



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Serviços de Internação
Gerência de Serviços de Terapia Intensiva

Nota Técnica N.º 5/2020 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI

Brasília-DF, 16 de abril de 2020.

ASSUNTO: REVISÃO DOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA INTERNAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) E EM UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS (UCI) NA REDE DE SAÚDE SES/DF

INTRODUÇÃO

Considerando que o cuidado crítico é definido como a entrega direta, pelo médico, de cuidados para uma doença crítica ou para um paciente criticamente enfermo;

Considerando que uma doença crítica ou dano crítico prejudica agudamente um ou mais sistemas e órgãos vitais, de modo que haja uma alta probabilidade de deterioração iminente ou com risco de morte na condição do paciente;

Considerando que os serviços de tratamento intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco, com probabilidade de sobrevida e recuperação, que exijam assistência médica ininterrupta, além de recursos tecnológicos e humanos especializados;

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

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

Considerando a necessidade de revisão das diretrizes e critérios de admissão e alta em UTI descritos na Portaria SES/DF nº 200, de 06 de agosto de 2015, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal, edição número 152 de 07 de agosto de 2015, p. 8-10;

Isto posto, a Gerência Serviços de Terapia Intensiva – GESTI/DSINT/CATES/SAIS procedeu a revisão e a atualização da Portaria nº 200 de 2015 com a equipe dos RTDs, Câmara Técnica de Neonatologia e de Terapia Intensiva Adulto/Pediátrica, RTDs de Ginecologia/Obstetrícia e Cuidados Paliativos, cujo resultado foi a publicação desta Nota Técnica.

DOS OBJETIVOS

1. Demonstrar um novo modelo de assistência adulto, pediátrica e neonatal, considerando assistência intensiva articulado em dois níveis de complexidade, ou seja, maior e menor complexidade. Leitos de UTI: leitos em que deverão ser admitidos os pacientes críticos, compatíveis com os perfis de prioridade 1 e 2 e Leitos de UCI: leitos em que deverão ser admitidos pacientes compatíveis com os perfis de prioridade 3, 4 e eventualmente 5, aos moldes desta Nota Técnica.

2. Divulgar os critérios para admissão em UTI e UCI de pacientes adultos, pediátricos e neonatais da rede SES/DF, sejam leitos próprios, conveniados e/ou contratados.

3. Definir que a regulação de leitos de UTI é **PANORAMA 3** e a regulação de leitos de UCI adulto, pediátrico e neonatal é **PANORAMA 1 e 2**. Em casos excepcionais, definidos como situações em que as UCINs estiverem lotadas e a fila de espera com tempo prolongado ou casos que o Médico Regulador/CERIH deliberar, o CRDF acionará o panorama 3 até a resolução da situação com o objetivo de preservar a assistência oportuna, resolutiva e segura ao paciente (PORTARIA Nº 1388, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2018 que estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal).

DAS ORIENTAÇÕES GERAIS

A unidade solicitante, definida como o estabelecimento assistencial de saúde vinculado ao SUS, deverá através do Sistema Informacional de Regulação de Leitos, assegurar a adequada triagem de pacientes, baseada nos critérios de admissão em UTI e UCI de pacientes adultos, pediátricos e neonatais, no momento da solicitação da internação hospitalar.

A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CERIH) deverá utilizar os critérios dispostos nesta Nota Técnica – NT.

A Gerência de Regulação Interna – GIR, na unidade Hospitalar que existir leitos de UCI, com a supervisão da CERIH, deverá utilizar os critérios dispostos nesta NT.

Os critérios citados deverão ser revisados pela Gerência de Serviços em Terapia Intensiva (GESTI) com os Responsáveis Técnicos Distritais (RTD's) e convidados de reconhecida expertise no tema, sempre que necessário ou a cada 03 (três) anos.

As solicitações de vagas deverão ser justificadas e registradas no prontuário do paciente pelo médico solicitante. No caso de solicitação para as UTIs os médicos de PS e das UTIs quando indicada transferência para outra UTI.

DA CLASSIFICAÇÃO ETÁRIA

Definições etárias para direcionamento aos leitos de UTI e UCI dos estabelecimentos assistenciais de saúde do DF, vinculados ao SUS, sejam próprios, conveniados ou contratados:

Terapia Intensiva Adulto (UTIA): a partir de 15 anos;

Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP): 29 dias a 14 anos, 11 meses e 29 dias;

Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): 0 a 28 dias;

Unidade de cuidados Intermediários Neonatal (UCIN): 0 a 28 dias;

Unidade de cuidados Intermediários Adulto (UCI-a): a partir de 15 anos;

Unidade de cuidados Intermediários Pediátrica (UCI-Ped): 29 dias a 14 anos, 11 meses e 29 dias.

Devido ao perfil dos pacientes atendidos pela equipe de pediatria especializada, em virtude de suas especificidades, a **faixa etária de atendimento no Hospital da Criança de Brasília (HCB)**, segue parâmetros diferentes:

Onco-hematologia: de 29 dias a menores de 24 anos (para Acompanhamento/seguimento de controle de tratamento de pacientes da Unidade de Oncologia do HCB que iniciaram o tratamento menores de 19 anos);

Demais especialidades clínicas: menores de 19 anos.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL E UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CONVENCIONAIS E CANGURU

DOS PERFIS DE PRIORIDADE:

- Os pacientes com PRIORIDADE 1 e 2 deverão ser admitidos em UTI neonatal (Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal).
- Os pacientes com PRIORIDADE 3 e 4 deverão ser admitidas em UCIN-Co (Unidades de Cuidados Intermediários Convencionais).
- Os pacientes PRIORIDADE 5 deverão ser admitidos em UCIN-Ca (Unidades de Cuidados Intermediários Canguru).

PRIORIDADE 1 – OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

- Pacientes deverão ser admitidos imediatamente após o nascimento, o que significa o mais rápido possível, uma vez que suas patologias requerem pronto atendimento e são emergências com maior risco de óbito quando não atendido em tempo hábil.
- O nascimento de prematuros extremos, menores de 32 semanas, deverá ser idealmente programado em unidades que possuam UTI neonatal, após contato prévio com a unidade e requisição de vaga, visando, assim a transferência intra-útero, do binômio Mãe-bebê.
- Nos casos excepcionais de nascimento iminente em unidades que não tenham UTI neonatal, os recém-nascidos deverão ser removidos prioritariamente para UTI neonatal mais próxima o mais rápido possível, desde que o paciente apresente condições clínicas para remoção, de acordo com escores de transporte neonatal (por exemplo Ca- TRIPS – California Transport Risk Index of Physiologic Stability).

EXCEÇÕES PARA PRIORIDADE 1 E 2:

Casos que se enquadrem nos critérios abaixo não deverão ser admitidos em UTI Neonatais devido a futilidade do tratamento, lembrando que toda decisão deverá ser discutida entre equipe de assistência e a família:

- *Recém-nascidos que apresentarem diagnóstico de malformações limitantes da vida (Goldsmith et al, citado por Marba ST et al Anexo 1).*
- *Recém-nascidos que estiverem abaixo do limite de viabilidade.*

INDICAÇÕES CLÍNICAS E PATOLOGIAS:

PRIORIDADE 1-UTIN:

- **Prematuros viáveis, peso inferior 1250 g, exceto aqueles que apresentem malformações estruturais incompatíveis com a vida (Anexo 1):** pacientes gravíssimos que requerem pronto atendimento e procedimentos invasivos na primeira hora de vida, tais como:
 - Ventilação mecânica invasiva e não invasiva,
 - Acesso venoso central umbilical,

- Nutrição parenteral,
 - Manutenção de normotermia,
 - Prevenção de perda hídrica cutânea,
 - Uso de incubadora aquecida e umidificada.
- **Insuficiência respiratória com necessidade de Ventilação Invasiva, caracterizada pelo boletim de Silverman-Anderson:**
 - Nota ≥ 4 e/ ou gasometria $pCO_2 \geq 60$ e $pO_2 \leq 50$.
 - **RN com patologia cirúrgica com necessidade de intervenção cirúrgica imediata:**
 - Gastrosquise,
 - Mielomeningocele rota,
 - Enterocolite necrotizante - ECN grau III e IV,
 - Hérnia Inguinal encarcerada / estrangulada,
 - Torção testicular.
 - **RN com asfixia grave:**
 - APGAR ≤ 5 no 5° min de vida e IG > 35 semanas,
 - Score Sarnat: A terapêutica nas primeiras 6 horas de vida (prazo máximo para admissão em UTI neonatal).

PRIORIDADE 2 - UTIN:

- RN com apnéias recorrentes, apesar de ventilação não invasiva ou tratamento medicamentoso com xantinas ou cafeína,
- RN com sinais de insuficiência circulatória (choque) e/ou uso de drogas vasoativas,
- RN com cianose central, alterações do ritmo cardíaco ou da frequência cardíaca associadas a sinais de insuficiência circulatória e necessidade de uso de drogas vasoativas,
- RN com mal convulsivo, apresentando convulsões subentrantes,
- RN que necessite de diálise peritoneal,
- RN com patologias cirúrgicas que necessitem de intervenção urgente como:
 - Obstrução intestinal (atresias duodenais/ ileais e atresia de esôfago),
 - Hérnia Diafragmática,
 - Mielomeningocele íntegra.

PRIORIDADE 3 – UCIN Convencional:

- Prematuro \geq 1250 g estáveis que não requeiram procedimentos intensivos: ventilação mecânica invasiva e não invasiva,
- RN em uso de suporte ventilatório (CPAP ou HOOD) com FiO₂ máxima de 40% e ausência de apneia,
- RN que apresente indicação clínica de exsanguineotransusão,
- RN com patologia cirúrgica em pós-operatório tardio e estáveis,
- RN com asfixia leve e moderada que necessite de observação devido risco de convulsões,
- RN com malformações não limitantes da vida e a espera de procedimentos cirúrgicos e/ou necessidade de cuidado neonatal,
- RN que necessite de cirurgia eletiva como:
 - Hérnia Inguinal redutível
 - onfalocele
- RN com cardiopatia compensadas sem possibilidade de permanência em alojamento conjunto sem indicação de cuidados intensivos,
- Outros RN com instabilidade clínico-laboratorial que não se encaixam nos demais critérios de admissão.

PRIORIDADE 4 – UCIN Convencional:

- RN com desconforto respiratório que necessite de O₂ inalatório e monitorização constante,
- RN a termo ou prematuro > de 35 semanas e peso > de 1.800g que necessite de acesso venoso periférico para:
 - Infusão de glicose, eletrólitos e/ou antibióticos
- RN com níveis elevados de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransusão para acompanhar evolução clínica rigorosa,
- RN Prematuros com IG \geq 32 semanas e peso \geq 1250g,
- RN com necessidade de dieta enteral via sonda gástrica.

PRIORIDADE 5 – UCIN Canguru:

- RN com IG \geq 32 semanas e peso \geq 1500g com estabilidade clínica, dieta enteral plena e curva ponderal ascendente.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA:

- Todos os recém-nascidos (RNs) 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 > 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 com FiO₂ > 40 % e uso de xantinas.

INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA:

- RN com alterações de ritmo e/ou frequência cardíaca,
- Tempo de enchimento capilar ≥ 4 segundos,
- Hipotensão e oligúria observada pelo monitor cardíaco ou pela avaliação clínica e que esteja comprometendo o estado hemodinâmico com necessidade do uso de drogas vasoativas.

AGRAVOS NEUROLÓGICOS:

- Convulsões de repetição ou mal convulsivo subentrantes,
- Asfixia perinatal grave considerada com:
 - Gasometria: pH < 7,0 na primeira hora de vida,
 - APGAR ≤ 3 no 5º minuto ou ≤ 5 no 10º min ou necessidade de VPP após 10 minuto.

AGRAVOS CIRÚRGICOS NEONATAIS:

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

AGRAVOS RENAIIS:

- RN que necessite de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal ou hemodiálise) conforme as indicações absolutas:
 - Acidose metabólica severa (bicarbonato sérico ≤ 12 mEq/L);
 - Hipercalemia refratária ao tratamento clínico (potássio sérico ≥8 mEq/L ou elevação rápida dos níveis de potássio);
 - Hiponatremia (sódio sérico ≤120 mEq/L);
 - Sobrecarga de volume com insuficiência cardíaca congestiva ou edema pulmonar;
 - Necessidade de prover nutrição para RN anúrico ou oligúrico ou que requeira restrição de fluidos
 - RN com peso ≤ 1250 g e ≤ 32 semanas de idade gestacional que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
 - RN grave conforme avaliação clínica e que não se enquadra nos critérios anteriores.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO UCIN CONVENCIONAL

- RN que ainda necessite de observação, monitorização contínua e necessidade de suporte de oxigênio (exceto ventilação mecânica) e cuidados especiais após a alta da UTIN;
- RN com desconforto respiratório que requeira monitorização constante e/ou algum tipo de suporte respiratório como CPAP nasal, capacete tipo HOOD ou oxigênio inalatório (livre ou em cateter) com FiO2 menor que 40% (exceto ventilação mecânica);
- RN que necessite de acesso venoso (central ou periférico) para infusão contínua de glicose, eletrólitos e alimentação parenteral em transição;
- RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão (alto risco de sequela neurológica);
- RN que necessite realizar procedimento de exsanguineotransfusão;
- RN com peso ≥ 1250 g e/ou Idade gestacional ≥ 32 semanas e que necessite de observação nas primeiras 72 horas;
- RN submetido a procedimentos cirúrgicos de qualquer porte, estável clinicamente, durante o pós-operatório tardio;
- RN com asfixia perinatal leve a moderada com risco de convulsões nas primeiras 24 horas de vida e avaliação frequente do estado neurológico;
- RN com malformações não limitantes da vida com estabilidade cardiorrespiratória, em espera de cirurgia (exceto anexo 1);
- 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 encaixa nos critérios de UTIN.

CRITÉRIOS DE ALTA

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:

- **DA UTIN:**
 - 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 UCIN. 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.

- **DA UCIN:**
-
- 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 congênicas específicas e inespecíficas.

2.5. SITUAÇÕES ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA

Visam estabelecer os parâmetros de internação e/ou transferência de pacientes neonatais, que após longa internação em UTIN passam à faixa de peso e idade de pacientes pediátricos e o fluxo de pacientes em pós-operatório tardio das UTIN's cirúrgicas (IHBDF e HMIB) para as demais UTIN's/UTIP's da rede, dos RN com suspeita de indicação cirúrgica e o fluxo de pacientes cardiopatas.

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 UTIN. Inexistindo necessidade de UTI, pode ser internado em enfermaria pediátrica, caso não haja disponibilidade de vaga em UCIN.
- 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 UTI Neonatal ou Pediátrica.
- Paciente com mais de 28 dias, < 2500g e IGPC ≤ 40s+6 dias, PODE retornar a uma UTI/UCI neonatal, após cirurgia cardíaca, neurológica ou pediátrica geral.

FLUXO DE PACIENTES CIRÚRGICOS:

- Pacientes com indicação de tratamento cirúrgico cardíaco, têm como referência aguardar leito segundo fila de espera da CERIH para o Instituto do Coração do Distrito Federal (ICDF), porém se o paciente necessitar de suporte intensivo o mesmo poderá ser direcionado para leito de UTIN, também determinado pela CERIH.
- Crianças avaliadas pelo pediatra/neonatalogista assistente, nos hospitais ditos secundários, como tendo indicação de procedimento cirúrgico não eletivo (URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA), necessitam serem encaminhados aos Hospitais de Referência em Cirurgia Pediátrica e Neonatal (HMIB ou HCB) sendo direcionados às respectivas UTI pela CERIH.

- 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/HCB) de acordo com o agendamento da CIPE. Neurocirurgias pediátricas são realizadas somente no HCB.
- Pacientes neonatais que apresentaram quadro cirúrgico e foram operados no HCB 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.

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE EGRESSO DE UTIN/UCIN PARA OUTRAS UNIDADES:

- Paciente com agravo crônico, internado em UTIN/UCIN ao ter completado 28 dias de vida, com peso > do que 2500 g e idade gestacional pós-concepcional (IGPC) maior do que 40 semanas e seis dias 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 \geq 40 semanas e 6 dias e com peso maior do que 2500g, de alta da UTI Pediátrica Especializada (HCB, 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 CERIH.

ANEXO 1

- Defeitos estruturais incompatíveis com a vida segundo Goldsmith JP et al, 1996, citado por Marba ST et al:
 - Hidranencefalia
 - Anencefalia
 - Holoprosencefalia
 - Trissomia do cromossomo 18
 - Trissomia do cromossomo 13
 - Triploidia
 - Agenesia renal bilateral
 - Sirenomelia
 - Síndromes de nanismo - membros curtos
 - Acondrogênese tipo 1a e 1b
 - Acondrogênese
 - Hipocondrogênese tipo II
 - Fibrocondrogênese
 - Atelosteogênese
 - Síndrome de Polidactilia com costela curta, tipo Saldino Noonan
 - Displasiatanatofórica
 - Osteogênese Imperfeita tipo II
 - Síndrome complexas:

- o Síndrome do Pterigin Múltiplo

DOS CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO EM UTI ADULTO E PEDIÁTRICAS

DO PERFIL DE PRIORIDADE

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

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

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

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

PRIORIDADE 5: Pacientes com doença em fase de terminalidade, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

ATENÇÃO:

- Os pacientes com **prioridade 1 e 2 deverão ser admitidos em UTI;**
- Os pacientes com **prioridade 3 e 4 deverão ser admitidas em UCI**, nos casos de ausência de leitos de UCI, deverão ser admitidos em UTI;
- Os pacientes **PRIORIDADE 5 deverão ser admitidos em UCI** e excepcionalmente em UTI.

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

- Os critérios listados abaixo estão definidos com base no modelo de PRIORIZAÇÃO, o qual permite identificar:
 - o Pacientes que mais serão beneficiados da admissão imediata na UTI, bem como o perfil de leito que o paciente deverá ser direcionado;
 - o Pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou ausência de
 - o perspectiva terapêutica.
- Em geral, os pacientes admitidos na UTI devem atender a um ou mais dos seguintes critérios:
- Exigir recursos humanos e cuidados envolvendo competência especializada da UTI, que não estão amplamente disponíveis em outros lugares do hospital;
- Ter instabilidade clínica (como, por exemplo, hipoxemia e/ou hipotensão) ou estar em alto risco de declínio iminente.
- Os pacientes deverão ser submetidos a uma triagem que os classifique segundo o melhor nível de atendimento possível, conforme os critérios de priorização.

PACIENTES COM INDICAÇÃO DE SUPORTE EM UTI: PRIORIDADE 1 E 2

PRIORIDADE 1:

Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

Nesta categoria estão os pacientes criticamente enfermos que necessitam de suporte para insuficiência orgânica, monitoramento intensivo e terapias fornecidas apenas no ambiente da UTI.

O suporte de vida inclui:

- ventilação invasiva,
- terapias contínuas de substituição renal,
- monitoramento hemodinâmico invasivo para guiar intervenções hemodinâmicas agressivas
- oxigenação de membrana extracorpórea - ECMO
- auxílio de balão intra-aórtico - BIA
- outras situações que requerem cuidados intensivos, por exemplo, pacientes com hipoxemia grave ou em choque

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS**CARDIOVASCULARES**

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;

necessidade de monitorização invasiva;

cardiopatias congênitas, com instabilidade cardiopulmonar.

RESPIRATÓRIAS

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;
hemoptise maciça;
doença pulmonar, com risco de falência respiratória e/ou obstrução de vias aéreas;
necessidade aguda de suplementação de oxigênio acima de 40% para manter SpO₂ > 92%;
tromboembolismo pulmonar com instabilidade respiratória ou hemodinâmica.

NEUROLÓGICAS

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 8 pontos e/ou com indicação de tratamento cirúrgico; coma metabólico tóxico ou anóxico agudo;

Hemorragia intracraniana com risco de herniação;

hemorragia sub-aracnóide aguda;

hipertensão intracraniana;

trauma crânio- encefálico grave;

vasoespasmo cerebral;

morte encefálica de paciente doador de órgãos;

convulsões não responsivas ao tratamento ou com necessidade de infusão contínua de drogas anticonvulsivantes;

inflamação aguda ou infecções meníngeas, cerebrais ou medulares graves ou com déficit neurológico progressivo;

acometimento agudo e grave do sensório (Glasgow < ou = 8), com risco de broncoaspiração;

disfunção neuromuscular progressiva com alteração do sensório ou com risco iminente de depressão ventilatória;

após procedimentos neurocirúrgicos com necessidade de monitorização invasiva;

pré-operatório de neurocirurgia com deterioração neurológica progressiva;

sinais de compressão medular aguda.

GASTROINTESTINAIS

Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque;

insuficiência hepática fulminante;

pancreatite grave;

perfuração de víscera oca.

RENAIS

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);

rabdomiólise aguda com insuficiência renal.

ONCOLÓGICAS E HEMATOLÓGICAS

Síndrome de lise tumoral;

pacientes com citopenia grave com sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

exsanguineotransusão, plasmaférese ou citoaférese em pacientes instáveis;

complicações graves da doença falciforme, como crise torácica, acidente vascular cerebral, anemia aplásica com instabilidade hemodinâmica;

ENDÓCRINAS/METABÓLICAS

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; erro inato do metabolismo com deterioração aguda, necessitando suporte respiratório, diálise ou outra terapêutica intervencionista.

GINECO-OBSTÉTRICAS

Cardiopatia e Gravidez: cardiomiopatia periparto com ICC grave;

pré-eclampsia grave;

pré-eclampsia com síndrome HELLP;

eclâmpsia;

doença tromboembólica do ciclo grávido puerperal com insuficiência respiratória;

embolia do líquido amniótico;

sepsis puerperal com instabilidade hemodinâmica.

CIRÚRGICAS

Pós-operatórios de pacientes com instabilidade hemodinâmica ou risco de falência respiratória ou de comprometimento de perviedade de vias aéreas;

transplante de órgãos intracavitários;

politrauma com instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica.

OUTRAS

Choque ou instabilidade hemodinâmica sob infusão contínua de drogas vasoativas;

choque séptico;

choque anafilático;

hipertermia maligna;

coagulação intravascular disseminada;

disfunção de múltiplos órgãos;

grande queimado ou queimadura com risco de comprometimento respiratório; hipotermia levando a instabilidade; acidentes elétricos ou ambientais;

sepsis com critérios de gravidade; quase-afogamento com instabilidade ou afogamento.

PRIORIDADE 2:

Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Nesta categoria também estão incluídos os pacientes com as características presentes na Prioridade 1, mas com uma probabilidade de recuperação significativamente menor e que poderão requerer terapias de suporte intensivo.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

CARDIOVASCULARES

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 em crianças;

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;

RESPIRATÓRIAS

Desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo;

DPOC descompensada necessitando de ventilação não invasiva;

necessidade de terapia broncodilatadora inalatória com intervalos menores que 3/3h.

NEUROLÓGICAS

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.

GASTROINTESTINAIS

Hemorragia digestiva ativa sem sinais de choque requerendo monitorização contínua.

RENAIS

Insuficiência renal aguda sem urgência dialítica.

ONCOLÓGICAS E HEMATOLÓGICAS

Tumores ou massas comprimindo vasos, órgãos vitais ou vias aéreas na faixa etária pediátrica.

ENDÓCRINAS/METABÓLICAS

Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base sem complicações;
coma mixedematoso com estabilidade hemodinâmica.

GINECO-OBSTÉTRICO

Cardiopatia e Gravidez: cardiomiopatia periparto;
pré-eclampsia com fatores de gravidade (qualquer um destes: PA > ou = 160 x 110 mmHg; creatinina > 1,2; transaminases duas vezes o valor normal; plaquetas < 100.000; sintomas cerebrais ou visuais);
doença tromboembólica do ciclo grávido puerperal.

OUTROS

Sepse sem instabilidade hemodinâmica;
intoxicação exógena com risco de descompensação.

II. 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.

a) 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, raqueostomizado, sem modificações constantes nos parâmetros de ventilação quando houver indicação e viabilidade de transferência para o Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC. (não há indicação de esperar pela vaga do SAD-AC na UTI)
- Quando a necessidade de monitorização e cuidados intensivos não se fizer mais

b) A morte encefálica devidamente documentada em não doador de órgão;

c) Pacientes com mudança no seu perfil de complexidade devem ser considerados para transferência para unidade de menor complexidade (UCI).

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

Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em unidades de menor complexidade (UCI), Unidades de Enfermaria, quando disponíveis

PACIENTES COM INDICAÇÃO DE SUPORTE EM UCI: PRIORIDADE 3 E 4

São considerados com indicação para suporte em unidades de menor complexidade pacientes clínicos ou cirúrgicos, egressos ou não das UTI's, que requeiram monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa e local da internação.

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.

PRIORIDADE 3:

Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação OU com limitação de intervenção terapêutica.

Nesta categoria estão incluídos pacientes com disfunção orgânica que necessitam de monitoramento e tratamento intensivo.

Esses pacientes podem precisar ser admitidos na UTI, se o gerenciamento precoce não conseguir evitar deterioração ou se não houver capacidade de suporte intermediário no hospital.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS:

CARDIOVASCULARES

Arritmias cardíacas que não ameacem a vida, com ou sem necessidade de cardioversão ou uso de marcapasso provisório;

doença cardíaca que não ameace a vida, podendo ter necessidade de terapia com vasodilatador intravenoso;

urgências hipertensivas em pacientes **adultos**;

insuficiência cardíaca congestiva sem descompensação hemodinâmica, em adultos e sem risco iminente de ventilação mecânica invasiva, mas com necessidade de monitorização contínua.

RESPIRATÓRIAS

Doença pulmonar progressiva (vias aéreas superiores ou inferiores), de gravidade moderada com risco de progressão para insuficiência respiratória ou com potencial obstrutivo;

NEUROLÓGICAS

Crises convulsivas que respondem à terapia inicial, mas requerem monitorização cardiorrespiratória contínua com risco potencial de comprometimento respiratório;

inflamação aguda ou infecções do SNC, sem déficit neurológico progressivo, após término do tempo mínimo de isolamento respiratório e antibioticoterapia;

TCE com Glasgow > 13 e tomografia de crânio normal, sem sinais ou sintomas neurológicos progressivos;

disfunção neuromuscular progressiva, sem alteração do sensório, que requer monitorização, sem risco iminente de depressão ventilatória.

GASTROINTESTINAIS

Sangramento gastrointestinal agudo, sem instabilidade hemodinâmica e respiratória; corpo estranho gastrointestinal e outras doenças gastrointestinais que requerem endoscopia digestiva de urgência, mas sem comprometimento cardiorrespiratório;

RENAIS

Doença renal aguda ou crônica agudizada, que requer intervenção multidisciplinar e monitorização.

ONCOLÓGICAS E HEMATOLÓGICAS

Pacientes com neoplasias metastáticas em tratamento modificador de doença (curativo ou não) com complicações agudas potencialmente reversíveis (como choque séptico); citopenias com risco de comprometimento cardiovascular.

ENDÓCRINA/METABÓLICA

Cetoacidose diabética hemodinamicamente estável.

CIRÚRGICA

Cirurgia de médio porte em pacientes com múltiplas comorbidades;

Procedimentos endovasculares eletivos, que necessitem monitorização e que não tenham comprometimento hemodinâmico ou respiratório.

OUTRAS

Queimaduras ou alterações cutâneas, como úlcera por pressão, que demandem atenção multidisciplinar e cuidados de enfermagem intensivos;

quase-afogamento, sem instabilidade hemodinâmica, respiratória ou neurológica;

overdose de drogas consciente que necessitem de vigilância ;

pacientes aguardando cirurgias eletivas com indicação de UTI no pós- operatório imediato;

pacientes que requerem monitorização de sinais vitais frequentes com indicação de fisioterapia intensiva.

PRIORIDADE 4:

Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.

Nesta categoria estão pacientes como os descrito na Prioridade 3, mas com menor probabilidade de recuperação/sobrevivência sem indicação ou desejo de ser intubados ou reanimados.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

NEUROLÓGICA

Demência grave parcialmente dependente para atividades básicas de vida diária, com complicações agudas potencialmente reversíveis (como choque séptico).

ONCOLÓGICAS E HEMATOLÓGICAS

Neoplasias sem possibilidade de tratamento modificador de doença, com complicações agudas potencialmente reversíveis (como choque séptico).

RESPIRATÓRIAS

Traqueostomia requerendo recorrentes aspiração traqueal e toilette brônquica; nebulização contínua ou com intervalos menores que 4/4 horas.

CRITÉRIOS DE ALTA DA UCI-adulto:

Os pacientes serão avaliados e transferidos para unidades de internação, internação domiciliar ou na Unidade de Terapia Intensiva, nos seguintes casos:

- quando houver resolução da doença ou da condição fisiológica que motivou a internação;
- quando a necessidade de intervenção multidisciplinar intensiva ou semi-intensiva não for mais necessária;
- quando houver agravamento do quadro clínico que necessite cuidados acima da capacidade da UCI-a.
- Na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI e UCI, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários Adulto os critérios de alta da UCI-a passam a ser os critérios de alta da UTI-a.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS PEDIÁTRICOS: PRIORIDADES 3 E 4

Pacientes clínicos ou cirúrgicos egressos da UTI-ped que ainda requerem monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa da internação;

Pacientes clínicos ou cirúrgicos que requerem monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multidisciplinar, com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa e local da internação;

Pacientes portadores de doença de vias aéreas ou pulmonar moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, incluindo os itens abaixo, mas não restritos a eles:

- a) Pacientes com doença pulmonar progressiva (vias aéreas superiores ou inferiores), de gravidade moderada com risco de progressão para insuficiência respiratória ou com potencial obstrutivo;
- b) Pacientes que requerem suplementação de oxigênio, através de cateter nasal, óculos nasal, máscara de Hudson, máscara de Venturi, capacete ou tenda;
- c) Suporte ventilatório não invasivo em pacientes egressos da UTI-ped ou UTIN, ou aqueles dependentes cronicamente de ventilação não-invasiva, sem instabilidade respiratória;
- d) Pacientes utilizando nebulização contínua ou com intervalos menores que 3/3 horas;

e) Pacientes que requerem monitorização de sinais vitais com indicação de fisioterapia intensiva;

f) Pacientes com indicação de monitorização pela possibilidade de apneia.

Pacientes portadores de doença cardiovascular moderada, que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, nas seguintes condições:

a) Pacientes portadores de arritmias que não ameacem a vida, sem necessidade de cardioversão;

b) Pacientes submetidos a procedimentos intravasculares e cirurgias intratorácicas, incluindo ligadura de canal arterial, shunts vasculares e colocação de marcapasso permanente, sem comprometimento hemodinâmico ou respiratório.

Pacientes portadores de doença neurológica que não ameace a vida e com necessidade de intervenção multidisciplinar, monitorização e avaliação neurológica com intervalos maiores que duas horas, nas seguintes condições:

a) Pacientes com crises convulsivas que respondem à terapia inicial, mas requerem monitorização cardiorrespiratória contínua e que não têm comprometimento hemodinâmico, mas apresentam risco potencial de comprometimento respiratório;

b) Pacientes com inflamação aguda ou infecções do SNC, sem déficit neurológico progressivo, após término do tempo mínimo de isolamento respiratório e antibioticoterapia;

c) Pacientes com traumatismo crânio-encefálico leve, com Escala de Coma de Glasgow acima de 13, que apresentem tomografia computadorizada normal, sem sinais ou sintomas neurológicos progressivos;

d) Pacientes com disfunção neuromuscular progressiva, sem alteração do sensório, que requerem monitorização cardiorrespiratória, sem risco iminente de depressão ventilatória;

e) Pacientes neurocirúrgicos com ventriculotomia em antibioticoterapia, aguardando derivação ventrículo-peritoneal.

Pacientes portadores de doença onco-hematológica potencialmente instável ou sangramento que não ameace a vida, mas que necessitam intervenção multidisciplinar e monitorização, nas seguintes condições:

a) Pacientes com anemia grave sem sangramento ativo ou comprometimento hemodinâmico ou respiratório;

b) Pacientes portadores de anemia falciforme, com complicações moderadas, como desconforto respiratório, porém sem Síndrome Torácica Aguda;

c) Pacientes com trombocitopenia, anemia, neutropenia ou tumores sólidos, que estão estáveis, mas apresentam risco de comprometimento cardiopulmonar, necessitando monitorização cardiorrespiratória.

VII - Pacientes com doença endocrinológica ou metabólica potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, na seguinte condição:

a) Pacientes portadores de Erros Inatos do Metabolismo, que requerem monitorização cardiorrespiratória.

Pacientes com doença gastrointestinal potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, nas seguintes condições:

a) Pacientes com sangramento gastrointestinal agudo, sem instabilidade hemodinâmica e respiratória;

b) Pacientes com corpo estranho gastrointestinal e outras doenças gastrointestinais que requerem endoscopia digestiva de urgência, mas sem comprometimento cardiorrespiratório;

c) Pacientes portadores de insuficiência gastrointestinal ou hepatobiliar crônica, na ausência de instabilidade hemodinâmica, respiratória, ou alteração neurológica.

d) Pacientes em pós-operatório de cirurgia de médio porte, sem instabilidade hemodinâmica ou respiratória.

Pacientes portadores de doença renal potencialmente instável, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização, nas seguintes condições:

a) Pacientes com hipertensão arterial sistêmica, sem convulsões, encefalopatia ou outros sintomas, que requerem terapia com medicação oral ou intravenosa intermitente;

b) Pacientes portadores de Síndrome Nefrótica não complicada, com hipertensão arterial crônica, que demandam monitorização da pressão arterial;

c) Pacientes que requerem hemodiálise ou diálise peritoneal cronicamente, sem instabilidade hemodinâmica.

Pacientes com doenças de múltiplos sistemas potencialmente instáveis, que requerem intervenção multidisciplinar e monitorização frequente, nas seguintes condições:

a) Pacientes que requerem a utilização de recursos tecnológicos, como:

- Cuidados com traqueostomia requerendo aspiração traqueal e toilette brônquica;

- Presença de drenos pleurais, após estabilização inicial e que não apresentem comprometimento respiratório ou hemodinâmico.

b) Intoxicação exógena não-complicada, sem comprometimento cardiovascular ou respiratório, que requerem monitorização cardiorrespiratória;

c) Pacientes admitidos diretamente de outra instituição ou em serviço de atenção domiciliar, em estabilidade hemodinâmica e respiratória e que contemplem os critérios citados acima;

d) Sepses tratada, sem critérios de gravidade;

e) Paciente vítima de queimaduras ou alterações cutâneas, como úlcera por pressão, que demandem atenção multidisciplinar e cuidados de enfermagem intensivos;

f) Paciente vítima de quase-afogamento, sem instabilidade hemodinâmica, respiratória e neurológica.

SÃO CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE PARA ADMISSÃO EM UCI-PED:

a) Instabilidade hemodinâmica;

b) Instabilidade respiratória e necessidade de ventilação mecânica invasiva;

c) Piora progressiva da função respiratória e necessidade de oxigenioterapia em alto fluxo ou concentrações crescentes;

d) Alterações neurológicas não estabilizadas, como status epilepticus, traumatismo craniano moderado a grave, Escala de Coma de Glasgow

CRITÉRIOS DE ALTA - UCI-PED:

Os pacientes serão avaliados e transferidos para unidades de internação, internação domiciliar ou na Unidade de Terapia Intensiva, nos seguintes casos:

- quando houver resolução da doença ou da condição fisiológica que motivou a internação;

- quando a necessidade de intervenção multidisciplinar intensiva ou semi-intensiva não for mais necessária; e

- quando houver agravamento do quadro clínico que necessite cuidados acima da capacidade da UCI-ped.

OBSERVAÇÃO: Na impossibilidade de implementação do cuidado progressivo entre UTI-ped e UCIPed, devido à inexistência da Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico, os critérios de alta da UCI-ped passam a ser os critérios de alta da UTI-ped

PACIENTES COM INDICAÇÃO DE SUPORTE EM UNIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

PRIORIDADE 5:

Pacientes com doença em fase final de vida, sem possibilidade de tratamento modificador da doença e sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos).

São aqueles em que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica. No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista, ocasião de eventualidade, em que deverão ser admitidos em UCI.

Nesta categoria, para os casos em que se tenha optado por descontinuar inequivocamente a terapia de suporte intensivo já previamente instituída, ou caso os pacientes apresentem processos irreversíveis, como câncer metastático sem quimioterapia adicional ou opções de radioterapia, e ainda se encontre sem uma proposta de cuidados paliativos, os cuidados paliativos devem ser iniciados.

Caso este paciente esteja recebendo tratamento em UTI e não tenha condições de alta para unidades de cuidado paliativo, enfermaria ou domicílio, deverá ser estudada a possibilidade de transferência para unidade intensiva de menor complexidade, ou seja, UCI.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS:

NEUROLÓGICAS

Danos graves irreversíveis do cérebro;
morte encefálica de não doadores de órgãos;
demência grave totalmente dependente para atividades de vida diária com complicações agudas.

ONCOLÓGICAS E HEMATOLÓGICAS

Neoplasias sem possibilidade de tratamento modificador de doença com complicações agudas irreversíveis.

OUTRAS

Disfunção multiorgânica irreversível;
estado vegetativo persistente;
pacientes que são permanentemente inconscientes;
pacientes com capacidade de decisão para recusar cuidados intensivos e/ou monitorização invasiva, ou que possuem diretivas antecipadas sinalizando o desejo por cuidados de conforto.

Alguns pacientes, a depender da possibilidade de reversibilidade das complicações agudas apresentadas, como no caso de pacientes em estado vegetativo persistente ou pacientes

permanentemente inconscientes, irão se beneficiar de internação em unidades de cuidados prolongados.

Pacientes geriátricos sem possibilidade de recuperação clínica, como pacientes com demência grave e totalmente dependentes, podem se beneficiar de internação em unidades de cuidados paliativos geriátricos.

Outros aspectos também devem ser considerados na tomada de decisão sobre as prioridades de cuidado:

Deve-se considerar a funcionalidade prévia: Sugere-se avaliar ainda a proporcionalidade entre eficácia do tratamento proposto e conhecimento médico técnico sobre a diferença que o tratamento faria em termos de prognóstico, incluindo morbidade, mortalidade ou funcionalidade, segundo as melhores evidências disponíveis (sugere-se que o Índice de prognóstico SOFA - Sepsis-related Organ Failure Assessment- seja monitorado), avaliar a determinação subjetiva do que o paciente ou seu representante legal percebem como sendo de valor para seu próprio bem, segundo seus objetivos ligados ao tratamento proposto e a onerosidade da intervenção (custos físicos, emocional, econômico ou sociais impostos ao paciente pelo tratamento).

REFERÊNCIAS

RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010

Portaria GM/MS nº 895 de 2017

Portaria GM/MS nº 930 de 2012

Portaria GM/MS nº 2809 de 2012

Portaria Nº 1388, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2018 que estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal

Resolução CFM Nº 2.156/2016, publicada no D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139, que estabelece os critérios de admissão e alta em unidade de terapia intensiva;

Portaria GM/MS Nº 895, de 31 de março de 2017, do Ministério da Saúde, que institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diretriz ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research, que revisa os critérios para admissão, alta e triagem em UTI, publicado pela *Society of Critical Care Medicine* em agosto de 2016;

À consideração superior,

À disposição,

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **SAMARA FARIAS COSTA GODEIRO CARLOS - Matr.0190604-6, Gerente de Serviços de Terapia Intensiva**, em 17/04/2020, às 16:31, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MELISSA GEBRIM RIBEIRO - Matr.1687783-7, Referência Técnica Distrital (RTD) Cuidados Paliativos-Colaborador(a)**, em 17/04/2020, às 17:11, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA MARTA BRAUNA BRAGA - Matr.1442020-1, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI Adulto-Colaborador(a)**, em 17/04/2020, às 17:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **VIRGINIA LIRA DA CONCEICAO - Matr.0157715-8, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI de Neonatologia**, em 18/04/2020, às 12:47, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ANA AMELIA MENESES FIALHO MOREIRA - Matr.0132955-3, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI Pediátrica**, em 19/04/2020, às 10:35, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ARILENE DE SOUZA LUIS - Matr.1671682-5, Diretor(a) de Serviços de Internação**, em 20/04/2020, às 09:30, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA CARLONI GASPAS - Matr.0182832-0, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 20/04/2020, às 18:29, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **FERNANDA CHARBEL JANIQUES SAMPAIO - Matr.1441627-1, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI de Neonatologia-Colaborador(a)**, em 20/04/2020, às 21:10, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LARISSA LUZIA TORRES BARROS - Matr.0154340-7, Referência Técnica Distrital (RTD) UTI Pediátrica-Colaborador(a)**, em 22/04/2020, às 11:28, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=38792241)
verificador= **38792241** código CRC= **01293FB2**.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"
Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF