

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE

Deliberação CIB nº 141, 30/10/2024

Considerando a Portaria MS/GM nº 1.559 de 01/08/2008 que Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, que compreende três dimensões, sendo: a regulação de Sistemas de Saúde, a regulação da atenção à saúde e ainda, a regulação do acesso à assistência;

Considerando a Portaria MS/GM nº 2.600 de 21/10/2009 que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes;

Considerando as disposições da Lei Federal nº 9.434, de 04-02-1997, regulamentada pelo Decreto Federal nº 9.175, de 18/10/2017, as portarias, regulamentos e demais normas pertinentes ao Sistema Nacional de Transplantes; e, a necessidade de atualizar as normas estaduais em vigor no âmbito do Estado de São Paulo, concernentes ao funcionamento do Sistema Estadual de Transplantes;

Considerando a Resolução SS nº 06, de 08/02/2019 que dispõe sobre a estrutura organizacional e operacional do Sistema Estadual de Transplante de São Paulo;

Considerando a criação na Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP por meio do Decreto nº 56.061, de 02 de agosto de 2010, da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS, para operacionalizar as ações de regulação do acesso sob coordenação técnica e diretrizes do Grupo de Regulação – GS/SES;

Considerando a Deliberação CIB 6, de 08/02/2012 que estabelece as Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo;

Considerando o Ofício nº 201/2024/CGSNT/DAET/SAES/MS de 01 de março de 2024 – que comunica a partir desta data, alteração no processo de regulação de pacientes para os projetos assistenciais de transplantes, no âmbito do PROADI-SUS;

Considerando o Ofício Circular nº11/2024/CGSNT/DAET/SAES/MS, retificado pelo Ofício Circular nº13 /2024/CGSNT/DAET/SAES/MS, que estabelece no âmbito do Estado de São Paulo, o fluxo regulatório de acesso de pacientes para Avaliação para Transplantes, nos Serviços de Saúde contemplados pelo projeto PROADI- SUS;

Considerando que o Estado de São Paulo utiliza o Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – SIRESP, para tramitar e organizar o fluxo de pacientes entre as diversas unidades sob os preceitos da regulação, tanto através do módulo ambulatorial quanto do módulo de urgências;

Considerando que o Estado de São Paulo possui atualmente 156 equipes credenciadas para realizar transplantes pelo SUS, nas seguintes modalidades: coração, pulmão, fígado, rins, pâncreas, pâncreas/rim, intestino, multivisceral, medula e córnea;

Considerando que a inscrição dos pacientes com indicação de transplante no SIGSET – Sistema Informatizado de Gerenciamento do Sistema Estadual de Transplantes é de responsabilidade das equipes transplantadoras;

Considerando a necessidade de organizar o acesso dos pacientes que necessitam de avaliação, para transplante através do SIRESP, de forma organizada segundo as legislações vigentes;

Considerando que existe uma dificuldade para o paciente que recebe o diagnóstico de possível candidato a transplante, de qualquer órgão, em acessar uma das equipes transplantadoras e dessa forma, ingressar no SIGSET, de forma equânime;

A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo – CIB/SP em sua 350ª reunião ordinária, realizada em 24/10/2024 aprova a atualização da **Nota Técnica CIB – Orientações para regulamentação do acesso dos pacientes que necessitam da avaliação para transplante, em caráter eletivo/ambulatorial e em caráter de urgência para coração, pulmão e fígado, no Estado de São Paulo**. O acesso dar-se-á através do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – SIRESP, através do Módulo de Regulação Ambulatorial – MRA, para casos de caráter eletivo/ambulatorial e Módulo de Regulação de Urgência – MRU, para situações de urgência/emergência, conforme Anexos I, II, III e IV. (Fica revogada a Deliberação CIB 83, de 26/06/2024, publicada em 27/06/2024).

ANEXO I

Nota Técnica CIB – Orientações para regulamentação do acesso dos pacientes que necessitam da avaliação para transplante, em caráter eletivo/ambulatorial e em caráter de urgência para coração, pulmão e fígado, no Estado de São Paulo.

INTRODUÇÃO

Dos profissionais e estabelecimentos/instituições elegíveis à solicitação de avaliação para transplante:

O transplante é um procedimento de alta complexidade e, portanto, a solicitação de avaliação deve ser indicada, por profissionais especializados nas áreas afeitas ao órgão a ser transplantado, que atuam preferencialmente, em Serviços Ambulatoriais de Especialidade, ligados ou não a Instituições Hospitalares.

No **Anexo II** está descrito os cadastros, (CBO – Cadastro Brasileiro de Ocupações) relacionados a cada um dos órgãos sólidos mencionados.

Pactuação de Referência:

A regionalização tem como objetivo otimizar o deslocamento dos pacientes que necessitam de avaliação e organizar uma rede referenciada, para o acesso aos serviços credenciados, segundo a modalidade do transplante.

Pactuação de contrarreferência: Todo paciente avaliado, sem indicação para transplante, será orientado a retornar à unidade de origem para continuidade do tratamento.

As avaliações/triagens de pertinência para transplante ocorrerão através de consultas com especialistas dos serviços de referência de cada modalidade de transplante. Por se tratar, de recurso de alta complexidade, o fluxo de acesso será através de agenda regulada, por meio de cotas no módulo ambulatorial do SIRESP. A regulação será centralizada e operacionalizada, pela equipe de Regulação Ambulatorial da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS, que receberá as solicitações de avaliação, analisará a pertinência conforme o protocolo de acesso específico, para cada modalidade de transplante e procederá com agendamento de acordo com a oferta pactuada em tempo oportuno, obedecendo a regionalização e protocolos de acesso vigentes.

Cada instituição transplantadora deverá configurar, a agenda regulada mensal no SIRESP, obedecendo o cronograma oficial de configuração de agenda.

A Unidade Solicitante é responsável pelo paciente, durante o processo regulatório, garantindo que, ele tenha informações sobre o andamento da solicitação no SIRESP. Caberá ao solicitante manter as informações do paciente atualizadas no SIRESP e informá-lo sobre a finalização desse processo.

A regulação de Urgência/Emergência aqui prevista destina-se especialmente para coração, pulmão e fígado, através do Módulo de Regulação de Urgência do SIRESP.

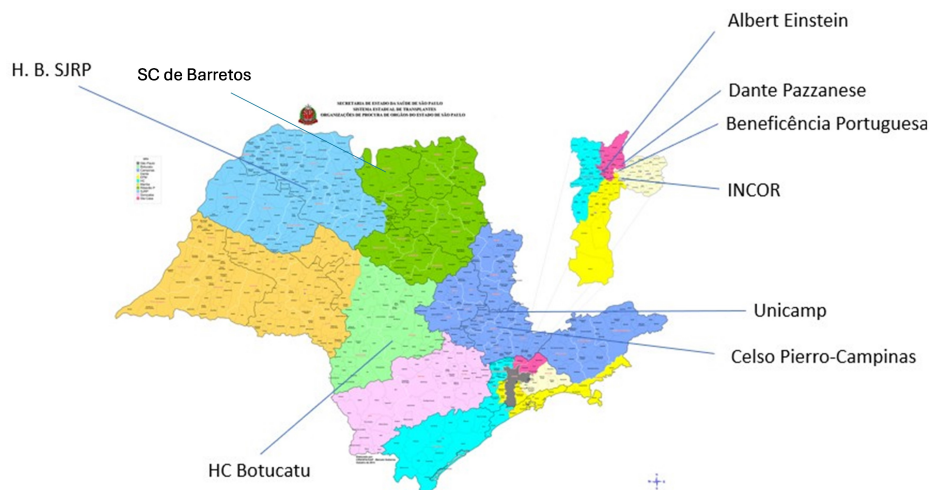
Cenário do Transplante de Órgãos Sólidos:

Apresentamos a seguir, os centros transplantadores conforme o órgão transplantado e distribuição das equipes no Estado de São Paulo, atualizado em 16/10/2024. Sempre que houver atualização desses centros, esta Nota Técnica será aplicada aos centros habilitados ou autorizados como tal.

O Estado de São Paulo conta com:

- a) 9 estabelecimentos que realizam o **transplante cardíaco** – SUS (Figura 1). O Hospital Albert Einstein realiza através do projeto PROADI-SUS.

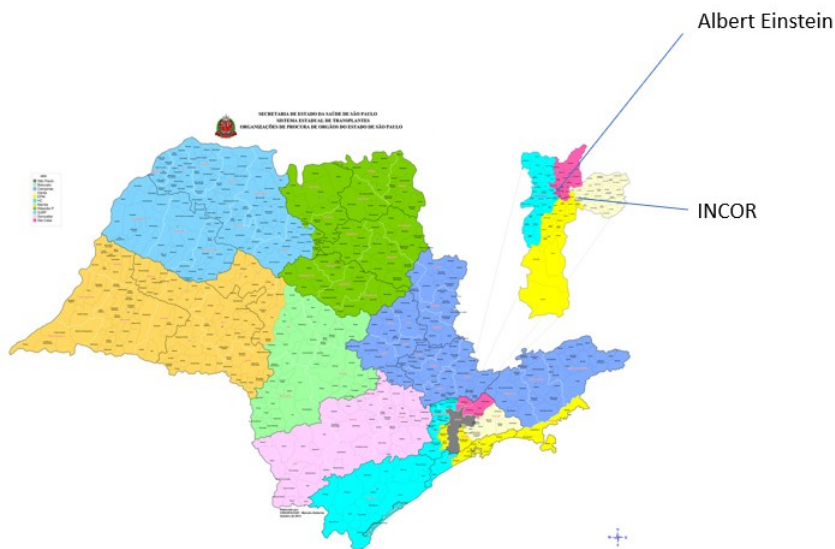
Figura 1 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante cardíaco – SUS.



Fonte: Sistema Estadual de Transplante – Outubro/2024

b) 2 estabelecimentos que realizam transplante pulmonar - SUS (Figura 2). O Hospital Albert Einstein realiza através do projeto PROADI-SUS.

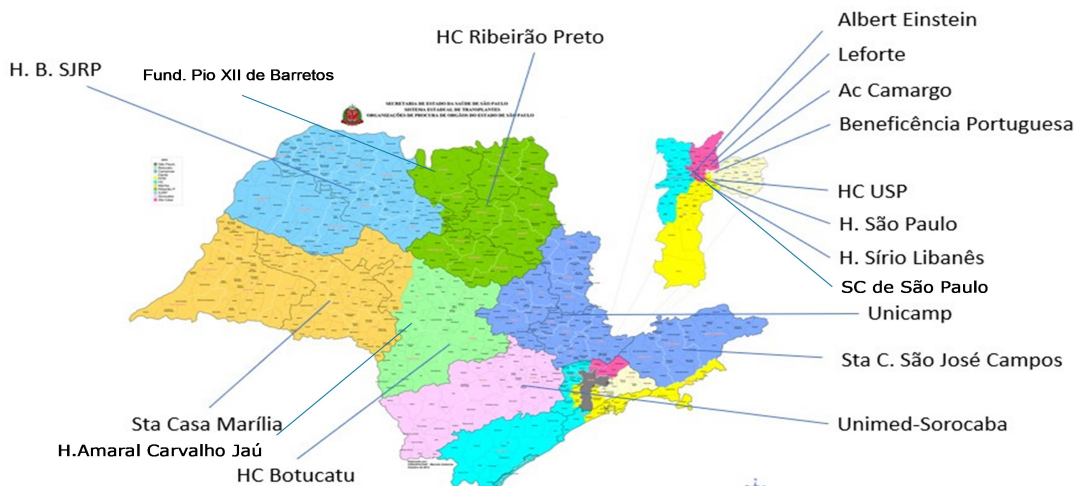
Figura 2 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante pulmonar –SUS.



Fonte: Sistema Estadual de Transplante – Outubro/2024

c) 17 estabelecimentos que realizam transplante hepático - SUS (Figura 3). O Hospital Albert Einstein e o Hospital Sírio Libanês realizam através do projeto

Figura 3 – Localização dos estabelecimentos que realizam o transplante hepático – SUS.



Fonte: Sistema Estadual de Transplante – Outubro/2024

No **Quadro 1** abaixo, relacionamos, por Departamento Regional de Saúde – DRS, os hospitais habilitados como transplantadores, no Estado de São Paulo, segundo o órgão de referência: coração, pulmão e fígado.

Cabe ressaltar que, o Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio Libanês e o Hospital Beneficência Portuguesa localizados na cidade de São de Paulo, realizam transplantes pelo SUS, através do projeto PROADI-SUS "Apoio à qualificação do processo de doação e transplantes de órgãos, tecidos e medula óssea, por meio de ações integradas de assistência à saúde, gestão e capacitação profissional" para o gestor estadual de saúde de São Paulo, conforme nota técnica nº 32/2022-CGSNT/DAET/SAES/MS.

Quadro 1 – Hospitais Habilitados como transplantadores no Estado de São Paulo, assinalando o órgão de referência (Coração, Pulmão e Fígado), outubro de 2024.

DRS	CNES	Gestão	Hospitais	Coração	Pulmão	Fígado
DRS I – Grande São Paulo	2071568	Estadual	Incor	X	X	
	2077477	Estadual	Hospital Santa Marcelina			
	2077485	Estadual	Hospital São Paulo - Unifesp			X
	2078015	Estadual	Hospital das Clínicas de São Paulo			X
	2088495	Estadual	Instituto Dante Pazzanese	X		
	2688689	Estadual	Santa Casa de São Paulo			X
	2058391	Municipal	Hospital Israelita Albert Einstein (PROADI-SUS)	X	X	X
	2077507	Municipal	Hospital Leforte (Liberdade)			X

	2077531	Municipal	Hospital AC Camargo			X
	2079127	Municipal	Hospital Sírio Libanês (PROADI-SUS para Fígado)		X	X
	2080575	Municipal	Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo	X		X
DRS IV - Barretos	2092611	Municipal	Santa Casa de Barretos	X		
	2090236	Estadual	Fundação Pio XII de Barretos			X
DRS VI - Bauru	2748223	Estadual	Hospital das Clínicas de Botucatu (HC - Unesp)	X		X
	2083086	Estadual	Hospital Amaral Carvalho Jaú			X
DRS VII - Campinas	2079798	Estadual	Hospital das Clínicas - Unicamp	X		X
	2082128	Municipal	Hospital Celso Pierro-PUC	X		
DRS IX - Marília	2083116	Municipal	Santa Casa de Marília			X
DRS XI - Presidente Prudente	2080532	Estadual	Santa Casa de Presidente Prudente			
DRS XIII - Ribeirão Preto	2082187	Estadual	Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (FAEPA)			X
	2084414	Municipal	Santa Casa de Ribeirão Preto			
DRS XV - São José do Rio Preto	2077396	Estadual	Hospital de Base de São José do Rio Preto	X		X
DRS XVI - Sorocaba	2708566	Municipal	Hospital Unimed Sorocaba			X
DRS XVII - Taubaté	2748029	Estadual	Santa Casa de São José dos Campos			X

Fonte: CNES/DATASUS Extraído em 16/10/2024 e Portaria SAES/MS nº 1.444 de 31/01/2024.

FLUXO PARA PACIENTES AMBULATORIAIS

1. Unidades sob gestão estadual ou municipal que utilizam o Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA)-SIRESP

Inserção da solicitação no Módulo de Regulação Ambulatorial do SIRESP, no recurso “Avaliação para Transplante – Órgão...”.

Anexar os documentos abaixo:

- Formulário específico, para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), devidamente preenchido com assinatura e carimbo do médico solicitante.
- Documentação comprobatória (relatório médico detalhado, exames recentes etc.) conforme as recomendações de indicações clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

As solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e, se pertinente, (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas, pelas equipes transplantadoras, de acordo com a grade de referência previamente estabelecida em

tempo oportuno.

2. Unidades sob gestão municipal que não utilizam o Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA)-SIRESP

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo III** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância municipal será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP. A inserção será no Módulo de Regulação Ambulatorial do SIRESP, no recurso “Avaliação para Transplante – Órgão...”.

Anexar os documentos abaixo:

- Formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), devidamente preenchido com assinatura e carimbo do médico solicitante.
- Documentação comprobatória (relatório médico detalhado, exames recentes etc.) conforme as recomendações de indicações clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

As solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e se pertinente (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas pelas equipes transplantadoras de acordo com a grade de referência previamente estabelecida em tempo oportuno.

3. Unidades privadas que não prestam serviço ao SUS e sem acesso ao SIRESP

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância municipal será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP.

A inserção da solicitação deverá ser feita, pela gestão municipal, no Módulo de Regulação Ambulatorial, no recurso “Avaliação para Transplante – Órgão...”.

Anexar os documentos abaixo:

- Formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), devidamente preenchida com assinatura e carimbo do médico solicitante.
- Documentação comprobatória (relatório médico detalhado, exames recentes etc.) conforme as recomendações de indicações clínicas dispostas no

Anexo III dessa nota técnica.

As solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e se pertinente (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas pelas equipes transplantadoras de acordo com a grade de referência previamente estabelecida em tempo oportuno.

Período de Transição

Fica estabelecido período de transição de 365 dias, a partir da data de publicação dessa Nota Técnica CIB, para ajustes e divulgação da mesma a todos os serviços privados executantes e também aos serviços solicitante, para observação da mesma, como uma forma de permitir a organização dos gestores municipais.

Nesse período de transição, os serviços executantes, inclusive os que prestam serviço ao SUS através do PROADI-SUS, poderão inserir os casos que recebem diretamente dos serviços privados na condição de solicitante, no Módulo de Regulação Ambulatorial no recurso “Avaliação Para Transplante – órgão”

Essas solicitações serão avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e se pertinente (conforme protocolo de encaminhamento – **Anexo III e IV**), agendadas nas vagas disponibilizadas pelas equipes transplantadoras, de acordo com a grade de referência previamente estabelecida e tempo oportuno.

FLUXO PARA PACIENTES INTERNADOS – URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

1. Unidades sob gestão estadual ou municipal que utilizam o Módulo de Regulação de Urgência (MRU)-SIRESP

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante.

A inserção do caso será no Módulo de Regulação de Urgências do SIRESP, em ficha padrão, com solicitação do recurso “Avaliação para Transplante”, sendo obrigatório anexar o Formulário de Protocolo de Encaminhamento (**Anexo IV**);

Todas as solicitações devem seguir as recomendações de condições clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

Pelo mesmo sistema de regulação, as solicitações serão devidamente avaliadas por equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e encaminhadas para todas as referências cadastradas como executante para esse recurso, seguindo grade de referência previamente estabelecida.

2. Unidades sob gestão municipal que não utilizam o SIRESP Módulo de Regulação de Urgência (MRU), para regulação da urgência

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP.

A inserção do caso será no Módulo de Regulação de Urgências do SIRESP, em ficha padrão, com solicitação do recurso “Avaliação para Transplante”.

Todas as solicitações devem seguir as recomendações de condições clínicas dispostas no **Anexo III** dessa nota técnica.

Pelo mesmo sistema de regulação, as solicitações serão devidamente avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e encaminhadas para todas as referências cadastradas como executante para esse recurso, seguindo grade de referência previamente estabelecida e tempo oportuno.

3. Unidades privadas que não prestam serviço ao SUS e sem acesso ao SIRESP

Preenchimento do formulário específico para cada órgão (**Anexo IV** dessa nota técnica), com assinatura e carimbo do médico solicitante. Fica a cargo de cada Secretaria Municipal determinar qual instância municipal será responsável por inserir e acompanhar a solicitação no SIRESP.

A inserção do caso será no Módulo de Regulação de Urgências do SIRESP, em ficha padrão, com solicitação do recurso “Avaliação para Transplante”.

Todas as solicitações devem seguir as recomendações de condições clínicas dispostas no **Anexo II** dessa nota técnica.

Pelo mesmo sistema de regulação, as solicitações serão devidamente avaliadas pela equipe de médicos reguladores da CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde e encaminhadas para todas as referências cadastradas como executante para esse recurso, seguindo grade de referência previamente estabelecida e tempo oportuno.

Fica estabelecida a criação de uma Comissão Bipartite com responsabilidade de contatar e pactuar com todas as equipes transplantadoras e seus respectivos gestores, a disponibilização de oferta no SIRESP, assim como o cadastramento como executante, viabilizando a criação da rede regulada de avaliação para transplante.

As unidades transplantadoras que participam do PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) deverão seguir as normas regulatórias da Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT).

A regulação de avaliação para transplante para esses serviços será realizada através do SIRESP, seja pelo Módulo de Regulação Ambulatorial (MRA), seja para regulação de urgência através do Módulo de Regulação de Urgência (MRU).

Para tal, esses serviços serão cadastrados no SIRESP, na condição de executante, exclusivamente para o acesso à avaliação para transplante conforme pactuação vigente como Ministério da Saúde.

Conforme descrito acima, no período de transição de 365 dias a partir da publicação dessa nota técnica, esses serviços de saúde poderão ser cadastradas como solicitantes.

4. PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de parceria estratégica entre, o Ministério da Saúde e Hospitais filantrópicos de reconhecida excelência no país, cujo modelo de financiamento é baseado na imunidade tributária isentando o Hospital do pagamento de determinados impostos, esses tributos são destinados a projetos que visam aprimorar a gestão, a pesquisa e a assistência à saúde no SUS. O Transplante é uma prestação de serviço assistencial à saúde sobre a qual repousa essa nota técnica.

Atualmente há 03 Hospitais que mantêm convênio PROADI-SUS com projeto assistencial para transplante, localizados no Estado de São Paulo, conforme o **Quadro 2**, abaixo relacionado:

Quadro 2 – Hospitais transplantadores PROADI-SUS no Estado de São Paulo, assinalando o órgão de referência, outubro de 2024.

Hospital	Transplante de Coração	Transplante de Pulmão	Transplante de Fígado	Transplante de Rim	Transplante de Medula Óssea	Reabilitação Intestinal
Hospital Israelita Albert Einstein	X	X	X	X	X	
Hospital Sírio Libanês			X			X
Hospital Beneficência Portuguesa					X	

Os critérios para utilização dos recursos disponibilizados através do PROADI – SUS, segue regras estabelecidas pelo SNT (Sistema Nacional de Transplante). Hoje está vigente o Ofício Circular nº 11/2024/CGSNT/DAET/SAES/MS, complementado pelo Ofício Circular nº 13/2024/CGSNT/DAET/SAES/MS para todas as modalidades referente a esse convênio: transplante de coração, transplante de pulmão, transplante de fígado, transplante de medula óssea e transplante de intestino/reabilitação intestinal.

Dessa forma, todos os casos passíveis de serem encaminhados a esses serviços habilitados e integrantes do PROADI-SUS contemplados no quadro acima, serão regulados através da CROSS, respeitando as grades de referências regionalizadas em tempo oportuno.

a. Para os casos ambulatoriais

Os serviços executantes deverão ofertar vagas de Avaliação Para Transplante no SIRESP. Diante do recebimento dos casos pertinentes, será consultada a oferta, por parte, dos serviços que prestam atendimento ao SUS seja, diretamente de serviços sob gestão estadual, por convênio com municípios ou através do PROADI. Os médicos reguladores seguirão a análise da pertinência frente aos protocolos estabelecidos (**Anexo IV**), referências regionais em tempo oportuno para avaliação do paciente;

b. Para os casos de urgência/emergência

Os serviços solicitantes deverão inserir os casos no SIRESP (Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo) através do MRU (Módulo de Regulação de Urgência), conforme já descrito anteriormente. Os médicos reguladores farão a busca do recurso em todos os serviços executantes para o órgão solicitado. Os hospitais que prestam assistência através do PROADI – SUS serão habilitados, nesse módulo, de forma a receberem as solicitações no sistema e através dele manifestarem ou não o aceite do caso, o que garante a transparência de todo o processo de regulação.

ANEXO II

CADASTRO BRASILEIRO DE OCUPAÇÕES – CBO

CBO relacionados a cada um dos órgãos sólidos aqui mencionados:

- **Regulação Ambulatorial:**
 - **Para transplante cardíaco:**
 - Cardiologista – CBO: 2251-20
 - Cirurgião Cardiovascular – CBO: 2252-10
 - Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
 - Pediatra – CBO: 2251-24
 - **Para transplante pulmonar:**
 - Pneumologista – CBO: 2251-27
 - Cirurgião torácico – CBO: 2252-40
 - Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
 - Pediatra – CBO: 2251-24
 - **Para transplante hepático:**
 - Cirurgião do aparelho digestivo – CBO: 2252-20
 - Gastroenterologista – CBO: 2251-65
 - Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
 - Pediatra – CBO: 2251-24
- **Regulação de Urgência/Emergência**
 - **Para transplante cardíaco:**
 - Cardiologista – CBO: 2251-20
 - Cirurgião Cardiovascular – CBO: 2252-10
 - Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
 - Pediatra – CBO: 2251-24
 - **Para transplante pulmonar:**

- Pneumologista – CBO: 2251-27
 - Cirurgião torácico – CBO: 2252-40
 - Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
 - Pediatra – CBO: 2251-24
- **Para transplante hepático:**
- Cirurgião do aparelho digestivo – CBO: 2252-20
 - Gastroenterologista – CBO: 2251-65
 - Médico em medicina intensiva – CBO: 2251-50
 - Pediatra – CBO: 2251-24

ANEXO III

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA AVALIAÇÃO

Para cada órgão sólido, são condições de inclusão para avaliação da indicação do transplante:

A – Avaliação para transplante de coração:

Condições clínicas autorizadas:

- Pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca em Classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto; e quando é iniciada qualquer atividade física agrava o desconforto;
- Portadores de arritmias consideradas malignas, com sintomas incapacitantes ou com alto risco de morte em um ano e sem a possibilidade do emprego de outros métodos terapêuticos clínicos ou cirúrgicos.

B – Avaliação para transplante de pulmão:

Condições clínicas autorizadas:

- Pacientes com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, sob as

- seguintes condições: classe III New York Heart Association (NYHA) - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) menor que 500ml (menor ou igual a 25% do predito após broncodilatador); declínio rápido do VEF1; hipertensão pulmonar secundária; hipoxemia ($PO_2 < 60$), hipercapnia e perda de peso; contraindicação para cirurgia redutora; deficiência de alfa 1 antitripsina.
- Fibrose pulmonar primária ou secundária, sob as seguintes condições: classe III NYHA pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; capacidade pulmonar total (CPT) ou capacidade vital forçada (CVF), menor que ou igual a 60% do predito; difusão para o monóxido de carbono (DCO) menor que ou igual a 30%; hipoxemia ($PO_2 < 60$) ao exercício; hipoxemia em repouso; hipertensão pulmonar secundária; declínio rápido da função pulmonar; perda de peso mesmo com dieta adequada.
 - Bronquiectasias, sob as seguintes condições: classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso; volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito; declínio rápido de VEF1; hipoxemia ($PO_2 < 60$) hipercapnia e perda de peso; infecções de repetição, hemoptise, pneumotórax; hipertensão pulmonar secundária.
 - Hipertensão pulmonar, sob as seguintes condições: classe III NYHA - pacientes com marcada limitação da atividade, confortáveis apenas em repouso ou IV NYHA - incapaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto, e quando é iniciada qualquer atividade física agrava-se o desconforto; pressão de artéria pulmonar média maior ou igual a 55mmHg; pressão de átrio direito média maior ou igual a 15 mmHg; índice cardíaco menor de 2 L/min/m²; ausência de resposta a vasodilatador.
 - Fibrose cística, sob as seguintes condições: volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador; hipoxemia em repouso: $PaO_2 < 55$ mmHg; hipercapnia 50 mmHg.
 - Evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais severas ou infecções por cepas bacterianas multirresistentes.

C – Avaliação para transplante de fígado:

Condições clínicas autorizadas:

- Pacientes com diagnóstico de cirrose, decorrente da infecção pelo vírus da Hepatite B ou C;
- Cirrose alcoólica;
- Câncer primário do fígado;
- Hepatite fulminante;
- Síndrome hepatopulmonar;
- Cirrose criptogênica;
- Atresia de vias biliares;
- Doença de Wilson;
- Doença de Caroli;
- Polineuropatia amiloidótica familiar (PAF);
- Hemocromatoses;
- Síndrome de Budd-Chiari;
- Doenças metabólicas com indicação de transplante;
- Cirrose biliar primária;
- Cirrose biliar secundária;
- Colangite esclerosante primária;
- Hepatite autoimune;
- Metástases hepáticas de tumor neuroendócrino irressecáveis
- Com tumor primário já retirado ou indetectável e sem doença extra- hepática detectável;
- Cirrose por doença gordurosa hepática não alcoólica.

Os protocolos serão preenchidos pelo médico especialista que solicitará a avaliação para transplante. Esse documento será inserido no SIRESP como anexo e encaminhado à Regulação Estadual. Após a regulação verificar a pertinência e realizar o agendamento da avaliação para transplante, essa documentação deverá ser apresentada à equipe transplantadora para subsidiar a primeira avaliação da equipe transplantadora e, sendo

necessário, informações adicionais poderão ser solicitadas.

ANEXO IV

FORMULÁRIO – PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – CORAÇÃO

1. Dados de identificação do paciente:	
Nome*:	
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()
CPF*:	RG*:
CNS*:	
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()
E-mail:	
Nome da mãe*:	
Endereço*:	
Município*:	UF*:
*Campos obrigatórios	
2. Dados do hospital de origem	
Nome*:	
CNES*:	Regional de Saúde:
Município*:	UF*:
Natureza*:	() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado
Justificativa do pedido de encaminhamento*:	_____
Médico (a) assistente*:	Fone* ()
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:	
*Campos obrigatórios	
3. Apoio familiar:	
O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* () SIM () NÃO	
Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.	
Se sim, qual o cidade/UF*:	
*Campos obrigatórios	
4. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DE ETIOLOGIA*:	
() Isquêmica	
() Chagásica	
() Hipertensiva	
() Idiopática	
() Outros – especificar:	
*Campo obrigatório	

5. AVALIAÇÃO CLÍNICA* (assinalar uma ou mais situações abaixo, se presentes)

<input type="checkbox"/> Dispneia aos pequenos esforços, apesar de medicação para ICC otimizada
<input type="checkbox"/> Sinais de fadiga, baixo débito ao esforço
<input type="checkbox"/> Edema de MMII e/ou ascite refratária ao tratamento
<input type="checkbox"/> Angina refratária ao tratamento e sem possibilidade de tratamento invasivo ou cirurgia
<input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular refratária
<input type="checkbox"/> Outros – especificar: _____
TIPO DE IMAGEM UTILIZADA* <input type="checkbox"/> Ecografia
<input type="checkbox"/> Outros – especificar: _____

* campos obrigatórios

6. RESULTADOS DO EXAME DE IMAGEM* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

<input type="checkbox"/> FEVE < ou = 35%
<input type="checkbox"/> Dilatação de VE
<input type="checkbox"/> Dilatação de VD
<input type="checkbox"/> PSAP > 40 mm/hg
OUTROS EXAMES* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)
<input type="checkbox"/> ECG de repouso
<input type="checkbox"/> RX de tórax (PA e perfil)
<input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco para estudo de coronárias (se possível)
<input type="checkbox"/> Ecografia abdominal (se possível)

*Campo obrigatório

7. EXAMES LABORATORIAIS* (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Sorologia para Sífilis
<input type="checkbox"/> Sódio	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> Sorologia para Chagas IgG e IgM
<input type="checkbox"/> Potássio	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Sorologia para HIV
<input type="checkbox"/> Colesterol total	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Outros - especificar
<input type="checkbox"/> Ureia	<input type="checkbox"/> Triglicerídeos	

*Campo obrigatório

8. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: a ser preenchido pelo centro avaliador/transplantador)

Conduta do centro transplantador
<input type="checkbox"/> caso aceito <input type="checkbox"/> caso recusado <input type="checkbox"/> fora dos critérios de inclusão
Observações: _____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a): _____

Data: ____ / ____ / ____

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – PULMÃO

1. Dados de identificação do paciente		
Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	
*Campos obrigatórios		
2. Dados do hospital de origem		
Nome*:		
CNES*:	Regional de Saúde:	
Município*:	UF*:	
Natureza*: () Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado		
Justificativa do pedido de encaminhamento: _____ _____		
Médico assistente* (a):	Telefone: ()	
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:		
*Campos obrigatórios		
Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de RIM (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares da doença.		
3. Apoio familiar:		
O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* () SIM () NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.		
Se sim, qual o cidade/UF*:		
*Campos obrigatórios		
4. REFERÊNCIA:		
3.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA PULMONAR		
Doença pulmonar obstrutiva crônica classe III NYHA e demais critérios	() sim () não	
Fibrose pulmonar primária ou secundária classe III NYHA e demais critérios	() sim () não	
Bronquiectasias classe III NYHA e demais critérios	() sim () não	
Hipertensão pulmonar classe III NYHA e demais critérios	() sim () não	
Fibrose cística sob as seguintes condições:		

- a) volume expiratório forçado em 1 segundo (VEF1) menor que ou igual a 30% do predito após broncodilatador () sim () não
- b) hipoxemia em repouso: PaO₂ < 55 mmHg () sim () não
- c) hipercapnia > 50 mmHg;e () sim () não
- d) evolução clínica com exacerbações mais frequentes e mais severas ou infecções por cepas bacterianas multirresistentes. () sim () não

5. AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL

Descrever e anexar cópia de exames:

(Anexar cópia digitalizada de cada exame mencionado)

Exames	Resultado	Sorologias	Resultado	Medicamentos em uso
Dosagem de sódio		HIV		
Dosagem de potássio		HTLV I e II		
Creatinina		HbsAg		
Ureia		Anti-Hbc		
ABO e RH		Anti-Hbs		
Hemograma		Anti-HCV		
Glicemia				
Preenchido na origem por*:			Fone*: ()	
E-mail*:				

*Campos obrigatórios

6. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador

() caso aceito () caso recusado () fora dos critérios de inclusão do centro

Observações: _____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador* (a): _____

Data*: ____/____/____

*Campos obrigatórios

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – FÍGADO

1. Dados de identificação do paciente		
Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG*:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Justificativa do pedido de encaminhamento*: _____		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

*Campos obrigatórios

2. Dados do hospital de origem	
Nome*:	
CNES*:	Regional de Saúde:
Município*:	UF*:
Natureza*:	() Público () contratado/conveniado ao SUS () Privado
Médico assistente* (a):	Telefone* ()
E-mail do médico (a)/instituição assistente*:	

*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por outros agravos, comprovando os itens abaixo:

3. Apoio familiar:	
O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* () SIM () NÃO Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.	
Se sim, qual o cidade/UF*:	

*Campos obrigatórios

4. REFERÊNCIA:	
3.1 ETIOLOGIA DA DOENÇA HEPÁTICA: _____	
3.2 AVALIAÇÃO CLÍNICA CONSTATANDO HEPATOPATIA CRÔNICA/CIRROSE	
A) Histórico de ascite	() sim () não () não há dados
B) Histórico de encefalopatia hepática	() sim () não () não há dados

C) Histórico de sangramento digestivo por varizes de esôfago ou estômago () sim () não () não há dados	
D) Nódulo hepático suspeito de tumor hepático (Hepatocarcinoma) () sim () não () não há dados	
E) Informações para cálculo MELD : Creatinina: _____ mg/dL	
Bilirrubinas totais: _____ mg/dL RNI: _____ Sódio: _____	
3.3 EXAMES COMPLEMENTARES*	RESULTADO*
() Ecografia de abdome	
() RNM de abdome	
() TAC de abdome	

*Campo obrigatório (anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

5. OUTRAS SITUAÇÕES*

A) Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento antiviral (avaliação pré tratamento):	() sim () não
B) Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	() sim () não
C). Doença hepática crônica complicada por ascite refratária:	() sim () não
D). Doença hepática crônica complicada por encefalopatia hepática:	() sim () não
E). Doença hepática crônica complicada por colangites de repetição:	() sim () não
Outro (especificar) _____	

(anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por*:		Fone*: ()
E-mail*:		

*Campo obrigatório

6. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador
() caso aceito () caso recusado () fora dos critérios de inclusão
Observações: _____

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a)*: _____

Data*: ____/____/____

*Campo obrigatório

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO – FÍGADO PEDIÁTRICO

1. Dados de identificação do paciente

Nome*:		
Data de nascimento*: ____/____/____	Sexo*: () M F ()	
CPF*:	RG:	CNS*:
Telefone 1* : ()	Telefone 2 : ()	
E-mail:		
Nome da mãe*:		
Endereço*:		
Município*:	UF*:	

*Campos obrigatórios

2. Dados do hospital de origem

Nome*:	
CNES*:	Regional de Saúde:
Município*:	UF*:
Natureza*: () Público	() contratado/conveniado ao SUS () Privado
Justificativa do pedido de encaminhamento*:	
Médico assistente* (a):	Telefone*: ()
E-mail do médico/instituição (a) assistente:	

*Campos obrigatórios

Para encaminhamento de pacientes para consulta de avaliação inicial nos centros transplantadores de fígado (incluindo hospitais de excelência com projetos PROADI), o paciente deverá apresentar evidência clínica e/ou exames complementares de DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA descompensada e/ou doença hepática crônica com risco iminente de descompensação e/ou complicada por outros agravos, comprovando os itens abaixo:

3. Apoio familiar:

O paciente conta com apoio familiar/suporte em algum estado?* () SIM () NÃO

Ex.: Familiares, estadia, acompanhamento, etc.

Se sim, qual o cidade/UF*:

*Campos obrigatórios

4. REFERÊNCIA:

4.1 História clínica detalhada, com queixa principal, data do início dos sintomas, sintomas relacionados, história familiar e cirurgias prévias:

5. DADOS LABORATORIAIS E DE IMAGEM

A) Cirrose por HCV com risco de descompensação durante o tratamento antiviral (avaliação pré-tratamento):	() sim () não
B) Doença hepática crônica complicada por prurido intratável:	() sim () não
C). Doença hepática crônica complicada por ascite refratária:	() sim () não
D). Doença hepática crônica complicada por encefalopatia hepática:	() sim () não
E). Doença hepática crônica complicada por colangites de repetição:	() sim () não
Outro (especificar)	

*Campos obrigatórios (Anexar cópia digitalizada de cada exame assinalado)

Preenchido na origem por*:		Fone*: ()
E-mail*:		

*Campos obrigatórios

6. CONTRA REFERÊNCIA (ATENÇÃO: campo a ser preenchido pelo centro transplantador)

Conduta do centro transplantador
() caso aceito () caso recusado () fora dos critérios de inclusão
Observações:

Carimbo e assinatura do (a) médico (a) avaliador (a): Data: //