procedimento cirúrgico de qualquer porte, até completa estabilização respiratória e hemodinâmica;

-RN com peso inferior a 1250g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;

-RN que necessite de diálise peritoneal.

- RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

2. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO UCIN CONVENCIONAL

- RN que ainda necessite de observação e cuidados especiais após a alta da UTIN;

- RN com desconforto respiratório ou apneia que não necessite de assistência ventilatória mecânica; mas requeira monitorização constante e/ou algum tipo de suporte respiratório como CPAP nasal, capacete tipo HOOD ou oxigênio inalatório (livre ou em cateter);

- RN que necessite de acesso venoso para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição;

- RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão;

- RN que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;

- RN com peso superior a 1250g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas;

- RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente, durante o pós-operatório imediato.

- RN anoxiado com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida

- RN com malformações graves e estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia;

- RN com cardiopatias compensadas sem possibilidade de permanência em

alojamento conjunto e sem indicação de UTIN.

- RN com labilidade clínico-laboratorial, mas que não se encaixam nos critérios de UTIN.

III. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI ADULTO E PEDIÁTRICA

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos.

SÃO CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI

O Resolução da doença ou da instabilidade fisiológica que motivou a internação, como:

- Estabilidade hemodinâmica sem uso de drogas vasoativas de qualquer natureza.
- Estabilidade respiratória com dependência de ventilação mecânica invasiva, traqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação quando houver indicação para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade "Home Care".
- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizer mais mandatória.

O Morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;

Os Pacientes que preenchem os critérios de admissão nas Unidades de Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrica, conforme estabelecido na Portaria nº 70, de 04 de Abril de 2013.

O Necessidade de promoção apropriada dos cuidados paliativos e ortotanásia, dentro dos valores e preferências dos pacientes e familiares.

O Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em Unidades de Cuidados Semi-Intensivos ou Unidades de Enfermaria, quando disponíveis.

IV. CRITÉRIOS DE ALTA DA UTI NEONATAL

O estado clínico do paciente admitido na UTIN deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos. Assim, são critérios de alta:

1- UTI neonatal

- Quando o estado clínico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária ou pode ser executada em níveis de menor complexidade;
- Quando o estado clínico do paciente deteriorou e intervenções ativas não são mais planejadas, aplicando-se o princípio bioético de não maleficência;
- Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTIN, serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Intermediários. Eles podem progredir diretamente para Alojamento conjunto, domicílio ou Unidade de Pediatria, conforme o caso. Os critérios de alta da UTIN devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCIN, quando disponíveis.

2- UCIN CONVENCIONALC

- RN estáveis, em condições para progredir para UCIN Canguru, Alojamento Conjunto ou alta hospitalar.
- Critérios de progressão para leito de UCIN Canguru:
 - RN com peso maior do que 1250g e curva ponderal ascendente.
 - RN em uso de sonda orogástrica ou nasogástrica para alimentação, já iniciando sucção no seio materno.
 - RN em nutrição enteral plena e estáveis clinicamente.
 - RN com patologias crônicas/neurológicas graves com dificuldade de sucção/deglutição e agendados para avaliação da necessidade de gastrostomia e/ou suporte nutricional via sonda enteral, com a mãe devidamente treinada para a manipulação da sonda e administração da dieta.
- RN estáveis, em tratamento com antimicrobiano para infecções congênitas específicas e inespecíficas.

V. SITUAÇÕES ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA

Visam estabelecer os parâmetros de internação e/ou transferência de pacientes neonatais, que após longa internação em UTI neonatal, passam à faixa de peso e idade de pacientes pediátricos e o fluxo de pacientes em pós-operatório tardio, das UTINs cirúrgicas (HBDF, HMIB) para as demais UTINs/UTIPs da rede, dos recém-nascidos com suspeita de indicação cirúrgica e o fluxo de pacientes cardiopatas.

1. Critérios de Admissão na Interface Neonatal/Pediátrica:

- Paciente com menos de 28 dias, egresso do domicílio, deve ser atendido no Pronto Socorro da Pediatria. Se houver necessidade de UTI, deverá ser solicitada regulação para UTI neonatal. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN externa.
- Paciente com mais de 28 dias egresso do domicílio e com peso menor do que 2.500g deve ser discutido caso a caso, de acordo com peso, idade gestacional corrigida e a patologia que indicou a sua internação, se será internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Pediátrica.
- Paciente com mais de 28 dias, menos de 2500g e IGPC < 40s+6 dias, PODE retornar a uma UTI/UCI neonatal, após cirurgia cardíaca, neurológica ou pediátrica geral.
- Paciente com mais de 28 dias, mais de 2500g e IGPC > 40s+6 dias, internado na UCIN Externa do HMIB esperando neurocirurgia de Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP), poderá fazer o pós-operatório imediato da DVP na UTI Pediátrica, e retornar depois para a UCIN Externa ou para a enfermaria da pediatria para término de tratamento.

2. Fluxo de Pacientes Cirúrgicos:

- Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito para o ICDF preferencialmente nos hospitais HMIB, HRT e HRC, porém se o paciente necessitar suporte intensivo e houver falta de vaga nesses hospitais, ele poderá ser direcionado para leito de UTIN no HRS ou HRSM.
- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatologista assistente, nos hospitais ditos secundários, como tendo indicação de procedimento cirúrgico não eletivo, NÃO necessitam de parecer ou contato prévio com a equipe de cirurgia para serem direcionados - a confirmação ou não da cirurgia dar-se-á pelo especialista com o paciente já direcionado, no leito executante;
- Os pacientes com indicações cirúrgicas (não cardiológicas) consideradas eletivas entrarão numa fila única priorizada pela Cirurgia Pediátrica (CIPE), e serão encaminhados para o leito executante (HMIB/HBDF) de acordo com o agendamento da CIPE. Neurocirurgias pediátricas são realizadas somente no HBDF.
- Pacientes neonatais que apresentaram quadro cirúrgico e foram operados no HBDF ou HMIB, após a estabilização do quadro pós-operatório e de acordo com

o cirurgião, pode completar seu tratamento em uma UTIN/UCIN de unidade neonatal não cirúrgica.

3. Transferência de paciente egresso de UTIN/UCIN para outras Unidades

- Paciente com agravo crônico, internado em UTIN/UCIN desde o nascimento ou antes de haver completado 28 dias de vida, com peso maior do que 2500g e idade gestacional pós-concepcional (IGPC) maior do que 40 semanas e seis dias: após completar 28 dias de vida deverá ser transferido para uma UTI Pediátrica, se dependente de tecnologia (ventilação mecânica), ou para Enfermaria Pediátrica, conforme suas necessidades e suporte profissional existente na unidade;

- Pacientes com mais de 28 dias de vida, IGPC > 40 semanas e 6 dias e com peso maior do que 2500g, de alta da UTI Pediátrica Especializada (HBDF, HMIB ou ICDF): após estabilização de pós-operatório (neurocirurgia, cirurgia cardíaca, cirurgia geral pediátrica e outras) podem ser transferidos para uma outra UTI Pediátrica, mediante solicitação de transferência à CRIH.

PORTARIA Nº 556, DE 11 DE JUNHO DE 2018

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do artigo 448, do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e

Considerando que a integralidade na atenção à saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, conforme o Art. 198, Inciso II da Constituição Federal e Art. 7º, Inciso II da Lei nº 8.080, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 1559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS como instrumento de gestão que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo;

Considerando a Portaria SES/DF Nº 189, de 07 de outubro de 2009, que implanta o Complexo Regulador no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

Considerando o Decreto nº 38488, de 13 de setembro de 2017, que alterou a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, inclusive a estrutura do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal;

Considerando a Decisão nº 3872 - TCDF, de 10 de agosto de 2017, que determinou submeter os leitos gerais aos procedimentos de regulação, com as condições necessárias correspondentes;

Considerando a necessidade de padronização e efetivação do SISLEITOS como o novo sistema informacional a ser utilizado para a regulação da internação em leitos de enfermaria das unidades hospitalares do SUS no Distrito Federal;

Considerando a necessidade de buscar a eficácia, eficiência e efetividade dos serviços de internação hospitalar, RESOLVE:

Art. 1º Todas as solicitações de internação em leitos de enfermaria de todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS no Distrito Federal deverão ser feitas obrigatoriamente por meio do sistema informacional SISLEITOS.

Art. 2º Somente os servidores médicos da Secretaria de Estado de Saúde podem indicar a internação em leitos de enfermaria das unidades hospitalares no âmbito do SUS no Distrito Federal, devendo inserir o nome do paciente no SISLEITOS, a fim de que seja verificada a disponibilidade da vaga pela Gerência Interna de Regulação (GIR) da referida unidade hospitalar.

§ 1º Caso haja disponibilidade de leito para internação na própria unidade hospitalar em que o paciente foi atendido, a GIR alocará o paciente no leito considerando a fila e a classificação de prioridade de cada paciente, tornando aquela vaga indisponível para outras solicitações.

§ 2º Compete à Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) do Complexoulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) monitorar as filas e a

disponibilidade de leitos nas várias unidades hospitalares, bem como o processo regulatório para os leitos disponíveis.

§ 3º Identificando a existência de vaga em outra unidade, a CERIH, após contato com a unidade destino e considerando a fila e a classificação de prioridade de cada paciente, autorizará a GIR da unidade hospitalar solicitante a incluir a solicitação no SISLEITOS, para realizar a internação em outra unidade hospitalar, tornando aquela vaga indisponível para outras solicitações.

Art. 3º A GIR, em conjunto com o médico responsável pela solicitação de internação, deverá manter atualizadas as informações no SISLEITOS, a fim de evitar prejuízos ao fluxo de pacientes com indicação de internação.

Parágrafo único. O descumprimento do disposto nesta Portaria enseja responsabilidade administrativa, civil e criminal pelos danos causados em razão de eventuais inconsistências no SISLEITOS, bem como pelo desrespeito às filas e aos critérios de priorização estabelecidos.

Art. 4º Nos casos em que o paciente estiver sendo assistido em rede privada de saúde do Distrito Federal, a inserção na fila de espera, com vistas à transferência para leitos de enfermaria das unidades hospitalares no âmbito do SUS no Distrito Federal, deverá ser realizada por médico supervisor da CERIH.

§ 1º O médico responsável pelo paciente internado em leito de enfermaria de hospital privado encaminhará à CERIH, por e-mail (cerih.crdf@saude.df.gov.br), relatório médico contendo todas as informações relevantes para caracterização da gravidade do quadro clínico do paciente.

§ 2º A CERIH solicitará ao médico supervisor visita ao paciente, no hospital em que estiver internado. Havendo indicação de internação em leito de enfermaria, conforme os critérios de regulação, o médico supervisor procederá a inserção do paciente na lista da CERIH.

Art. 5º Sem prejuízo da imediata utilização do SISLEITOS por todas as unidades hospitalares, a Coordenação Especial de Tecnologia e Informação em Saúde (CTINF) promoverá a integração do SISLEITOS com o sistema integrado de saúde do Distrito Federal, de forma a evitar a necessidade de duplicação da inserção do paciente.

Art. 6º O disposto nesta Portaria não se aplica às internações em leitos de UTI.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal

PORTARIA Nº 713, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2017

Dispõe sobre o fluxo de pacientes egressos de UTI e dá outras providências.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal e o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013,

CONSIDERANDO que o processo de regulação em saúde, notadamente o relacionado à regulação de leitos hospitalares gerais e de terapia intensiva, deve obedecer aos princípios do SUS, com a finalidade de prover acesso equânime, ordenado, oportuno e qualificado aos usuários dos serviços de saúde, de modo a disponibilizar a melhor alternativa terapêutica às suas necessidades;

CONSIDERANDO o Decreto Distrital nº 38.488, de 13 de setembro de 2017, que cria e estabelece a estrutura funcional do Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal (CRDF) no qual estão vinculadas a Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH) e a Central de Regulação da Internação Hospitalar (CERIH);

CONSIDERANDO o Decreto Distrital nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017, que aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências;

CONSIDERANDO a decisão do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) nº 3.872, de 10 de agosto de 2017, que analisa as diárias de UTI pagas aos pacientes supostamente de alta da unidade de tratamento intensivo com possibilidade de responsabilização dos gestores públicos;

CONSIDERANDO a alta médica da UTI como o ato médico que determina a finalização da assistência em unidade de terapia intensiva, não obstante a necessidade de outros cuidados assistências com o paciente;

RESOLVE:

Art. 1º A transferência de pacientes da UTI (unidade de tratamento intensivo) para leitos gerais adulto, pediátrico ou neonatal, após a alta médica da UTI definida e registrada em prontuário, deverá considerar, obrigatoriamente, os seguintes critérios::

I - nos casos de pacientes internados em leitos próprios de UTI da SES/DF:

- a) Transferência Intra-Hospitalar: transferência do paciente do leito de UTI para a enfermaria do hospital em que o paciente já se encontra. Prazo: transferência imediata.
- b) Transferência Inter-Hospitalar IA: transferência do paciente do leito de UTI para a enfermaria de hospital na região de saúde de residência do paciente. Prazo: transferência em até 24 horas.
- c) Transferência Inter-Hospitalar IIA: transferência do paciente do leito de UTI para a

enfermaria de hospital da região de saúde que solicitou a vaga de UTI. Prazo: transferência em até 24 horas.

II - nos casos de pacientes internados em leitos de UTI de unidades contratadas ou conveniadas com a SES/DF:

a) Transferência Inter-Hospitalar IB: transferência do paciente do leito de UTI para a enfermaria de hospital da região de saúde de residência do paciente. Prazo: transferência em até 12 horas.

b) Transferência Inter-Hospitalar IIB: transferência do paciente do leito de UTI para a enfermaria de hospital da região de saúde que solicitou a vaga de UTI. Prazo: transferência em até 12 horas.

§1º Na inexistência de vaga na região de residência do paciente ou na região de saúde do hospital de origem, o paciente deverá ser encaminhado para qualquer unidade hospitalar com leito disponível por meio do sistema de regulação de leitos.

§2º A Central de Regulação da Internação Hospitalar (CRIH) indicará, eletronicamente no sistema informacional de regulação vigente, a remoção compulsória prevista no parágrafo anterior.

§3º A Gerência Interna de Regulação (GIR) dos Hospitais da SES/DF, por meio dos Núcleos de Gestão de Internação (NGINT), deverá viabilizar o recebimento compulsório dos pacientes egressos das unidades de terapia intensiva contratadas, conveniadas ou próprias da SES/DF.

§4º Caberá à GIR/NGINT dos hospitais da SES/DF o acompanhamento eletrônico no sistema informacional de regulação, inclusive durante o período noturno, sábados, domingos e feriados, referente à indicação da remoção compulsória dos pacientes egressos das unidades de terapia intensiva contratadas, conveniadas ou próprias da SES/DF, realizada pela CRIH.

§ 5º Os Diretores Hospitalares são responsáveis por garantir a manutenção desse acompanhamento eletrônico.

Art. 2º Após 24 horas da alta médica do leito de terapia intensiva, se o paciente não tiver sido transferido para o leito hospitalar adulto, pediátrico ou neonatal, conforme demandado pelo Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal (CRDF), a Gerência Interna de Regulação (GIR) do Hospital de destino deverá informar a não transferência do paciente, por meio de circular, à Gerência de Assistência Clínica, à Gerência de Assistência Cirúrgica, à Gerência de Enfermagem e ao Diretor do referido hospital para que adotem providências visando o recebimento do paciente.

Art. 3º As entidades contratadas ou conveniadas que disponibilizem leitos de UTI para a SES/DF deverão registrar eletronicamente a alta administrativa de cada paciente em sistema informacional indicado pelo CRDF.

§1º As unidades de terapia intensiva privadas que tiverem pacientes internados com amparo em mandado judicial, e que estiverem de alta para leitos próprios da SES/DF, deverão enviar imediatamente à CRIH, via correio eletrônico (cerih.crdf@saude.df.gov.br), relatório médico detalhado sobre as condições clínicas para a remoção.

§2º Caberá ao médico regulador da CRIH registrar no sistema informacional de regulação vigente todas as informações necessárias para a alta e remoção dos pacientes de alta das unidades de terapia intensiva, bem como a discussão clínica quanto às peculiaridades relacionadas à alta.

§ 3º Compete ao médico regulador da CRIH a responsabilidade pela discussão clínica e registro de informações necessárias à remoção dos pacientes de alta internados em terapia intensiva quando a alta administrativa ocorrer na ausência do médico supervisor.

Art. 4º As unidades de terapia intensiva contratadas, conveniadas ou próprias da SES/DF deverão registrar, eletronicamente, no sistema informacional de regulação vigente, a alta administrativa, informando as condições clínicas mínimas para a remoção dos pacientes e, em especial, as seguintes:

- I - padrão ventilatório;
- II - necessidade de suplementação de oxigênio;
- III - nível de consciência;
- IV - quadro hemodinâmico;
- V - presença de acesso central;
- VI - função renal;
- VII - sugestões visando à continuidade da assistência ao paciente.

Art. 5º Caberá aos Núcleos de Apoio à Remoção do Paciente (NARP) o transporte interhospitalar dos pacientes egressos das unidades de terapia intensiva contratadas, conveniadas ou próprias da SES/DF.

§ 1º Caberá à GIR dos hospitais da SES/DF acompanhar a solicitação de remoção junto ao NARP, registrando eletronicamente, no sistema informacional de regulação vigente, o número do chamado gerado.

Art. 6º A GIR do Hospital que solicitou a internação do paciente no leito de UTI adotará o seguinte fluxo de alta dos pacientes que necessitem de terapia renal substitutiva (TRS) internados nas unidades de terapia intensiva contratadas, conveniadas ou próprias da SES/DF:

I - a GIR do Hospital que solicitou a internação do paciente definirá o serviço para o qual o paciente com necessidade de suporte de TRS deverá ser encaminhado a partir do momento da indicação da alta da UTI, obedecendo os seguintes critérios:

- a) o paciente deverá ser encaminhado, preferencialmente, para o hospital mais próximo de sua residência;
- b) caso não se afigure possível, o paciente deverá ser encaminhado para a região que o encaminhou originalmente para a UTI, obedecendo pactuação formalizada junto à

Coordenação Técnica de Nefrologia da SES/DF, a saber:

Hospital que receberá o paciente (TRS)	Região que solicitou a vaga de UTI
HRT	Região Sudoeste e Região Oeste
HRSM	Santa Maria
HRG	Gama
HBDF	Hospital de Base e Região Centro Sul
HRAN	Região Centro Norte
HRS	Região Norte
HUB	Região Leste

c) caso os dois cenários anteriores não se afigurem possível, o paciente deverá ser encaminhado para qualquer unidade hospitalar com serviço de TRS disponível;

II - definido o local de transferência do paciente, o Núcleo de Gestão da Internação (NGINT) do Hospital que solicitou a internação entrará em contato, simultaneamente, com a Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade (CERAC) e a GIR do Hospital de destino;

III - a GIR do Hospital de destino buscará vaga para receber o paciente egresso de UTI devendo entrar em contato com o seu referencial técnico assistencial (RTA) de nefrologia para viabilizar a vaga para o egresso;

IV - em caso da impossibilidade do recebimento, o RTA deverá encaminhar justificativa por escrito da negativa, juntamente com a lista atualizada de todos os pacientes (agudos e crônicos) que estão em diálise na unidade e o número de máquinas de hemodiálise efetivamente operacionalizadas;

V - simultaneamente a busca de vaga pela GIR do Hospital de destino, a CERAC buscará vaga para realizar a transferência do paciente crônico em diálise do Hospital de destino para abrir vaga para paciente egresso de UTI;

VI - caso o CERAC não encontre vaga para retirar paciente crônico, deverá comunicar a GIR e o Diretor do Hospital de destino e o Diretor do Hospital que solicitou a internação do paciente no leito de UTI;

VII - a GIR do Hospital de destino entrará em contato com o seu NGINT para viabilizar um leito de enfermaria para o paciente.

§1º Caso não seja possível acolher o paciente, a GIR de destino entrará em contato com a CERAC para viabilizar a vaga de TRS em outro serviço que possua o suporte necessário ao paciente, enviando, também, a lista de pacientes encaminhada pelo RTA e as justificativas elaboradas pelas unidades para o não recebimento do paciente.

§2º O RTA de nefrologia é responsável pelo encaminhamento imediato do paciente diagnosticado como portador de doença renal crônica terminal (DRCT) à CERAC, bem como informar prontamente os casos de óbito, transplante renal, transferência de cidade ou mudança de modalidade, informando assim a liberação de vagas.

§3º A retirada do paciente da lista de regulação de pacientes portadores de DRCT será de

responsabilidade da equipe da CERAC, mediante justificativa por escrito, para controle, monitoramento e avaliação da fila de espera de terapia renal substitutiva.

§4º Para os casos em que os pacientes estejam internados em leitos de UTI contratados ou conveniados o papel da GIR será atribuído à CRIH.

§5º A CERAC utilizará como referência para transferência dos pacientes em serviços de TRS os critérios de priorização estabelecidos no art. 2º da Portaria nº 248, de 10 de maio de 2017, transcritos abaixo:

I - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida, que se encontra em hemodiálise em um dos Hospitais Regionais do GDF, cuja vaga será liberada para receber paciente egresso de UTI contratada ou de UTI própria da SES/DF;

II - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida, oriundo de Hospital que tem paciente agudo aguardando vaga para dialisar e/ou credenciamento para atendimento de pacientes portadores de insuficiência renal aguda;

III - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida em condições de alta de um dos Hospitais Regionais do GDF sem credenciamento para TRS Ambulatorial;

IV - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida, oriundo de clínica terceirizada do GDF que solicitou descredenciamento;

V - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida, ambulatorial estável, que esteja em tratamento conservador;

VI - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida, que realiza o tratamento dialítico em outro estado da federação e solicita transferência para tratamento no Distrito Federal;

VII - Paciente crônico, definido como portador de DRC - Doença Renal Crônica necessitando TRS - Terapia Renal Substitutiva para manutenção de sua vida, que tenha solicitado vaga em trânsito.

Art. 7º As entidades contratadas ou conveniadas que disponibilizem leitos de UTI para a SES/DF estão obrigadas a informar, mensalmente, ao executor de contrato ou a Comissão de Acompanhamento de Contrato (CAC) os indicadores dispostos na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, e, quando solicitados, quaisquer dados referentes a esta portaria.

Art. 8º O CRDF encaminhará semanalmente aos Superintendentes, com cópia a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, relatório indicando as diárias de UTI utilizadas com paciente de alta para fins de monitoramento, avaliação e tomada de decisão juntamente

com as áreas competentes.

Parágrafo único. O relatório indicando as diárias de UTI utilizadas com paciente de alta deverá informar o motivo para a permanência do paciente na unidade, sinalizando se a alta médica é total ou se está condicionada ao fornecimento de algum serviço assistencial que inviabilize a retirada do paciente do leito enquanto não for fornecido o serviço em questão.

Art. 9º A disponibilização de leitos para os pacientes de alta egressos de UTI deverá observar os princípios da eficiência, economicidade, vantajosidade e dignidade da pessoa humana.

Art. 10. Os casos omissos deverão ser submetidos à análise do CRDF.

Art. 11. O não cumprimento do disposto nesta Portaria poderá ensejar a responsabilização civil e administrativa dos servidores responsáveis.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor após decorridos 15 dias da data de sua publicação.

Art. 13. Revogam-se as disposições em contrário.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA



**Secretaria
de Saúde**

