

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA

LIBERAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO

GOVERNO DO MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS

SES
Secretaria de Estado
da Saúde

Fonte: Freepik.com.

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SECRETARIA ADJUNTA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR

DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA LIBERAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO

São Luís
2025

2025. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.
Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-Não Comercial – Compartilha Igual 4.0 Internacional.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO
Carlos Orleans Brandão Junior

VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DO MARANHÃO
Felipe Costa Camarão

Secretário de Estado da Saúde
Tiago José Mendes Fernandes

Secretária Adjunta de Assistência à Saúde
Kátia Cristina de Castro Veiga Trovão

Superintendente do Complexo de Regulação Estadual
Thalita Pereira Veiga

ELABORAÇÃO

Gustavo Teixeira Alves - Coordenador Médico da Central Estadual de Regulação

Thalita Pereira Veiga - Superintendente do Complexo Regulador

Carolina Bergê Victor - Coordenação de Enfermagem da Central de Regulação

APOIO

Felipe Sousa Amado - Médico intensivista titulado pela AMIB

Hiago Sousa Bastos - Médico intensivista titulado pela AMIB

Carlos Antônio Coimbra Sousa - Médico intensivista titulado pela AMIB

Edilson Medeiros - Diretor Geral do Hospital de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira

APOIO EDITORIAL

Escola De Saúde Pública Do Maranhão – ESP/MA
Diretora Administrativa
Ana Lúcia Nunes
Diretor Científico
Antônio Carlos Pereira da Silva Júnior
Coordenadora de Tecnologias Educacionais
Elisa Santos Magalhães Rodrigues
Normalização
Josélia Pereira Rodrigues – Bibliotecária - ESP/MA
Diagramação
Bianca Cecíllia Santos Costa – Designer Gráfica - ESP/MA

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMIB - Associação de Medicina Intensiva Brasileira

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CFM - Conselho Federal de Medicina

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SCCM - *Society of Critical Care Medicine*

SUS - Sistema Único de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 6

1 INTRODUÇÃO 7

2 PRINCÍPIOS NORTEADORES 8

3 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI 8

4 FLUXO DE REGULAÇÃO DOS LEITOS 11

5 REGISTRO E TRANSPARÊNCIA 12

6 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO 12

REFERÊNCIAS 14

APÊNDICES 16

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO DE LEITOS DE UTI 17

APÊNDICE B – EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP (ECOG) 19

APÊNDICE C – CHECKLIST PARA DEFINIÇÃO DA PRIORIDADE 20

	PROTOCOLO	**DOC N°** SAAS/GERREG/ PROT/0024
	DIRETRIZES OPERACIONAIS PARA LIBERAÇÃO DE LEITOS DE UTI ADULTO	**VERSÃO** 01
		VALIDADE 20/05/2027
ELABORAÇÃO Gustavo Teixeira Alves Thalita Pereira Veiga Carolina Bergê Victor	**CARGO** Coordenador Médico da Central Estadual de Regulação de Leitos – SAAS/SES-MA; Superintendente do Complexo de Regulação Estadual SAAS/SES-MA; Gerente Assistencial da Central Estadual de Regulação de Leitos – SAAS/SES-MA	**DATA** 05/2025
REVISÃO Hiago Sousa Bastos Felipe Sousa Amado Carlos Antônio Coimbra Sousa Edilson Medeiros Luciana Albuquerque Melissa Helena Faray Vieira	**CARGO** Coordenador da Central Estadual de Transplantes do Maranhão e Membro da Câmara Técnica de Terapia Intensiva – CRM-MA Médico titulado em Terapia Intensiva pela AMIB Médico titulado em Terapia Intensiva pela AMIB Diretor Geral do Hospital de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira e Membro da Câmara Técnica de Terapia Intensiva – CRM-MA Superintendente de Assistência à Saúde Técnica da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Qualidade	**DATA** 07/2025
APROVAÇÃO Katia Cristina de Castro Veiga Trovão	**CARGO** Secretária Adjunta de Assistência à Saúde	
RESPONSÁVEIS Equipe assistencial de saúde	**DISTRIBUIDO PARA** Unidades de saúde com serviço de emergência e referências para as rotas estabelecidas neste protocolo.	

APRESENTAÇÃO

A implantação de um protocolo para liberação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no Maranhão surge como uma resposta estratégica à complexidade da gestão de recursos em saúde, especialmente em um estado marcado por desigualdades sociais e estruturais. A distribuição da população em 217 municípios, com concentração de serviços de alta complexidade em polos urbanos, impõe desafios logísticos e assistenciais significativos. A necessidade de otimizar a alocação de leitos de UTI, recurso escasso e vital, torna-se premente diante do perfil epidemiológico local, caracterizado pela alta prevalência de pacientes idosos com doenças cardiovasculares ou sepse, frequentemente dependentes de suporte avançado.

Este protocolo, fundamentado em normativas ético-assistenciais como a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM n.º 2.156/2016 e diretrizes da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), propõe um sistema de priorização clínica que considera a gravidade, o potencial de benefício terapêutico, a reversibilidade do quadro e a autonomia do paciente. Ao adotar critérios objetivos e transparentes, busca-se racionalizar o uso dos leitos e garantir o acesso oportuno aos pacientes que realmente necessitam de cuidados intensivos. A alocação de recurso e taxa de ocupação são fatores diretamente relacionados a custo/eficiência em terapia intensiva (Ward; Chong, 2015). A integração entre equipes assistenciais e reguladoras, o uso de escores prognósticos validados e a ênfase no alinhamento entre os objetivos do cuidado e as preferências do paciente e da família são elementos-chave dessa abordagem.

A adoção deste protocolo no Maranhão visa fortalecer a atuação da Central Estadual de Regulação, aprimorar a tomada de decisões clínicas, reduzir o risco de judicializações e, fundamentalmente, qualificar com redução de custos a assistência aos pacientes críticos. Ao promover justiça, equidade, beneficência e não maleficência na alocação de leitos de UTI, espera-se impactar positivamente os indicadores de saúde, contribuindo para a redução da mortalidade e a melhoria da qualidade de vida da população maranhense.

1 INTRODUÇÃO

A alocação eficiente e equânime de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) representa um dos principais desafios da gestão pública em saúde, especialmente em estados com marcantes desigualdades sociais e estruturais, como o Maranhão. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado possui cerca de 7 milhões de habitantes distribuídos em 217 municípios, com grandes disparidades no acesso aos serviços de média e alta complexidade.

De acordo com o Censo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), embora o Brasil conte com mais de 73.160 leitos de UTI, apenas 37,82% estão disponíveis para o Sistema Único de Saúde (SUS), e menos de 10% dos municípios brasileiros possuem leitos de terapia intensiva (AMIB, 2024). No Maranhão, observa-se concentração desses recursos em polos urbanos como São Luís, obrigando pacientes de regiões periféricas a longos deslocamentos, aumentando o tempo de espera e a gravidade dos quadros clínicos no momento da internação.

Além disso, o estudo nacional conduzido por Aguiar *et al.* (2021), com base em 27 estudos observacionais e 113 UTIs brasileiras, aponta que a maioria dos pacientes internados são idosos com doenças cardiovasculares ou sepse, frequentemente submetidos a ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas ou hemodiálise, o que implica alta mortalidade (variando entre 9,6% a 58%) e tempo de permanência médio de até 10 dias.

Diante desse cenário, torna-se fundamental o uso de critérios clínicos objetivos, transparentes e respaldados por evidências para garantir a alocação mais justa e eficaz dos leitos disponíveis. Nesse sentido, este protocolo baseia-se na Resolução CFM n.º 2.156/2016, que estabelece critérios ético-assistenciais para admissão e alta em UTIs. A norma propõe um sistema de priorização clínica em cinco níveis, levando em conta a gravidade, a possibilidade de benefício terapêutico, a reversibilidade do quadro e a autonomia do paciente. Ao classificar pacientes conforme o potencial de recuperação, a resolução contribui para a racionalização do uso dos leitos, evitando tanto a futilidade terapêutica quanto a omissão de cuidados intensivos a quem deles realmente necessita.

Complementarmente, as diretrizes da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), amplamente reconhecidas internacionalmente, oferecem subsídios técnicos sobre triagem, admissão e alta em UTIs, destacando a importância da integração entre equipes assistenciais e reguladoras, o uso de escores prognósticos validados (como APACHE II e SOFA), e a adoção de processos contínuos de auditoria e revisão de critérios. As diretrizes da SCCM também reforçam a importância do alinhamento entre os objetivos do cuidado e as preferências do paciente e da família, especialmente em contextos de terminalidade (SCCM, 2016).

Conforme o Processo-Consulta CFM n.º 21/2019 – Parecer CFM n.º 24/2019, o grau de especialização da UTI deve ser avaliado quanto à alocação de recurso, ficando idealmente reservada:

1) UTI Nível I: Direcionada para monitorização e vigilância (Prioridades II e IV);

2) UTI Nível II: Direcionada para tratamento intensivo agudo com suporte de vida (Prioridades I e III);

3) UTI Nível III: Direcionadas para o perfil de pacientes específicos (Ex.: Materna e neonatal).

Em sua maioria, no estado do Maranhão, as UTIs de nível II não devem ter leitos para a adoção conjunta dessas normativas, no Maranhão permite fortalecer a atuação da Central Estadual de Regulação, promover decisões mais éticas, reduzir judicializações e qualificar o cuidado aos pacientes críticos. Este protocolo, portanto, propõe uma estrutura técnica padronizada para o processo de regulação de leitos de UTI adulto, com base em evidências científicas, parâmetros ético-assistenciais e na realidade epidemiológica local.

2 PRINCÍPIOS NORTEADORES

1) Justiça e Equidade: distribuição justa dos recursos, priorizando os pacientes com maior benefício potencial.

2) Beneficência e Não Maleficência: evitar admissões sem perspectiva terapêutica e proporcionar cuidados adequados em unidades intermediárias ou paliativas.

3) Transparência: decisões baseadas em critérios objetivos documentadas adequadamente.

3 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA UTI

Os critérios objetivos para admissão de paciente em UTI são baseados em parâmetros clínicos e laboratoriais que permitem avaliar a gravidade do quadro clínico do paciente e o risco de morte ou deterioração clínica com alta probabilidade de recuperação, com ou sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.

Esses critérios são utilizados para priorizar a admissão de pacientes em UTI, de modo a garantir que os recursos disponíveis sejam alocados de forma mais eficiente e equitativa. Baseia-se no Conselho Federal de Medicina (CFM), no Diário Oficial da União, a Resolução CFM n.º 2.156/2016, que estabelece os critérios para indicação de admissão ou de alta para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Quadro 1 - Priorização de admissão na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI).

PRIORIDADE 1 (Crítico – Internação Imediata)
Pacientes com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico. Pacientes que são potenciais doadores de órgãos, conforme a Associação de Medicina Intensiva Brasileira, são prioridade I (após conclusão do protocolo).
Exemplos: • Pacientes com insuficiência respiratória aguda que necessitam de ventilação mecânica. • Pacientes com choque séptico que necessitam de inotrópicos e vasopressores. • Pacientes com trauma grave que necessitam de monitoramento intensivo.
PRIORIDADE 2 (Alto Risco - Internação Preferencial)
Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico.
Exemplos: • Pacientes com insuficiência respiratória aguda que não necessitam de ventilação mecânica, mas que apresentam risco de deterioração clínica. • Pacientes com choque séptico que estão respondendo ao tratamento, mas que ainda apresentam risco de deterioração clínica. • Pacientes com trauma grave que não apresentam instabilidade hemodinâmica, mas que ainda apresentam risco de complicações.
PRIORIDADE 3 (Médio Risco - Aguardando Leito)
Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica.
Exemplos: • Pacientes com insuficiência respiratória aguda que não necessitam de ventilação mecânica, mas que apresentam risco de deterioração clínica e que possuem comorbidades que limitam o tratamento. • Pacientes com choque séptico que estão respondendo ao tratamento, mas que ainda apresentam risco de deterioração clínica e que possuem comorbidades que limitam o tratamento. • Pacientes com trauma grave que não apresentam instabilidade hemodinâmica, mas que ainda apresentam risco de complicações e que possuem comorbidades que limitam o tratamento.

PRIORIDADE 4 (Baixo Risco - Monitoramento em Unidade de Cuidados Intermediários)
Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limitação de intervenção terapêutica.
Exemplos: • Pacientes com câncer terminal que apresentam falência de múltiplos órgãos. • Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em estágio avançado que apresentam insuficiência respiratória refratária. • Pacientes com doença renal crônica em estágio terminal que apresentam uremia.
PRIORIDADE 5 - (Fase Terminal - Cuidados Paliativos)
Pacientes com doença em fase de terminalidade, sem possibilidade de recuperação e que não apresentam benefício com as intervenções terapêuticas (potencial doador).
Exemplos: • Pacientes com câncer terminal que apresentam falência de múltiplos órgãos e que não respondem ao tratamento. • Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) em estágio avançado que apresentam insuficiência respiratória refratária e que não respondem ao tratamento. • Pacientes com doença renal crônica em estágio terminal que apresentam uremia e que não respondem ao tratamento.

Fonte: CFM (2016).

Nos casos em que houver mais de um paciente com a mesma prioridade de leito solicitado, a central de regulação deve avaliar inicialmente por critério temporal de solicitação, entendendo que para o mesmo perfil de gravidade e perfil com particularidades e linhas de cuidado diferenciadas (Ex.: gestantes, doador de órgãos, Protocolos JOIN), quem teve a solicitação feita primeiro, tem a prioridade da vaga. No seguimento desse fluxo, deve vir acompanhado de justificativa na regulação.

Algumas situações impõem a necessidade de regulação para “vaga-zero”, como os pacientes em seguimento do Protocolo JOIN (Infarto Agudo do Miocárdio - IAM e Acidente Vascular Cerebral - AVC), uma vez que a disponibilidade desse leito especial garante a linha de cuidados que precisa ser seguida para o sucesso do protocolo de trombólise e/ou angioplastia.

4 FLUXO DE REGULAÇÃO DOS LEITOS

1) Solicitação

O médico solicitante deve preencher o formulário padronizado com dados clínicos detalhados e justificativa para internação.

a) Identificação segura (nome completo, data de nascimento);

b) Cadastrar funcionalidade prévia pelo ECOG (*Eastern Cooperative Oncology Group*);

c) Comorbidades do paciente (Ex.: hipertensão arterial sistêmica, doença oncológica, microcefalia).

Obs.: Pacientes recém-nascidos serão todos cadastrados como ECOG = 0.

2) Avaliação

A equipe reguladora avalia a solicitação conforme os critérios definidos, utilizando sistemas de prioridades.

3) Classificação

Os pacientes serão classificados em:

Prioridade 1	Internação definitivamente em UTI
Prioridade 2	Internação preferencialmente em UCI
Prioridade 3	Internação preferencialmente em UTI
Prioridade 4	Internação preferencialmente em UCI
Prioridade 5	Internação definitivamente em UCI

4) Alocação

A Central Reguladora de Leitos direciona o paciente para a unidade disponível mais adequada, conforme a sugestão acima, porém respeitando a autonomia e deliberação médica individual acerca de cada caso.

Os casos solicitados devem ser reavaliados a cada 24h para a atualização do perfil de prioridade e definição da melhor alocação disponível ao momento clínico do paciente. Vale ressaltar que pacientes em ambiente de enfermaria que aguardam leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) devem ser priorizados, uma vez que estão sem assistência intensiva, diferente de quem já está aguardando em uma UTI/UCI, porém demanda de alta complexidade.

As unidades de alta complexidade devem idealmente respeitar as linhas de cuidado específicas para os pacientes com perfis específicos, como a UTI Materna, Pediátrica ou Neonatal, uma vez que se destinam a um perfil muito específico que demanda cuidados muito específicos. Não havendo leito de especialidade disponível, deve ser avaliada a possibilidade de transferência para leito de não especialidade (adulto geral) a depender do contexto clínico e avaliação médica da unidade de origem e da regulação.

5 REGISTRO E TRANSPARÊNCIA

1) Todas as decisões devem ser documentadas no prontuário do paciente.

2) Relatórios periódicos sobre admissões, altas e tempo de espera devem ser apresentados aos gestores da saúde.

3) Auditorias periódicas garantirão a adesão ao protocolo.

4) A conformidade no preenchimento e concordância frente ao caso clínico será monitorada

6 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO

Para assegurar a efetividade, a qualidade técnica e a aderência ao presente protocolo de regulação de leitos de UTI adulto, foram definidos indicadores operacionais e assistenciais que permitem o monitoramento contínuo do processo decisório e sua adequação aos princípios ético-assistenciais.

Esses indicadores foram selecionados com base em sua viabilidade de mensuração, relevância clínica e capacidade de retroalimentar ações corretivas e educativas junto aos profissionais envolvidos. Os dados deverão ser consolidados periodicamente pela equipe técnica da Central Estadual de Regulação, permitindo análises por unidade solicitante, por prestador e por região de saúde.

Quadro 2 - Indicadores de Qualidade do Protocolo de Regulação de Leitos de UTI Adulto.

INDICADOR	DESCRIÇÃO	FÓRMULA	META SUGERIDA
1. Taxa de Concordância entre a Prioridade Solicitada e a Avaliada pela Regulação (Sprung *et al.*, 1999).	Mede a assertividade técnica da equipe solicitante na aplicação dos critérios de priorização.	(N.º de solicitações com prioridade mantida /Total de solicitações avaliadas) × 100.	≥ 85%

2. Proporção de Solicitações Indeferidas com Justificativa Documentada (Ward; Chong, 2015).	Avalia a transparência, rastreabilidade e defensabilidade das decisões negativas de vaga.	(N.º de solicitações indeferidas com justificativa/Total de solicitações indeferidas) × 100.	100%
3. Tempo Médio entre Solicitação e Autorização de Leito (Cardoso *et al.*, 2011).	Mede a agilidade do fluxo regulatório na alocação de leitos de UTI após solicitação.	Soma dos tempos (em horas) entre solicitação e autorização/N.º total de leitos autorizados.	≤ 6 horas (preferencial)
4. Proporção de Pacientes Classificados como Prioridade 4 ou 5 admitidos em UTI (CFM, 2016).	Avalia a frequência de alocações em UTI para pacientes com perfil de terminalidade ou sem benefício.	(N.º de pacientes Prioridade 4 ou 5/ Total de internações em UTI via regulação) × 100.	≤ 10%

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Luciana Mara Meireles *et al.* Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 624-634, 2021. DOI: 10.5935/0103-507X.20210088. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbti/a/sDnLGny8cZgQtVVfX5q3X7G/?lang=pt. Acesso em: 30 ago. 2025.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. **Censo AMIB 2024 – Perfil das Unidades de Terapia Intensiva no Brasil**. São Paulo, 2024. Disponível em: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjNiZTZjYWUtM-GU4NC00ZWNmLThiODctMWJkZDEzNjMwNjc3Iiwid CI6IjUwMmNlNzAzLTFhYWEt-NDczZS04NDNkLWYzZTc1NjAx YmY0NiJ9. Acesso em: 15 abr. 2025.

CARDOS, Lucienne T. Q. *et al.* Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. **Crit. Care**, *[S. l.]*, v. 15, n. 1, R28, 2011. DOI: 10.1186/cc9975. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21244671/. Acesso em: 20 out. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. Resolução CFM n.º 2.156, de 16 de novembro de 2016. Estabelece os critérios para admissão e alta em unidades de terapia intensiva. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ano CLIII, n. 220, p. 138-148, 17 nov. 2016. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156. Acesso em: 30 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Processo-Consulta CFM nº 21/2019 – Parecer CFM nº 24/2019**. As unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) devem desenvolver critérios de qualidade para a segurança dos pacientes, além de definir atribuições e competências na composição da equipe. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2019/24_2019.pdf. Acesso em: 30 ago. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA (Brasil). **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf. Acesso em: 17 ago. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Maranhão - População estimada [2025]**. Rio de Janeiro, [2025]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma.html. Acesso em: 17 ago. 2025.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE - SCCM. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. **Critical Care Medicine**, *[S. l.]*, v.

44, n. 8, p. 1553-1602, aug. 2016. Disponível em: https://www.sccm.org/clinical-resources/guidelines/guidelines/icu-admission,-discharge,-and-triage-guidelines. Acesso em: 15 abr. 2025.

SPRUNG, C. L. *et al.* Evaluation of triage decisions for intensive care admission. **Critical Care Medicine**, *[S. l.]*, v. 27, n. 6, p. 1073-1079, jun. 1999. DOI: 10.1097/00003246-199906000-00021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10397207/. Acesso em: 20 out. 2025.

WARD; Nicholas; CHONG, David H. Critical Care Beds and Resource Utilization: Current Trends and Controversies. **Semin Respir Crit Care Med.**, *[S. l.]*, v. 36, n. 6, p. 914-20, dec. 2015. DOI: 10.1055/s-0035-1564876. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26595051/. Acesso em: 30 ago. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO DE LEITOS DE UTI

FORMULÁRIO PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO DE LEITOS DE UTI

GOVERNO DO MARANHÃO TRABALHANDO PARA TODOS | SES Secretaria de Estado da Saúde

Data da Avaliação: ____/____/_____ Hora da Avaliação: _____:_____

Nome do Paciente: _____ DN: ____/____/_____

Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro:

Idade: _____ ECOG: _____

Diagnóstico Principal: _____

Hospital de origem: _____

Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

COMORBIDADES E CRITÉRIOS DE RISCO						
☐ Diabetes	☐ Hipertensão	☐ Sedentarismo	☐ Obesidade (IMC >30)	☐ Tabagismo e/ou alcoolismo	☐ Dislipidemia	☐ DAOP
☐ AIT	☐ História familiar de DAC precoce	☐ Câncer prévio	☐ IAM prévio	☐ Fibrilação atrial	☐ RVM prévia	☐ AVC

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA INTERNAÇÃO EM UTI	SIM	NÃO
SUPORTE VENTILATÓRIO		
Necessida de venrilação mecânica invasiva		
Insuficiência respiratória aguda com necessidade de suporte ventilatório		
Hipoxemia grave (PaO2) < 60mmHg em ar ambiente ou relação PaO2/FiO2 < 200)		
Hipercapnia com pH < 7,25 apesar de medidas não invasivas		
INSTABILIDADE HEMODINÂMICA		
Necessidade de uso contínuo de drogas vasoativas		
Hipotensão refratária (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg após reposição volêmica)		
Taquicardia sustentada (> 150 bpm) associada a instabilidade clínica		
Arritmias ventriculares graves ou choque cardiogênico		

DISFUNÇÃO RENAL E METABÓLICA		
Necessidade de terapia de substituição renal contínua (hemodiálise ou diálise peritoneal)		
Distúrbios hidroeletrolíticos graves não corrigíveis em ambiente não intensivo		
Acidose metabólica grave (pH < 7,2) não responsiva à terapia habitual		
SEPSE E DISFUNÇÃO ORGÂNICA		
Sepse com necessidade de suporte hemodinâmico		
Choque séptico (hipotensão mantida apesar de reposição volêmica adequada)		
Lactato sérico > 4 mmol/L		
Necessidade de antibioticoterapia venosa de amplo espectro com vigilância intensiva		
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS CRÍTICAS		
Rebaixamento do nível de consciência (Glasgow ≤ 8)		
Convulsões persistentes ou status epilepticus		
AVC hemorrágico ou isquêmico extenso com necessidade de monitoramento intensivo		
Hipertensão intracraniana grave com sinais clínicos de herniação		
OUTRAS SITUAÇÕES CLÍNICAS GRAVES		
Pós-operatório imediato de cirurgia de grande porte com alto risco de complicações		
Politraumatismo grave com instabilidade clínica		
Queimaduras extensas com necessidade de suporte intensivo		
Intoxicações graves com necessidade de monitoramento contínuo		
Pacientes imunossuprimidos com deterioração clínica aguda		

Assinatura e carimbo: _____

APÊNDICE B – EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP (ECOG)

EASTERN COOPERATIVE ONCOLOGY GROUP (ECOG)

A escala *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) avalia o impacto da doença nas atividades diárias do paciente, com pontuações que variam de zero a cinco pontos. A pontuação cinco indica morte, enquanto a pontuação zero significa que o paciente está totalmente ativo.

- 0 – Atividade habitual sem restrições.
- 1 – Apresenta sintomas da doença, mas consegue se mover e realizar suas atividades cotidianas.
- 2 – Fora do leito mais de 50% do tempo.
- 3 – No leito mais de 50% do tempo, necessitando de cuidados mais intensivos.
- 4 – Restrito ao leito, com grande dependência.
- 5 – Óbito.

Tabela 1 - *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG).

Valor	Descrição da capacidade funcional	Equivalência KPS
0	Atividade normal	90 - 100%
1	Sintomas da doença, mas deambula e leva seu dia a dia normal	70 - 80%
2	Fora do leito mais de 50% do tempo	50 - 60%
3	No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	30 - 40%
4	Restrito ao leito	20 - 10%
5	Óbito	0

Fonte: Oken *et al.* (1982) *apud* INCA (2022).

APÊNDICE C - CHECKLIST PARA DEFINIÇÃO DA PRIORIDADE

CHECKLIST PARA DEFINIÇÃO DA PRIORIDADE

Prioridade 1 (Crítico - Internação Imediata)	☐ Necessidade de suporte ventilatório invasivo ☐ Uso contínuo de drogas vasoativas ☐ Instabilidade hemodinâmica grave com alto risco de óbito ☐ Necessidade de suporte renal contínuo ☐ Sepse ou choque séptico com disfunção orgânica múltipla ☐ Estado neurológico crítico com necessidade de monitorização intensiva
Prioridade 2 (Alto Risco - Internação Preferencial)	☐ Necessidade de monitorização contínua para prevenção de deterioração clínica ☐ Insuficiência respiratória aguda com risco de intubação ☐ Pacientes pós-operatórios de grande porte com risco de descompensação ☐ Necessidade de terapia farmacológica avançada sem suporte invasivo ☐ Disfunção orgânica moderada com potencial de reversibilidade
Prioridade 3 (Médio Risco - Aguardando Leito)	☐ Pacientes com necessidade de cuidados intensivos, mas sem risco imediato de vida ☐ Pacientes que necessitam de terapia avançada, mas sem disfunção orgânica múltipla ☐ Necessidade de vigilância contínua, mas sem suporte invasivo ☐ Condições clínicas estáveis, mas com alta dependência tecnológica

Prioridade 4 (Baixo Risco - Monitoramento em Unidade de Cuidados Intermediários)	☐ Pacientes que podem ser manejados em unidades semi-intensivas ☐ Monitorização contínua necessária, mas sem necessidade de suporte avançado ☐ Pacientes com condições crônicas estáveis e sem instabilidade aguda ☐ Necessidade de observação pós-operatória sem alto risco de complicação
Prioridade 5 (Fase Terminal - Cuidados Paliativos)	☐ Doença em fase de terminalidade sem indicação de suporte intensivo ☐ Pacientes sem perspectiva terapêutica curativa ☐ Indicação prioritária para unidades de cuidados paliativos ☐ Necessidade de controle de sintomas e conforto ao invés de intervenções invasivas
CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE **(Marcar a opção correspondente)**	☐ Prioridade 1 (Internação Imediata - Crítico) ☐ Prioridade 2 (Internação Preferencial - Alto Risco) ☐ Prioridade 3 (Aguardando Leito - Médio Risco) ☐ Prioridade 4 (Monitoramento em Unidade de Cuidados Intermediários) ☐ Prioridade 5 (Cuidados Paliativos - Fase Terminal) Status da Solicitação: ☐ Aprovada ☐ Negada ☐ Em espera Justificativa: _____ Responsável pela avaliação: _____
DECISÃO FINAL DA CENTRAL REGULADORA	Data/hora da decisão: ____/____/_____:____ **ASSINATURAS** Médico Solicitante: _____ Coordenador da Regulação: _____ Data:____/____/____

HISTÓRICO DE REVISÕES		
VALIDAÇÕES		
ELABORAÇÃO		
Documento assinado digitalmente **THALITA PEREIRA VEIGA** Data: 28/10/2025 17:09:35-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	Documento assinado digitalmente **GUSTAVO TEIXEIRA ALVES** Data: 29/10/2025 11:13:34-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	Documento assinado digitalmente **CAROLINA BERGE VICTOR** Data: 29/10/2025 11:17:26-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____
REVISÃO		
Documento assinado digitalmente **HIAGO SOUSA BASTOS** Data: 29/10/2025 12:16:08-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	Documento assinado digitalmente **FILIPE SOUSA AMADO** Data: 29/10/2025 14:24:42-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	
Documento assinado digitalmente **CARLOS ANTONIO COIMBRA SOUSA** Data: 29/10/2025 21:22:02-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	Documento assinado digitalmente **EDILSON CORREA DE MEDEIROS JUNIOR** Data: 29/10/2025 22:25:34-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	
Documento assinado digitalmente **LUCIANA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA** Data: 03/11/2025 11:27:22-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	Documento assinado digitalmente **MELISSA HELENA FARAY VIEIRA** Data: 03/11/2025 11:36:50-0300 Verifique em https://validar.iti.gov.br DATA: ____/____/____	
APROVAÇÃO		
KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVAO:92617719391 Assinado digitalmente por KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVAO:92617719391 ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Certificado Digital PF A3, OU=Presencial, OU=45616309000149, OU=AC SyngularID Multipla, CN=KATIA CRISTINA DE CASTRO VEIGA TROVAO:92617719391 Razão: Eu sou o autor deste documento Localização: Data: 2025.11.04 09:22:59-03'00' Foxit PDF Reader Versão: 2024.3.0 DATA: ____/____/____		

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Este protocolo será revisado anualmente, considerando novas evidências e diretrizes regulatórias.


GOVERNO DO
MARANHÃO
TRABALHANDO PARA TODOS
SES
Secretaria de Estado
da Saúde