



PREFEITURA DE
APARECIDA
TRABALHO DE VERDADE, RESPEITO PELA CIDADE

Secretaria de **Saúde**

Núcleo de Governança Clínica

PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR



SAMU
192



PREFEITURA DE
APARECIDA
TRABALHO DE VERDADE, RESPEITO PELA CIDADE.

Secretaria de **Saúde**

Núcleo de Governança Clínica

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE APARECIDA DE GOIÂNIA-GO
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E PLANEJAMENTO
NÚCLEO DE GOVERNANÇA CLÍNICA

PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

SAMU E AMBULÂNCIA TIPO A

Aparecida de Goiânia-GO, 2025



PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR – SAMU E AMBULÂNCIA TIPO A VERSÃO 5

Organização e Elaboração

Thâmara Oliveira Costa - Médica da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia – Núcleo de Governança Clínica

Equipe de Revisão

Loanny Moreira Barbosa - Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia – Diretora de Urgência, Emergência e Atenção Especializada
Lara Cristina Rosa - Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia
Victor Florentino – Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia
Cristiane dos Santos - Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia
João Guilherme Lemes Cintra- Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia
Emily Estevam do Carmo Guerra – Diretora Geral SAMU Centro-Sul
Murilo Terezo de Oliveira – Coordenador Médico SAMU Centro-Sul
Balbina Josefa dos Santos Martins – Chefia Administrativa SAMU Centro-Sul
Bruna Nunes Braga – Chefia de Enfermagem SAMU Centro-Sul

Criação de Arte

Thâmara Oliveira Costa

Aprovação

Carlos Eduardo de Paula Itacaramby- Superintendência de Gestão e Planejamento
Gustavo Amoury- Superintendente de Atenção à Saúde
Alessandro Magalhães - Secretário de Saúde

ELABORAÇÃO E REVISÃO – VERSÕES ANTERIORES
Elaboração Murilo Terezo de Oliveira – Coordenador Médico – SAMU Herica Souza Leguizamon – Coordenadora/Enfermeira – NGC
Revisão Adrielle Cristina – Enfermeira – NGC
Atualização Henrique do Carmo – Coordenador Médico de Urgência e Emergência – SAS Murilo Terezo de Oliveira – Coordenador Médico – SAMU
Validação e Aprovação Loanny Moreira Barbosa – Diretora de Urgência e Emergência – SAS
Colaboradores Frederico Ribeiro – Médico – NGC Danielly Silvestre Bitencourt – Coordenadora/Enfermeira – SAMU Henrique do Carmo – Coordenador Médico – SAS Gabriela de Souza C Vieira – Coordenador Médico – SAS Luiz Pellizzer – Coordenador Médico – SAS André Borges de Freitas Dupim – Coordenador Médico – SAS Ricardo Coutinho de Oliveira – Coordenador Médico – SAS João Guilherme Lemes Cintra – Coordenador Médico – SAS



Sumário

1. Introdução	5
2. Objetivos Gerais	5
3. Objetivo específico	5
4. Situações de transporte/transferência de pacientes.....	6
5. Classificação das ambulâncias.....	7
6. Transporte de Ambulância Sanitária (tipo A).....	8
7. Perfil do paciente para disponibilização do tipo de ambulância B e D.....	9
8. Diretivas de transporte seguro.....	12
9. Contraindicações de transporte.....	14
10. Etapas para solicitação do transporte realizado pelo SAMU.....	15
Fluxograma para acionar serviço de Transporte de Urgência (SAMU).....	15
11. Etapas para solicitação do transporte realizado pela Ambulância Sanitária (tipo A).....	17
Fluxograma para acionar transporte realizado pela Ambulância Sanitária (tipo A).....	17
12. Responsabilidades e Atribuições.....	18
13. Transporte de pacientes com convênio.....	24
14. Normas e regras de funcionamento do SAMU	25
15. Retenção de profissionais ou equipamentos do SAMU.....	25
16. Critério para desospitalização realizada pelo SAMU.....	26
17. Critérios remoção para transporte de pacientes via SAMU para hospitais que não pertencem a regional Centro-sul (transportes em longas distâncias).....	26
18. Transporte de Resgate.....	27
19. Perfil de paciente para resgate.....	28
20. Unidades de referência por perfil clínico.....	29
21. Transporte de pacientes críticos.....	35
22. Considerações gerais.....	37
Referências.....	39
ANEXO 01.....	41
ANEXO 02.....	43
ANEXO 03.....	48
Quadro 04.....	50



Tipo do documento	Protocolo Organizacional	Versão: 05 Pág.: 5-49
Título do documento	PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR – SAMU 192 E AMBULÂNCIA TIPO A	Data de emissão: 17/11/2023 Atualização: 28/07/2025

VERSÃO 5 - PRINCIPAIS ALTERAÇÕES

- **SITUAÇÕES DE TRANSPORTE/TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES**
- **ATUALIZAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES NAS FASES DE TRANSPORTE**
- **DIRETIVAS DE TRANSPORTE SEGURO**
- **TRANSPORTE DE PACIENTES CRÍTICOS**
- **NOVOS QUADROS DE ORIENTAÇÕES E FLUXOGRAMAS**
- **ATUALIZAÇÃO: UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA RESGATE E VAGA ZERO**
- **ATUALIZAÇÃO DE FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE (ANEXO 1)**
- **DIRETIVAS DE TRANSPORTE ENTRE UNIDADES DE URGÊNCIA (ANEXO 2)**

1. Introdução

A organização de transferência é essencial para priorização de atendimento qualificado e resolutivo para pacientes que necessitam de transferência inter-hospitalar.

Dessa forma apoiada em resoluções e protocolos já vigentes, publica-se esse protocolo de transferências inter-hospitalar do SAMU Centro-sul e ambulâncias sanitárias a fim de otimizar e normatizar todo fluxo de transporte inter-hospitalar do município.

2. Objetivo gerais

Normatizar as transferências realizadas pelo SAMU Centro-sul e pela Central de Ambulância de acordo com perfil do paciente e tipos de ambulâncias, conforme portaria Ministerial 2048 de 2002 e resoluções do CFM 1672/2003 e 2110/2014 a partir de novembro de 2022, diminuindo o viés de solicitações inadequadas.

3. Objetivos específicos

- Definir as situações de transporte/transferência de pacientes;
- Descrever o tipo de ambulância mais adequado para realizar transporte inter-hospitalar de acordo com o perfil clínico do paciente;



- Institucionalizar fluxograma de solicitação de transporte inter-hospitalar (SAMU e Ambulância Sanitária – tipo A);
- Padronizar e sistematizar as condutas e responsabilidades da equipe multiprofissional para o transporte seguro do paciente nos diversos níveis de complexidade da assistência;
- Orientar sobre o transporte de pacientes graves;
- Padronizar e sistematizar as condutas envolvidas na transferência de pacientes entre as unidades de urgência da rede municipal de saúde.

4. Situações de transporte/transferência de pacientes

A transferência e transporte de pacientes assistidos na Rede de Urgência e Emergência do Município de Aparecida de Goiânia, contemplando as seguintes situações:

- a) Transporte intra-hospitalar:** encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes pela equipe de saúde, para outros setores do mesmo serviço de saúde, seja para fins diagnósticos ou terapêuticos (Quadro 1).
- b) Transporte inter-hospitalar:** encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes entre unidades de saúde para fins diagnósticos ou terapêuticos (Quadro 2). Este protocolo se propõe a abordar detalhadamente sobre essa situação de transporte.

Quadro 1

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	
Definição	Encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes pela equipe de saúde, para outros setores do mesmo serviço de saúde, seja para fins diagnósticos ou terapêuticos.
Indicações / Exemplos	Transferência de pacientes entre setores internos (Estabilização e Enfermaria)
	Realização de exames internos (ex.: radiografia, eletrocardiograma)



Quadro 2

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR	
Definição	Encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes entre unidades de saúde para fins diagnósticos ou terapêuticos.
Tipos de transferências entre unidades de saúde	Transferência, <u>sem retorno</u>, 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.
	Transferência, <u>com retorno</u>, para tratamento ou exames diagnósticos em centros de maior complexidade. - Paciente vai a outra unidade de saúde realizar um exame ou tratamento e retorna para a unidade de origem. - O local de destino não possui, obrigatoriamente, os recursos para manter o suporte de vida (ex. bala de oxigênio suplementar) e o tratamento do paciente, devendo estes ser transportados junto a ele e mantidos até o fim do exame e/ou tratamento. - Inclui as seguintes situações de transporte: - Realização exames como tomografia e ultrassonografia; - Realização de hemodiálise em clínicas; - Consultas/avaliações com especialistas
	Situação especial: Transferência, <u>sem retorno</u>, de pacientes entre unidades de urgência (UPAs e CAIS). Orientações específicas para essa situação podem ser consultadas no ANEXO 2 deste documento.

5. Classificação das ambulâncias

Segundo a portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, classifica-se as ambulâncias em 5 tipos (A, B, C, D, E, F) neste protocolo abordaremos os tipos **A, B e D**.

- a) TIPO A – Ambulância de Transporte Inter-hospitalar (Sanitária*):** veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. Deve contar com maca com rodas, suporte para soro e oxigênio medicinal.



→ **Observação:** A ambulância tipo A (Ambulância de Transporte Inter-hospitalar) é comumente referida em nossos serviços como “**Ambulância Sanitária**”, para fins didáticos, nesse protocolo adotaremos essa nomenclatura já difundida em nossa rede.

- b) TIPO B – Ambulância de Suporte Básico (USB):** veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. Tripulada por 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.
- c) TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado (USA):** veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função. Tripulada por 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

6. Transporte de Ambulância Sanitária (tipo A)

Ambulância Sanitária (tipo A) é aquela destinada ao transporte por condição de caráter temporário ou permanente, em decúbito horizontal, de pacientes que não apresentem risco de vida, para remoção simples e de caráter eletivo. Poderá ser utilizada em casos de alta ou internação hospitalar, atendimentos domiciliares e para realização de procedimentos ambulatoriais na Rede de Atenção à Saúde do próprio município ou em outros municípios conforme pactuação e articulação com as estruturas de regulação de acesso (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2214, de 31 de agosto de 2017).

6.1. Perfil de paciente de Ambulância Sanitária (tipo A)

- a)** Pacientes que não se enquadram no perfil de USB/USA-SAMU (descritos a seguir, no item 7)
- b)** Paciente consciente, orientado, Glasgow igual ou maior que 14;



- c) Comprometimento respiratório com suplementação de oxigênio **menor de 4lts/min** para manter saturação (SpO2) acima de 92% (avaliar nível de consciência, padrão ventilatório e estabilidade hemodinâmica);
- d) Pacientes que necessitam de internação de doenças agudas leves sem risco de agravamento (exemplos: Infecção do trato urinário, hipertensão arterial descompensada sem critérios de instabilidade, diabetes Mellitus descompensadas sem critérios de instabilidade, doenças vasculares, etc.);
- e) Para ambulâncias sanitárias a ordem das remoções se dará por critérios logísticos como a localização da unidade de origem e de destino, fluxos de trabalho, disponibilidade de recursos humanos e materiais. O horário da solicitação de transporte é um fator considerado para a liberação do transporte, desde que, respeitados os demais critérios logísticos citados.
- f) O Transporte Sanitário Eletivo Ambulatorial destinado ao deslocamento programado de pessoas, sem urgência, para a realização de procedimentos eletivos agendados e regulados não se enquadra neste protocolo;
- g) Paciente psiquiátrico estável de acordo com a avaliação clínica e psiquiátrica para internação na rede de urgência de Aparecida de Goiânia e/ou hospitais conveniados com o SUS podem ser transportados em Ambulância Sanitária.

7. Perfil do paciente para disponibilização do tipo de ambulância B e D

7.1. Perfil de paciente para ambulância de suporte básico (USB) – Ambulância tipo B:

- a) Comprometimento respiratório com **suplementação de oxigênio maior ou igual a 4lts/min para manter saturação (SpO2) acima de 92%** (avaliar nível de consciência, padrão ventilatório e estabilidade hemodinâmica);
- b) IAM sem supra ST com mais de 24 horas de sintomas e estável;
- c) Sangramento ativo e/ou volumoso com comprometimento hemodinâmico, mas ainda **sem** necessidade de uso de drogas vasoativas;
- d) Suspeito ou confirmado de dissecação ou aneurisma de aorta com mais de 24 horas de evolução com paciente estável;
- e) Traumatismo cranioencefálico (TCE) com escala de coma de **Glasgow igual a 13 e sinais de gravidade;**



- f) Rebaixamento do nível de consciência agudo com escala de coma de **Glasgow maior ou igual a 13** ou rapidamente deteriorando independente da patologia;
- g) Pacientes que apresentam nível de consciência diminuído por sequela neurológica crônica e que evoluem com piora aguda e diminuição de até 2 pontos em sua escala de coma de Glasgow basal;
- h) Insuficiência renal aguda com necessidade de terapia dialítica;
- i) Paciente grande queimado com superfície corporal queimada (SCQ) maior que 20% de segundo grau **SEM** comprometimento respiratório e estável;
- j) Paciente com queimadura elétrica de alta tensão **SEM** comprometimento respiratório e estável;
- k) Paciente com queimadura de terceiro grau acima de 10% da SCQ **SEM** comprometimento respiratório e estável;
- l) Avaliação/parecer de especialista, para paciente internado na rede de urgência de Aparecida de Goiânia.
- m) Paciente psiquiátrico com necessidade de contenção química ou mecânica e/ou surto psicótico;
- n) Paciente com vaga autorizada para Unidade de Terapia Intensiva;

7.2. Perfil de paciente para unidade suporte avançado (USA) – Ambulância tipo D:

- a) Em ventilação mecânica invasiva independente da patologia;
- b) Em risco iminente de insuficiência/falência respiratória ou esforço respiratório grave ou obstrução de via aérea;
- c) Instabilidade hemodinâmica **com** necessidade de drogas vasoativas em infusão contínua independente da patologia;
- d) Necessidade de anti-hipertensivo endovenoso contínuo;
- e) Necessidade de terapia broncodilatadora em infusão contínua;
- f) Arritmias cardíacas que ameacem a vida;
- g) Suspeito ou confirmado dissecação ou aneurisma roto de aorta com menos de 24 horas de evolução;
- h) IAM sem supra de ST em evolução com **menos** de 24 horas de sintomas;



- i) **IAM com supra de ST** independentemente do tempo de sintomas (PROTOCOLO SUPRA);
- j) Ressuscitação cardiorrespiratória nas últimas 24 horas;
- k) Rebaixamento do nível de consciência agudo com escala de coma de **Glasgow menor ou igual a 12** ou rapidamente deteriorando ou anisocoria independente da patologia;
- l) Pacientes que apresentam nível de consciência diminuído por sequela neurológica crônica e que evoluem com piora aguda e diminuição maior que 2 pontos em sua escala de coma de Glasgow basal;
- m) Traumatismo cranioencefálico (TCE) moderado e grave:
 - i. TCE moderado: escala de coma de Glasgow de 12 a 9.
 - ii. TCE grave: escala de coma de Glasgow de 8 a 3).
- n) Paciente em coma independente da patologia aguda;
- o) Morte encefálica/potencial doador e doador de órgãos – Deverá ser feito contato prévio com a Organização de Procura de Órgãos (OPA) do HUGO através dos telefones (62) 99614-7990 (*whatsapp*) ou (62) 3201-4392
- p) Paciente grande queimado com superfície corporal queimada (SCQ) maior que 20% de segundo grau **COM** comprometimento respiratório;
- q) Paciente com queimadura elétrica de alta tensão **COM** comprometimento respiratório;
- r) Paciente com queimadura de terceiro grau acima de 10% da SCQ **COM** comprometimento respiratório;
- s) Ferimento por arma de fogo ou ferimento por arma branca com penetração em crânio, cervical tórax, abdome e/ou comprometimento hemodinâmico;
- t) Avaliação/parecer de especialista, para paciente internado na rede de urgência de Aparecida de Goiânia, a critério clínico;
- u) Gestante com eclampsia ou síndrome HELLP;
- v) Paciente com vaga autorizada para Unidade de Terapia Intensiva;
- w) Paciente neonatal (até 28 dias de vida): O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado (USA) ou ambulância UTI móvel contendo, obrigatoriamente (CFM, 2003):



- i. Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo, 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;
- ii. Respirador de transporte neonatal;
- iii. Nos demais itens, deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao uso neonatal.

8. Diretivas de transporte seguro

Considera-se o transporte seguro quando:

- a) 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.
- b) Se assegura a integridade do paciente, evitando o agravamento de seu quadro clínico;
- c) Há treinamento adequado da equipe envolvida, desenvolvendo habilidade no procedimento.
- d) Há uma rotina operacional para realizá-lo.
- e) 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.

Situação especial: 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. No entanto, 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 (RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003).



- f) 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).
- g) Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.
- h) 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.
- i) 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.
- j) A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor.
 - i. A responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.
 - ii. As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.
- k) As diretrizes para transporte seguro de paciente neonatal estão descritas no item 7.2 - subitem w.
- l) **Transportes em longas distâncias no período noturno:** nos casos de transportes noturnos destinados a hospitais em outros municípios, deve ser realizada uma avaliação criteriosa quanto às condições do deslocamento. Essa avaliação deve considerar não apenas os aspectos clínicos do paciente, mas também fatores relacionados à segurança e ao bem-estar da equipe tripulante e do próprio paciente durante o trajeto, buscando reduzir os riscos inerentes às viagens noturnas, como dificuldades de abastecimento, condições adversas das vias e maior vulnerabilidade a incidentes. Sempre que houver viabilidade clínica e o



tempo de reserva do leito permita, orientamos que o transporte seja reprogramado para o período diurno do dia seguinte, momento em que as condições de deslocamento são mais seguras e favoráveis.

9. Contraindicações de transporte

São consideradas contraindicações para o transporte de pacientes

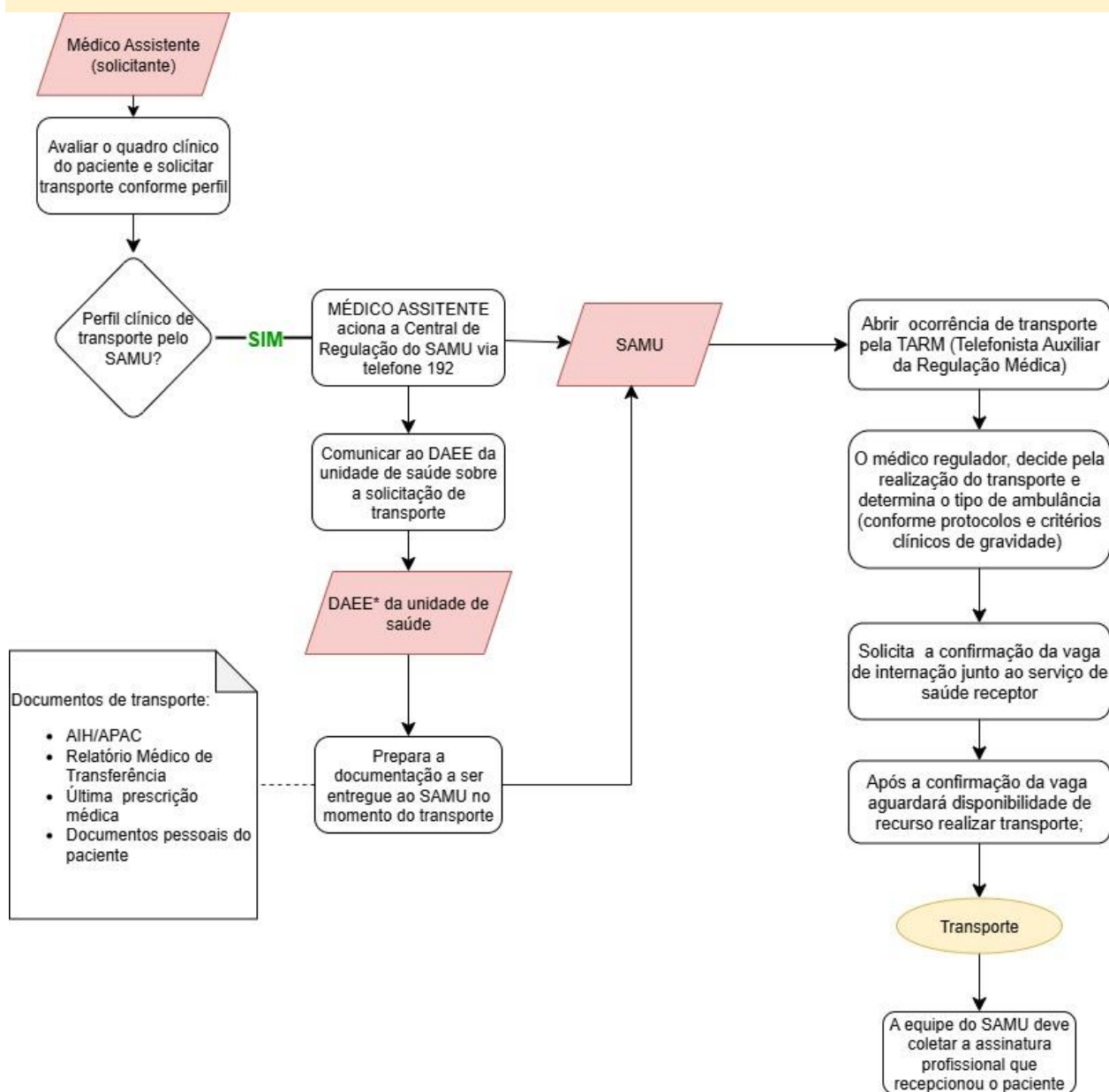
(Lacerda, Cruvinel e Silva. 2013 / Portaria MS-GM nº 2.048/2002):

- a)** Incapacidade de manter oxigenação e ventilação adequadas durante o transporte ou durante a permanência no setor/unidade de destino.
- b)** Incapacidade de manter performance hemodinâmica durante o transporte ou durante a permanência no setor/unidade de destino pelo tempo necessário.
- c)** Incapacidade de monitorar o estado cardiorrespiratório durante o transporte ou durante a permanência no setor/unidade de destino pelo tempo necessário.
- d)** Incapacidade de controlar a via aérea durante o transporte ou durante a permanência no setor/unidade de destino pelo tempo necessário.
- e)** Número insuficiente de profissionais treinados para manter as condições acima descritas, durante o transporte ou durante a permanência no setor de destino;
- f)** Pacientes em uso de Ventilação Não Invasiva (VNI).

Deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem (RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003).

10. Etapas para solicitação do transporte realizado pelo SAMU

Fluxograma para acionar serviço de Transporte Urgência (SAMU)



*DAEE – departamento de autorização de encaminhamentos externos (DAEE) responsável por organização dos documentos de transporte inter-hospitalar realizados pelo SAMU e solicitação dos transportes realizados em ambulância sanitária.



10.1. Processo organizacional do SAMU após receber solicitação de transporte

- a)** O serviço de saúde de origem do paciente deverá acionar a Central de regulação do SAMU via telefone 192;
- b)** Será aberto ocorrência de transporte pelo TARM (Telefonista Auxiliar da Regulação Médica);
- c)** A ocorrência será transferida para o médico regulador e regulada com o médico assistente (toda regulação é feita entre médicos com exceção dos casos em que não tenha médico no serviço de origem);
- d)** O médico regulador, decidindo pela realização do transporte conforme protocolos e critérios clínicos de gravidade, determinará o tipo de ambulância e solicitará a confirmação da vaga de internação junto ao serviço de saúde receptor;
- e)** Faz - se necessário realizar contato com o hospital de destino e ter a concordância do mesmo;
- f)** Após confirmação da vaga a ocorrência de transporte aguardará disponibilidade de recurso para ser realizada;
- g)** Caso haja concomitância de transportes, será respeitada a avaliação de gravidade do caso, tentando obedecer a ordem de prioridade: 1º paciente neonatal – 2º paciente pediátrico – 3º paciente adulto.
- h)** O transporte será liberado sem prejudicar o atendimento pré-hospitalar que deve ser sempre a prioridade do SAMU.
- i)** Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.
- j)** Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório médico completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino.
- k)** Ao receber o paciente, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor.
- l)** 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 responsável. Nesta circunstância, o médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando devidamente tal fato no prontuário.

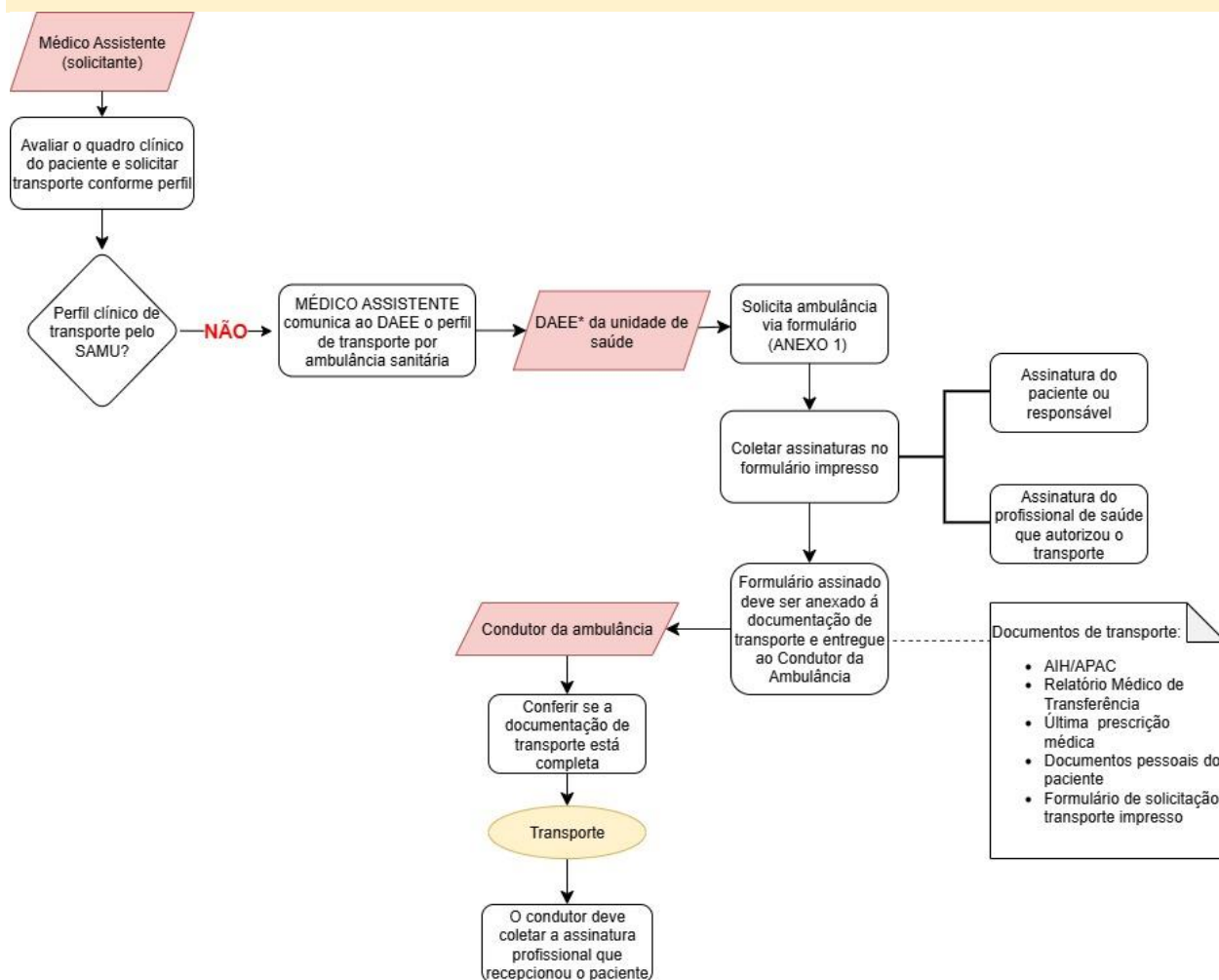
m) As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

n) Todo paciente removido deve ser acompanhado da documentação de transporte:

- APAC/AIH;
- Relatório Médico de Transferência;
- Última prescrição médica;
- Documentos pessoais do paciente;
- Formulário de Solicitação de Transporte impresso e devidamente assinado (assinaturas do paciente ou responsável e profissional que autorizou transporte).

11. Etapas para solicitação do transporte realizado pela Ambulância Sanitária (tipo A)

Fluxograma para acionar serviço de transporte pela Ambulância Sanitária (tipo A)





11.1. Descrição do processo organizacional para solicitação de transporte inter-hospitalar por Ambulância Sanitária (tipo A)

- a) O Departamento de Autorização de Encaminhamentos Externos (DAEE) deverá solicitar a ambulância formulário pelo link <https://forms.gle/StiJrJvLgp1k1B6i8>
- b) Quando houver dificuldade técnica que impossibilite a solicitação online (indisponibilidade de internet na unidade e/ou computador), o DAEE deve repassar via telefone as informações contidas no ANEXO 1 e/ou enviar ficha escaneada para a Central de Ambulância Inter-Hospitalar (“Ambulância Sanitária”) via WhastsApp.
- c) Coletar assinatura do paciente ou seu responsável legal no Formulário Solicitação de Transporte (ANEXO 1), juntar documentos pessoais do paciente, AIH/APAC, cópia do prontuário e evolução, imprimir Formulário Solicitação de Transporte e coletar assinatura do profissional que autorizou o transporte e do paciente ou responsável legal.;
- d) **Todo paciente removido deve ser acompanhado da documentação de transporte:**
 - APAC/AIH;
 - Relatório Médico de Transferência (ANEXO 03);
 - Última prescrição médica;
 - Documentos pessoais do paciente;
 - Formulário de Solicitação de Transporte impresso e devidamente assinado (assinaturas do paciente ou responsável e profissional que autorizou transporte).
- e) Ao receber o paciente, **o formulário deve ser também assinado pelo médico receptor** e passará a integrar o formulário no destino.
- f) Nos transportes realizados por Ambulância Sanitária (tipo A) o paciente deve estar acompanhado.

12. Responsabilidades e Atribuições

O transporte de pacientes deve ocorrer quando os benefícios esperados para ele excedem os riscos inerentes ao transporte e, também, quando o paciente necessita de cuidados que não existam na unidade de saúde onde ele se está. A decisão e a efetuação do transporte são responsabilidades do médico que o assiste, no entanto, para que haja êxito na realização do transporte seguro é imprescindível que toda a equipe envolvida esteja comprometida com o com o cuidado integral do paciente nesse procedimento complexo.



Ocorre a participação de diferentes profissionais e equipes atuam em todas as fases do transporte (Quadro 3).

Quadro 3

FASES DO TRANSPORTE DO PACIENTE	
Fase preparatória	Envolve a organização e comunicação entre os componentes da equipe multiprofissional sobre a forma como será realizada o transporte e a atribuições de cada membro.
Fase de transferência	Compreende desde a mobilização do paciente do leito para o meio de transporte (maca ou cadeira de rodas), até seu retorno a unidade de origem ou sua transferência definitiva para outra unidade de saúde ou setor hospitalar. Esta fase termina com a retirada do meio de transporte (maca ou cadeira de rodas).
Fase pós-transporte	Compreende a primeira hora após o transporte onde se avalia possíveis respostas do paciente ao procedimento

A seguir definiremos as responsabilidades e atribuições dos seguintes profissionais e equipes:

- Médico e/ou profissional responsável pela solicitação de remoção
- Central de Regulação/Médico Regulador do SAMU
- Equipe de Transporte
- Serviço/Médico Receptor
- Central de ambulância inter-hospitalar
- Responsabilidade da Unidade de Saúde

12.1. Responsabilidades/Atribuições do médico e/ou profissional responsável pela solicitação de remoção:

- a) Solicitar ambulância quando a necessidade for ambulância B e D, conforme perfil do paciente, a solicitação deverá partir indispensavelmente pelo médico responsável pelo paciente seja ele plantonista e/ou médico assistente à Central de Regulação do SAMU Centro-sul via 192. Quando a solicitação for Ambulância Sanitária (tipo A) a solicitação poderá ser feita pelo profissional responsável pelo lançamento da vaga;
- b) Suspende/interromper a remoção quando o paciente apresentar risco iminente de vida, sem prévia e obrigatória avaliação médica, estabilizando-o e preparando-o para o transporte. 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;

- c) Esgotar os recursos antes de acionar a central de regulação ou outros serviços do sistema loco regional;
- d) Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva, as condições do paciente, como: sinais vitais, nível de consciência, tipos e doses de medicações em uso e parâmetros respiratórios;
- e) Realizar relatório médico registrando informações relativas ao atendimento prestado na unidade solicitante, histórico de doença atual (HDA) exames realizados e as condutas terapêuticas adotadas. O relatório deverá conter o nome e CRM legíveis, além da assinatura do médico solicitante;
- f) Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável conforme ANEXO 01;
- g) Avaliar criteriosamente o quadro clínico do paciente antes da remoção, visto que 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 (USA) ou até que o mesmo seja recebido pelo médico do serviço receptor, nos casos de transferência em viaturas de suporte básico (USB) ou viaturas de transporte sanitário. 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;

12.2. Responsabilidades/Atribuições da Central de Regulação/Médico Regulador do SAMU:

- a) Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- b) Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação médica, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;



- c) Definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- d) Acionar e acompanhar da unidade e equipe de transporte.
- e) Reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas de atendimento e o seguimento de protocolos e resoluções vigentes.
- f) Garantir perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;

12.2.1. “Vaga Zero”

- a. Vaga zero é prerrogativa e responsabilidade exclusiva do médico regulador de urgências do SAMU, e este é 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 (Brasil, 2014).
- b. O médico regulador do SAMU deve decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação).
- c. O médico regulador do SAMU deve exercer as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência (Brasil, 2002);
- d. O médico receptor deve acatar a determinação 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 ou não (Brasil, 2002);
- e. O médico regulador no caso de utilizar o recurso “vaga zero”, deverá, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento (Brasil, 2014).

12.3. Responsabilidades/Atribuições da Equipe de Transporte do SAMU (BRASIL, 2002):

- a) Acatar a determinação do médico regulador do SAMU quanto ao meio de transporte e tipo de ambulância que deverá ser utilizado para o transporte, de acordo com o julgamento e determinação do médico regulador, a partir da avaliação criteriosa da história clínica, gravidade e risco de cada paciente;
- 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) Registrar todas as intercorrências do transporte nas documentações de transporte do paciente;
- d) Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
- e) Comunicar ao médico regulador o término do transporte;
- f) Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

Nas situações em que a Equipe de Transporte do SAMU identificar dificuldades ou situações adversas não previstas para realização do transporte deve-se informar imediatamente ao médico regulador para que haja determinação das condutas a serem tomadas.

12.4. Responsabilidades/Atribuições do Serviço/Médico Receptor (BRASIL, 2002):

- a) O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução. (BRASIL, 2003)
- b) Garantir o acolhimento médico rápido e resolutivo às solicitações da central de regulação médica de urgências;
- c) Informar imediatamente à Central de Regulação se os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade atingirem seu limite máximo de atuação;
- 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.

12.5. Responsabilidade da Central de Ambulância Inter-Hospitalar (“Ambulância Sanitária”)

- a) Receber e registrar solicitação de transporte da unidade de saúde conforme perfil do paciente;
- b) Enviar solicitação para o condutor plantonista da ambulância sanitária de acordo com os meios de comunicação disponível, quando o mesmo não tiver na base;
- c) Acompanhar transporte do paciente, bem como registrar intercorrência e reportar para coordenação de transporte;
- d) Cumprir e fazer cumprir em sua integralidade os termos estabelecidos em contrato celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde (contratante) e a Contratada para realização de transportes inter-hospitalares;
- e) A avaliação clínica e definição do tipo de transporte adequado para o paciente é uma atribuição dos profissionais de saúde;
- f) São obrigações dos condutores de ambulâncias: **não desobedecer às determinações dos serviços de transportes**; cumprir as leis de trânsito, apresenta-se no horário de serviço devidamente uniformizado; dirigir conforme as leis de trânsito; portar CNH atualizada; comunicar ao gestor/fiscal do contrato defeitos e avarias que comprometam o desempenho do contrato; zelar pela segurança de passageiros e materiais transportados; respeitar os limites de velocidade; evitar arrancadas e freadas bruscas; não utilizar os veículos para tratar de assuntos alheios ao serviço da contratante; manter-se atento ao trânsito; redobrar atenção em dias chuvosos; as categorias de motorista deverão ser adequadas conforme as categorias de veículos constante nos lotes; comprovar treinamento especializado e reciclagem em cursos específicos a cada 5 (cinco) anos.

12.6. Responsabilidade do Departamento de Autorização de Encaminhamentos Externos (DAEE) da unidade de saúde solicitante

- a) Solicitar ambulância nas situações em que o perfil do paciente;



- b) Deixar pronto no ato da solicitação cópias do prontuário, documentação do paciente, relatório breve do médico, autorização de internação AIH/APAC e exames.
- c) Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência. Poder-se-á prescindir desta autorização sempre que o paciente não esteja apto para fornecê-la e não esteja acompanhado de possível responsável conforme anexo 01;
- d) Contatar acompanhante para paciente para acompanhar transporte.

ATENÇÃO

A comunicação eficiente e cordial entre as equipes de transporte e equipes das unidades de saúde (solicitantes e receptoras) é um fator determinante para a qualidade da assistência prestada ao paciente. A ação multidisciplinar envolvida na transferência de pacientes é tecnicamente complexa e requer máxima atenção, de modo que, atritos interpessoais contribuem para a ocorrência de eventos adversos evitáveis.

13. Transporte de pacientes com convênio:

Conforme Resolução Normativa nº 347/2014 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos privados de assistência à saúde são obrigados a remover os pacientes, que já tenham cumprido o período de carência, de hospital ou serviço de pronto-atendimento vinculado ao SUS ou privado, vinculado ou não ao plano de Saúde, localizado dentro ou fora da área de atuação do produto contratado, para hospital vinculado ao plano de saúde do beneficiário.

➔ **Observação:** Pacientes que estejam em leitos assistidos pelo SUS, mas possuem planos de saúde poderão, em situações excepcionais, ser transferidos pela equipe do SAMU para um leito privado ou de convênio (desde que obedecidos os critérios deste protocolo). Esta medida visa desocupar leitos SUS, otimizando recursos públicos e garantindo a continuidade do tratamento médico aos seus usuários, com ônus para as operadoras de convênios.

14. Normas e regras de funcionamento do SAMU (Brasil,2014):

- a) O SAMU deve, obrigatoriamente, priorizar os atendimentos primários em domicílio, ambiente público ou via pública, por ordem de complexidade;



- b) Não é atribuição do SAMU o transporte de pacientes de baixa e média complexidade na rede, assim como o transporte de pacientes para realizarem exames complementares eletivo, devendo ser acionado apenas para o transporte de pacientes de alta complexidade na rede, contudo, na ausência de recursos disponível, o SAMU poderá realizar o transporte.
- c) A responsabilidade da transferência de pacientes na rede privada é de competência das instituições ou operadoras dos planos de saúde, devendo as mesmas oferecer as condições ideais para a remoção conforme item 13.
- d) A decisão técnica de todo o processo de regulação do SAMU é de competência do médico regulador, ficando o médico intervencionista a ele subordinado em relação à regulação, porém mantida a autonomia deste quanto à assistência local.
- e) Não é responsabilidade da equipe do SAMU, o encaminhamento ou acompanhamento do paciente para a realização de exames complementares, pareceres, ou outros procedimentos **ELETIVOS**.
- f) Não são atribuições do SAMU:
 - Transportes inter-hospitalar de pacientes de convênios (vide item 13);
 - Transferência sem regulação médica prévia;
 - Transporte de óbito;
 - Levar pacientes para consulta médica ou para realizar exames eletivos;
 - Transporte de pacientes de alta hospitalar (exceto situação descrita em item 15);

15. Retenção de profissionais ou equipamentos do SAMU

É de responsabilidade do médico receptor da unidade de saúde que faz o primeiro atendimento ao paciente liberar a ambulância e a equipe, juntamente com seus equipamentos, que não poderão ficar retidos em nenhuma hipótese. No caso de falta de macas ou qualquer outra condição que impossibilite a liberação da equipe, dos equipamentos e da ambulância, o médico plantonista da unidade, responsável pelo setor deverá comunicar imediatamente o fato ao gestor da unidade (diretor da unidade em supervisão, diretor clínico e/ou diretor técnico), que deverá tomar as providências imediatas para a liberação da equipe com a ambulância (RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110/2014).

Indisponibilizar uma unidade móvel de atendimento, por retenção de seus profissionais ou de maca ou equipamentos, compromete a resposta de urgência pré-hospitalar dimensionada



para a população, levando a um aumento do risco de desassistência para os casos de urgência ou emergência pré-hospitalar para toda a população de sua área de abrangência, podendo em alguns casos levar à piora de quadros de urgência e até ao óbito por desassistência (PORTARIA SES-GO Nº 83/2025)

A retenção de equipamentos do SAMU poderá acarretar a instauração de processos administrativos disciplinares para servidores efetivos e descredenciamento para prestadores de serviço.

16. Critério para desospitalização realizada pelo SAMU

A remoção de paciente com alta hospitalar é realizada pelo SAMU (desospitalização) em situação clínica especial de paciente em oxigenioterapia contínua com uso de dispositivo respiratório invasivo (ventilação mecânica e/ou CPAP e/ou BPAP);

No que se refere aos transportes realizados pelo SAMU, serão priorizados os transportes inter-hospitalares de pacientes internados nas unidades de urgência aguardando transferência para outra unidade hospitalar, visto que, para esses pacientes o transporte é uma condição imprescindível para a continuidade do tratamento e nos casos de desospitalizações os pacientes já receberam alta médica.

17. Critérios remoção para transporte de pacientes via SAMU para hospitais que não pertencem a regional Centro-sul (transportes em longas distâncias).

- a)** A Central de Regulação de Urgência do SAMU Centro Sul deverá acolher e regular todas as solicitações de transportes dos municípios que compõem a regional Centro Sul obedecendo critérios de gravidade. Os transportes serão disponibilizados nos casos onde a autonomia não seja superior a 400 km ida e volta. A referência para o cálculo da distância aproximada será o Google Maps.
- b)** Transporte neonatal por via terrestre: deve-se ser realizado em ambulância de suporte avançado (tipo D). Tais veículos são eficazes para transportar pacientes graves ou instáveis em um raio de até cerca de 50 km e pacientes estáveis num raio de até 160km. (Transporte do Recém-Nascido de Alto Risco: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP, 2017.)



- c) Os transportes em longas distâncias ocorrem prioritariamente no período diurno, por questões de segurança aos envolvidos no transporte terrestre (equipe e paciente). As solicitações de transportes em longas distâncias no período noturno requerem discussão do caso clínico e conduta individualizada para o planejamento e efetuação do transporte.

18. Transporte de Resgate

Podem ocorrer situações em que o paciente mesmo que esteja em uma unidade de saúde, necessita de cuidados que não existam nesta unidade de saúde onde ele se está. Nessas situações configura-se um transporte de resgate.

18.1. Resgate em Unidades de Saúde

- a) Pacientes que estão sendo atendidos em consultas em Unidades de Saúde podem necessitar de encaminhamento para as unidades de urgência e emergência ou outra unidade de referência, seja para elucidação diagnóstica ou internação. O resgate pode ser solicitado devido ausência de equipamentos de maior complexidade, insumos, estrutura física e/ou equipe técnica suficiente para a realização de determinado atendimento. As orientações específicas para transferência de pacientes entre unidades de urgência (CAIS/UPA) estão detalhadas no ANEXO 02.
- b) É atribuição do médico assistente da unidade de saúde onde o paciente está, obrigatoriamente, prestar o primeiro atendimento, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a garantir condições clínicas para o resgate. A remoção do paciente pode ser contraindicada de acordo com os critérios estabelecidos no item 9.



19. Perfil de paciente para resgate

Protocolo S.U.P.R.A. – Sempre realizado pela USA conforme protocolo específico
Suspeita de AVC dentro da janela de trombólise (até 4:30 de sintomas ou da última vez visto normal).
Afogamento com necessidade de internação (Grau 3 a 6).
Acidentes por animais peçonhentos: serpente, escorpião e aranha.
Vítima de abuso sexual.
Oclusão Arterial Aguda.
Paciente oncológico – em acompanhamento no Hospital Araújo Jorge, que necessitem de atendimento emergencial.
Pacientes vítimas de queimaduras: • Queimaduras de 2º grau > 10% SCQ; • Queimadura de 3º grau; • Queimaduras envolvendo face, extremidades, períneo e pescoço; • Queimadura circunferencial de extremidades ou do tórax; • Lesão por inalação de fumaça ou lesões de vias aéreas; • Queimaduras elétricas; • Queimaduras químicas; • Queimados com politrauma; • Crianças com queimaduras.
Pacientes politraumatizados: • Perfuração por arma de fogo; • Lesão por arma branca que não seja obviamente superficial; • Todas as lesões penetrantes em cabeça, pescoço e tronco; • TCE Leve (Glasgow de 13 a 15): com presença de fratura ou afundamento de crânio, fistula liquórica, déficit neurológico focal, sinais de fratura de base de crânio, mais de 2 episódios de vômitos, convulsões, idade superior a 65 anos e sem melhora do nível de consciência após 2 horas de observação. • TCE Moderado (Glasgow de 9 a 12) ou TCE Grave (Glasgow de 3 a 8); • Trauma raquimedular (TRM): presença de paraplegia ou tetraplegia, dor em coluna com radiografia anormal e alteração da sensibilidade; • Trauma torácico: Tórax instável, Pneumotórax aberto, Pneumotórax hipertensivo, Hemotórax e Tamponamento cardíaco; • Trauma abdominal: Trauma fechado com instabilidade hemodinâmica ou sinais de peritonite, evisceração e presença de hematúria macroscópica; • Fratura exposta; • Fraturas pélvicas; • Luxações sem possibilidade de redução; • Esmagamento, escarpelamento, deslucamento, extremidades amputadas ou sem pulso; • Amputação traumática; • Fraturas fechadas com comprovação radiológica; • Ferimentos com lesão vascular, nervosa ou de tendões aparentes; • Ferimentos com grande perda de substância; • Queda de altura: Crianças: maior que 2 a 3 vezes a altura da criança e Adultos: maior que 6 metros; • Vítima de acidente automobilístico com relato de ejeção; • Politrauma com sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; • Déficit motor pós trauma (paralisia, paraplegia etc).

20. Unidades de referência por perfil clínico

Hospital de Urgência Governador Otávio Lage (HUGOL)		
Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Referência no atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade (clínica e cirúrgica)	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Atendimento ao politraumatizado.	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Bucomaxilofacial	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Trauma ortopédico adulto	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Trauma ortopédico pediátrico	→ Atende politraumatismo envolvendo TCE → Faixa etária: pacientes de 0 dias de vida até 12 anos 11 meses e 29 dias	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião * Pacientes acima de 13 anos devem ser regulados como adultos
Médio e grande queimado	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos) e Pediatria	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Urgência cardiológica	→ Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia Vascular fechada	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Urgência Neurocirúrgica:	→ AVC isquêmico em janela de trombólise e AVC hemorrágico Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Urgências Urológicas de média e alta complexidade	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Nefrologia, Cirurgia Torácica e Hematologia	→ Unidade atua como PARECERISTA apenas para apoio aos pacientes já internados na Unidade. Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes internados na unidade.

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**



Hospital de Urgência de Goiás (HUGO)

Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Referência no atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade (clínica e cirúrgica)	→ Não é referência para atendimento pediátrico. Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Pacientes politraumatizados	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Bucomaxilofacial	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia Geral	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Neurocirurgia	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia Vascular	→ Não possui hemodinâmica Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia Torácica	→ Cirurgia torácica de sobreaviso, avalia os casos de cirurgia torácica quando acionado. Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados e pacientes internados.
Ortopedia/Traumatologia	Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Clínica Médica, Cardiologia e Nefrologia	→ Unidade atua como PARECERISTA apenas para apoio aos pacientes já internados na Unidade. Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes internados na unidade. * Não recebe pacientes externos dessas especialidades
Neurologia	→ Referência para atendimento de AVC isquêmico em janela de trombólise. Faixa etária: Adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Otorrinolaringologia	→ Horário de atendimento: segunda-feira a sexta-feira das 7h às 17h Faixa etária: adultos (acima de 13 anos)	Pacientes regulados para avaliação de especialista (referência e contra-referência)

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**

Hospital Municipal de Aparecida de Goiânia (HMAP)		
Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Urgência cardiológica	Protocolo S.U.P.R.A. Faixa etária: Adultos	Resgate SAMU.

Hospital de Doenças Tropicais (HDT)		
Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Urgência e emergência de Infectologia	Faixa etária: Adultos e Pediatria (Não serão atendidos lactentes com menos de 30 dias de vida, ou menos de 30 dias de idade corrigida e/ou menores de 5kg)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Doenças infectocontagiosas	Faixa etária: Adultos e Pediatria (Não serão atendidos lactentes com menos de 30 dias de vida, ou menos de 30 dias de idade corrigida e/ou menores de 5kg)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Acidentes com Material Biológico	Faixa etária: Adultos e Pediatria (Não serão atendidos lactentes com menos de 30 dias de vida, ou menos de 30 dias de idade corrigida e/ou menores de 5kg)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Acidentes por animais peçonhentos: serpentes, aranhas e escorpião.	Faixa etária: Adultos e Pediatria (Não serão atendidos lactentes com menos de 30 dias de vida, ou menos de 30 dias de idade corrigida e/ou menores de 5kg)	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Não atende acidentes com mordedura ou lambedura de animais.		

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**

Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia (HEAPA)

Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Pacientes politraumatizados	→ Exceto TCE → Não é referência para atendimento pediátrico Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Clínica médica	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Nefrologia	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Hematologia	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Neurologia	→ AVC isquêmico na janela de trombólise Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Urologia	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Ortopedia e traumatologia	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia geral	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia bucomaxilofacial	Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia de trauma	→ Exceto trauma torácico Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Cirurgia vascular	→ Não possui hemodinâmica Faixa etária: Adultos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**

Hospital Estadual da Criança e do Adolescente (HECAD)

Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Cirurgia pediátrica, clínica pediátrica e ortopedia pediátrica (baixa, média e alta complexidade)	Pacientes de 29 dias de vida até 15 anos incompletos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Vítimas de violência sexual	Sexo masculino até 18 anos e sexo feminino até 14 anos incompletos	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**

Hospital Estadual da Mulher (HEMU)

Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Vítimas de violência sexual	Sexo feminino e com idade maior ou igual a 14 anos.	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Assistência obstétrica (médio e alto risco)	Mulheres de todas as idades	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Assistência ginecológica (médio e alto risco)	Mulheres de todas as idades	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião
Assistência neonatal	Não consta como porta de entrada para pacientes neonatais (RN entre 0 e 28 dias de vida ou Idade Gestacional Corrigida menor que 40 semanas) sendo estes apenas mediante regulação do caso.	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião

Não é referência para atendimento de pacientes oncológicos.

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**

Hospital e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes

Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Assistência obstétrica (baixo risco)	Mulheres de todas as idades	Pacientes regulados ou resgate em via de acordo com gravidade do quadro clínico e macrorregião

***Vaga Zero regulada pelo SAMU 192**

Hospital Araújo Jorge		
Especialidades	Perfil de atendimento e faixa etária	Modalidade de acesso
Oncologia	Faixa etária: Adultos e Pediatria	Atendimento de urgência e emergência somente para os pacientes que já fazem acompanhamento na unidade e possuem prontuário e carteirinha verde.

Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG)
Unidade recebe SOMENTE pacientes previamente regulados para internação.

Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)
Unidade recebe SOMENTE pacientes previamente regulados para internação.



21. Transporte de pacientes críticos

- a) Define-se como doente crítico aquele que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, depende para sobreviver de meios avançados de monitorização e/ou terapêutica. Portanto, o transporte destes pacientes é sempre arriscado, devido ao quadro clínico complexo e, na maior parte das vezes, com grande instabilidade. A decisão de transportá-los deve ocorrer quando os benefícios esperados para o paciente excedem os riscos inerentes ao transporte e, também, quando o paciente necessita de cuidados que não existam na unidade de saúde onde ele se está.
- b) Deve-se sempre lembrar que a decisão de transporte é de responsabilidade médica intransferível, cabendo a este profissional avaliar todas as variáveis envolvidas, independentemente de outros fatores alheios ao tratamento do paciente. No entanto, para que haja êxito na realização do transporte seguro é imprescindível que toda a equipe envolvida esteja comprometida com o cuidado integral do paciente nesse procedimento complexo.
- c) **Todo o procedimento de transporte (intra-hospitalar ou inter-hospitalar) deve ser registrado no prontuário do paciente.**
- d) Para que a organização do transporte seja eficiente, deve-se basear seu planejamento em quatro grandes conceitos: planejamento e coordenação, comunicação, pessoal especializado e equipamento e monitoração:
 - 1. **Planejamento e coordenação:** aqui a palavra de ordem é rotina. Ao planejar o transporte de um paciente crítico, deve-se procurar prever e, se possível, antecipar, todas as intercorrências que possam ocorrer durante o deslocamento, sejam de origem médica, logística, trânsito, condições climáticas ou até da operacionalidade do hospital (rampas, elevadores, energia elétrica, equipamentos em manutenção, etc.). Deve sempre haver uma liderança designada, que nestes casos deve ser um médico familiarizado com o quadro clínico do paciente.
 - 2. **Comunicação:** o contato entre as equipes da unidade de origem do paciente, equipes de transporte, gestores das unidades de saúde e os departamentos envolvidos na coordenação meios de transporte e regulação deve ser constante, seguindo-se um planejamento predeterminado.

3. Pessoal especializado: os profissionais envolvidos no transporte de pacientes críticos devem, além de treinados e frequentemente reciclados, estar familiarizados com as rotinas utilizadas para este transporte. Devem ser selecionados por sua aptidão e interesse (não devem ser obrigados a tal) e, se possível, independentemente de sua função, ter capacidade de realizar manobras de suporte básico de vida. **Um paciente crítico deve ser transportado por uma equipe especializada, nunca por uma única pessoa especializada,** mesmo que este seja o mais habilitado e treinado dos especialistas.

- Durante o transporte do paciente crítico deve-se priorizar que tratamento não seja descontinuado. Um médico habilitado em manejo de vias aéreas, ventilação pulmonar assistida e reanimação cardiopulmonar também deve estar presente.
- No caso de transporte por ambulância, a equipe deve ser própria deste meio de transporte e treinada para situações específicas deste.
- Atenção especial deve ser dada ao pessoal do setor/unidade de destino do paciente. Se há uma falha no planejamento do transporte de um paciente crítico ou ainda a não identificação da gravidade real do doente antes da decisão do transporte pode ser que os pacientes sejam levados a locais onde a sua equipe não possui treinamento para o manejo do paciente. Aqui não há transferência de responsabilidade. Um exemplo típico é o transporte de um paciente crítico para a realização de um exame de imagem, como uma tomografia. Os profissionais do setor de radiologia não são habilitados a cuidar de um paciente crítico, sendo por isto necessária a permanência da equipe de transporte no local para prover estes cuidados. Além disso, **sempre deve-se ponderar se o exame irá modificar a conduta médica a ponto de justificar a realização do transporte.**

4. Equipamento e monitoração: deve haver equipamentos destinados especificamente ao transporte e permanência do paciente no local de destino, se a permanência for temporária. Esses equipamentos devem ser projetados especificamente para o transporte, possuindo fonte energética própria (bateria)



de longa duração e recarregável, possibilidade de uso de fonte externa própria. Isto é particularmente importante com os ventiladores mecânicos e bombas de infusão.

- Ventilador mecânico: uma causa importante de complicação ventilatória durante o transporte em adultos, mas principalmente em crianças, são as alterações do padrão de ventilação seguida de degeneração funcional.
- Materiais que não necessitam de fonte energética também devem ser adequadamente projetados para o transporte. A maca de transferência é um exemplo. Problemas como: maca não entra no elevador, a maca é pesada e não se consegue mantê-la em linha reta, ou a maca não passa pela porta e não entra no quarto do paciente podem ser evitados quando utilizados equipamentos adequados ao transporte.
- A insuficiência de equipamentos e monitoração mínima que assegure o transporte o inviabiliza, exceto em situações de risco iminente de vida.

22. Considerações gerais

- a) As situações de transporte de pacientes perfil SAMU, que não estejam contempladas neste protocolo, serão avaliadas pelo médico regulador, sendo ele a autoridade sanitária de plantão, imbuído na função gestora dos recursos disponíveis, deverá regular e determinar sobre o atendimento e o perfil do transporte;
- b) Todas as liberações de transporte deverão ser discutidas e autorizadas pelo médico assistente/substituto e/ou enfermeira, e documentos de transporte devem estar devidamente carimbado na solicitação de transporte;
- c) Nos casos de transporte de pacientes em suporte básico (USB) para unidades de apoio diagnóstico e terapêutico para realização de exames de urgência ou tratamentos, se o paciente apresentar intercorrência 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;



- d) 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;
- e) A equipe do SAMU, ao chegar à unidade de saúde de referência com paciente, deverá passar todas as informações clínicas do mesmo, bem como o boletim de atendimento por escrito, ao médico, no caso de paciente grave, ou ao enfermeiro, no caso de pacientes com agravo de menor complexidade, para serem classificados. Casos de unidades de saúde que não dispõem de Acolhimento com Classificação de Risco, a recepção do paciente transportado pela equipe do SAMU deverá ser feita obrigatoriamente por médico da unidade;
- f) O médico receptor na unidade de saúde de referência deverá, obrigatoriamente, assinar a folha do SAMU ao receber o caso, cabendo ao coordenador de fluxo e/ou diretor técnico estabelecer a obrigatoriedade para que as enfermeiras assinem o documento dos pacientes por elas recebidos no setor de acolhimento com classificação de risco.

VERSÃO 5	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração e Atualização	Thâmara Oliveira Costa	Médica	Núcleo de Governança Clínica (SUPGP)
Validação	Loanny Moreira Barbosa	Diretora de Urgência e Emergência	Superintendência de Atenção à Saúde
Aprovação	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente	Superintendente Gestão e Planejamento



Referências

BRASIL. Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. **Dispõe sobre a cobertura de remoção de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com segmentação hospitalar, que tenham cumprido o período de carência.** Resolução Normativa nº 347, de 02 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.** Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional.** Resolução nº 2110, de 25 de setembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Dispõe sobre o transporte inter-hospitalares de pacientes e dá outras providências.** Resolução nº 1672, de 09 de julho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.214, de 31 de agosto de 2017. Regulamenta a aplicação de recursos por programação para aquisição de Ambulância de Transporte tipo A.** Brasília, 2017.

ATLS - **Advanced Trauma Life Support for Doctors.** American College of Surgeons. 10a. Ed 2018.

DAVID SZPILMAN – **Manual de Afogamento ao curso de emergências aquáticas 2021.** Tradução Mrs Leonardo Manino. Publicado on-line em www.sobrasa.org, Júlio de 2021.

JAPIASSÚ, André Miguel. **Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, V. 17, N. 3, Julho/Setembro 2005, p 210-220.

LACERDA, Marcio Augusto; CRUVINEL, Marcos Guilherme Cunha; SILVA, Waston Vieira. **Transporte de Paciente: Intra-hospitalar e Inter-hospitalar.** Curso de educação à distância em Anestesiologia. Capítulo 6: 105-123. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.080 DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.



BRASIL. **Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2002.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2002.

Goiás. **Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 83, de 08 de janeiro de 2025.** Dispõe sobre a regulamentação da liberação das unidades móveis do serviço de atendimento Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e dá outras providências.

São Paulo. **Transporte do Recém-Nascido de Alto Risco: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria** / Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2.ed. - SBP, 2017.



ANEXO 1

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE DE URGÊNCIA INTERHOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO

*NOME:	*SEXO: F ☐ M ☐
*NOME DA MÃE:	
*DATA DE NASC.:	*IDADE:
*EMAIL DA UNIDADE DE ORIGEM:	
*DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO:	

2. UNIDADE DE ORIGEM*

☐ UPA AMBROSINA COIMBRA BUENO (UPA BURITI)
☐ UPA GERALDO MAGELA (UPA FLAMBOYANT)
☐ CAIRO LOUZADA (UPA BRASICOM)
☐ CAIS NOVA ERA
☐ CAIS COLINA AZUL
☐ CENTRO DE ESPECIALIDADES
☐ MATERNIDADE MUNICIPAL MARIA DA CRUZ GOMES SANTANA
☐ OUTRO

3. UNIDADE DE DESTINO*:

--

4. CÓDIGO DE REGULAÇÃO*:

--

5. MOTIVO DO TRANSPORTE*:

☐ INTERNAÇÃO
☐ AVALIAÇÃO
☐ EXAME
☐ OUTRO

6. HIPÓTESE DIAGNÓSTICA*:

--

--

7. NOMES DA EQUIPE DE TRANSPORTE* (uso da equipe de transporte)

--

--

--

CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

8. PACIENTE EM USO DE O2? * SIM ☐ NÃO ☐

9. SE SIM, QUANTOS LITROS?

10. FREQUENCIA RESPIRATÓRIA*

11. SATURAÇÃO DE O2*

12. ACESSO VENOSO?* SIM ☐ NÃO ☐

13. TIPO DE ACESSO VENOSO * PERIFÉRICO ☐ CENTRAL ☐

14. POSSUI EXAMES COMPLEMENTARES* SIM ☐ NÃO ☐

15. MEDIDA DE PRECAUÇÃO?* SIM ☐ NÃO ☐

16. SE SIM, QUAL PRECAUÇÃO?*

☐ AEROSOL ☐ GOTICULAS ☐ CONTATO



17. POSSUI ACOMPANHANTE?*	SIM ☐ NÃO ☐
18. PACIENTE ACAMADO?*	SIM ☐ NÃO ☐
DOCUMENTOS DE TRANSPORTE	
19. CÓPIA DO PRONTUÁRIO IMPRESSO?* SIM ☐ NÃO ☐ Caso a resposta for negativa, não será possível a remoção do paciente sem os documentos necessários	
20. GUIA DE AIH OU DE ENCAMINHAMENTO IMPRESSA?* SIM ☐ NÃO ☐	
21. TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE ASSINADO?* SIM ☐ NÃO ☐ Se por motivo de força maior não houver responsável pelo paciente, justificar abaixo:	
22. NOME DO SOLICITANTE E TELEFONE DA UNIDADE DE ORIGEM*:	
23. PROFISSIONAL AUTORIZADOR DO TRANSPORTE NA UNIDADE*:	
ASSINATURA E CARIMBO*	
24. PLACA DE VEÍCULO* (USO DO CONDUTOR DA AMBULÂNCIA)	
25. SATATUS DO TRANSPORTE* (USO DA CENTRAL DE AMBULÂNCIA)	

* Respostas obrigatórias



ANEXO 02

DIRETIVAS PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE UNIDADES DE URGÊNCIA (CAIS E UPAS)

1. Introdução

A Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia, no uso de suas atribuições legais e regimentais, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde de promover saúde a população de forma universal, integral e equânime, reforça o compromisso de garantir a assistência à saúde resolutiva aos pacientes que buscam atendimento das unidades de saúde do município (BRASIL, 1990).

É uma prioridade garantir que os pacientes gravemente enfermos com patologias ameaçadoras da vida acessem com celeridade aos recursos de suporte a vida disponíveis na rede municipal. Faz-se necessário a elaboração de estratégias que viabilizem a assistência em saúde mais adequada diante das limitações existentes nas unidades de saúde, sem se eximir da responsabilidade por parte de aprimorar e incrementar recursos estruturais e humanos à rede de saúde municipal.

Diante disso, determina-se a transferência direta de pacientes entre as unidades de urgência – Centros de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) – de acordo com os critérios estabelecidos neste documento.

2. Objetivos

- Garantir leito com suporte clínico compatível à gravidade do quadro clínico do paciente;
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica (PORTARIA GM/MS Nº 1.601, 2011);
- Sistematizar a gestão compartilhada e reforçar a autonomia organizacional das unidades de urgência.



3. Transferência de pacientes graves (críticos)

- 3.1. As orientações de transferência de pacientes graves entre unidades de urgência se aplicam EXCLUSIVAMENTE a situações contingenciais e excepcionais, em que a permanência do paciente na unidade de origem represente RISCO IMINENTE DE DANO GRAVE E/OU RISCO IMINENTE DE ÓBITO devido a fatores estruturais que impossibilitem a assistência clínica adequada.**
- 3.2.** O transporte de pacientes graves é sempre arriscado, devido ao quadro clínico complexo e, na maior parte das vezes, com grande instabilidade. A decisão de transportá-los deve ocorrer **APENAS** quando os benefícios esperados para o paciente excedem os riscos inerentes ao transporte.
- 3.3.** As diretivas aqui descritas são direcionadas, principalmente, para os pacientes internados no CAIS NOVA ERA (atualmente com limitações físicas decorrentes de reforma estrutural) e no CAIS COLINA AZUL (que possui capacidade estrutural reduzida).
- 3.4.** Define-se como doente crítico aquele que, por disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas, depende para sobreviver de meios avançados de monitorização e/ou terapêutica. Portanto, o transporte destes pacientes é sempre arriscado, devido ao quadro clínico complexo e, na maior parte das vezes, com grande instabilidade.
- 3.4.1. São considerados meios avançados de monitorização e/ou terapêutica que justificam a transferência de pacientes graves entre unidades de urgência:
- **Pacientes em ventilação mecânica**
 - **Pacientes com necessidade de hemotransfusão**
 - **Ausência de leito com suporte clínico compatível à gravidade do quadro clínico do paciente na unidade solicitante;**
- 3.5.** As diretivas presentes neste documento **NÃO** revogam os fluxos regulatórios vigentes para as demais situações clínicas.



4. Critérios obrigatórios para transferência de pacientes graves entre unidades de urgência

A transferência de pacientes entre as unidades de urgência poderá acontecer de forma direta, sem necessidade de regulação do leito pela Central de Regulação, nas seguintes situações:

- 4.1. Deve existir leito clínico compatível e capacidade assistencial disponível na unidade receptora, assegurando que haja continuidade do cuidado e que a transferência represente um benefício ao cuidado do paciente;
- 4.2. Quando solicitada a transferência direta de pacientes graves, a anuência em receber o paciente deve ocorrer se não prejudicar a capacidade assistencial da unidade receptora e a continuidade do cuidado com os pacientes que já estão internados na unidade de saúde;
- 4.3. Quando ocorrer superlotação na unidade de origem que acarrete a ausência de leito com suporte clínico adequado ao perfil de gravidade do paciente a transferência do CAIS para a UPA pode ser solicitada. Porém, a superlotação da unidade de origem não justifica, **isoladamente**, a transferência de pacientes graves, visto que, atualmente todas as unidades da rede de urgência lidam diariamente com alto volume de atendimentos;
- 4.4. Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação das normas que regem o transporte inter-hospitalar de pacientes (RESOLUÇÃO CFM nº 1.672/2003). Diante disso, deve haver anuência formal dos diretores técnicos de ambas as unidades de urgência (solicitante e receptora) para que haja a transferência dos pacientes e discussão do caso entre os médicos da unidade solicitante e receptora;
- 4.5. Na ausência do diretor técnico, os demais coordenadores e/ou supervisores da unidade podem solicitar a transferência, no entanto, a decisão e a efetuação do transporte de pacientes graves são responsabilidades do médico que o assiste;



- 4.6. É obrigatória a discussão do caso entre os médicos assistentes das unidades de saúde envolvidas na transferência (serviço solicitante e serviço receptor) e realização de relatório médico pelo médico solicitante (unidade de origem), assegurando a continuidade do plano terapêutico. O relatório irá compor o prontuário médico do paciente.
- 4.7. A transferência direta de pacientes entre as unidades de urgência do Município de Aparecida de Goiânia caracteriza-se como uma modalidade de transporte inter-hospitalar (Quadro 2).
- 4.8. **Todas as determinações e orientações sobre perfil de pacientes para cada tipo de transporte, diretivas de transporte seguro, responsabilidades e atribuições das equipes envolvidas no transporte do paciente se aplicam ao processo de transferência direta entre as unidades de urgência.**
- 4.9. O tipo de ambulância mais adequado para realizar transporte nas situações de transferência direta deve ser definido de acordo com o perfil clínico do paciente e critérios descritos neste protocolo.
- 4.10. Nos casos em que o paciente já possua AIH ativa no sistema da Central de Regulação, a unidade de origem deverá obrigatoriamente comunicar a Central de Regulação sobre a transferência do paciente para que possa haver a adequação da AIH no sistema e que seja garantida a continuidade da busca de vaga definitiva.
- 4.11. A transferência não deve ser um fator de atraso e perda de fluxo para a busca da vaga definitiva. Portanto, a comunicação efetiva entre unidade de origem, unidade receptora, equipe de transporte e Central de Regulação são imprescindíveis.



5. Considerações gerais

- 5.1. A decisão de transporte é de responsabilidade médica intransferível, cabendo a este profissional avaliar todas as variáveis envolvidas, independentemente de outros fatores alheios ao tratamento do paciente. No entanto, para que haja êxito na realização do transporte seguro é imprescindível que toda a equipe envolvida esteja comprometida com o cuidado integral do paciente nesse procedimento complexo.
- 5.2. **Todo paciente removido deve ser acompanhado da documentação de transporte:**
- APAC/AIH;
 - Relatório Médico de Transferência (ANEXO 03);
 - Última prescrição médica;
 - Documentos pessoais do paciente;
- 5.3. **Todo o procedimento de transporte deve ser registrado no prontuário do paciente.**

PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR – SAMU 192 E AMBULÂNCIA TIPO A – VERSÃO 5

	Nome	Cargo	Área de Atuação
Elaboração e Atualização	Thâmara Oliveira Costa	Médica	Núcleo de Governança Clínica (SUPGP)
Validação	Loanny Moreira Barbosa	Diretora de Urgência e Emergência	Superintendência de Atenção à Saúde
Aprovação	Carlos Eduardo de Paula Itacaramby	Superintendente	Superintendente Gestão e Planejamento



ANEXO 03

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA / ALTA	
1. IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	SEXO: F ☐ M ☐
NOME DA MÃE:	
DATA DE NASC.:	IDADE:
DATA ADMISSÃO UNIDADE DE ORIGEM:	
2. UNIDADE DE ORIGEM	
☐ UPA AMBROSINA COIMBRA BUENO (UPA BURITI)	☐ UPA GERALDO MAGELA (UPA FLAMBOYANT)
☐ CAIRO LOUZADA (UPA BRASICOM)	☐ CAIS NOVA ERA
☐ CAIS COLINA AZUL	☐ CENTRO DE ESPECIALIDADES
☐ MATERNIDADE MUNICIPAL MARIA DA CRUZ	
3. DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	
DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:	
4. RESUMO CLÍNICO	
ADMISSÃO/EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS:	
5. MEDICAÇÕES RELEVANTES	
ANTIBIÓTICOS (QUAL? DIAS DE USO?)	
DVA	
CORTICOIDE	
OUTROS	
6. HEMOTRANSFUSÕES ☐ NÃO	
7. PROCEDIMENTOS/EXAMES INVASIVOS ☐ NÃO	
8. DISPOSITIVOS INVASIVOS (INFORMAR DATA DE INSERÇÃO) ☐ NÃO	
☐ AVP	
☐ CVC	
☐ SVD	
☐ OUTRO	



9. MEDIDA DE PRECAUÇÃO

☐ **PADRÃO** ☐ **AEROSOL** ☐ **GOTICULAS** ☐ **CONTATO**

10. EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES

MÉDICO(A):

(ASSINATURA E CARIMBO)

DATA: / /

11. INTERCORRÊNCIAS NO TRANSPORTE

(USO DA EQUIPE DE TRANSPORTE)

☐ **NÃO**

PROFISSIONAL EQUIPE DE TRANSPORTE:

(ASSINATURA E CARIMBO)

DATA: / /



Quadro 4 – Resumo: Perfil clínico de pacientes e ambulância adequada

Tipo de Ambulância	Perfil de Pacientes
Sanitária Tipo A	• Não se enquadram em perfil USB/USA • Consciente, orientado (Glasgow ≥ 14) • Oxigênio < 4 L/min ($SpO_2 > 92\%$) • Estável hemodinamicamente • Doenças agudas leves sem risco iminente de agravamento (ex.: ITU, HAS, DM sem instabilidade) • Paciente psiquiátrico estável (apto a internação) • Paciente com vaga autorizada em Enfermaria. → Ordem de remoção definida por critérios logísticos e não apenas horários de solicitação
Suporte Básico Tipo B (USB)	• Oxigênio ≥ 4 L/min ($SpO_2 > 92\%$) • IAM sem supra ST ($> 24h$), estável • Paciente estável com sangramento ativo sem necessidade de uso de drogas vasoativas • Suspeito ou confirmado de dissecação ou aneurisma de aorta $> 24h$, se paciente estável; • TCE leve (Glasgow 13) com sinais de gravidade • Rebaixamento de consciência (Glasgow ≥ 13) ou deteriorando rápido; • Paciente com sequela neurológica crônica com piora ≤ 2 pontos Glasgow • IRA com necessidade de diálise • Grandes queimados ($\geq 20\%$ 2º grau, estáveis, sem comprometimento respiratório) • Queimaduras elétricas ou 3º grau $> 10\%$ se estáveis, sem comprometimento respiratório; • Avaliação de especialista • Paciente psiquiátrico em surto (contenção química/mecânica) • Paciente com vaga autorizada em UTI → Ordem de remoção definida por critérios logísticos e não apenas horários de solicitação
Suporte Avançado Tipo D (USA)	• Ventilação mecânica • Insuficiência respiratória grave / obstrução VA • Instabilidade hemodinâmica (drogas vasoativas, anti-hipertensivo EV contínuo) • Terapia broncodilatadora em infusão contínua • Arritmias graves • Dissecação ou aneurisma roto de aorta ($< 24h$) • IAM em evolução ($< 24h$) ou IAM com supra ST (Protocolo SUPRA) • PCR últimas 24h • Rebaixamento consciência (Glasgow ≤ 12) ou anisocoria • Neurológico crônico com piora > 2 pontos Glasgow • TCE moderado (Glasgow 9–12) ou grave (Glasgow 3–8) • Paciente em coma independente da patologia • Morte encefálica/doador de órgãos (OPA – HUGO) • Grandes queimados ($\geq 20\%$ 2º grau COM comprometimento respiratório) • Queimaduras elétricas/3º grau COM comprometimento respiratório • Ferimentos penetrantes graves (crânio, tórax, abdome, cervical) • Avaliação de especialista (se tiver critério clínico de gravidade) • Gestante com eclampsia/HELLP • Paciente com vaga autorizada em UTI • Neonatos (até 28 dias) → incubadora, respirador e suporte avançado neonatal

Fonte: PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR – SAMU E AMBULÂNCIA TIPO A – VERSÃO 5.
Núcleo de Governança Clínica. SMS Aparecida de Goiânia GO, 2025.