#### RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 348/2017, de 19 de outubro de2017.

Dispõe sobre o Protocolo de Transporte em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) aérea e terrestre, do Estado do Tocantins.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria N°. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a RESOLUÇÃO CFM Nº. 1.672/2003, que Dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências;

Considerando o Manual de Orientações sobre Transporte Neonatal, Ministério da Saúde – 2013;

Considerando a apresentação feita pela Diretoria de Regulação/Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 19 dias do mês de outubro do ano de 2017.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar oProtocolo de Transporte em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) aérea e terrestre, do Estado do Tocantins, conforme Anexo I desta.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.

MARCOS E. MUSAFIR

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

#### ANEXO I - RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 348/2017, de 19 de outubro de 2017.

PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI) AÉREA E TERRESTRE, MÓVEL.

1- O serviço/hospital de origem do paciente solicita a autorização do transporte a Central de Regulação.

2- A solicitação da transferência poderá ser feita entre os hospitais de origem e de destino, o qual deverá estar ciente do caso e diagnóstico do paciente, tendo concordado com o recebimento do mesmo, cabendo a Regulação apenas a autorização de transporte.

3- A indicação do tipo de transporte deve ser feita pelo médico do hospital de origem e avaliada pelo médico regulador que poderá deferir, negar ou questionar a necessidade ou tipo (aéreo ou terrestre), baseado nos dados clínicos informados, e de acordo com preenchimento completo de todos os campos que constam no formulário de solicitação de transporte em UTI Móvel padronizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

4- Atendidos os requisitos descritos neste protocolo e com o atendimento assegurado no serviço de referência, confirmado pele Central de Regulação, se dará prosseguimento à solicitação do transporte.

5- Caso haja concomitância de solicitações e respeitada a avaliação de gravidade do caso, a prioridade segue a ordem neonatal – pediátrica – adulto, dando-se prioridade à logística quando nenhuma dessas anteriores se sobrepor em gravidade.

1. CONSIDERA-SE TRANSPORTE SEGURO QUANDO:

1.1. A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando fazê-lo e como realizá-lo, ou seja, deve haver indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento para fazê-lo.

1.2. Assegura-se a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico.

1.3. Há treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidade no procedimento.

1.4. Há uma rotina operacional para realizá-lo, sob a responsabilidade da equipe de transporte.

1.4.1. Fases do transporte:

a. Fase I – Classificação do paciente : podem ser classificados em dois grupos, a saber:

\*Pacientes de Baixo Risco: necessitam de acompanhamento de profissionais de nível técnico, que não é objetivo deste protocolo.

\*Pacientes de Alto Risco: devem ser transportados com monitorização contínua, com acompanhamento médico.

b. Fase II – Preparo do paciente, equipamentos e materiais

Após a classificação do paciente, os materiais e equipamentos necessários devem ser providenciados e a equipe que realizará o transporte deve ser definida.

c. Fase III – Transporte

Esta fase compreende a saída do paciente do leito, sua chegada ao setor de destino e o seu retorno, se necessário.

Deve-se dar toda a ênfase para que o paciente não fique desassistido em nenhum momento. Todos os esforços devem ser mantidos para garantir a ininterrupta e rigorosa observação do paciente, utilizando-se das intervenções necessárias para manutenção do estado de estabilidade hemodinâmica do paciente.

2.TIPOS DE TRASNPORTE

2.1. Transferência, sem retorno, de centros de menor para outros de maior complexidade: inclui os pacientes, em vários estágios de gravidade, que são levados para realizarem tratamento definitivo em hospitais especializados, permanecendo internados neles definitivamente. Nesta categoria são incluídos os pacientes transferidos para outras cidades.

 2.2. Transferência, com retorno, para tratamento ou exames diagnósticos em centros de maior complexidade: onde o paciente vai a uma unidade isolada ou a outro hospital realizar um exame ou tratamento e retorna ao hospital de origem. O local de destino frequentemente não possui os recursos para manter o suporte de vida e o tratamento do paciente, devendo estes ser transportados junto a ele e mantidos até o fim do exame e/ou tratamento.

3. INDICAÇÃO DE TRANSPORTE DE UTI MÓVEL

3.1. Critérios clínicos de gravidade

- Paciente inconsciente ou com rebaixamento do nível de consciencia (Glasgow < 10);

- Emergência neurológica, vascular, cirúrgica ou cardíaca tempo dependente;

- Paciente crítico com comprometimento das funções respiratórias e/ou hemodinâmicas;

- Amputação de uma ou mais extremidades;

- Tórax instável;

- Paralisia ou lesão medular aguda;

- Queimaduras graves;

- PAS <90mmHg;

- FR < 10 ou > 30irpm

- Comprometimento da via aérea / Arritmia grave;

- Ferimento penetrante em tórax, abdomen, pescoço e crânio;

- Duas ou mais fraturas de fêmur ou úmero;

- Distúrbios hidroeletrolíticos que necessitam de tratamento imediato;

- Intoxicação aguda grave;

- Transporte perinatal cuja demora pode complicar o estado da mãe e do feto;

- Transporte de neonato crítico com comprometimento respiratório, hemodinâmico ou acidose metabólica nas duas horas pós-parto.

- Sepses e meningites;

3.2. Critérios presumíveis de trauma grave

Ausência de informacões específicas sobre o paciente nos obriga a utilizar de outros meios para estimar sua gravidade ou a existência de lesões ocultas.

 - Queda de altura (variável > 4 a 6 metros ou trê vezes a altura da vítima em questão);

- Acidente automobilístico a uma velocidade > ou igual a 40 km/h;

- Acidente em que a vítima foi ejetada do veículo;

- Acidente em que um ou mais ocupantes do veículo veio a óbito.

4. CONTRAINDICAÇÕES PARA O TRANSPORTE DE PACIENTES:

4.1. Incapacidade de manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino.

4.2. Incapacidade de manter performance hemodinâmica durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

4.3. Incapacidade de monitorar o estado cardiorrespiratório durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

4.4. Incapacidade de controlar a via aérea durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário.

5. CONTRAINDICAÇÃO DE TRANSPOTRTE AÉREO

5.1. Absolutas:

- O vôo não é seguro (segundo a seção de operações do Grupo Tático Aéreo);

- Paciente terminal ou em situação irreversível;

- Incapacidade de manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino;

- Incapacidade de manter performance hemodinâmica durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário;

- Incapacidade de monitorar o estado cardiorrespiratório durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário;

- Incapacidade de controlar a via aérea durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino pelo tempo necessário;

- Número insuﬁciente de proﬁssionais treinados para manter as condições acima descritas, durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino;

5.2. Relativas:

- Infecção ou contaminação aguda em fase de contágio;

- Paciente agresssivo ou não controlável;

- Paciente em PCR;

- Arritmia não controlada;

- Pneumotórax com alta probabilidade de deteriorar em voo;

- Embolia gasosa;

- Obstrução intestinal de qualquer causa;

- Toracotomia ou laparotomia nos últimos 7 dias;

- Pneumoencéfalo;

- Pneumomediatino

- Cirurgia dos olhos nos ultimos 7 – 14 dias;

- Gangrena gasosa;

- AVEH nos últimos 7 dias;

- Anemia grave (hemoglobina menor que 7mg/dl);

- Perda sanguínea aguda com hematocrito < 30%;

- Insuficiência cardíaca aguda com edema agudo de pulmão;

- DPOC com descompesação aguda;

- Ataque aguda de asma grave;

- Psicose e delírio;

- Pacientes oncológicos com plaquetopenia < 50.000 mm³;

6. CONTRAINDICAÇÃO DE TRANSPORTE TERRESTRE

- Instabilidade hemodinâmica;

- RN’s prematuros extremos

- TCE moderados e graves;

- Leucemia(plaqueta <50mil);

- Cardiopatias congênitas;

- Casos onde o tempo de deslocamento influenciará no prognóstico ou no agravamento do quadro atual do paciente.

7. CRITÉRIOS QUE DEFINEM O TIPO DE TRANSPORTE

Considerando que o suporte é o mesmo, serão autorizados preferencialmente transportes em UTI terrestre.

Serão autorizados transporte em UTI aérea somente quando os casos onde o tempo de deslocamento influenciará no prognóstico ou no agravamento do quadro clínico do paciente.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de transporte (terrestre e aéreo) será acionada pela Central de Regulação de Leitos do Estado e direcionada para o leito de destino, cumprindo o tempo determinado contratualmente, o tipo de transporte solicitado dependerá do julgamento do médico regulador de acordo com a prioridade que o caso necessitar.

Devem ser observadas as recomendações do Conselho Federal de Medicina, descrito em anexo:

ANEXO I do PROTOCOLO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO (UTI) AÉREA E TERRESTRE, MÓVEL.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.672/03, de 9 de julho de 2003, dispõe sobre o transporte inter-hospitalar de pacientes e dá outras providências, normatizando as condutas de transporte com segurança.

Art. 1º – Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I – O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II – Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III – Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV – Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o médico receptor ou diretor técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V – Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI – Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.

VII – Para o transporte faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

VIII – A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. a) a responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico. b) as providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica. Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar 115.

IX – O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância do tipo D, aeronave ou nave contendo:

a) incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância;

b) respirador de transporte neonatal;

c) nos demais itens devem conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

Art. 2º – Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

MARCOS E. MUSAFIR

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite