

**COLEGIADO GESTOR REGIONAL DO GRANDE ABC**  
**GRUPO TÉCNICO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE**

**PROTOCOLO DE  
REGULAÇÃO DO ACESSO:  
TRANSFERÊNCIA  
INTER-HOSPITALAR  
DO GRANDE ABC**

**2010**



# **PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO (administrativo) PARA TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR NA REGIÃO DO GRANDE ABC**

**VOLUME 1**

**1ª EDIÇÃO**

**OUTUBRO 2010**



## **2010 GRUPO TÉCNICO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE - COLEGIADO GESTOR REGIONAL DO GRANDE ABC**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

1ª edição – 2010

Elaboração, distribuição e informações: Grupo Técnico de Regulação da Saúde do Grande ABC do Colegiado Gestor Regional do grande ABC

**Supervisão Técnica na elaboração do Protocolo de Regulação do Acesso:** Flavius Augusto Olivetti Albieri

### **Equipe Técnica de Formulação:**

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de Diadema***

Flavius Augusto Olivetti Albieri

Reinaldo Del Pozzo

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de Mauá***

Ana Lúcia Pontes de Mendonça

Marcia Cristina Begehr

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Pires***

Lilian Shizue Kawakami Ribeiro

Maria da Penha Penna

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande da Serra***

Maria do Rosário J. Loredo

Patrícia Aparecida Freitas

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de Santo André***

Mirian Salete G. Caramori

Sueli Blanco Bastos Dias

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo***

Camila Padula

Larissa Desiderá Santo André

Francisco Troccoli

#### ***Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul***

Elcione P. A Nunes

Liliane S. G. França

Marcia Zorzato

#### ***Secretaria Estadual de Saúde - Divisão Regional de Saúde I***

Jussara Silva

Sandra Regina Camillo

#### **Colaboração técnica**

#### **Hospital Municipal São Lucas de Ribeirão Pires:**

Sandra R. Cestari Raposo

#### **Hospital Estadual de Diadema:**

Clodualdo Pessa.

#### **Hospital Estadual de Santo André:**

Eduardo Grecco, Pedro Gregori, Vanderley Paula.

#### **Pesquisa e organização documental/bibliográfico**

Flavius Augusto Olivetti Albieri

Marcia Cristina Begehr

#### **Editoração e Diagramação**

Flavius Augusto Olivetti Albieri

**Pautado** na Câmara Técnica do Colegiado Gestor Regional em: 19/10/2010

**Validação** no Colegiado Gestor Regional do Grande ABC em: 04/11/2010

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO AO PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO .....	2
ATUAÇÃO DO PROTOCOLO NA REGIÃO DO GRANDE ABC .....	3
JUSTIFICATIVA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO .....	3
I – DEFINIÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR.....	4
II. DEFINIÇÃO DE UNIDADES SOLICITANTES .....	5
III. DEFINIÇÃO DE UNIDADES EXECUTANTES.....	5
IV – ATRIBUIÇÕES DOS COMPLEXOS/CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS.....	5
V - RESPONSABILIDADES & ATRIBUIÇÕES.....	6
R&A: UNIDADE /MÉDICO SOLICITANTE: .....	7
R&A: COMPLEXO/CENTRAL DE REGULAÇÃO/MÉDICO REGULADOR: .....	8
R&A: EQUIPE DE TRANSPORTE: .....	8
R&A: UNIDADE/MÉDICO EXECUTANTE: .....	9
VI - FLUXOS PACTUADOS NA REGIÃO DO GRANDE ABC PARA AS TRANSFERÊNCIAS INTER- HOSPITALARES.....	9
VII - TEMPO DE RESPOSTA NO CRUE SES SP A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO .....	11
VIII - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR NA REGIÃO DO GRANDE ABC.....	12
IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	14
<b>ANEXO 1:</b> GRADE ÚNICA DE REFERÊNCIA DO GRANDE ABC COM CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS .....	15
<b>ANEXO 2:</b> LISTA DE CONTATOS DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DO GRANDE ABC .....	17
<b>ANEXO 3:</b> FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR .....	18
<b>ANEXO 4:</b> FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR.....	19

# PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR NA REGIÃO DO GRANDE ABCD

## INTRODUÇÃO

A partir das definições do PACTO PELA SAÚDE DE 2006, em seu eixo – Pacto de Gestão, cada município e estado deverá estabelecer regras claras de como atuar nas diferentes modalidades de gestão e como deve ser essa atuação, em especial quanto à regionalização, descentralização e garantia do acesso do usuário do SUS.

Porém já na PORTARIA GM 1.863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003 que institui a **Política Nacional de Atenção às Urgências** definiu que os sistemas de atenção às urgências deveriam ser compostos por diferentes esferas de gestão. Assim organizados, os sistemas devem permitir integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais.

Com a **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde** instituída na PORTARIA GM Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008 definiu-se que as ações regulatórias estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, sendo elas:

**I - REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE:** que tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

**II - REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE:** exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto, é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle

da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

**III - REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA:** também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo *COMPLEXO REGULADOR* e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

O que vemos de fato é que a regulação trouxe para o SUS um novo dimensionamento: quando não há oferta suficiente no território, o sistema deverá atuar com equidade sempre com foco na garantia do acesso.

## **ATUAÇÃO DOS PROTOCOLOS** NA REGIÃO DO GRANDE ABC

A região do Grande ABC é composta por sete municípios, entre eles: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul. O protocolo pactuado atuará em consonância com as estruturas operacionais reguladoras do acesso da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

## **JUSTIFICATIVA** PARA IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO

A regulação no âmbito municipal traz benefícios para a população como também favorece a organização da gestão da rede assistencial da saúde. A população é beneficiada na medida em que o acesso aos serviços de saúde é proporcionado de forma ordenada quando garantido o atendimento ao usuário em tempo oportuno à sua necessidade.

Na gestão, o processo regulatório favorece a resolução dos casos de forma eficiente e permite um conhecimento mais aprofundado e dinâmico da rede assistencial de saúde. Também favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada com um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.

A ação da regulação como ferramenta meio do processo regulatório, facilita os fluxos de solicitações e encaminhamentos para as transferências inter hospitalares. Instrumentos muito importantes nesse processo são os Protocolos de Regulação do Acesso que prescreve

Assim sendo, no cumprimento de suas atribuições de coordenação do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, o Colegiado Gestor Regional do Grande ABC, por meio da o Grupo Técnico de Regulação da Saúde, pactuou os PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO PARA AS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES (Administrativo), cuja implementação envolve justificativas de natureza política, técnica, econômica, social e cultural.

## I – DEFINIÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS E TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações socioeconômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde, deverão receber apoio, nos moldes estabelecidos por políticas inter setoriais locorregionais.

4

**A** - A transferência de pacientes de serviços de saúde de **menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade** seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;

**B** - A transferência de pacientes de centros de referência de **maior complexidade para unidades de menor complexidade**, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

O transporte e as transferências inter-hospitalares estão regulamentados pela Portaria GM/MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a) em seu Capítulo VI e também pela Resolução CFM n.º 1.672/03 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003b).

## II. DEFINIÇÃO DE UNIDADES SOLICITANTES

São consideradas UNIDADES SOLICITANTES todos os estabelecimentos de saúde que necessitem de vaga em unidade hospitalar para os casos de urgência e emergência, pois não detém equipamentos, estrutura física e/ou equipe técnica suficiente para a realização de determinado procedimento/atendimento.

## III. DEFINIÇÃO DE UNIDADES EXECUTANTES

São consideradas UNIDADES EXECUTANTES aquelas responsáveis pela oferta de procedimentos/atendimento, segundo GRADE ÚNICA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DO GRANDE ABCD pactuada no Colegiado Gestor Regional.

## IV – ATRIBUIÇÕES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS

A Portaria GM/MS n.º 2.657, de 16 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a), que estabelece as atribuições das centrais de regulação de urgências define como atribuições gerais:

I - ser instância operacional onde se processa a função reguladora, em casos de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas, traumáticas, obstétricas e psiquiátricas;



- II - ser polivalente na utilização dos recursos;
- III - ser capaz de refletir a relação entre a oferta disponível e as necessidades demandadas;
- IV - subsidiar o planejamento das correções necessárias para adequar a relação acima mencionada, sempre que se observar deficiência de oferta no exercício cotidiano da regulação médica das urgências;
- V - articular ações harmonizadoras e ordenadoras buscando a resposta mais equitativa possível frente às necessidades expressas e devidamente hierarquizadas;
- VI - estar articulada com os Serviços de Controle, Avaliação, Auditoria e Vigilância em Saúde, permitindo a utilização dos recursos do sistema de forma harmônica, de acordo com uma hierarquia de necessidades;
- VII - nortear-se por pactos estabelecidos entre as instâncias gestoras do sistema e demais atores envolvidos no processo assistencial;
- VIII - facilitar a execução de programas e projetos estratégicos e prioritários de atenção à saúde, formulados junto a instituições parceiras ou com missões semelhantes e aprovados pelo respectivo Colegiado Gestor Regional;
- IX - identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos de urgência atendidos, notificando os diferentes setores envolvidos por intermédio do Colegiado Gestor Regional;
- X - pactuar ações conjuntas com outros atores envolvidos na atenção integral às urgências, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros, a Polícia Militar, a Polícia Rodoviária, os Departamentos de Trânsito, as Concessionárias de Rodovias, as Empresas Privadas de Transporte e Atendimento de Urgência, entre outros;
- XI - avaliar permanentemente o desempenho das parcerias com os demais atores e notificar o Comitê Gestor de Urgências, fornecendo elementos para a implementação e otimização das ações conjuntas;
- XII - participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, do município ou região de sua área de abrangência, fornecendo dados epidemiológicos, contextualizando os agravos atendidos e identificando os fatores facilitadores e de estrangulamento das ações. (BRASIL, 2004a).

## **V - RESPONSABILIDADES & ATRIBUIÇÕES DOS SERVIÇO/MÉDICO SOLICITANTE, DA CENTRAL/MÉDICO REGULADOR, DA EQUIPE/MÉDICO DE TRANSPORTE E DO SERVIÇO/MÉDICO RECEPTOR**

Na Portaria MS n.º 2.048/02 (BRASIL, 2002a), podemos encontrar as responsabilidades e atribuições dos serviço/médico solicitante, da central/médico regulador, da equipe/médico de transporte e do serviço/médico receptor, conforme abaixo:

## R&A: SERVIÇO/MÉDICO SOLICITANTE:

- a - O médico responsável pelo paciente seja ele plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação ou realizar contato prévio com o serviço potencialmente EXECUTANTE;
- b - Não remover paciente em risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação e atendimento respiratório, hemodinâmico e outras medidas urgentes específicas para cada caso, estabilizando-o e preparando-o para o transporte;
- c - Esgotar seus recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema local e regional;
- d - A decisão de transferir um paciente grave é estritamente médica e deve considerar os princípios básicos do transporte, quais sejam: não agravar o estado do paciente, garantir sua estabilidade e garantir transporte com rapidez e segurança;
- e - Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente;
- f - Elaborar documento de transferência que deve acompanhar o paciente durante o transporte (e/ou ser enviado a Central de Regulação via fax, e-mail, ou software) e compor seu prontuário na unidade EXECUTANTE, registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, como diagnóstico de entrada, exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. Este documento deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do solicitante;
- g – Se possível, obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poderá prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la, não esteja acompanhado de possível responsável ou em caso de indicação médica absoluta;
- h - A responsabilidade da assistência ao paciente transferido é do médico solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo médico da unidade responsável pelo transporte, nos casos de transferência em viaturas de suporte avançado de vida ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico de vida ou viaturas de transporte simples. O início da responsabilidade do médico da viatura de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;
- i - Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico de vida para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, para realização de exames ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrências de urgência, a responsabilidade pelo tratamento e estabilização é da unidade que está realizando o procedimento, que deverá estar apta para seu atendimento, no que diz respeito a medicamentos, equipamentos e recursos humanos capacitados;
- j - Nos casos de transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos e, caso estes serviços situem-se em clínicas desvinculadas de unidades hospitalares, o suporte avançado de vida será garantido pela equipe da unidade de transporte;

k - Nos locais em que as Centrais de Regulação ainda não estejam estruturadas ou em pleno funcionamento, é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição/serviço potencialmente receptor;

l - Nos locais em que as Centrais de Regulação já estão em funcionamento, nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;

m - Nos casos de transferências realizadas pelo setor privado, o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor, obedecendo às especificações técnicas estabelecidas neste regulamento;

n - Nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, permanece em vigor a legislação própria a respeito deste tema, conforme Resolução CONSU n.º 13, de 4 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998a) e eventual regulamentação posterior a ser estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

### **R&A: CENTRAL DE REGULAÇÃO/MÉDICO REGULADOR:**

a – acionar e acompanhar a unidade e equipe de transporte, caso estes se localizem descentralizados em relação à estrutura física da central de regulação, como nos casos de transporte aeromédico, hidroviário ou terrestre, em que se opte por descentralizar viaturas e equipes para garantir maior agilidade na resposta;

b - Utilizar o conceito de “vaga zero”, definido no Capítulo II da Portaria n.º 2.048/02 também nos casos de regulações inter-hospitalares, quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recursos loco regionais o tornem imperativo.

### **R&A: EQUIPE DE TRANSPORTE:**

a - Acatar a determinação do médico regulador quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte;

b - Informar ao médico regulador caso as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo para transporte não sejam condizentes com as informações que foram fornecidas ao médico regulador e repassadas por este à equipe de transporte;

c - No caso de transporte terrestre, deverão ser utilizadas as viaturas de transporte simples para os pacientes eletivos, em decúbito horizontal ou sentados, viaturas de suporte básico ou suporte avançado de vida, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente, estando tais viaturas, seus equipamentos, medicamentos, tripulações e demais normas técnicas já estabelecidas pela legislação vigente;

d - O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes técnicas já estabelecidas e inclusive bem explicitadas na Resolução CFM n.º 1.672/03 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003b): ambulâncias equipadas com incubadora de transporte e demais equipamentos necessários ao adequado atendimento neonatal e pediátrico;

- e - Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;
- f - Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
- g - Comunicar ao médico regulador o término do transporte;
- h - Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

## R&A: SERVIÇO/MÉDICO RECEPTOR:

- a - Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da Central de Regulação médica de urgências;
- b - Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;
- c - Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não — conceito de “vaga zero”;
- d - Discutir questões técnicas especializadas sempre que o regulador ou médicos de unidades solicitantes de menor complexidade assim demandarem;
- e - Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
- f - Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte, bem como a viatura e seus equipamentos o mais rápido possível;
- g - Comunicar a Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados quando da regulação e os observados na recepção do paciente.

## VI - FLUXOS PACTUADOS NA REGIÃO DO GRANDE ABC PARA AS TRANSFERÊNCIAS INTER-HOSPITALARES

- 1.1** *As unidades de saúde do tipo hospitalares\*, ou seja, aquelas unidades que detém capacidade de estabilização e/ou internação do paciente ate a realização da transferência efetiva, que realizaram o primeiro atendimento (para a estabilização do quadro clínico) que não detém equipamentos, estrutura física e/ou equipe técnica suficiente para a realização de determinado procedimento/atendimento ao usuário em sua unidade deverá iniciar a REGULAÇÃO DO ACESSO DE TRANSPORTE INTER HOSPITALAR nos equipamentos hospitalares dentro do município e sob sua gestão, ou seja, a **REGULAÇÃO DO ACESSO NA REDE MUNICIPAL SOB GESTÃO ÚNICA***
- 1.2** Não detendo resposta com sucesso em sua própria rede municipal a respeito dos recursos necessários para dar continuidade ao tratamento ao usuário em sua unidade, a unidade\* deverá iniciar o processo de REGULAÇÃO DO ACESSO DE TRANSPORTE INTER HOSPITALAR nos equipamentos hospitalares DA REGIÃO DE SAÚDE – ou seja

As solicitações de transferência Inter-hospitalares devem ser feitas PRIORITARIAMENTE ENTRE MÉDICOS (de médico para médico) entre os COMPLEXOS/CENTRAIS REGULADORAS de urgência/emergência dos municípios ou, na ausência destes, a própria UNIDADE SOLICITANTE entrará em contato com a UNIDADE EXECUTANTE, solicitando o serviço/vaga pretendida. O contato inicial deverá ser feito via telefone e protocolada com guia de solicitação de transferência (anexo 2) que deverá conter os seguintes dados:

- A UNIDADE EXECUTANTE detém o tempo de até 01 hora para emitir parecer a respeito da solicitação: se houve o “aceite” ou a “negativa” do caso para a transferência. Se não houver resposta em até 01 hora, o complexo/unidade solicitante deverá entender a negação da vaga.

O COMPLEXO REGULADOR/UNIDADE SOLICITANTE deverá contatar, no mínimo, 03 unidades hospitalares da GRADE ÚNICA de referências do Grande ABC (nos casos onde houver menos de 03 unidades na grade, contatar aquelas disponíveis);

Caso o COMPLEXO REGULADOR/UNIDADE SOLICITANTE não detendo resposta com sucesso para a transferência do usuário (ou seja, deter até 03 negativas no prazo máximo de 01 hora após as solicitações na região), deverá iniciar a **REGULAÇÃO DO ACESSO INTER HOSPITALAR NA REDE ESTADUAL ATRAVÉS CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (CRUE) DA SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO** ;

As solicitações de transferência Inter-hospitalares devem ser feitas PRIORITARIAMENTE ENTRE MÉDICOS (de médico para médico) entre os COMPLEXOS/CENTRAIS REGULADORAS de urgência/emergência do município com

a CRUE da SES SP ou, na ausência de complexo/central de regulação municipal, a própria UNIDADE SOLICITANTE entrará em contato com a CRUE SES SP, solicitando o serviço/vaga pretendida. O contato inicial deverá ser feito via telefone e protocolada com guia de solicitação de transferência (anexo 2) que deverá conter os seguintes dados:

- ✓ NOME DA UNIDADE SOLICITANTE
- ✓ DATA E HORÁRIO DA SOLICITAÇÃO
- ✓ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - NOME, SEXO, DATA DE NASCIMENTO, RG, CARTÃO SUS (o que for possível)
- ✓ DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE DE ENTRADA NA UNIDADE
  - a. DIAGNOSTICO DE ENTRADA
  - b. CONDUTA INICIAL;
  - c. EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE;
  - d. EVOLUÇÃO: ALTERAÇÕES VERIFICADAS APÓS A CONDUTA INICIAL;
- ✓ RECURSO SOLICITADO PARA O CASO
- ✓ JUSTIFICATIVA PARA A SOLICITAÇÃO.

## VII - TEMPO DE RESPOSTA NO CRUE SES SP A PARTIR DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

A CRUE SES SP regula casos de urgência e emergência inter-hospitalar sendo também competência do médico regulador do CRUE classificar o risco conforme abaixo:

- **RISCO IMEDIATO:** Casos que devem ser resolvidos **entre 30 minutos e 01 hora;** eventualmente e conforme situação encaminhar em regime de vaga zero.
- **RISCO ALTO:** Casos devem ser resolvidos em **até 03 horas;** considerando-se limite de tempo eventualmente e conforme situação encaminhar em regime de vaga zero.
- **RISCO MODERADO:** devem ser resolvidos em **até seis horas;** não conseguindo recurso, atualizar o quadro clínico e fazer nova classificação de risco;
- **RISCO HABITUAL ou NÃO PERTINENTE:** Solicitações que não caracterizem urgência a CRUE contatará o gestor local (complexo, direção do hospital, SMS, prefeitura e/ou DRS) a respeito da classificação.

### IMPORTANTE:

- CASOS onde houver dissonância na classificação entre os médicos reguladores da CRUE e a unidade SOLICITANTE municipal, a unidade solicitante deverá inicialmente informar a Coordenação/Direção da CRUE SES SP a respeito das dificuldades encontradas para a resolução do caso;



- ## VIII - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR NA REGIÃO DO GRANDE ABC A PARTIR DA INSTAURAÇÃO DA GRADE ÚNICA E DO PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO (ADMINISTRATIVO)

- Expor aos membros Colegiado Gestor Regional e/ou GT Saúde do Consórcio Intermunicipal do Grande ABC a atual situação/vivência dos municípios solicitantes de transferências na urgência e emergência do Grande ABC sob o ponto de vista das Centrais de Regulação/Vagas municipais;
- Instrumentalizar o Colegiado Gestor Regional e/ou GT Saúde do Consórcio Intermunicipal do Grande ABC para a tomada de decisões no sentido de buscar alternativas complementares às políticas de gestão já implantadas vislumbrando a garantia do acesso dos usuários aos serviços de transferência na urgência e emergência com foco na eficiência e eficácia das ações;
- Demonstrar os principais nós críticos encontrados no acesso aos serviços de urgência e emergência na alta complexidade estaduais através do CRUE – Central de Regulação de Urgência e emergência do Estado de São Paulo;

- Há fluxo estabelecido para transferência de urgência e emergência aos serviços de alta complexidade estaduais? Se sim, é funcional? Se não, há propostas para a melhoria?
- DADOS: Quantidade solicitada por especialidade no equipamento no período;
- DADOS: Quantidade de transferência aceita por especialidade no HESA e no HED no período;
- DADOS: Quantidade de transferência aceita por especialidade por outros equipamentos (municipais e estaduais) da região do Grande ABC ou Grande SP no período;

- DADOS: Índice de sucesso de aceite nas transferências (municipal e regional) por especialidade no período;
- DADOS: Índice de sucesso de aceite nas transferências pelo CRUE/SES-SP no período;

Como forma de manter os processos de monitoramento das políticas de saúde adotadas na região do Grande ABC no que tange a garantia do acesso dos usuários aos serviços de transferência na urgência e emergência com foco na eficiência e eficácia das ações, a implantação da **PLANILHA DE CONTROLE DE TRANSFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (figura 1)** como **ferramenta permanente** na realidade das operações dos COMPLEXOS REGULADORES/UNIDADES EXECUTANTES assume hoje um grau de relevância inquestionável para o Colegiado da região do Grande ABC.

Figura 1: **PLANILHA DIÁRIA DE CONTROLE DE TRANSFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO GRANDE ABC**

PLANILHA DE CONTROLE DE TRANSFERÊNCIAS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA														
MUNICÍPIO SOLICITANTE:			Um ciclo representa 3 tentativas diretas com os equipamentos e uma tentativa negada no CREM											
DATA	NOME DO PACIENTE	CICLO	ESPECIALIDADE/PROCEDIMENTO SOLICITADO	1ª TENTATIVA			2ª TENTATIVA			3ª TENTATIVA			CREM	
				LOCAL	ACEITO	NEGADO	LOCAL	ACEITO	NEGADO	LOCAL	ACEITO	NEGADO	ACEITO	NEGADO
30/09/2009	JOÃO DA SILVA	1	ANGIOPLASTIA	HMC	X		HED	X		NARDINE	X		X	
01/09/2009	JOÃO DA SILVA	2	ANGIOPLASTIA	HMC	X		HED	X						
30/09/2009	MARIA DE JESUS	1	ORTOPEDIA	HMC	X		HED	X		NARDINE	X	X	HMC	
01/10/2009	ALEXANDRE SANTOS	1	NEUROCIRURGIA	HMC	X		HED	X		HELIÓPOLIS	X	X	X	

Figura 2: **PLANILHA CONSOLIDADA DE CONTROLE DE TRANSFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO GRANDE ABC – parte 1**

ESPECIALIDADE	Nº PACIENTES	ACEITO	NEGADO	CANCELADO	% SUCESSO (ACEITO/Nº PACIENTES)	ACEITOS ATRAVÉS DA REGULAÇÃO MUNICIPAL					
						ACEITO REG MUN TOTAL	% (ACEITO REG MUN/ACEITO TOTAL)	TEMPO ESPERA (DIAS)	DESTINO		
									HED	HESA	OUTROS
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				
					#DIV/0!		#DIV/0!				



Figura 3: **PLANILHA CONSOLIDADA** DE CONTROLE DE TRANSFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO  
GRANDE ABC – parte 2

ACEITO CRUE TOTAL	% (ACEITO CRUE/ACEITO TOTAL)	TEMPO ESPERA DIAS	DESTINO			CONVÊNIO	%(CONVÊNIO/ ACEITO TOTAL)	VIA INFORMAL	%(VIA INFORMAL/ ACEITO TOTAL)	SEM INFORMAÇÕES SUFICIENTES	%(SEM INFO/Nº PACIENTES)
			HED	HESA	OUTROS						
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!
	#DIV/0!						#DIV/0!		#DIV/0!		#DIV/0!

## IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002, Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, Política Nacional de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2003. BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão; Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Portaria nº 1.559/GM, de 1º de agosto de 2008, Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Ministério da Saúde, 2008.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, Central de Regulação de Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS-1, novembro de 2008.

## ANEXO 1: GRADE ÚNICA COM CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA A UTILIZAÇÃO DAS REFERÊNCIA DO GRANDE ABC

### ESPECIALIDADES/SERVIÇOS

- **ACIDENTES PEÇONHENTOS (INFECTOLOGISTA)** – CRUE.
- **BERÇÁRIO EXTERNO** - HESA, CRUE.
- **CIRURGIA BUCO-MAXILO** – CHSA, CRUE.
- **CIRURGIA CARDÍACA** – HESA\*, ANCHIETA SBC\*\*, CRUE.
  - HESA detém Unidade Coronariana e não atende neonatal; o Anchieta SBC detém Unidade Coronariana e só atende adultos.
- **CIRURGIA CARDÍACA NEONATOLOGICA** (congenita) – CRUE.
- **CIRURGIA GERAL** – HED, HESA, ANCHIETA SBC, CHSA, HMD\*, MARIA BRAIDO SCS, NARDINI, CRUE.
  - HMD só será referência para cirurgias do tipo abdominais.
- **CIRURGIA PEDIÁTRICA** – HESA, HED\*, CRUE.
  - HED não possui em seu quadro cirurgias pediátricas 24 horas e assim, quando houver solicitação, será verificado a disponibilidade do quadro da equipe no momento
- **CIRURGIA VASCULAR** – HESA, CRUE.
- **GINECOLOGIA** – HM SBC, NARDINI MAUÁ, SÃO LUCAS RP, CRUE.
- **NEURO-CIRURGIA** – HED, HESA, CHSA, CRUE.
  - CHSA de Santo André só detém potencia para atendimento de casos de neuro trauma.
- **OBSTETRICIA ALTO RISCO** – HED, NARDINI\*, CRUE
  - Nardini atenderá prioritariamente a micro-região de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.
- **OBSTETRICIA BAIXO RISCO** – HED, HMU, MARCIA BRAIDO, SÃO LUCAS RP, NARDINI, HOSP. DA MULHER, HMD DIADEMA, Central de Regulação de Partos da Região do Grande ABC em SBC, CRUE.



- **OFTALMOLOGIA** – PS Rudge Ramos SBC, CHSA Santo André, CRUE
- **ORTOPEDIA TRAUMA** – HED, HESA, CRUE
- **OTORRINOLARINGOLOGIA** – HED, HESA, CRUE.
- **PSIQUIATRIA (leitos)** – HESA, HED\*, LACAN SBC\*\*, NARDIN\*\*\*, CRUE.
  - HED atende os casos de internação por álcool e drogas, Lacan São Bernardo do Campo atende pacientes do sexo masculino e Hospital Nardini atende pacientes do sexo feminino e prioritariamente da micro-região Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.
- **QUEIMADOS (CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA)** – CRUE.
- **UTI ADULTO (INTENSIVISTA ADULTO)** – HED, HESA, Maria Braidó SCS, PSC SBC, HMU SBC, Anchieta SBC, Nardini Mauá, CHSA SA, CRUE.
- **UTI NEONATAL (INTENSIVISTA NEONATAL)**– HED, HESA, HMU SBC, NARDINI MAUÁ, CRUE.
- **UTI PEDIÁTRICA (INTENSIVISTA PEDIÁTRICO)** – HED, HESA, CHSA SA, MARCIA BRAIDÓ SCS, PSC SBC, CRUE.
- **VIOLÊNCIA SEXUAL** – PSC SBC, NARDINI MAUÁ, SÃO LUCAS RP\*, HOSP. MULHER SA, CRUE.

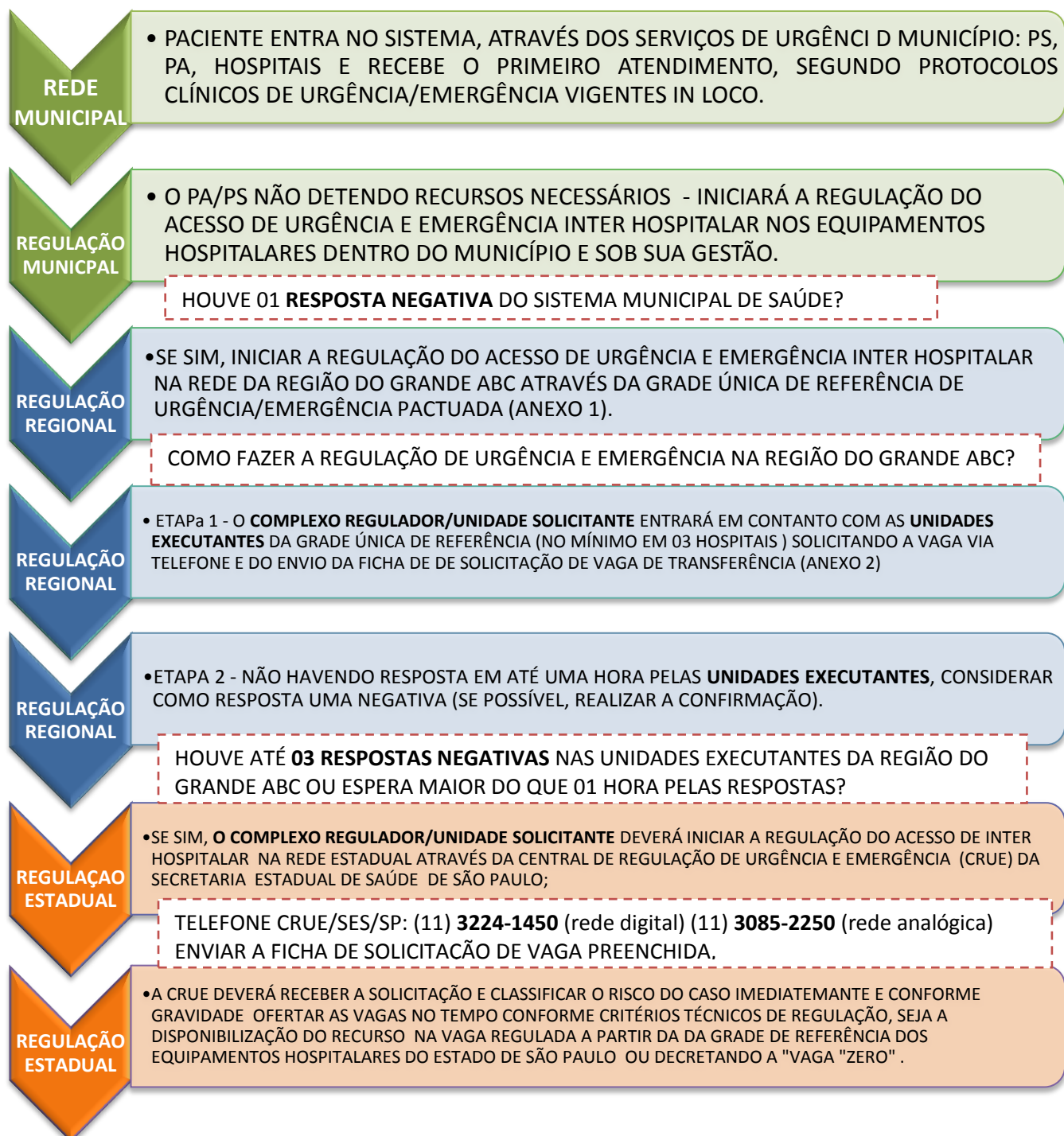
## EXAMES DE APOIO DIAGNÓSTICO

- **ENDOSCOPIA** – HED, HESA, NARDINI, QS DIADEMA\*, CRUE.
  - QS Diadema somente segunda a sexta das 8h s 16h
- **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA** – HED, HESA, CHSA SA, PS CENTRAL, ALBERT SABIN SCS, NARDINI MAUÁ, CRUE.

## ANEXO 2 - LISTA DOS ESTABELECIMENTOS QUE COMPÕE GRADE ÚNICA DO GRANDE ABC – AGOSTO/2010

ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO	GESTÃO	TEL/FAX
<b>CRUE – CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO</b>	SÃO PAULO	ESTADUAL	(11) <b>3224-1450</b> (rede digital) (11) <b>3085-2250</b> (rede analógica)
<b>HOSPITAL ESTADUAL SANTO ANDRÉ (HESA)</b>	SANTO ANDRÉ	ESTADUAL	2829-5000
END: RUA HENRIQUE CALDERAZZO, 321 - BAIRRO PARAÍSO SANTO ANDRÉ			
<b>HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA (HED)</b>	DIADEMA	ESTADUAL	3583-1565 Fax: 3583-1481
END: RUA JOSÉ BONIFÁCIO, 1.641 - BAIRRO SERRARIA			
HOSPITAL MUNICIPAL DE DIADEMA (HMD)	DIADEMA	MUNICIPAL	4061-7000
AV. PIRAPORINHA, 1682 - PIRAPORINHA			
QUARTEIRÃO DA SAÚDE DIADEMA (QS)		MUNICIPAL	4043-8000
AV. ANTONIO PIRANGA, 700 - CENTRO			
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE DIADEMA		MUNICIPAL	4043-8000
RUA TIRADENTES, 100 - CENTRO			
HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI	MAUÁ	MUNICIPAL	4547-6999
RUA REGENTE FEIJÓ, 166 - VILA BOCAINA			
CENTRO HOSPITALAR DE SANTO ANDRÉ (CHSA)	SANTO ANDRÉ	MUNICIPAL	4433-0060
AV. JOAO RAMALHO, 326 -CENTRO			
HOSPITAL DA MULHER MARIA JOSE DOS STOS STEIN (SA)		MUNICIPAL	4478-5000
RUA AMÉRICA DO SUL, 285 - PQ. NOVO ORATÓRIO			
HOSPITAL DE ENSINO ANCHEITA SBC	SÃO BERNARDO DO CAMPO	MUNICIPAL	4345-4011
RUA SILVA JARDIM, 470			
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL - HMU SBC		MUNICIPAL	4365-1480
AV. BISPO CESAR DACORSO FILHO, 161 - RUDGE RAMOS			
PRONTO SOCORRO CENTRAL - SBC		MUNICIPAL	4128-7700
RUA SECONDO MONDOLIN, 449 - JD. MARIA CECÍLIA			
HOSPITAL LACAN - SBC		MUNICIPAL	4351-4048
AV. JOSE ODORIZZI, 620 - ASSUNÇÃO			
PS RUDGE RAMOS - SBC	SÃO CAETANO DO SUL	MUNICIPAL	4368-1686
RUA BRASIL, 350 - RUDGE RAMOS			
HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SABIN - SCS		MUNICIPAL	4233-7676
RUA AURELIA, 101 - SANTA PAULA			
COMPLEXO HOSPITALAR MARCIA E MARIA BRAIDO	RIBEIRÃO PIRES	MUNICIPAL	4228-8000
RUA LUIZ LOUZA, 48 - SANTA PAULA			
HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS			
RUA RENATO ANDREOLLI, 138 - JD. ITACOLMY		MUNICIPAL	4828-3000

## ANEXO 3 – FLUXOGRAMA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR



Se não houver resolução do CRUE/SES/SP dentro do tempo pactuado com o COMPLEXO REGULADOR/UNIDADE SOLICITANTE ou existir dissonância em relação a classificação de risco entre os serviços, COMPLEXO REGULADOR/UNIDADE SOLICITANTE deverá encaminhar o caso inicialmente para a Direção/Coordenação do CRUE e se mesmo assim não houver resolução, o caso deverá ser encaminhado pelo Gabinete da SMS Solicitante Direção da DRS-1, Setor de Planejamento e Regulação.

## ANEXO 4 – FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR – FRENTE

[illegible]



FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR **VERSO**

<b>UNIDADE SOLICITANTE:</b>		<b>DATA:</b>	
1-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
2-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
3-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
4-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
5-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
6-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
<b>Após negativa, passado caso ao CRUE</b>			
1-Hospital	Vaga cedida	Hora:	
Médico:	Sim ( ) Não ( )		
Motivo:			
<b>Resolução</b>			
1-Atendida: Hospital_____			
2-Atendida fora do sistema: Hospital_____			
3-Solicitação cancelada, anotar motivo:			
( ) óbito ( ) melhora ( ) evasão ( ) alta a pedido ( ) alta para casa			
( ) sem cond. Remoção ( ) resolvido na Unidade			
( ) Outros:_____			
4-Outras formas de Conclusão:_____			
5-VAGA ZERO para o Hospita:_____			
DATA:		Hora:	
Plantonista:		CRM:	
Observações:			