GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL/HGP

PEDIDOS DE VAGAS PARA TRATAMENTO INTENSIVO

Serão consideradas vagas de tratamento intensivo, para fins de atendimento à demanda dos pedidos médicos, todas as vagas intensivas dos seguintes serviços:

- **UTI-Unidade de Terapia Intensiva do HGP**
- **UCI-Unidade de Cuidados Intensivos do HGP**
- **UTI-IOP**
- **UTI-Pediátrica/HGP**

Fica definido, baseado em critérios clínicos, na capacidade instalada e para melhor organização e andamento do serviço que:

- UTI/HGP atenderá preferencialmente os pacientes agudos e classificados como prioridade 1 e 2,
- UCI/HGP atenderá preferencialmente os pacientes classificados como prioridades 3 ou 4,
- UTI/IOP atenderá preferencialmente pacientes em POI, cujas necessidades de cuidados atendam à oferta deste serviço, baseado no contrato com a SESAU.

Os pacientes com pedidos de vagas para tratamento intensivo serão classificados pelo médico do **NIR-Núcleo Interno de Regulação**, de acordo com o Protocolo de prioridades pactuado com a Regulação do Estado, em prioridades 1, 2, 3, 4-A ou 4-B.

- Os pacientes prioridade 1 e 2 serão cadastrados pelo NIR no SISREG e encaminhados para a Regulação, permanecendo na fila da UTI, porém, caso não haja vaga de UTI e haja vaga de UCI os mesmos poderão ser encaminhado, à critério do médico do NIR, para a UCI.
- Os pacientes prioridades 3 e 4-A ou 4-B serão cadastrados em Registro interno, permanecendo na fila da UCI, porém, caso haja mais de uma vaga disponível de UTI e não haja vaga de UCI, poderão ser encaminhados, à critério do médico do NIR em acordo com a Regulação do Estado, para a UTI.
- O controle destes pedidos ficará aos cuidados do NIR, que deverá recebê-los, cadastrá-los, manter visibilidade e dar retorno sobre o andamento dos mesmos aos médicos solicitantes que informará aos familiares e/ou pacientes.

- O médico do NIR deverá acompanhar diariamente a evolução do quadro dos pacientes com pedidos de vagas intensivas e avisar ao NIR e à Regulação do estado.
- Conforme a evolução do quadro dos pacientes com pedido de vagas para tratamento intensivo, o médico do NIR poderá/deverá atualizar a prioridade do paciente, se necessário, inclusive mudando-o de local de espera de vaga, se por UTI ou UCI.
- Poderá ser feito, sempre que necessário e possível, remanejamento de pacientes entre a UTI e a UCI, conforme mudança do quadro clinico geral dos mesmos. Sempre avaliados pelo médico do NIR em conjunto com o médico intensivista responsável pelo paciente e médico da Regulação do Estado quando necessário.

PEDIDOS DE VAGAS DE TRATAMENTO INTENSIVO

DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- O médico plantonista da Sala Vermelha e/ou Laranja recebe paciente grave e verifica necessidade de tratamento intensivo e que atende as prioridades 1 e 2 da Classificação de Prioridades (detalhada em anexo), extraída do PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL de CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NA UTI.
- Após 1° atendimento o médico preenche imediatamente a AIH com pedido de tratamento intensivo e o pedido de transporte.
- O médico deverá preencher a AIH contendo TODOS os dados clínicos do paciente solicitados no formulário, descrição e Código do Procedimento SUS e CID.
- Após o preenchimento do pedido o mesmo deverá ser encaminhado ao NIR para cadastro no SISREG e busca de vaga de UTI.
- Para pacientes internados ou em observação que desestabilizam e apresentam rebaixamento do quadro geral necessitando de vaga de tratamento intensivo, o médico da clinica responsável pelo paciente solicita a vaga, de acordo com critérios médicos.

Ficam definidos os seguintes prazos para preenchimento do pedido de vaga para tratamento intensivo

- Para pacientes classificados como **prioridade 01**, o pedido deverá ser feito pelo plantonista **imediatamente após o primeiro atendimento**.
- Para pacientes classificados com **prioridade 02**, o pedido deverá ser feito pelo plantonista **dentro do prazo de no máximo 06h,** ou até o término do plantão, o que encerrar primeiro.

- Para pacientes classificados como **prioridades 3 e 4**, o pedido de tratamento intensivo deverá ser feito pelo médico assistente da clinica que assumir o paciente a seu critério e definição. Atendendo as mesmas especificações do preenchimento e encaminhamento dos formulários descritas acima.

VAGAS PARA TRATAMENTO INTENSIVO
PARA POI DE CIRURGIAS ELETIVAS

- O médico cirurgião assistente verifica necessidade de vaga de tratamento intensivo para Pós Operatório Imediato-POI para paciente que atenderá as prioridades 1, 2, 3 ou 4 da Classificação de Prioridades (detalhada em anexo), extraída do PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL de CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NA UTI.
- Após agendamento do procedimento o médico preenche a AIH com pedido de vaga de tratamento intensivo e o pedido de transporte.
- O médico deverá preencher a AIH contendo TODOS os dados clínicos do paciente solicitados no formulário, descrição e Código do Procedimento SUS e CID.
- O pedido deverá estar completo, contendo todos os dados do paciente.
- Após o preenchimento do pedido o mesmo deverá ser encaminhado ao NIR para cadastro no SISREG e busca de vaga para a data agendada pelo médico para o procedimento cirúrgico.
- A vaga para tratamento intensivo para qual cada paciente em POI será encaminhado será determinada, conforme disponibilidade de vaga e necessidades gerais do paciente no momento do POI, pelo médico do NIR em acordo com o médico cirurgião solicitante da vaga e o médico Regulador do Estado, podendo ser na UCI, UTI/HGP ou UTI/IOP.

Ficam definidos os seguintes prazos para preenchimento do pedido de Vaga para tratamento intensivo para POI:

- Sempre que possível o médico deverá agendar com o máximo de antecedência o pedido de vaga para tratamento intensivo em POI.
- Caso não seja possível o agendamento com antecedência , o mesmo poderá ser feito até no dia do procedimento cirúrgico respeitando, porém, a fila de pedidos agendados com antecedência. O médico que prosseguir com o procedimento cirúrgico mesmo tendo sido informado pelo NIR de que não há vaga disponível para tratamento intensivo naquele momento, assumirá o risco e suas consequências. Em caso de cancelamento do Procedimento Cirúrgico eletivo por falta de vaga para tratamento intensivo, o procedimento cirúrgico deverá ser reagendado pelo médico e comunicado nova data ao NIR.

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

CRITÉRIOS DE PRIORIDADES PARA OCUPAR VAGAS DE TRATAMENTO INTENSIVO

RESUMO DO PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL
DE CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NA UTI.

PRIORIDADE 1: PACIENTE COM QUADRO REVERSÍVEL E QUE ESTÁ EM USO DE VM OU DVA;

PRIORIDADE 2: PACIENTE REVERSÍVEL QUE **NÃO ESTÁ** EM USO DE VM OU DVA, **MAS** POTENCIALMENTE IRÁ EVOLUIR PARA UMA DELAS;

PRIORIDADE 3A: PACIENTE COM PATOLOGIA CRÔNICA AGUDIZADA OU OUTRA PATOLOGIA/CAUSA REVERSÍVEL QUE **ESTÁ EM USO** DE VM OU DVA;

PRIORIDADE 3B: PACIENTE COM PATOLOGIA CRÔNICA AGUDIZADA OU OUTRA PATOLOGIA/CAUSA REVERSÍVEL QUE **NÃO ESTÁ** EM USO DE VM OU DVA, **MAS** POTENCIALMENTE IRÁ EVOLUIR PARA UMA DELAS;

PRIORIDADE 4A: PACIENTE COM QUADRO IRREVERSÍVEL OU JÁ EM DMOS. EX: TUMOR COM METÁSTASE, CHOQUE SÉPTICO COM COMPROMETIMENTO RENAL, CARDIOVASCULAR, NEUROLÓGICO, PULMONAR, ETC. QUADRO CIRÚRGICO SEM CONDIÇÕES DE INTERVENÇÃO. PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS OU QUE O TRATAMENTO EM UTI NÃO FAÇA DIFERENÇA NO QUADRO;

PRIORIDADE 4B: BENEFÍCIO MÍNIMO OU NÃO PRECISE DE CUIDADOS INTENSIVOS DEVIDO AO BAIXO RISCO DE INTERVENÇÃO ATIVA QUE NÃO POSSA SER REALIZADA EM AMBIENTE FORA DA UTI.

Dr. Paulo Faria
Diretor Geral

Dr. Atil José de Souza
Diretor Técnico

GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS

CRITÉRIOS DE PRIORIDADES PARA OCUPAR VAGAS DE TRATAMENTO INTENSIVO

RESUMO DO PROTOCOLO MÉDICO ASSISTENCIAL DE CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA NA UTI.

EXEMPLIFICADO

PRIORIDADE 1 - Pacientes criticamente enfermos e instáveis com **quadro reversível sem doença de base irreversível** que necessitam de cuidados de terapia intensiva e monitoração que não pode ser provida fora de ambiente de UTI. Usualmente esses tratamentos incluem **suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc**. Nesses pacientes não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos desses doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando suporte ventilatório, etc.

PRIORIDADE 2 - Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e **podem potencialmente necessitar intervenção imediata que não pode ser provida fora de ambiente de UTI.** Geralmente não existe terapêutica estipulada para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas, porém apresentam quadro clínico estável.

PRIORIDADE 3 - Pacientes criticamente doentes, **mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base irreversível ou natureza da sua doença aguda.** Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites dos esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar. Exemplos incluem pacientes com diabetes, cardiopatias, neoplasias, insuficiência renal crônica, hiv, etc.

PRIORIDADE 4 - Pacientes que geralmente **não são apropriados para admissão à UTI.** A admissão desses pacientes deve ser feita em base individual, em circunstâncias não usuais e ao discernimento do Diretor Clínico da UTI. Esses pacientes podem ser colocados em duas categorias:

4A Benefício mínimo, se algum, de cuidados intensivos devido ao baixo risco de intervenção ativa que não possa ser realizada em ambiente fora da UTI. **(Pacientes com estado muito bom para se beneficiar de UTI)**.

4B Pacientes com doenças terminais ou irreversíveis, com probabilidade de morte iminente **(pacientes com estado muito ruim para se beneficiar de UTI)**. Por exemplo: dano cerebral grave irreversível, disfunção de múltiplos órgãos irreversível, câncer metastático irresponsivo à quimio/radioterapia, pacientes com capacidade de tomar decisões que declinam de cuidados de terapia intensiva e/ou monitoração intensiva e que recebem apenas cuidados paliativos (de conforto apenas), morte encefálica de não doadores ou pacientes em estado vegetativo persistente.