

REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS

Transferência inter-hospitalar segura



1 RECONHEÇA E ESTABILIZE



2 ACIONE A REGULAÇÃO



3 DEFINA DESTINO E TRANSPORTE



4 REAVALIE E TRANSPORTE



5 ENTREGUE COM SBAR



VAGA ZERO

Medida excepcional para risco de morte ou sofrimento intenso, definida pelo médico regulador.



Paciente



Equipe



Equipamentos



Oxigênio



Medicamentos



Documentos

O transporte seguro começa antes da ambulância sair e termina quando o cuidado é formalmente assumido.

Guia de Conceitos

Regulação de Urgências e Fluxo de Transferência Inter-hospitalar

Material didático para estudantes e profissionais de saúde

Objetivo: compreender os fundamentos técnicos, éticos, assistenciais e normativos da regulação de urgências, da “vaga zero” e do transporte seguro de pacientes.

1. Introdução ao sistema de regulação

A gestão da saúde pública em situações de urgência não é apenas um exercício de logística. Ela organiza recursos assistenciais para assegurar acesso oportuno, continuidade do cuidado e equidade. A Regulação Médica funciona como núcleo coordenador desse ecossistema, articulando a necessidade clínica do paciente com a rede disponível. O fluxo deve ser tecnicamente fundamentado, documentado e orientado pela gravidade. Barreiras administrativas não podem substituir a análise clínica nem interromper a continuidade assistencial.

Ideia-chave: a regulação não “cria” capacidade física, mas coordena a melhor resposta possível da rede e atribui responsabilidades claras a cada participante.

2. O médico regulador e os papéis no processo

Centrais como o SAMU, a CROSS e estruturas estaduais ou municipais de regulação trabalham com visão ampliada da rede. A autoridade regulatória é exercida pelo médico regulador dentro das normas e dos fluxos do sistema.

Participante	Responsabilidade principal
Médico assistente na origem	Reconhecer a necessidade de transferência; solicitar regulação; fornecer dados clínicos completos; estabilizar o paciente; atualizar mudanças e preparar documentação.
Médico regulador	Classificar prioridade; definir destino e modalidade de transporte; articular a rede; registrar decisões; mediar impasses; utilizar, excepcionalmente, a prerrogativa de vaga zero.
Equipe de transporte	Reavaliar antes da saída; conferir equipamentos, medicamentos e documentação; manter suporte durante o trajeto; comunicar intercorrências e realizar passagem estruturada.
Equipe receptora	Receber, reavaliar, estabilizar e assumir formalmente o cuidado, comunicando limitações técnicas à regulação e à direção técnica sem criar barreiras indevidas de acesso.

Responsabilidades centrais do médico regulador

- **Hierarquizar riscos** com base na gravidade, no tempo-dependência e no potencial de benefício.
- **Gerenciar recursos disponíveis**, como leitos críticos, centros cirúrgicos e serviços especializados.
- **Definir o serviço de destino** e o tipo de transporte mais apropriado.
- **Mediar conflitos** e registrar as justificativas clínicas e operacionais das decisões.
- **Acionar a vaga zero** somente em situação excepcional, quando os critérios estiverem presentes.

3. Desmistificando a “vaga zero”

A vaga zero é um recurso excepcional para garantir acesso imediato a pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso. Seu uso é prerrogativa e responsabilidade dos médicos reguladores de urgências e não deve se transformar em prática cotidiana.

A determinação regulatória busca assegurar acolhimento e assistência imediata, mesmo quando não existe leito definitivo previamente disponível. O serviço receptor deve organizar a recepção, a estabilização e o fluxo interno em área assistencial compatível, enquanto direção técnica, gestão e regulação atuam para garantir a continuidade do tratamento.

O que é	O que não é
Recurso excepcional para paciente em risco de morte ou sofrimento intenso.	Reserva rotineira de leito para condição crônica, estável ou eletiva.
Determinação do médico regulador de urgências, com justificativa clínica.	Decisão unilateral do médico assistente da unidade de origem.
Acesso imediato à avaliação, estabilização e cuidado compatível com a necessidade.	Garantia automática de leito definitivo em UTI ou enfermaria no momento da chegada.
Medida acompanhada de comunicação e documentação detalhadas.	Transferência por conveniência logística ou sem esgotamento dos meios razoáveis da origem.

Critérios práticos para considerar a ativação

- Risco de morte, sofrimento intenso ou perda funcional grave e tempo-dependente.
- Necessidade de recurso diagnóstico ou terapêutico indisponível na origem.
- Incapacidade local de oferecer a continuidade assistencial necessária, apesar das medidas possíveis de estabilização.
- Definição do destino e do transporte pela Central de Regulação, com comunicação entre profissionais.

Se houver resistência, impedimento de recepção ou divergência entre serviços, a equipe não deve improvisar uma solução insegura. Deve manter o suporte ao paciente, contatar imediatamente a regulação, envolver as direções técnicas e registrar de modo objetivo horários, nomes, orientações e decisões.

4. Estabilização pré-transporte

A meta é alcançar o maior grau de estabilização possível antes da saída, sem impor demora prejudicial a uma intervenção tempo-dependente. A decisão exige equilíbrio entre risco do transporte, capacidade local e benefício do tratamento definitivo.

Via aérea e ventilação. Avaliar proteção de via aérea, oxigenação e ventilação. Rebaixamento importante, incapacidade de proteger a via aérea, hipoxemia ou falência ventilatória podem indicar via aérea avançada. A Escala de Glasgow auxilia, mas não deve ser usada isoladamente.

Circulação. Obter acessos adequados, controlar hemorragias, corrigir causas reversíveis e assegurar perfusão compatível com o transporte.

Drogas críticas. Usar bomba de infusão quando indicada, identificar as soluções e preferir via exclusiva para drogas vasoativas.

Dispositivos. Fixar tubo orotraqueal, acessos, drenos e sondas; conferir ventilador, monitor e alarmes.

Reavaliação. Registrar sinais vitais e estado neurológico imediatamente antes da partida.

Se ocorrer deterioração importante durante a mobilização — por exemplo, queda abrupta de saturação, hipotensão ou falha de equipamento — pause a saída, intervenha e reavalie com a regulação. Em condições tempo-dependentes, a decisão de prosseguir ou reestabilizar deve ser compartilhada e documentada.

5. Suporte básico versus suporte avançado

Modalidade	Perfil geral	Composição mínima usual*
Suporte básico	Paciente estável, sem necessidade previsível de intervenção médica avançada durante o trajeto.	Condutor e técnico/auxiliar de enfermagem, conforme norma e organização local.
Suporte avançado — Tipo D / UTI móvel	Paciente crítico, instável, intubado, sob ventilação mecânica ou em uso de drogas vasoativas.	Condutor, médico e enfermeiro.

*A composição e a classificação da ambulância devem observar a Portaria GM/MS nº 2.048/2002 e os protocolos locais.

Checklist de segurança antes da partida

- ☐ Confirme identidade do paciente, destino, profissional receptor e autorização regulatória.
- ☐ Teste o sistema de oxigênio e verifique conexões, fluxômetro e cilindro reserva.
- ☐ Calcule autonomia de oxigênio com margem de segurança compatível com duração, possíveis atrasos e consumo previsto.
- ☐ Confira bateria e funcionamento de monitor, desfibrilador, ventilador, bombas e aspirador.
- ☐ Garanta medicamentos essenciais e maleta de emergência em quantidade suficiente.
- ☐ Fixe dispositivos e posicione o paciente com segurança.
- ☐ Registre sinais vitais, suporte em uso e horário da saída.

6. Passagem de caso com SBAR

A passagem de caso é a transferência formal da responsabilidade assistencial. Uma comunicação estruturada reduz omissões e facilita decisões rápidas.

Etapa	Conteúdo	Exemplo
S — Situação	Estado atual e motivo da transferência.	“IAM com supradesnívelamento de ST, encaminhado para reperfusão em serviço de referência.”
B — Breve histórico	Início, antecedentes, alergias, tratamentos e resposta.	“Hipertenso e diabético; dor há 3 horas; recebeu antiagregação conforme protocolo.”
A — Avaliação	Sinais vitais, exame focal, suporte e tendência clínica.	“Glasgow 15; PA 140/90; FC 88; SpO ₂ 96%; monitorização contínua.”
R — Recomendação	Prioridade, intervenção esperada e riscos imediatos.	“Avaliação imediata para estratégia de reperfusão; manter monitorização e vigilância para arritmias.”

O transportador deve permanecer até que a equipe receptora conheça o caso, reavalie o paciente e assuma formalmente o cuidado. O recebimento e os documentos entregues devem ser registrados.

7. Documentação e base normativa

O registro deve permitir reconstruir a evolução clínica, as decisões regulatórias, a condição antes da partida, as intercorrências e a entrega no destino.

Checklist documental

- ☐ Solicitação de regulação completa, com hipótese diagnóstica, sinais vitais, estado neurológico, suporte e condutas.
- ☐ Relatório médico legível, datado, assinado e com identificação profissional.
- ☐ Cópia dos registros relevantes do prontuário e da prescrição em curso.
- ☐ Exames laboratoriais, laudos e imagens disponíveis, em formato acessível ao destino.
- ☐ Registro da autorização, destino, horário, modalidade de transporte e contatos realizados.
- ☐ Consentimento do paciente ou responsável quando aplicável e possível, sem atrasar assistência emergencial necessária.
- ☐ Registro do recebimento e da passagem de caso na unidade de destino.

Referências normativas essenciais

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 — Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.110/2014 — normatiza o funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.077/2014 — funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI – DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.079/2014 — funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento e serviços congêneres.

- Protocolos estaduais, municipais e institucionais vigentes, que devem complementar este guia.

8. Fluxo mental de bolso

1. Reconheça a gravidade e a necessidade que excede a capacidade local.
2. Inicie estabilização e solicite regulação com informações completas.
3. Defina, com o regulador, prioridade, destino e modalidade de transporte.
4. Prepare paciente, equipe, equipamentos, oxigênio, medicamentos e documentos.
5. Reavalie imediatamente antes da saída; comunique qualquer deterioração.
6. Transporte com monitorização compatível e comunicação com a regulação.
7. Faça SBAR, entregue documentos e confirme a assunção formal do cuidado.

Mensagem final: regular é coordenar responsabilidade, tempo e capacidade assistencial. Um transporte seguro começa antes da ambulância sair e termina somente quando o cuidado foi formalmente assumido pelo serviço receptor.

Material educacional. Deve ser adaptado aos protocolos institucionais e à legislação vigente. Não substitui julgamento clínico, regulação médica nem orientação da direção técnica.