

FLUXO MUNICIPAL PARA SOLICITAÇÃO DE LEITO DE TRANSFERÊNCIA VIA CENTRAIS DE REGULAÇÃO (SISTEMA E-SAÚDE E GSUS).

INTRODUÇÃO

Orientações práticas para solicitação de leitos via Centrais de Regulação aos serviços da Rede Municipal de Saúde em Fazenda Rio Grande (UPA, Divisão de Saúde Mental e Hospital Municipal). O presente protocolo foi elaborado de forma técnica, ética e prática, visando qualificar as solicitações enviadas às Centrais de Regulação de Leitos (sistemas E-Saúde e GSUS).

OBJETIVO

Garantir que todas as solicitações de transferência enviadas à Central de Regulação de Leitos para análise do médico regulador contenham descrição clínica mínima obrigatória, permitindo:

- Classificação de prioridade;
- Definição do tipo de leito;
- Avaliação de risco;
- Continuidade de cuidados;
- Segurança assistencial.



ETAPA 1 — IDENTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA:

Registrar sem abreviações:

1. Nome completo do paciente conforme documento de identificação oficial;
2. Data de nascimento;
3. RG/CPF (se disponível);
4. Endereço residencial completo;
5. Responsável/contato telefônico com DDD.

ETAPA 2 — DADOS CLÍNICOS ESSENCIAIS:

A história clínica deve ser registrada em ordem cronológica, objetiva e sem abreviações, contendo:

1. Tempo de permanência no serviço de origem;
2. Início dos sintomas (tempo de evolução);
3. Evolução clínica até o momento;
4. atendimentos prévios (UPA, hospital, consultas ambulatoriais, internações, SAMU);
5. Histórico de vínculos ativos nos hospitais da rede (especialidade, internamentos, consultas ambulatoriais, preferencialmente com datas);
6. Condutas e tratamentos já realizados anteriormente e na unidade de origem:

Exemplos:

- Hidratação venosa (volume infundido);
 - Antibióticos (nome, dose e tempo de uso);
 - Analgesia;
 - Drogas vasoativas (nome do medicamento, dose e vazão);
 - Reposição eletrolítica;
 - Suporte respiratório e parâmetros de ventilação mecânica (se aplicável);
 - Intervenções cirúrgicas prévias (descrever com detalhes);
 - Dieta: oral, sonda, jejum
 - Exames colhidos e pendentes.
7. Complicações observadas durante permanência no serviço.

ETAPA 3 — COMORBIDADES PRÉVIAS E MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO:

Deve constar obrigatoriamente se:

- Hipertenso crônico, diabetes, pneumopatias, cardiopatias, nefropatias, neuropatias, psicopatias, oncopatias, etilismo crônico, uso de drogas ilícitas, tabagismo, uso crônico de opioides, imunossupressão, doenças osteomusculares, doenças infectocontagiosas, paciente acamado (tempo nesta condição) etc.
- Medicamentos de uso contínuos: descrever nome dos medicamentos e dose.
- Alergias medicamentosas.
- Cirurgias prévias / internações recentes (principalmente nos últimos 90 dias).

ETAPA 4 — EXAME FÍSICO DETALHADO:

Obrigatoriamente em todos os pacientes, contendo:

4.1 Sinais vitais atualizados:

- Pressão arterial (mmHg): sinalizar se uso de droga vasoativa;
- Frequência cardíaca (bpm);
- Frequência respiratória (ipm);
- Temperatura corporal (°C);
- Saturação de Oxigênio e padrão respiratório (descrever saturação em ar ambiente com O₂ suplementar e qual fluxo em L/min);
- Glicemia capilar;
- Nível de consciência (Glasgow), basal (quando aplicável) e atual;
- Diurese quantificada (quando aplicável – exemplo: disfunção renal ou urológica);
- Dados antropométricos básicos como Peso e Estatura.

4.2 Avaliação segmentar

- Condições gerais do paciente;
- Respiratório: descrever ausculta pulmonar, uso de musculatura acessória, tiragem, batimento de asa nasal, expansibilidade torácica, etc;
- Cardiovascular: bulhas, ritmo, pulso periférico; presença de sopros, etc;

- Abdome: inspeção, ausculta, percussão e palpação. Avaliar sinais de peritonite, achados semiológicos presentes no exame físico como Blumberg, Rovsing, Giordano, Murphy, etc;
- Neurológico: força, sensibilidade, pares cranianos, pupilas; déficit neurológico focal;
- Pele/tecido subcutâneo: lesões, manifestações hemorrágicas cutâneas, sinais de infecção, edema, coloração da pele, etc;
- Membros inferiores: empastamento, edema, dor, perfusão, pulsos;
- Avaliação obstétrica completa (se aplicável);
- Avaliação psiquiátrica (se aplicável);
- Evitar descrições genéricas como “sem alterações”.

ETAPA 5 — EXAMES COMPLEMENTARES

Obrigatoriamente registrar e/ou anexar resultados recentes com data:

Laboratório mínimo (se aplicável)

- Hemograma;
- Eletrólitos (sódio, potássio);
- Função Renal (creatinina, uréia);
- Proteína C Reativa;
- Gasometria (quando indicado);
- Hepatograma (se aplicável): TGO TGP, Gama GT, Bilirrubina total e frações, fosfatase alcalina. Se suspeita de pancreatite solicitar Lipase sérica;
- Lactato em quadros sépticos;
- TAP/RNI (se suspeita de hepatopatia, sangramento);
- Rastreo infeccioso de trato urinário (parcial de urina, urocultura);
- Marcadores de injúria miocárdica: Troponina, CK-MB;
- Líquor (procedimento de ambiente hospitalar) em suspeita de doenças do sistema nervoso central;
- Imagem (se aplicável);
- Raio X tórax em quadros respiratórios e/ou cardiológicos;
- Raio X direcionado em casos de trauma;
- Ecografia e/ou tomografia (se aplicável);
- Eletrocardiograma em quadros cardíacos;

Testes Rápidos (se aplicável);

- Quadros respiratórios: Covid, influenza;
- Infectocontagiosas: HIV, Hepatites, sífilis, Tuberculose (Teste rápido molecular);
- Registrar exames pendentes com horário de coleta e previsão de resultados.

ETAPA 6 — HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CID PROVÁVEL:

A hipótese diagnóstica deve ser coerente com o quadro clínico, sinais, sintomas, exame físico e exames complementares disponíveis no serviço de origem.

Dar preferência a diagnósticos sindrômicos quando não houver meios diagnósticos definitivos na unidade. Evitar hipóteses etiológicas específicas sem comprovação, especialmente quando o serviço não dispõe de exames confirmatórios ou laudos prévios.

Exemplo: não utilizar como diagnóstico endocardite bacteriana quando não há possibilidade de realizar ecocardiograma ou culturas apropriadas no serviço de origem; nestes casos, adotar síndrome infecciosa febril, sepse de foco indeterminado ou outra síndrome compatível.

- Evitar CIDs inespecíficos ou genéricos (“R10”, “Z76”);
- O CID deve refletir numa única linha o principal motivo da transferência;

ETAPA 7 — JUSTIFICATIVA DA TRANSFERÊNCIA:

Texto objetivo, técnico e conciso. Deve responder a duas perguntas:

1. Por que este paciente necessita de outro nível de complexidade?

(ex.: indisponibilidade do recurso no serviço de origem como leito UTI, hemodiálise, cirurgia, infectologia, neurocirurgia, ortopedia, psiquiatria, etc).

2. Qual tipo de leito está sendo solicitado?

- Enfermaria clínica / cirúrgica / pediátrica;
- Leito isolamento;
- UTI adulto / cardíaca / neonatal / pediátrica;
- Leito especializado (queimados, vascular, trauma, psiquiatria, etc.);

ETAPA 8 — FREQUÊNCIA DE ATUALIZAÇÃO NA CENTRAL DE LEITOS

As evoluções médicas devem ser registradas de forma contínua e regular, não sendo permitido ultrapassar 24 horas sem atualização clínica na Central de Leitos (exceto nos casos de regulação de leito psiquiátrico, que seguem fluxo próprio de frequência de atualização conforme a complexidade do quadro clínico).

A periodicidade da evolução deve ser ajustada conforme a gravidade do paciente:

- Pacientes com indicação de UTI: atualização mínima a cada 12 horas, podendo ser mais frequente conforme gravidade;
- Pacientes em enfermaria clínica ou cirúrgica: atualização a cada 12–24 horas, conforme risco e dinâmica do caso;

A evolução deve ser objetiva, incluindo obrigatoriamente:

- Sinais vitais atualizados;
- Mudança do quadro clínico;
- Exames laboratoriais e de imagem recentes;
- Resposta às terapias instituídas na origem;
- A atualização adequada garante segurança assistencial, correta priorização e agilidade na busca do leito. Evitar atualizar com dados de registros anteriores (exemplo: exame físico, dados vitais).

ETAPA 9 — DOCUMENTOS OBRIGATORIAMENTE ANEXADOS E/OU REGISTRADOS COM DATA (SE APLICÁVEL):

- Exames recentes com laudos (laboratório, imagens, etc);
- Fotos de lesões de pele (úlceras, queimaduras, infecções de pele, etc);
- Relatórios e/ou laudos médicos anteriores relevantes;
- Prescrição atual se relevante;
- Termo de recusa de transferência a determinado hospital / prestador assinado pelo responsável (quando aplicável);
- Termo de paliatividade assinado (quando aplicável).

ETAPA 10 — CONDIÇÕES DE ESTABILIDADE PARA O TRANSPORTE:

Informar se:

- Paciente está estável para transporte;
- Necessita suporte avançado (SAMU USB/USA);
- Necessita O₂, monitorização contínua, ventilação mecânica, bomba de infusão, etc.
- Apresenta risco iminente (rebaixamento nível de consciência, sepse grave, dor torácica, sangramento ativo).

ORIENTAÇÃO FINAL AOS SERVIÇOS DE ORIGEM

Solicitações incompletas, com ausência de informações clínicas essenciais ou incompatíveis com a análise regulatória serão retornadas para complementação aos serviços de origem, conforme previsto na Portaria nº 1.559/2008 (Política Nacional de Regulação – SUS) e nos protocolos vigentes.

Em situações de agravamento do quadro, instabilidade clínica ou risco iminente de óbito, a equipe assistencial deve acionar o apoio do SAMU 192 ou a Central de Leitos para orientações, seguindo os fluxos conforme protocolos de regulação.

A orientação e priorização somente poderão ser realizadas quando houver informações mínimas adequadas, suficientes para garantir segurança no cuidado, correta indicação do recurso e continuidade da assistência.

RESPONSABILIDADE TÉCNICA E LEGAL DO MÉDICO ASSISTENTE

O médico assistente do paciente é o responsável legal pelas informações registradas nos sistemas de regulação de leitos. A veracidade e atualização dos dados clínicos inseridos constituem ato médico, devendo refletir fielmente o quadro do paciente, exames realizados, condutas adotadas e justificativas técnicas da transferência.

Informações incompletas, incompatíveis, omissas ou não condizentes com o prontuário assistencial configuram falha de registro, podendo gerar atrasos na regulação, riscos assistenciais e responsabilização profissional conforme legislação vigente do SUS e normas do Conselho Federal de Medicina.

HOMOLOGAÇÃO E APROVAÇÃO

Este protocolo foi apresentado, discutido e aprovado em reunião do Conselho Municipal de Saúde, na presença da gestão municipal de saúde, realizada em 19 de novembro de 2025, passando a vigorar como orientação técnica para a UPA, Divisão de Saúde Mental e Hospital Municipal no âmbito da rede local.


A partir desta data, sua aplicação torna-se obrigatória pelos serviços assistenciais e equipes envolvidas nos processos de regulação de leitos na Rede SUS local.

Documento assinado digitalmente
gouv.br JOSELINE SILVANA MICHELETO
Data: 25/11/2025 10:37:45-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Dra. Joseline Silvana Micheleto
Médica Reguladora (Apoio Técnico)
Portaria Municipal nº 69/2025

Documento assinado digitalmente
gouv.br PAULO HENRIQUE PEIXOTO
Data: 25/11/2025 11:19:23-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Enf. Paulo Henrique Peixoto
Diretor Geral de Saúde
Decreto nº 7912/2025

MONIQUE COSTA  Assinado de forma digital por
MONIQUE COSTA
BUDK:05379875920
Dados: 2025.11.25 11:20:08 -03'00'

Monique Costa Budk
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 7649/2025