

[Legislação correlata - Ordem de Serviço 28 de 27/12/2017](#)

[Legislação correlata - Portaria 1388 de 12/12/2018](#)

PORTARIA Nº 386, DE 27 DE JULHO 2017

Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no exercício das atribuições que lhe conferem o art. 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, e o art. 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013,

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº GM/MS 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº GM/MS nº 1600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);

Considerando a Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da RUE no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº GM/MS nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à RUE e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria GM/MS nº 354, de 10 de março de 2014, que propõe projeto de "Boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência";

Considerando a Portaria SES nº 69, de 11 de abril de 2014, que institui a classificação de risco como ferramenta de segurança e humanização ao atendimento do paciente na SESDF;

Considerando a Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.646, de 2 de outubro de 2015, que institui o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES);

Considerando a Portaria SAS/MS nº 497, de 22 de dezembro de 2009, que estabelece parâmetros sobre a síndrome de Guillain-Barré no Brasil e dá diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença;

Considerando a necessidade de estabelecer os cenários de ensino e aprendizado em urgência e emergência conforme a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013;

Considerando a necessidade prioritária de implantar e implementar uma rede de atendimento integral ao paciente vítima de trauma, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio;

Considerando a necessidade de aprimorar as linhas de cuidado e os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência às vítimas de trauma, acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio como prioritárias e componente

de atenção na RUE;

Considerando o fechamento de várias unidades de emergência em pediatria no Distrito Federal nos últimos anos e a necessidade de otimizar o atendimento em pediatria em função do grau de severidade das doenças e priorizar o atendimento aos mais graves;

Considerando as Portarias SES nº 77 e 78, publicadas em 15 de fevereiro de 2017, que fortalecem a abrangência no atendimento médico e promoção à saúde pelas equipes da Atenção Primária a Saúde (APS);

Considerando a necessidade de desenvolver uma estratégia interdisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos de atenção que constituem a RUE, RESOLVE:

REGULAMENTO TÉCNICO DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO DISTRITO FEDERAL

Art. 1º A rede de atenção às urgências e emergências do Distrito Federal é constituída pelos seguintes componentes:

I - Componente hospitalar, formado pelos serviços hospitalares de emergência;

II - Componente pré-hospitalar fixo, formado pelas Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h);

III - componente pré-hospitalar móvel, formado pelo SAMU 192;

IV - Central de regulação de urgências e emergências.

V - Atenção primária, formada pelas unidades básicas de saúde, responsável pela prevenção e promoção à saúde e atendimento em demanda espontânea aos pacientes com perfil de risco compatível, inclusive em atenção domiciliar;

VI - Vigilância à saúde, formada pelos órgãos da Subsecretaria de Vigilância à Saúde responsável pelo controle de endemias, violência e agravos à saúde.

Parágrafo único. Esta Portaria disciplina o componente hospitalar da rede de urgências e emergências do Distrito Federal, exceto no que tange às urgências e emergências ginecológicas, obstétricas e psiquiátricas, regidas por regulamentação própria.

CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES

Art. 2º São objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências e Emergências:

I - Organizar a atenção às urgências e emergências nos hospitais, de modo que atenda à demanda espontânea ou referenciada;

II - Garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências e emergências;

III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Art. 3º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

I - Universalidade, equidade e integralidade no atendimento;

II - Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com classificação de risco, em função da urgência, gravidade do caso, grau de sofrimento, prognóstico e perspectiva de benefício com a intervenção;

IV - Regionalização do atendimento às urgências e emergências, com articulação dos diversos níveis de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Parágrafo único. Os critérios de classificação de risco serão definidos pela Diretoria de Urgência e Emergência (DIURE) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), devendo ser utilizada a seguinte escala de cores, em ordem crescente quanto ao risco e decrescente quanto ao tempo máximo para atendimento: azul, verde, amarela, laranja e vermelha.

CAPÍTULO II

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE EMERGÊNCIA

Art. 4º Define-se como Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) a parte da unidade hospitalar que desenvolve os seguintes processos de trabalho:

I - Atendimento de Urgência: assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, mas que não implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso;

II - Atendimento de Emergência: assistência prestada em função de agravo à saúde em que o paciente necessita de pronta intervenção, em razão de risco iminente de morte ou sofrimento intenso; Parágrafo único. Os SHE do Distrito Federal serão organizados em função do grau de complexidade de atendimento que podem oferecer aos usuários do SUS e sua distribuição por região de saúde, considerando o uso racional dos recursos e equipamentos de saúde de maneira a garantir os princípios fundamentais do SUS e permitir que o acesso ao serviço seja garantido a todos.

Art. 5º Compõem o SHE os seguintes ambientes:

I - Recepção;

II - Sala de Acolhimento e Classificação de Risco;

III - Rota Rápida: setor das unidades de medicina de emergência e de emergência pediátrica, destinado preferencialmente ao atendimento de indivíduos com classificação verde ou amarela, composto por:

a) consultórios: áreas destinadas a atendimento dos pacientes que deambulam ou que, conduzidos por terceiros, tiverem classificação verde, amarela ou, se não implicar prejuízo à condução do caso, laranja;

b) sala de medicação: ambiente destinado à administração de medicamentos, por quaisquer vias, com liberação do paciente após a administração, com ou sem reavaliação médica;

c) sala de coleta de material para exames: ambiente destinado à coleta de sangue ou outro fluido corpóreo, para a realização de exames laboratoriais diagnósticos de pacientes atendidos nos consultórios;

d) sala de nebulização: área destinada à administração de medicamento por via inalatória;

e) sala de espera de reavaliação ou sala de observação: área destinada a pacientes que ainda não foram internados e têm perspectiva de alta em até 24h, após conduta e reavaliação médica;

IV - Sala Amarela: ambiente de leitos destinados a pacientes que receberam alta da sala vermelha ou que foram encaminhados após atendimento na Rota Rápida em razão da necessidade de monitoramento e assistência nas 24 horas iniciais, ainda sem definição da indicação de internação hospitalar;

V - Sala Vermelha ou Sala de Emergência: ambiente reservado ao atendimento de pacientes com classificação vermelha, encaminhados pela classificação de risco, pelo médico que está em atendimento no consultório ou pelo complexo regulador, podendo receber pacientes com classificação laranja quando não for possível o atendimento em intervalo de tempo seguro na Rota Rápida;

VI - Sala do Trauma: ambiente destinado ao primeiro atendimento a vítimas de trauma, de maneira integrada entre as equipes cirúrgicas e interdisciplinares.

§ 1º As escalas de serviço devem obedecer designação objetiva para cada um dos setores.

§ 2º A Sala Vermelha contará com cardiodesfibrilador, equipamento de ventilação mecânica e monitor multiparâmetros, além de maca exclusiva para atendimento de parada cardiorrespiratória, que deverá ser imediatamente desocupada após o desfecho do atendimento à parada, permanecendo disponível salvo durante o procedimento de reanimação.

§ 3º A Sala Amarela deverá contar com um médico alcançável, podendo estar em atendimento nos consultórios ou em outro local do hospital, desde que respeitada a precedência da regularidade das reavaliações necessárias a cada paciente.

Art. 6º Consideram-se como de retaguarda os leitos compreendidos nas salas vermelha e amarela, bem como os leitos cadastrados no CNES como "de pronto-socorro", destinados à permanência no SHE por até 24 horas, para os quais não é possível faturamento de diárias de internação, limitados em número ao previsto em anexo deste Regulamento.

§ 1º A gestão dos leitos de retaguarda é responsabilidade da gestão de leitos local e da gerência de emergência, às quais compete, após as 24 horas iniciais de permanência, o encaminhamento à unidade de internação competente, a fim de garantir a execução das linhas de cuidados e a não interrupção do atendimento aos pacientes.

§ 2º Em caso de permanência superior a 24 horas ou solicitação de internação por parte do médico de plantão no SHE, o leito passará automaticamente a ser descaracterizado como leito de retaguarda e será considerado leito de espera por vaga

em leito geral ou de UTI, passando aos cuidados de uma das unidades clínica ou cirúrgica presente na carteira de serviços do hospital.

Art. 7º O Centro Neurocardiovascular e o Centro de Trauma do HBDF integram respectivamente a Unidade de Medicina de Emergência e a Unidade de Trauma do Hospital.

Art. 8º Somente serão considerados cenários de ensino em urgência e emergência, para os programas de graduação e pós-graduação desenvolvidos em unidades hospitalares da SES/DF ou unidades credenciadas, aqueles que compõem SHE.

Art. 9º Os setores dos hospitais que compõem a estrutura dos SHE deverão receber identificação visual padronizada em função das definições desta Portaria.

Art. 10º Todos os SHE do Distrito Federal deverão realizar seus atendimentos de maneira ininterrupta, 24 horas por dia, 7 dias por semana e em todos os dias do ano.

Art. 11. O fluxo de atendimento de mulheres em situações de urgência ou emergência por causa gineco-obstétrica rege-se por norma própria, aplicando-se, subsidiariamente e no que couber, as normas previstas nesta Portaria.

CAPÍTULO III DAS ADMISSÕES E ALTAS

Art. 12. Todo paciente que procurar um SHE deve ser acolhido e ter seu risco classificado, podendo ser referenciado para a unidade do nível de atenção competente para o atendimento, desde que respeitado o intervalo seguro estabelecido no protocolo de classificação de risco.

Parágrafo único. Caso o perfil de demanda em função do horário e da disponibilidade de pessoal de cada unidade assim permita, admite-se o funcionamento do serviço sem classificação de risco a partir das 24h e no máximo até as 7h, hipótese em que todos os pacientes acolhidos devem ser atendidos pela equipe de plantão.

Art. 13. A fim de garantir o uso racional dos recursos, as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (URD) poderão organizar localmente o atendimento aos usuários que demandam o SHE, retirando das unidades hospitalares o setor de Rota Rápida, mas mantendo os setores de Sala Vermelha e Amarela, desde que pactuado o atendimento em intervalo de tempo seguro aos pacientes na Unidade Básica de Saúde de referência ou em Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA).

Art. 14. A visita médica, evolução, alta e quaisquer condutas ou cuidados à saúde de paciente com mais de 24 horas de admissão hospitalar não são parte do processo de trabalho do SHE, devendo ser realizados pela respectiva unidade da especialidade clínica ou cirúrgica de internação.

§ 1º Na insuficiência de recursos humanos na unidade de internação em determinados horários, os profissionais do SHE poderão ser acionados para atender a intercorrências dos pacientes internados.

§ 2º O paciente, uma vez internado ou na condição de espera por leito geral de internação ou de terapia intensiva, passa aos cuidados da unidade da especialidade clínica ou cirúrgica indicada pelo médico do SHE, devendo essa unidade organizar seus recursos disponíveis para atender a todos os pacientes presentes na unidade hospitalar que requeiram cuidados em regime de internação.

Art. 15. O primeiro atendimento ao paciente vítima de trauma será assegurado em todos os serviços que compõem a rede de urgências e emergências, mesmo se houver indisponibilidade de centro cirúrgico, sala de emergência, anestesista ou outro recurso material ou humano, caso em que a unidade procederá a estabilização do paciente e realizará os primeiros atendimentos, encaminhando o paciente a outro ponto de atenção para dar seguimento à conduta.

Parágrafo único. Na ausência de especialistas, por estarem em centro cirúrgico, caberá à gerência de emergência ou, na sua ausência, à chefia de equipe organizar o atendimento da vítima de trauma admitida à unidade, com o apoio de médicos de outras especialidades, a fim de se garantir os primeiros socorros.

Art. 16. As mulheres que procurem unidade de saúde que não disponha de maternidade ou centro obstétrico e que tenham necessidade de avaliação médica de urgência ou emergência por causa gineco-obstétrica, inclusive as gestantes, aquelas em trabalho de parto e as puérperas, deverão ser avaliadas, estabilizadas e direcionadas ao hospital de referência.

Art. 17. O médico assistente de outra unidade do mesmo hospital, tal como ambulatório ou serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, deverá acompanhar o paciente em caso de encaminhamento ao SHE, sob pena de responder administrativa, ética, civil e criminalmente pelo abandono do paciente.

Art. 18. Em caso de alta hospitalar ou óbito do paciente em atendimento em SHE, o médico que promoveu a alta ou constatou o óbito fica responsável por providenciar a coleta de dados, o preenchimento dos documentos necessários à liberação do paciente e os trâmites administrativos de competência do profissional de saúde assistente.

Art. 19. O referenciamento para cuidados de maior complexidade em outros serviços deverá ser feito mediante avaliação do paciente e pedido de parecer à unidade de destino, à qual caberá determinar, caso necessário, a internação na própria

unidade ou o retorno à unidade de origem, exceto para pacientes encaminhados de serviço pré- hospitalar fixo (UPA 24h).

Art. 20. Os pacientes referenciados a um SHE a partir de uma UPA, geral ou de UTI, sob hipótese nenhuma retornarão à UPA e só terão alta hospitalar diretamente para o domicílio ou unidade de longa permanência.

Parágrafo único. A UPA poderá apoiar o SHE, desde que não represente prejuízo a sua atividade-fim, permitida a administração de medicamentos a pacientes com alta em regime de tratamento em hospital-dia.

CAPÍTULO IV

DOS NÍVEIS DE CONTINGENCIAMENTO E DO REFERENCIAMENTO

Art. 21. Ficam estabelecidos os seguintes níveis e diretrizes de contingenciamento dos serviços hospitalares de emergência do Distrito Federal:

I - Bandeira verde:

- a) capacidade plena, sem restrição de atendimento;
- b) pacientes com classificação azul devem ser referenciados à respectiva UBS do território, assim como os classificados como verdes, se dentro do horário de atendimento da UBS e se já não vierem referenciados daquele nível de atenção;

II - Bandeira amarela:

- a) preservada a capacidade de atendimento de pacientes com classificação amarela ou mais grave;
- b) incapacidade de atendimento de pacientes com classificação verde sem prejuízo ao atendimento tempestivo de pacientes de maior gravidade;
- c) o SHE em bandeira amarela procederá como na bandeira verde em relação aos pacientes com classificação azul e deverá referenciar os atendimentos de pacientes com classificação verde à respectiva UBS ou, se fora de seu horário de atendimento, à UPA ou a outro SHE;
- d) caberá ao gerente de emergência ou, na sua ausência, ao chefe de equipe iniciar medidas de mobilização de pessoal, equipamentos e insumos em toda a unidade hospitalar, para adequação à demanda de atendimento, priorizando os pacientes com maior gravidade;

III - Bandeira laranja:

- a) preservada a capacidade de atendimento de pacientes com classificação laranja ou mais grave;
- b) incapacidade de atendimento de pacientes amarelos sem prejuízo ao atendimento tempestivo de pacientes de maior gravidade;
- c) o SHE em bandeira laranja procederá como na bandeira amarela em relação aos pacientes com classificação azul ou verde, e os pacientes amarelos deverão ser referenciados à UPA ou a outro SHE;
- d) caberá ao gerente de emergência ou, na sua ausência, ao chefe de equipe iniciar medidas de mobilização de pessoal, equipamentos e insumos e redistribuição dos pacientes internados por toda a unidade hospitalar, para adequação à demanda de atendimento, administrar empréstimos e articular remoções com o apoio do transporte sanitário e do SAMU, priorizando os pacientes com maior gravidade;

IV - Bandeira vermelha:

- a) preservada somente a capacidade de atendimento de pacientes com classificação vermelha;
- b) incapacidade de atendimento de pacientes com classificação laranja sem prejuízo ao atendimento tempestivo de pacientes de maior gravidade;
- c) o SHE em bandeira vermelha procederá como na bandeira laranja em relação aos pacientes com classificação azul, verde ou amarela, e os atendimentos a pacientes com classificação laranja deverão ser referenciados a outro SHE;
- d) caberá ao diretor do hospital ou quem o substitua iniciar medidas de mobilização de pessoal, equipamentos e insumos, redistribuição dos pacientes internados por toda a unidade hospitalar, mesmo em leitos previamente restritos, inclusive na unidade de terapia intensiva, para adequação à demanda de atendimento, administrar empréstimos, articular remoções com o apoio do transporte sanitário e do SAMU, priorizando os pacientes com maior gravidade, exercendo plenamente a condição de autoridade sanitária e administrativa máxima da Região na ausência do Superintendente, até a suspensão desse nível de contingenciamento, podendo deslocar pessoal de outras unidades de saúde para atendimento na unidade hospitalar;
- e) a instalação da bandeira vermelha é atribuição privativa do nível hierárquico de Superintendente Regional ou do Diretor-Geral de URD;

V - Bandeira negra:

- a) Reservada a casos que afetem a unidade hospitalar como um todo e não permitam o funcionamento mínimo como instituição de saúde, podendo o local oferecer risco a saúde dos pacientes trabalhadores ou daqueles que o procuram, como, por exemplo incêndio, sequestro, desabamento ou inundação da unidade, contaminação por agente biológico de alta virulência e de difícil controle e catástrofes naturais;
- b) implica evacuação do hospital e imediata remoção de todos os pacientes para qualquer uma das outras unidades hospitalares do Distrito Federal, sendo utilizado para isso todos os recursos alcançáveis, de maneira a obedecer a priorização dos pacientes;
- c) O diretor da unidade hospitalar deverá acionar imediatamente o plano de catástrofes do Distrito Federal e o plano de mitigação nas fases de socorro e recuperação, para redução dos riscos e danos;
- d) a instalação da bandeira negra é atribuição privativa do Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Parágrafo único. Todos os referenciamentos devem ser feitos com a indicação da unidade específica que o paciente deve procurar para atendimento, considerando a regionalização da saúde e a territorialização da atenção primária na Estratégia Saúde da Família e, em se tratando de referenciamento para a atenção primária fora do Distrito Federal, com a indicação no mínimo do endereço ou do telefone da Prefeitura do Município caso não haja informação da unidade de saúde responsável pelo atendimento.

Art. 22. O gerente de emergência da unidade ou, na sua ausência, o chefe de equipe informará à central de regulação o nível de contingenciamento e iniciará medidas imediatas para mitigar as causas que levaram ao contingenciamento.

Parágrafo único. O contingenciamento deverá ser atualizado periodicamente nos intervalos definidos abaixo, passando-se automaticamente à bandeira verde após esse período:

I - Bandeira amarela: cada seis horas;

II - Bandeira laranja: cada duas horas;

III - Bandeira vermelha: cada hora;

IV - Bandeira negra: informe permanente.

Art. 23. Em caso de fechamento da unidade de saúde, deverá o gestor local, com o apoio da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, pactuar com os demais gestores de saúde o fluxo de referências e contrareferências entre unidades, territórios, regiões e URDs.

Art. 24. O gestor que estabelecer bandeira de contingenciamento e não adotar as medidas previstas nesta Portaria, bem como qualquer profissional que se recusar a executar ou embarçar as orientações para restabelecimento da normalidade do atendimento do SHE, responderá disciplinarmente pela infração, sem prejuízo da responsabilização civil e criminal por danos causados aos pacientes em função da falta de atendimento em tempo oportuno.

CAPÍTULO V

DA UNIDADE DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA (UME)

Art. 25. A Unidade de Medicina de Emergência (UME) tem o objetivo de atender pacientes de quatorze anos ou mais, com quadros agudos de urgência ou emergência não traumática.

Art. 26. O atendimento dos profissionais da UME obedecerá as normas vigentes em portarias de classificação de risco, sendo a eleição do atendimento ordenado pela prioridade estabelecida.

Art. 27. Toda a equipe deverá diligenciar para que não haja restrição ao atendimento de quaisquer pacientes que procurem o SHE, respeitado o disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. Em nenhuma hipótese haverá restrição ao atendimento para pacientes com classificação de risco vermelha em unidade de saúde do Distrito Federal, exceto na condição de bandeira negra.

CAPÍTULO VI

DA UNIDADE DE TRAUMA

Art. 28. A Unidade de Trauma é o ambiente do hospital com pessoal e equipamentos necessários para o manejo de vítimas de trauma grave, inclusive crianças, com capacidade de resolução de acordo com sua complexidade.

Art. 29. Os casos de trauma serão atendidos nos hospitais da rede de maneira a respeitar a hierarquização dos serviços a partir da sua complexidade, com o objetivo de garantir a linha de cuidado ao paciente traumatizado desde o local do agravo até o seu tratamento definitivo.

§ 1º Todas as unidades de trauma funcionarão de maneira integrada, e seus encaminhamentos ocorrerão de acordo com a clínica de referência.

§ 2º Portaria própria descreverá os Centros de Trauma do Distrito Federal, com os respectivos níveis de atendimento, em função das carteiras de serviços oferecidos ou contratualizados, considerando a partir de sua capacidade de atendimento seu nível de complexidade, conforme portaria GM/MS Portaria nº 1.366, de 8 de julho de 2013.

Art. 30. As unidades de trauma, sem prejuízo das normas e diretrizes aplicáveis a todos os serviços de urgência e emergência, terão as seguintes atribuições:

- I - Realizar o tratamento cirúrgico dos casos de trauma e respectivas complicações pósoperatórias,
- II - Estabelecer rotinas na condução dos casos de trauma grave internados no hospital;
- III - Proceder à visita diária aos pacientes vítimas de trauma nas enfermarias, UTI e Unidade de Trauma, por meio de equipe multidisciplinar;
- IV - realizar levantamento estatístico dos casos de trauma grave e morbimortalidade associada;
- V - Promover reunião científica semanal e discussões de casos clínicos de trauma;
- VI - Realizar a orientação aos residentes das áreas cirúrgicas, cirurgia geral e cirurgia do trauma, na evolução diária dos pacientes;
- VII - participar, de forma integrada com a rede de saúde, da execução do plano de catástrofes do Distrito Federal;
- VIII - respeitar as indicações de boas práticas dos centros de trauma, incluindo a necessidade do atendimento em um mesmo ambiente da sala de trauma, pelas equipes de ortopedia e de cirurgia geral, respeitando ainda o fluxo para direcionamento conforme exposto no Anexo III.A e B desta portaria;
- IX - realizar atendimento às vítimas de mordeduras de animais ou de violência sexual, salvo as de competência da equipe de ginecologia e obstetrícia, desde que envolva demanda cirúrgica, sendo os demais casos atendidos pela unidade de medicina de emergência.

Art. 31. As Unidades de Trauma deverão informar mensalmente os indicadores de qualidade de assistência conforme o descrito no Anexo II desta portaria.

CAPÍTULO VII DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Art. 32. A Unidade de Emergência Pediátrica (UEP) é destinada ao atendimento de qualquer urgência ou emergência de pacientes de até 14 anos incompletos, com quadros agudos de urgência ou emergência não traumática.

Art. 33. As UEP deverão garantir, prioritariamente, o atendimento das seguintes condições:

- I - Pacientes inconscientes;
- II - Insuficiência respiratória;
- III - insuficiência cardiocirculatória.
- IV - Crise convulsiva;
- V - Vítimas de afogamento;
- VI -Desidratação grave;
- VII - Vômitos incoercíveis;
- VIII - Intoxicação;
- IX - Vítimas de violência;
- X - Dor aguda;
- XI - quadros febris graves.

Art. 34. À UEP aplicam-se todas as normas previstas para os serviços de urgência e emergência do Distrito Federal. Deverá ser respeitado o fluxo de encaminhamento para as unidades conforme o disposto no Anexo IV.A e B.

Art. 35. Será utilizado pela equipe de enfermagem escore de avaliação de gravidade do paciente pediátrico aprovado pela Diretoria de Urgências e Emergências da SES/DF, que deverá ser de conhecimento de toda a equipe lotada no setor, incluindo médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e demais profissionais da unidade, cabendo ao setor de segurança do paciente fomentar o treinamento e capacitação da equipe.

CAPÍTULO VIII

DA ATUAÇÃO DE PLANTONISTAS DE ESPECIALIDADES NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Art. 36. Caberá aos plantonistas de ortopedia nos SHE:

I - Realizar atendimento à demanda espontânea de traumatologia bem como de urgências e emergências ortopédicas não traumáticas onde não houver serviço de pronto atendimento ortopédico;

II - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, emergência pediátrica ou centro obstétrico e encaminhados para a ortopedia;

III - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital, com quadro de patologias ortopédicas de urgência ou emergência não traumáticas, como artropatias inflamatórias, discite e osteomielite aguda, bem como a realização de procedimentos não urgentes solicitados por outras clínicas, tais como artrocentese e imobilização por tala gessada.

IV - Reintervenção de urgência ou atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela ortopedia;

V - Retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 37. Caberá aos plantonistas de oftalmologia nos SHE:

I - Realizar atendimento à demanda espontânea de urgências ou emergências em oftalmologia;

II - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à oftalmologia;

III - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias oftalmológicas de urgência, traumáticas ou não, como corpo estranho, glaucoma e perda súbita de visão, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

IV - Reintervenção de urgência e atendimento a intercorrências de pacientes previamente operados pela oftalmologia;

V - retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 38. Caberá aos plantonistas de cirurgia geral na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à cirurgia geral;

II - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias cirúrgicas de urgência não traumática, como abdome agudo, bem como a realização de procedimentos não urgentes solicitados por outras clínicas, tais como gastrostomias, jejunostomias, traqueostomias, disseções venosas, debridamento cirúrgico, drenagem de tórax e outros;

III - Reintervenção de urgência e atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela equipe de cirurgia geral, bem como atendimento a intercorrências de pacientes operados previamente por outras clínicas cirúrgicas, nos trinta primeiros dias de pós-operatório, que necessitem intervenção de urgência por complicações pós-operatórias, em situações de absoluto impedimento de atuação da equipe de origem;

IV - Retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 39. Caberá aos plantonistas de cardiologia na retaguarda dos SHE:

I - avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, emergência pediátrica, de ortopedia, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à cardiologia;

II - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias cardíacas de urgência traumáticas ou não, como arritmias complexas, pacientes transplantados cardíacos, insuficiência cardíaca descompensada refrataria a tratamento medicamentoso, distúrbios de condução com demanda por marcapasso cardíaco, bem como em caso de solicitação de apoio à conduta de outras clínicas;

III - retaguarda da equipe de medicina de emergência, atuando conjuntamente, quando necessário nos serviços dos Hospitais Regionais do Gama e de Taguatinga e do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), participando do cuidado

conforme estabelecido na Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011.

Art. 40. Caberá aos plantonistas de otorrinolaringologia na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à otorrinolaringologia;

II - responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias de nariz, laringe ou ouvido, traumáticas ou não, como retirada de corpo estranho, epistaxe com falha de tamponamento nasal, fraturas nasais, abscesso peritonsilar, angina de Ludwig, carcinoma laríngeo obstrutivo, otite externa maligna, mastoidite e surdez súbita, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

III - reintervenção de urgência e atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela otorrinolaringologia;

IV - retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 41. Caberá aos plantonistas de cirurgia vascular na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à cirurgia vascular;

II - responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias vasculares cirúrgicas e de aorta abdominal de urgência, traumáticas ou não, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

III - intervenção de urgência e atendimento a intercorrência em pacientes previamente operados pela cirurgia vascular;

IV - retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 42. Caberá aos plantonistas de cirurgia cardíaca na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico encaminhados à cirurgia cardíaca;

II - responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias cardíacas cirúrgicas, complicações mecânicas do infarto do miocárdio e de aorta torácica de urgência, traumáticas ou não, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

III - intervenção de urgência e atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela cirurgia cardíaca;

IV - retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 43. Caberá aos plantonistas de urologia na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à urologia;

II - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias urológicas de urgência, traumáticas ou não, como priapismo, torção testicular e infarto renal, sendo o fluxo de atendimento a pacientes com litíase renal definido na Portaria nº 37, de 25 de fevereiro de 2014, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

III - intervenção de urgência e atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela urologia;

IV - retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 44. Caberá aos plantonistas de neurocirurgia na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico encaminhados à neurocirurgia;

II - responder pareceres de interconsulta de pacientes de toda a rede de saúde do Distrito Federal ou internados no hospital com quadro de patologias neurocirúrgicas de urgência, traumáticas ou não, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

III - intervenção de urgência e atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela neurocirurgia;

IV - retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário.

Art. 45. Caberá aos plantonistas de cirurgia pediátrica na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de emergência pediátrica, de trauma ou centro obstétrico e encaminhados à cirurgia pediátrica;

II - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias cirúrgicas de urgência, traumáticas ou não, bem como a realização de procedimentos solicitados por outras clínicas;

III - intervenção de urgência e atendimento a intercorrências em pacientes previamente operados pela cirurgia pediátrica;

IV - Retaguarda da equipe de cirurgia do trauma, atuando conjuntamente, quando necessário;

V - Poderá o serviço demandante da cirurgia pediátrica encaminhar o paciente ao serviço de referência acompanhado apenas de profissional de enfermagem desde que garantida a estabilidade clínica durante o transporte.

Art. 46. Caberá aos plantonistas de neurologia clínica na retaguarda dos SHE:

I - Avaliar e definir condutas dos pacientes admitidos pelas unidades de medicina de emergência, de trauma, ortopedia ou centro obstétrico e encaminhados à neurologia;

II - Responder pareceres de interconsulta de pacientes externos ou internados no hospital com quadro de patologias neurológicas não traumáticas, como paralisia flácida aguda e acidente vascular encefálico isquêmico em janela para trombólise, bem como em caso de solicitação de apoio à conduta de outras clínicas;

§ 1º Os demais atendimentos a casos de urgência ou emergência relacionados a patologias neurológicas não traumáticas serão feitos inicialmente pelas unidades de medicina de emergência nos SHE.

§ 2º Aplica-se o disposto no §1º inclusive nas unidades de referência em neurologia clínica, devendo o neurologista ser demandados por meio de interconsulta, se necessário.

§ 3º O atendimento inicial ao paciente em linha de cuidado de acidente vascular encefálico isquêmico com janela para trombólise e aos pacientes com diagnóstico de paralisia flácida aguda serão referenciados ao HBDF a partir do serviço pré-hospitalar ou de outro SHE, em cumprimento às Portarias SAS/MS nº 497, de 22 de dezembro de 2009, e Portaria GM/MS nº 665, de 12 de abril de 2012.

Art. 47. Os serviços de especialidades não previstas neste Capítulo permanecem com o fluxo de atendimento já estabelecido para atendimento a urgências e emergências, aplicadas, no que couber, as normas desta Portaria.

Art. 48. Os pacientes referenciados de outras unidades aos serviços de referência nas especialidades previstas neste capítulo, para parecer ou interconsulta, deverão fazer contato com a respectiva equipe antes do encaminhamento do paciente, que deverá ser acompanhado pela equipe da unidade de origem.

§ 1º Em caso de, após parecer ou interconsulta, haver indicação de internação para procedimento, o paciente será encaminhado diretamente ao leito de internação da respectiva clínica de referência.

§ 2º Em caso de realização de procedimento que não exija cuidados específicos pós-operatórios ou pós-procedimento sob regime de internação, o paciente retornará à unidade de origem para reavaliação e suporte clínico após sua realização.

CAPÍTULO IX DOS CENTROS DE REFERÊNCIA

Art. 49. Os centros de referências são as unidades da rede SES que se encontram em Serviço Hospitalar de Emergência e destinam-se a atender demandas especializadas relacionadas a linhas de cuidados específicas.

§ 1º São centros de referência:

I - o Centro de Tratamento de Queimados do HRAN;

II - o Centro de Neurocirurgia do HBDF;

III - o Centro de Cardiologia do HBDF;

IV - outros assim reconhecidos por norma própria.

§ 2º Os centros de referência, bem como os fluxos relacionados ao seu processo de trabalho, regem-se por normas específicas, sem prejuízo do disposto nesta Portaria, conforme o Anexo V.

CAPÍTULO X DA REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Art. 50. A regulação das urgências e emergências é o elemento orientador da relação entre o componente hospitalar e o pré-hospitalar, como ordenador do fluxo efetivo das referências e contra-referências, a fim de garantir o acesso do paciente à unidade de saúde, conforme sua necessidade.

Art. 51. A central de regulação é um observatório da saúde e do sistema e se constitui em uma sala de situação que monitora periodicamente a situação das portas de entrada das urgências e emergências.

Art. 52. Os SHE e a central de regulação deverão trabalhar em conjunto para garantir o acolhimento rápido e resolutivo aos pacientes graves, cabendo ao SHE receber sua documentação e liberar a equipe móvel e seus equipamentos o mais rápido possível.

Art. 53. O médico regulador deve ser reconhecido como gestor de urgências e autoridade sanitária, no momento em que realiza a gestão de oferta e da demanda de serviços de urgência e emergência em seu horário de exercício, estando submetido às normativas da Diretoria de Urgências e Emergências.

Art. 54. O médico regulador define o serviço de destino do paciente e tem autoridade para alocar os pacientes dentro da rede de atenção à saúde, e deverá ser subsidiado de informações a cada troca de plantão, inclusive sobre eventuais restrições, para ordenar o atendimento, garantindo a hierarquização na dispensação do recurso conforme a oferta e demanda.

Art. 55. O médico regulador deverá, no menor espaço de tempo possível, analisar cada caso e, em se tratando de situação crítica, desencadear imediatamente a melhor resposta.

Art. 56. O médico regulador poderá decidir sobre a unidade de saúde responsável pelo atendimento do paciente, podendo referenciar para a unidade básica de saúde as demandas espontâneas da competência desse nível de atenção.

Art. 57. As informações repassadas à central de regulação sobre bandeiras de contingenciamento são de responsabilidade da unidade informante, considerando os níveis estabelecidos no capítulo IV desta Portaria, para que o médico regulador possa decidir sobre qual destino dará para o paciente.

Parágrafo único. Os casos de omissão ou de emissão de informação falsa são classificados como infrações disciplinares gravíssimas, sendo passíveis de sanções disciplinares, sem prejuízo da responsabilidade ética, civil e criminal.

Art. 58. Os serviços hospitalares de emergência não podem alegar inexistência de vaga para recusar acolhimento de paciente encaminhado pelo médico regulador, e o hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua competência de resolução segundo o fluxo vigente.

Art. 59. No caso de recusa de atendimento a pacientes transportados, o médico regulador deve identificar-se como autoridade sanitária e solicitar que seja entregue por escrito à equipe de transporte o motivo da recusa.

Parágrafo único. Caso não seja justificada a recusa, o paciente poderá ser encaminhado até o próximo hospital ou UPA e, após o término da ocorrência, a equipe de transporte deverá encaminhar o registro da recusa do atendimento, para apuração das responsabilidades técnicas e administrativas pelo órgão de correição, sem prejuízo da responsabilidade ética, civil e criminal por eventual dano causado.

Art. 60. A avaliação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade independentemente da existência de leitos vagos ("vaga zero") deverá ser acatada pelo médico do serviço de destino, que poderá alterar o seu status de risco após admissão e reavaliação.

Art. 61. "Vaga zero" é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências e emergências, sendo um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.

Art. 62. O médico regulador deve utilizar o conceito "vaga zero" 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.

Art. 63. Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em "vaga zero", as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, mediante relatório médico, do serviço de saúde de origem, por escrito.

Art. 64. No caso de utilizar-se "vaga zero" em hospital ou UPA com superlotação ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação.

Art. 65. É vedada ao SHE a retenção de equipes, macas, equipamentos e ambulâncias do serviço móvel de urgência ou de outras unidades de saúde, salvo em circunstâncias excepcionais, como a total indisponibilidade de meios para acomodação do paciente no SHE ou condições que impossibilitem a liberação da equipe, como a ausência de respirador mecânico na unidade para pacientes já em ventilação mecânica na viatura ou outros equipamentos da ambulância.

Art. 66. Em situações de retenção de maca ou outro fato qualquer que impeça a liberação da viatura, o médico plantonista responsável pelo setor deverá comunicar imediatamente o fato ao gerente de emergência ou chefe de equipe, que deverá tomar providências imediatas para a liberação da equipe e da ambulância, sob pena de responsabilização disciplinar, ética, civil e criminal pelo dano causado.

CAPÍTULO XI
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 67. Os profissionais das unidades de clínica médica, cardiologia e neurologia clínica que cumprem suas escalas de trabalho no pronto-socorros das unidades hospitalares serão lotados na unidade de medicina de emergência, sendo sua lotação lançada no centro de custo da gerência de emergência.

Art. 68. Os profissionais das unidades de pediatria que cumprem suas escalas de trabalho nos pronto-socorros infantis das unidades hospitalares serão lotados na unidade de emergência pediátrica, sendo sua lotação lançada no centro de custo da gerência de emergência.

Art. 69. Os profissionais das unidades de cirurgia geral que cumprem suas escalas de trabalho nos pronto-socorros das unidades hospitalares serão lotados na unidade de trauma ou, quando não houver, na unidade de medicina de emergência, sendo sua lotação lançada no centro de custo da gerência de emergência.

Art. 70. O disposto nesta Portaria não autoriza o fechamento de nenhuma porta de atendimento de pronto-socorro no Distrito Federal, e as unidades reorganizadas no âmbito deste Regulamento absorverão todas as competências das atualmente existentes, respeitados os processos de trabalho aqui estabelecidos.

Art. 71. Portaria específica definirá os critérios para a reorganização das Gerências de Emergência.

Art. 72. O Núcleo de Registro em Emergência (NUREM) de cada Serviço Hospitalar de Emergência deverá, em conjunto com a Direção do Hospital e sob o apoio do Núcleo De Apoio à Tecnologia da Informação (NATIN), estabelecer as alterações necessárias à adequação dos lançamentos dos atendimentos na unidade conforme nomenclatura estabelecida por essa Portaria.

Art. 73. Esta Portaria entra em vigor 90 (noventa) dias após sua publicação, prazo no qual deverão ser adequadas as escalas e a distribuição dos servidores.

HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA

ANEXO I

População Atendida	Atendimentos em 24 horas	Leitos de retaguarda
50 - 100 mil	150	7
100.001 - 200 mil	300	11
200.001 - 300 mil	450	15

ANEXO II

Indicadores de qualidade do atendimento no Centro de Trauma
Tempo de permanência na sala de trauma
Tempo SALA de trauma - Centro cirúrgico
Tempo porta - tubo - Chegada do paciente na sala de trauma até via aérea definitiva instalada
Tempo porta - prancha - Chegada do paciente na sala de trauma até a retirada da prancha longa
Tempo de internação de pacientes de trauma
Mortalidade geral dos pacientes de trauma - Imediata, 24h e 30 dias.

ANEXO IIIA

**FLUXO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES VÍTIMAS
DE TRAUMA NO DISTRITO FEDERAL**

www.saude.df.gov.br/images/ANEXO_III.portaria_SHE.pdf

ANEXO IIIB

**SINAIS CLÍNICOS INDICATIVOS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO DAS
CRIANÇAS POLITRAUMATIZADAS,
EM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA OU CHOQUE:**

PRESSÃO ARTERIAL - MÍNIMO ACEITÁVEL	
IDADE	PERCENTIL 5 EM mmHg PRESSÃO SISTÓLICA
0 a 1 mês	60 mmHg
> 1 mês a 1 ano	70 mmHg
> 1 ano	70 + (2x idade em anos)
Adolescente	90 mmHg
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
IDADE	MOVIMENTOS RESPIRATÓRIOS/MINUTO
De 0 a 2 meses	Até 60 mr/m
De 2 a 11 meses	Até 50 mr/m
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mr/m
De 6 a 8 anos	Até 30 mr/m
Acima de 8 anos	Até 20 mr/m

FREQÜÊNCIA CARDÍACA NORMAL

IDADE	MOVIMENTOS/MINUTO
Recém-nato	De 70 a 170 bpm
11 meses	De 80 a 160 bpm
2 anos	De 80 a 130 bpm
4 anos	De 80 a 120 bpm
6 anos	De 75 a 115 bpm

ANEXO III.C

FLUXO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO AOS PACIENTES
VÍTIMAS DE TRAUMA NA RIDE

Regional de Saúde de Origem do Paciente	Hospital de Referência para pronto atendimento e internação	Hospital de Referência para internação
Água Fria de Goiás Cabeceiras Vila Boa Alto Paraíso de Goiás São João d'Aliança Flores de Goiás Planaltina de Goiás Formosa	HRPL	HRPL
Cristalina Luziânia Valparaíso Novo Gama Cidade Ocidental	HRG	HRG
Jd. ABC Pq. América Buritis Cabeceira Grande Unai	HRL	HRL
Mimoso de Goiás Padre Bernardo	HRBz	HRBz
Águas Lindas de Goiás	HRC	HRC
Santo Antônio do Descoberto	HRT	HRT

ANEXO IV.A

FLUXO DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS
EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Regional de Saúde de Origem da Criança	Hospital de Referência	Leito de Retaguarda
REGIÃO NORTE	HRPL HRS	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REGIÃO SUL	HRAN HRG	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REGIÃO OESTE	HRBz HRC	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REGIÃO SUDOESTE	Recanto das Emas - HRT Samambaia - HRT Taguatinga - HRT Águas Claras - HRT Vicente Pires - HRT	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REGIÃO LESTE	São Sebastião, Itapuã Paranoá - HRL	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REGIÃO CENTRO NORTE	HRAN - Asa Norte	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REGIÃO CENTRO SUL	Guará - HRGu N. Bandeirante/ Candangolândia/Park Way - HRGu Asa Sul - HMIB Riacho Fundo I e II - HMIB	Preferencialmente na unidade do pronto atendimento, podendo ser direcionado conforme disponibilidade pela central de leitos
REFERÊNCIA DISTITAL	HMIB	Crianças com demanda de leitos de internação na alta complexidade

ANEXO IV.B

FLUXO DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS DA RIDE/DF
EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Regional de Saúde de Origem da Criança	Hospital de Referência para pronto atendimento e internação	Hospital de Referência para internação
Água Fria de Goiás Cabeceiras Vila Boa Alto Paraíso de Goiás São João d'Aliança Flores de Goiás Planaltina de Goiás Formosa	HRPL HRS	HRS
Cristalina Luziânia Valparaíso Novo Gama Cidade Ocidental	HRAN	HRG

Jd.ABC Pq. América Buritis Cabeceira Grande Unai	HRL	HRL
Mimoso de Goiás Padre Bernardo	HRBz	HRBz
Águas Lindas de Goiás	HRC	HRC
Santo Antônio do Descoberto	HRT	HRT

ANEXO V

CRITÉRIOS PARA O REFERENCIAMENTO AOS PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS AO CENTRO DE QUEIMADOS DO HRAN

São os critérios para remoção do paciente vítima de queimadura da unidade de origem ao HRAN:

I. Vítimas de politraumatismo terão seu atendimento realizado independente do fator queimadura realizado na unidade de trauma mais próxima ao seu alcance ou conforme o estabelecido pela regulação médica de urgência, não devendo ser feito o encaminhamento compulsório apenas pelo motivo da lesão.

II. Queimaduras maiores ou iguais a 2% de superfície corporal (SC) 3º grau ou maiores ou iguais a 10% SC 2º grau, queimaduras circulares e profundas com risco de síndrome compartimental, queimaduras profundas de genitália ou com risco de obstrução urinária, queimaduras associadas a politraumatismo.

III. Queimaduras de espessura parcial e espessura total comprometendo mais de 10% da ASC em qualquer doente.

IV. Queimaduras de espessura parcial e total envolvendo face, olhos, ouvidos, pés, genitália, períneo ou comprometendo a pele sobre as principais articulações.

V. Queimaduras de espessura total em qualquer extensão, em qualquer grupo etário.

VI. Queimaduras elétricas mais graves, incluindo lesões por raios (que podem ocasionar lesão de quantidade importante de tecidos profundos e resultar em insuficiência renal aguda e outras complicações).

VII. Queimaduras químicas graves ou com risco de complicações.

VIII. Lesões por inalação.

IX. Queimaduras em doentes com doenças prévias que podem complicar o atendimento, prolongar a recuperação ou elevar a mortalidade.

X. Pacientes sem reservas orgânicas ou com risco maior de complicações (extremos de idade, diabéticos, transplantados, ICC e outros).

XI. Pacientes com risco social (suspeita de maus tratos, pobreza extrema) - podendo o paciente ficar internado no hospital de origem.

XII. Pacientes com NET/ Síndrome de Stevens Johnson, na disponibilidade de isolamento na Unidade de Queimados e com contato prévio com médico da Unidade.

XIII. Nos casos de queimaduras elétricas por alta tensão, os pacientes deverão ser avaliados pela unidade de trauma e medicina de emergência de origem, a fim de avaliar a presença de politraumatismos e lesão agudas pela corrente elétrica viscerais, inclusive IAM e lesões arritmogênicas e posteriormente encaminhados para unidade de queimados.

Os caso de politraumatismo com maior gravidade ou risco de complicação grave e morte, como TCE fechado grave/moderado, TCE aberto, lesão raquimedular ou instabilidade de coluna, fraturas com necessidade de tratamento cirúrgico de urgência, traumatismo torácico, abdominais ou qualquer outro traumatismo com indicação de cirurgia de urgência, o paciente deverá ficar internado na unidade de origem ou referenciadas pela regulação de emergência, a fim de serem tomadas as condutas específicas e a unidade de queimados deverá ser acionada para avaliação e acompanhamento de urgência, com o deslocamento se necessário.

Em caso de dúvidas na avaliação da queimadura ou conduta após contato com plantonista da Unidade de Queimados do HRAN (3325-4220 ou 3325-4216).

Este texto não substitui o publicado no DODF nº 148 de 03/08/2017