

CÂMARA TÉCNICA COREN-MG
GRUPO DE TRABALHO DE TRANSPORTES NO ÂMBITO DE SAÚDE

MANUAL DE ORIENTAÇÕES QUANTO A COMPETÊNCIA TÉCNICO-
CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NAS DIVERSAS
MODALIDADES DE TRANSPORTE EM SAÚDE – VOLUME 1.

ALLANA DOS REIS CORREA
ALINE DANIELLE SILVA PEREIRA
ANDRÉIA OLIVEIRA DE PAULA MURTA
CARLOS HENRIQUE CAMPOS CASTANHEIRA
CRISTIANO MELO DE AZEVEDO
DEYVISON DE ABREU FREITAS
FELIPE HENRIQUE MARGOTI
LAURA REGINA ALVES CAFFAGI
MATEUS OLIVEIRA MARCELINO
MONIKE TATHE VIEIRA PEDROSA
OCIREMA MIRANDA TEIXEIRA
OCTAVIA MARIA SILVA GOMES LYCARIÃO
STEFÂNIA MERECIANA GOMES FERREIRA

2019. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a

fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Pode ser acessada na íntegra em: <http://www.corenmg.gov.br>

Série A. Normas e Manuais Técnicos - Tiragem: 1ª edição, v. 1 – 2018 – 15.000 exemplares.

Elaboração, distribuição e informações:

COREN-MG

Câmara Técnica

Rua da Bahia, 916 - 6º andar

cep Belo Horizonte - MG

Tels.: (31) 3238-7500 ramal 1093

E-mail: camaratecnica@corenmg.gov.br

Home page: <http://www.corenmg.gov.br>

Coordenação

Andréia Oliveira de Paula Murta

Colaboração:

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores /
Ministério da

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de
Sistemas.

– Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ISBN 85-334-1205-3

1. Administração e planejamento em saúde. 2. SUS (BR). 3. Monitoramento. I. Título. II.
Série.

NLM WA 525

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS –
OS 2018/0774

Títulos para

ÉRICO BARBOSA PEREIRA

1º SECRETÁRIO DO COREN-MG
ENFERMEIRO FISCAL

CHRISTIANE MENDES VIANA
CONSELHEIRA SUPERVISORA DA CÂMARA TÉCNICA
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM PROCESSOS EDUCATIVOS EM SAÚDE

AUTORES:

ALINE DANIELLE SILVA PEREIRA
ENFERMEIRA. REFERÊNCIA TÉCNICA DO SISTEMA PRISIONAL

ANDRÉIA OLIVEIRA DE PAULA MURTA
COORDENADORA ADJUNTA DA CÂMARA TÉCNICA
ENFERMEIRA FISCAL
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E MBA EM
GESTÃO DE NEGÓCIOS, QUALIDADE E AUDITORIA EM SAÚDE

CARLOS HENRIQUE CAMPOS CASTANHEIRA
MESTRE EM ENFERMAGEM PELA UFMG
ESPECIALISTA EM URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR

CRISTIANO MELO DE AZEVEDO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM TRAUMAS, EMERGÊNCIAS E TERAPIA
INTENSIVA

DEYVISON DE ABREU FREITAS
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EXECUTIVO EM SAÚDE / ESPECIALISTA EM
URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA.

FELIPE HENRIQUE MARGOTI
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E TRAUMA

LAURA REGINA ALVES CAFFAGI
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM TRAUMA, EMERGÊNCIAS E TERAPIA
INTENSIVA / ESPECIALISTA EM GESTÃO DE EMERGÊNCIAS NO SUS

MATEUS OLIVEIRA MARCELINO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM OBSTETRÍCIA

MONIKE TATHE VIEIRA PEDROSA
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA, TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

OCIREMA MIRANDA TEIXEIRA
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA, MESTRE EM
ENFERMAGEM.

OCTAVIA MARIA SILVA GOMES LYCARIÃO
ENFERMEIRA FISCAL
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM CARDIOVASCULAR

STEFÂNIA MERECIANA GOMES FERREIRA
ENFERMEIRA. ESPECIALISTA EM TERAPIA INTENSIVA

COLABORAÇÃO:
THAIS ZIELKE DIAS CARDOSO
ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UFMG

DÉBORA MARTINS SILVA
ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UFMG

ROSE HELLE COTTA BONFIM
ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM OBSTETRÍCIA

REVISORA:
ALLANA DOS REIS CORRÊA
ENFERMEIRA. DOUTORA EM ENFERMAGEM. ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
EM TERAPIA INTENSIVA. DOCENTE DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
BÁSICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| PREFÁCIO | 6 |
| 1 INTRODUÇÃO SOBRE O TRANSPORTE EM SAÚDE..... | 8 |
| 2 O SUBSISTEMA DE TRANSPORTE EM SAÚDE DE PESSOAS..... | 12 |
| 2.1 O TRANSPORTE PRIMÁRIO..... | 19 |
| 2.1.1 O TRANSPORTE AÉREO..... | 42 |
| 2.1.2 O TRANSPORTE EM EVENTOS..... | 48 |
| 2.2 TRANSPORTE INTERNO E TRANSPORTE SECUNDÁRIO..... | 54 |
| 2.3 TRANSPORTE ELETIVO EM SAÚDE..... | 70 |
| 3 TRANSPORTE DE PACIENTES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS..... | 75 |
| 3.1 TRANSPORTE DE GESTANTES..... | 76 |
| 3.2 TRANSPORTE NEONATAL | 89 |
| 3.3 TRANSPORTE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS..... | 94 |
| 3.4 TRANSPORTE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE..... | 104 |
| 3.5 TRANSPORTE EM SAÚDE DE PESSOAS: O ENCAMINHAMENTO DO CORPO..... | 112 |
| 4 - REGULAÇÃO EM TRANSPORTE..... | 118 |
| 4.1 REGULAÇÃO DO TRANSPORTE ELETIVO..... | 121 |
| 4.2 REGULAÇÃO DO TRANSPORTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA..... | 126 |
| CONCLUSÃO DO MANUAL..... | 132 |
| ANEXO 1 Modelo de Check-list transporte de pacientes intramuros..... | 138 |
| ANEXO 2 Modelo de Check-list para o transporte de pacientes entre pontos de atenção.... | 142 |
| ANEXO 3 Check-list transporte entre pontos de atenção..... | 144 |

PREFÁCIO

Os profissionais de enfermagem protagonizam importante papel no trabalho multidisciplinar do cuidado prestado ao usuário, na minimização dos riscos, prevenção de danos e tratamentos assistenciais.

A atuação da equipe de enfermagem deve considerar a legislação vigente que regulamenta o seu exercício. Um dos pontos primordiais é o reconhecimento de que a Enfermagem é exercida por diversos atores e cada um possui competências específicas definidas em Lei.

Competência pode ser entendida como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, e didaticamente foi dividida neste manual nos componentes técnico-científico e ético-legal (FLEURY, FLEURY, 2001). A competência legal é mais facilmente compreendida por estar definida nas legislações. Porém, é necessário a interpretação de casos concretos à luz da legislação. No mesmo contexto, o viés da competência ética é tratado por meio da análise conjunta da legislação e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Já o componente técnico-científico é analisado por meio de revisão bibliográfica.

Um dos questionamentos mais frequentes recebidos pela Câmara Técnica do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (Coren-MG) envolve a competência dos profissionais de enfermagem na realização das diversas modalidades de transporte em saúde.

Diante da necessidade de orientar os profissionais de enfermagem quanto a sua competência técnico-científica, ética e legal durante a realização das diversas modalidades de transporte em saúde, o Coren-MG nomeou o Grupo de Trabalho de Transportes da Câmara Técnica (GT Transportes), em setembro de 2018, a fim de estudar o tema e apresentar recomendações concretas aos inscritos.

O GT Transportes, composto por enfermeiros especialistas e enfermeiros fiscais, elaborou o presente Manual a fim de se constituir um instrumento norteador para a elaboração de protocolos de transporte nas instituições e serviços de saúde, para a capacitação da equipe de enfermagem e para a definição de atribuições da equipe de enfermagem.

O “Manual de Orientações quanto à competência técnico-científica, ético-legal da equipe de enfermagem nas diversas modalidades de transporte em saúde” é baseado na Lei

Federal nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, no Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, nas resoluções do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e no referencial bibliográfico mais atualizado sobre as questões inerentes ao transporte no âmbito dos serviços de saúde.

É imperativo que a equipe de enfermagem possua dimensionamento adequado para a realização dos transportes e demais atividades sem comprometer a assistência e que organize suas ações através do processo de enfermagem.

Não compete ao Coren-MG normatizar, determinar ou orientar sobre tipo de veículo que será realizado o transporte ou qual a composição mínima da equipe. Cabe ao gestor seguir a legislação brasileira e as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde. Cabe ao Coren orientar os profissionais da enfermagem na identificação de qual o tipo de transporte está sendo requerido e se compete a sua categoria realizá-lo ou não, baseado na legislação profissional, desde que tenham sido providas as condições adequadas à assistência. Desta forma, este manual não citará normas que dizem respeito a veículos ou composição de equipes, por não ser objeto de estudo.

Todas as orientações contidas no presente documento visam não somente a resguardar o profissional, mas garantir a qualidade da assistência de enfermagem e a segurança do paciente.

Espera-se que, com este instrumento, o profissional de enfermagem seja capaz de interpretar a realidade em que está inserido e atribuir quais competências lhes cabem nesta realidade, considerando que o Estado de Minas Gerais e seus 853 municípios possuem uma variedade de serviços de saúde, com organização administrativa própria que podem divergir entre si.

A fim de constituir ainda uma ferramenta norteadora na construção dos processos de trabalho relacionados ao transporte, o GT apresenta, nos anexos, modelos de formulários e *check lists* que podem ser adotados e adaptados pelas instituições e pelos profissionais de enfermagem na sua prática diária.

REFERÊNCIAS

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição Especial, p. 183-196. 2001.

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO SOBRE O TRANSPORTE EM SAÚDE

Andréia Oliveira de Paula Murta

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Thaís Zielke Dias Cardoso

Há diversos conceitos de transporte na literatura, entretanto, esse manual seguirá a definição de sistemas de transporte em saúde apresentada no livro “*As Redes de Atenção à Saúde*”, por se tratar de uma obra de referência no âmbito da saúde, publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde.

De acordo com Mendes (2011), os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas transversais a todas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnósticos e terapêuticos, além de estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas RAS.

O sistema de transporte em saúde deve transportar pessoas usuárias em busca de atenção à saúde, mas também, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde. Por isso o sistema de transporte em saúde estrutura-se em diferentes subsistemas: o subsistema de transporte em saúde de pessoas, o subsistema de transporte em saúde de material biológico e o subsistema de transporte em saúde de resíduos dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

O subsistema de transporte em saúde de pessoas engloba as modalidades de transporte primário, secundário e interno, podendo ocorrer em caráter eletivo ou de urgência e emergência. Tais conceitos serão tratados no Capítulo 2 deste Manual. Os transportes podem ocorrer por via aérea, terrestre, marítima ou fluvial. Além disso, podem possuir algumas especificidades quanto ao paciente a ser transportado: neonatos, mulheres gestantes, pessoas privadas de liberdade e pacientes psiquiátricos, por exemplo.

O subsistema de transporte em saúde de material biológico engloba o transporte de imunobiológicos, sangue e hemocomponentes, exames e amostras, órgãos e tecidos humanos.

Já o subsistema de transporte em saúde de resíduos dos serviços de saúde engloba o deslocamento do lixo hospitalar.

Além desses subsistemas, há se de considerar a existência do transporte de cargas no âmbito da saúde, tais como materiais e medicamentos, roupas, equipamentos, órteses e próteses. Esse tipo de transporte é inerente e essencial ao funcionamento do serviço de saúde.

A legislação do exercício profissional da enfermagem - Lei Federal nº. 7.498/86 e Decreto nº. 94.406/87 - não contempla a competência de transporte especificamente. No entanto, o transporte é considerado parte da assistência ao paciente e, portanto, não pode ser desvinculado da atuação dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 1986; BRASIL 1987).

Da mesma forma, a Lei e o Decreto Regulamentador citados acima também não abordam especificamente quanto ao transporte de cargas, resíduos ou outros elementos relacionados à saúde. Esse tipo de transporte também não está citado em nenhuma outra lei profissional, logo pode ser realizado por qualquer pessoa. O mesmo ocorre nas situações em que são necessárias limpeza e desinfecção das unidades de atendimento móveis. Não são atividades privativas da equipe de enfermagem e são consideradas de menor complexidade técnica. Portanto, os serviços de saúde possuem autonomia para decidir quais profissionais irão realizá-las, podendo ser também executadas pelos profissionais de enfermagem, não sendo obrigatória a sua presença para que ocorram. Caso a instituição opte em realizar com a presença de profissionais de enfermagem, deve efetuar-lo sem comprometer a assistência aos pacientes, que é atividade-fim, devendo garantir um dimensionamento adequado para que a ocorra com segurança para o paciente (BRASIL, 1986; BRASIL 1987).

O transporte de vacinas, hemocomponentes, órgãos e tecidos humanos, possuem especificidades e demandam certo conhecimento e capacitação. Portanto, são de competência do profissional de enfermagem devidamente capacitado. O transporte de órgãos e tecidos humanos é tratado especificamente em normativa própria, havendo respaldo para a realização apenas pelo Enfermeiro, não cabendo aos profissionais de nível médio da enfermagem.

Para a operacionalização do transporte é preciso realizar um planejamento considerando todas as possibilidades de complicações e suas respectivas resoluções. O plano de transferência deve conter desde o tipo do veículo para o transporte até os equipamentos e drogas a serem

utilizados, rotas mais rápidas e reação de possíveis problemas que podem acontecer durante o deslocamento. Em algumas situações o transporte pode ser prolongado, sendo assim a equipe deve prever essa possibilidade e realizar preparativos para essa possível situação (NAEMT, 2017).

A segurança da equipe é primordial e deve conter desde equipamento de proteção individual (EPI) até a utilização do cinto de segurança. Os equipamentos devem estar em perfeito funcionamento, baterias carregadas, suprimentos de materiais e de medicamentos adequados. Recomenda-se ter 50% a mais de suprimentos do previsto para o transporte. A ambulância deve estar em boas condições, combustível suficiente e pneus adequados inclusive o reserva (NAEMT, 2017).

Outra ação importante é padronizar as atividades desenvolvidas durante o transporte, objetivando a melhoria da comunicação, adequação dos equipamentos necessários para cada situação, identificação e solução das possíveis intercorrências. Como consequência, tem-se a minimização dos eventos adversos, o aumento da segurança do transporte e da satisfação do paciente, quando se tratar de transporte de pessoas (ALMEIDA, 2012).

Uma das perspectivas dominantes e mais influentes na saúde é o princípio da ética. Inerente a esse ponto de vista está a crença de que alguns princípios morais básicos servem para definir, descrever e interpretar a essência das responsabilidades éticas na sociedade. Os princípios básicos utilizados são: não maleficência, beneficência, justiça e respeito pelas pessoas (ou autonomia). Os princípios ou regras e derivados, incluem privacidade, confidencialidade, veracidade e fidelidade (DELGADO, 2012).

A Resolução Cofen nº. 564 de 2017, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), traz que “o profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico”. Nesse sentido, cabe ao profissional conhecer suas competências e assumir a responsabilidade pelas ações realizadas, as quais possui capacidade de escolha, estando resguardado seu direito de recusa, conforme o artigo 22 “Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade”; sendo proibido, conforme consta no artigo 62, “executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade”; e, conforme

consta no artigo 76, “negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional”.

Ainda na seara do aspecto ético, há de se ressaltar que o profissional de enfermagem possui o dever de “prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente”, como normatizado no artigo 38 do CEPE. Importante citar que o profissional possui o direito de “aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional”, conforme exposto no artigo 6º, e o de “aprimorar os conhecimentos técnicos-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão”, conforme consta no artigo 55, da Resolução Cofen nº. 564/2017. Estes artigos concedem o direito, mas também responsabilizam o profissional na busca pelo conhecimento que requer a sua prática profissional. Se o profissional exerce sua atividade em um local que realize qualquer modalidade de transporte, cabe ao profissional buscar os conhecimentos que embasam a sua prática a fim de garantir a segurança do paciente. O processo educativo possui responsabilidade compartilhada entre o empregador e o profissional de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação N°1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasil, DF, 28 set. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 6 nov. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 514/2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 429/2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. 2012.

DELGADO, S. Considerações éticas e legais. IN: CHULAY, M., BURNS, S.M. **Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN**. Editora AMGH. 2a edição, 2012.

HOLANDA, A. B. de. **Novo Aurélio século XXI : o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1999.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/transplante/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians. Annual Report: Serving Our Members and Advancing Our Profession, 2017. Disponível em: http://www.naemt.org/docs/default-source/2017-publication-docs/naemt-2017-annual-report-05-03-18.pdf?Status=Temp&sfvrsn=69bacb92_2. Acesso em: 15 nov. 2018.

SILVA, E. A. C. da et al. Aspectos históricos de la implantación de un servicio de atención prehospitalaria. **Revista Eletrônica de enfermagem**. Goiânia, vol. 12, n. 3, p. 571-577. 2010.

CAPÍTULO 2 - O SUBSISTEMA DE TRANSPORTE EM SAÚDE DE PESSOAS

Andréia Oliveira de Paula Murta

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Stefânia Mereciana Gomes Ferreira

O transporte em saúde atende pessoas usuárias que necessitam do acesso aos serviços de saúde, mas possuem dificuldades de se locomoverem até eles, seja por incapacidade física, determinada por condições clínicas e/ou funcionais, ou por dificuldade econômica para assumir os custos necessários para se deslocarem por meios habituais de transporte até estes serviços. (MENDES, 2011). Segundo Mendes, 2011, o subsistema de transporte em saúde de pessoas pode ser dividido nos módulos transporte de urgência e emergência e transporte eletivo.

A emergência significa ocorrência perigosa, situação crítica ou necessidade imediata (NASI, 2005), ou ainda circunstância de agravo à saúde com risco de vida iminente que necessita de diagnóstico e atendimento imediato (GIGLIO-JACQUEMOT, 2006). Corresponde à um “*processo com risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após*

sua constatação”. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo cranioencefálico, por exemplo (FIOCRUZ, 2005).

A urgência significa pressa, rapidez, brevidade ou necessidade imediata (NASI, 2005), ainda agravo agudo à saúde (clínico ou cirúrgico) sem risco de vida iminente, mas com risco de agravar ou evoluir a óbito. (GIGLIO-JACQUEMOT, 2006). Significa “*um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente*”. Nesse caso, há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe um risco iminente de morte. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, por exemplo (FIOCRUZ, 2005).

O transporte eletivo é aquele que ocorre em situações previsíveis, programáveis, com planejamento prévio de rotas, fora de situações de urgências ou emergências, destinados a pacientes que não requerem assistência à saúde durante o transporte (MENDES, 2011). Pode ocorrer para viabilizar a realização de consultas, de exames ou tratamentos ambulatoriais, como o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), por exemplo. Pacientes em alta hospitalar que requerem transporte para o domicílio, também estão em transporte eletivo.

A alta é conceituada como sendo a finalização de uma modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, por cura, melhora, estado inalterado, óbito, por pedido ou transferência ou por autorização para deixar o serviço (MICHAELIS, 2015; HOLANDA, 2009), podendo ser tanto de uma internação, quanto ao término de um tratamento ou atendimento, uma vez que não serão empregados novos atos diagnósticos ou terapêuticos, ocasionando a transferência de cuidados realizada por meio da orientação aos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento (MOTTA, 2005).

Há também a modalidade de transporte interno, também conhecido como transporte intra-hospitalar, que é o transporte do paciente dentro de uma instituição de saúde para uma outra unidade ou setor da mesma instituição (FIGUEIREDO, VIANA, MACHADO, 2008).

O subsistema de transporte em saúde de pessoas opera com ações primárias e secundárias cujas definições estão apresentadas no Quadro 1 (MENDES, 2011).

| Quadro 1: Definição de transporte primário e secundário | |
|--|---|
| TRANSPORTE PRIMÁRIO | TRANSPORTE SECUNDÁRIO |
| <ul style="list-style-type: none"> • Translado da residência ou do local de adoecimento ou do trauma até uma unidade de saúde; • Possui caráter de urgência e emergência, sendo o primeiro atendimento ao indivíduo. | <ul style="list-style-type: none"> • Translado entre duas unidades de saúde distintas, ou entre dois pontos de atenção; • Pode ter caráter eletivo ou caráter de urgência e emergência. |

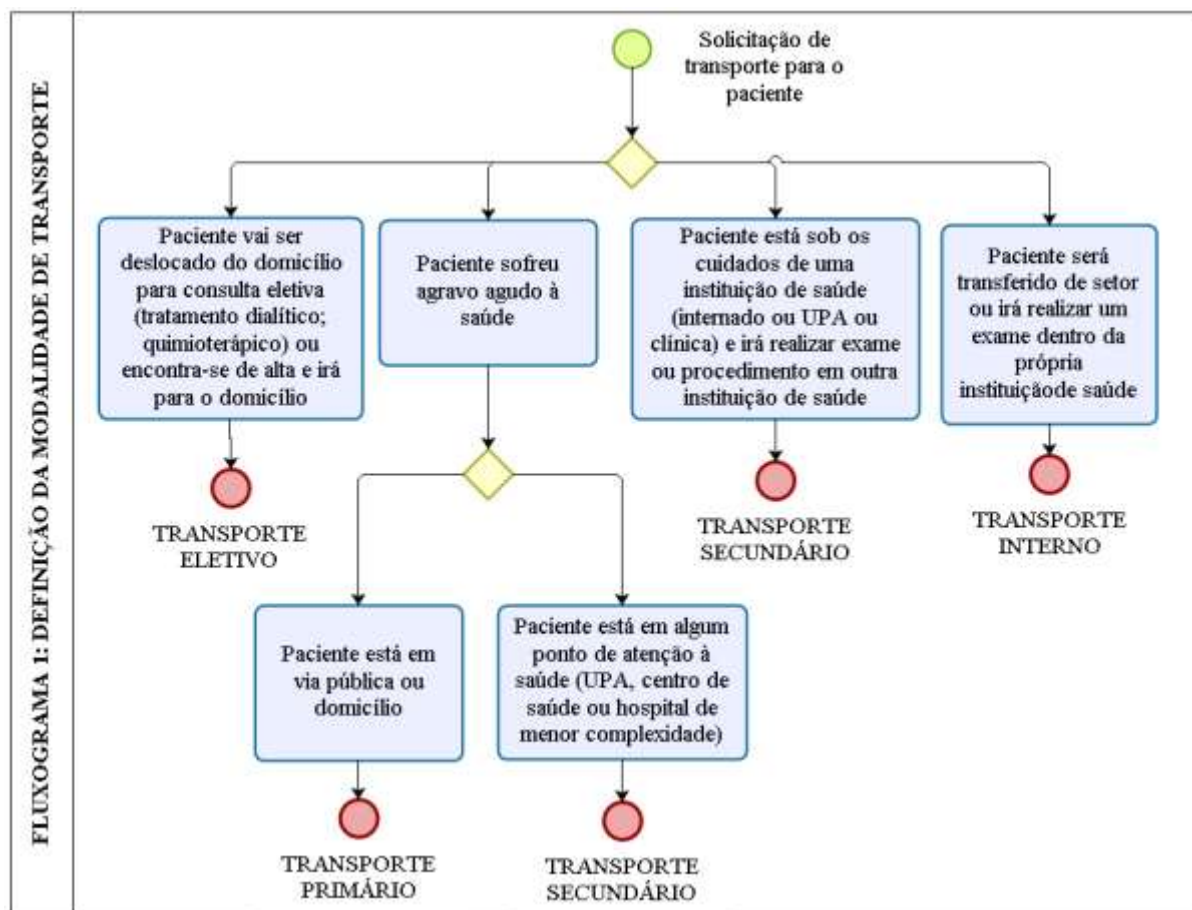
Fonte: Adaptado de Mendes, 2011.

Os serviços de atendimento às demandas de transporte de pessoas nos municípios e nas instituições de saúde possuem autonomia administrativa para nomear e organizar o serviço que será prestado - desde que sigam as normativas brasileiras - sendo comum chamar de serviço pré-hospitalar móvel, o atendimento por meio de ambulâncias e essas ambulâncias realizarem tanto transporte primário quanto secundário e/ou tanto transporte de urgência e emergência quanto transporte eletivo. Em alguns municípios também se encontram serviços denominados transporte sanitário, em que são realizados transportes entre dois pontos da rede de saúde. Esses serviços específicos ultrapassam o escopo de transporte eletivo aqui definidos. Dessa forma, reforça-se que para a construção deste manual serão considerados os conceitos de transporte já apresentados e referenciados (MENDES, 2011) e não a nomenclatura definida pelos municípios, instituições de saúde ou outros referenciais teóricos.

O atendimento do serviço pré-hospitalar móvel se enquadra em transporte primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um indivíduo em sua residência ou em via pública (BRASIL, 2002), enquanto que, podemos definir como transporte secundário do serviço pré-hospitalar móvel, quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento, necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado,

mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento (MENDES, 2011). Por exemplo, um paciente que se encontra em uma Unidade de Pronto - Atendimento (UPA) e que precisa ser transferido para um hospital de atenção terciária.

A fim de facilitar a determinação do tipo de transporte, orienta-se seguir as orientações apresentadas no Fluxograma 1.



Fonte: Elaborado pela autora Andréia Oliveira de Paula Murta.

Além de reconhecer o tipo e a condição do transporte dos pacientes, faz-se importante observar outros aspectos desta atividade. O transporte de pacientes, mesmo entre pequenas distâncias, pode provocar alterações no seu quadro de saúde, tais como instabilidade hemodinâmica, além de considerar o aumento dos riscos a que está submetido, tais como riscos de quedas e traumas e risco de oclusão e/ou piora na funcionalidade de dispositivos utilizados por ele. Faz-se necessário, desta forma a adequada indicação do transporte e o planejamento de

rotas e procedimentos pela equipe de profissionais envolvidos. Considerando que o transporte deve assegurar a segurança e a continuidade do cuidado ao paciente, faz-se essencial que esta atividade não agrave o seu estado de saúde e que seja organizado de forma a reduzir riscos de possíveis intercorrências e complicações (BOMFATI et al, 2019).

A indicação do transporte deve considerar a condição clínica do paciente e o seu custo benefício, em que seja também avaliada a oferta de melhores condições de assistência diagnóstica e terapêutica para o mesmo (BOMFATI *et al*, 2019).

Face às orientações e recomendações já descritas, a indicação da transferência de pacientes é de responsabilidade do profissional médico, a quem compete também a solicitação da transferência à Central de Regulação e realização de contato prévio com o serviço potencialmente receptor (BRASIL, 2002). O enfermeiro possui autonomia para planejar e organizar o transporte, informado ao médico responsável a evolução do paciente e se há contraindicações para iniciar o transporte naquele momento.

Considerando que o transporte está muitas vezes inserido na assistência de enfermagem ofertada ao paciente e que deve ocorrer de forma segura e eficaz, torna-se fundamental que a equipe de enfermagem envolvida possua treinamento para atendimento à qualquer intercorrência, independentemente do tipo de transporte, e que suas ações estejam descritas em documentos, normas e rotinas fundamentadas tecnicamente na prevenção de novos agravos à saúde. O transporte, como atividade rotineira da assistência ao paciente, deve prezar para que este seja deixado na unidade de destino em condições semelhantes ou melhores do que aquelas apresentadas antes do deslocamento (BOMFATI *et al*, 2019).

Em casos específicos de pacientes estáveis, mediante protocolo institucional, o enfermeiro poderá responsabilizar-se pela indicação e decisão pelo transporte do paciente, como por exemplo, em caso de transferência de leito/ enfermaria decorrente de restrição respiratória ou de contato, ou encaminhamento para exame de raios-x para confirmação do posicionamento de sonda enteral após inserção desta pelo enfermeiro, uma vez que ao enfermeiro incumbe a prescrição da assistência de enfermagem e a organização dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 1987).

REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

A referência é o encaminhamento do usuário para atendimento em níveis de maior grau de complexidade (FRATINI, 2007 e SILVA, 2010). A contrarreferência é o encaminhamento para o menor grau de complexidade, quando a necessidade de cuidado do paciente for mais simples (unidade de saúde), ou o retorno do usuário da média ou alta complexidade para a Atenção Primária à Saúde, ou seja, quando a continuidade do tratamento requer menos recursos tecnológicos e terapêuticos (FRATINI, 2007 e SILVA, 2010). Percebe-se que referência e contra referência não são sinônimos de transporte, mas sim de definição de continuidade da assistência integral ao paciente. Em qualquer um destes, há situações em que o paciente poderá deslocar-se por meios próprios e situações em que deverá ser transportado pelo serviço de saúde (transporte responsável), a depender de cada caso e da rede pactuada. O enfermeiro possui autonomia para referenciar e contra referenciar os pacientes em situações eletivas e definidas em protocolos institucionais. Já os casos agudos devem passar pelo atendimento médico, conforme Portaria GM 2048/2002.

Reitera-se que, qualquer que seja o tipo de transporte realizado no âmbito da saúde, os profissionais de enfermagem devem observar suas competências técnico-científicas, éticas e legais.

O transporte em saúde de pessoas deverá estar devidamente registrado (em prontuário e outros documentos específicos) e resguardado pela aplicação do processo de enfermagem (COFEN, 2009).

A Portaria de Consolidação N°1, de 28 de setembro de 2017 traz a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Normatiza, no parágrafo único do Artigo 4°, acerca do direito da pessoa em receber o atendimento adequado, com qualidade, com garantia de continuidade do tratamento, sendo a ela asseguradas as informações sobre o seu estado de saúde, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível quanto às avaliações dos profissionais da equipe, procedimentos e cuidados de enfermagem, identificação do responsável pelas anotações, escrita impressa, datilografada ou digitada, ou em caligrafia legível, textos sem códigos ou abreviaturas, o nome legível do profissional e seu número de registro no conselho profissional, a assinatura do profissional e a data.

Conforme o Artigo 36 da Resolução Cofen n°. 564/2017, o profissional de enfermagem possui como dever “registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e

indispensáveis ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras”, objetivando à preservação da segurança do paciente e a adequada continuidade do cuidado.

O profissional de enfermagem responsável pelo transporte deverá ainda, realizar os registros de enfermagem de todos os pacientes, observando o disposto na Resolução Cofen nº. 514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e na Resolução Cofen nº. 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

REFERÊNCIAS

BOMFATI, M. *et al.* Transporte intra/extra-hospitalar de crianças: implicações da equipe de enfermagem. **Revista Espaço para a saúde**, Curitiba, v.20, n.1, p.40-47, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação N°1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasil, DF, 28 set. 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358 de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 de out. 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 514 de 2016**. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília, 05 mai. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 429 de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da

enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 jun. 2012. Seção 1, p. 288.

FIGUEIREDO, N.M.A. de; VIANA, D.L. ; MACHADO, W.C.A.M. **Tratado Prático de Enfermagem**. Capítulo 4: Enfermagem no Atendimento à Emergências. Volume 2, editora Yendis, 2ª edição, 2008.

FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, pp. 15-26. ISBN 978-85-7541-378-4. Available from SciELO Books .[1]

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 22, n.3, p. 691-694. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2º edição, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – Proyecto de Real decreto por el cual se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Dossier especial, MSC, 2005.

MOTTA, A.L.C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1 ed. Iatria Editora, 2005

2.1 - O TRANSPORTE PRIMÁRIO

Andréia Oliveira de Paula Murta

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Stefânia Mereciana Gomes Ferreira

O histórico inicial dos atendimentos primários (pré-hospitalares) no âmbito mundial e nacional é composto por marcos que são importantes contextualizar.

O atendimento sistematizado emergencial teve suas bases alicerçadas durante a guerra civil americana, onde havia inúmeras vidas que se perdiam, pela falta de atendimentos rápidos e eficazes. Tendo visualizado inúmeras perdas, o médico Dominique Jean Larrey (1766–1842), cirurgião do exército napoleônico, idealizou as Unidades de Transporte de feridos ou

“ambulâncias voadoras”, com a finalidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha (SILVA et al, 2010).

No Brasil, o surgimento dos serviços de emergência primários foi embasado nos modelos americanos e franceses, com histórico ligado à instituição militar. Em 1899, o Corpo de Bombeiros Militar do Rio de Janeiro (CBMRJ), colocou em ação a primeira ambulância de tração animal realizada por dois cavalos, para realizar atendimento no ambiente fora do hospital. Ainda na Cidade do Rio de Janeiro, em 1975, com a Lei 6.299, o município ficou com a responsabilidade do atendimento às urgências, que contava com veículos e motoristas para o transporte rápido. Já em 1986, surgiu nesta cidade o Grupo de Socorro e Emergência (GSE) do CBMRJ, incorporando médicos ao quadro de socorristas e implementando viaturas de suporte avançado de vida (SILVA et al, 2010).

Aspectos técnico-científicos

O módulo de transporte primário lida com eventos clínicos e traumáticos não conhecidos a princípio e apresenta riscos como variáveis-chave, classificados por meio de sinais de alerta e o tempo de deslocamento até a unidade de atenção própria em função destes (MINAYO, 2008).

Para OLIVEIRA, 2017, o transporte primário pode ser realizado através das vias terrestre, aérea ou marítima e deve ser ofertado de forma idônea, em razão da necessidade e oportunidade, no menor tempo possível, com o veículo apropriado e na rota certa.

O objetivo principal desta modalidade de transporte é melhorar o prognóstico do paciente, através da obtenção de recursos adicionais, sejam estes técnicos, humanos ou diagnósticos. Neste sentido, é importante frisar a tríade do atendimento às urgências e emergências, que é o atendimento certo, no tempo certo e no local correto (JUNIOR, 2012).

Já o atendimento primário caracteriza-se como toda e qualquer assistência ao paciente realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito de serviço de saúde, utilizando meios e métodos disponíveis para este fim. Esse tipo de atividade visa à manutenção da vida e a minimização de sequelas de pacientes que se encontram em situação de urgência e emergência, através da oferta de assistência adequada e o transporte rápido deste paciente para um estabelecimento de saúde de referência. (ADÃO, SANTOS, 2012).

Portanto, cabe aqui destacar que atendimento primário é diferente de transporte primário, uma vez que o primeiro pode ocorrer mesmo fora do contexto do serviço de saúde e

o transporte primário é o transporte organizado pelo serviço de saúde, instituição ou município, para que o paciente seja levado até o local onde receberá a assistência mais adequada para o seu caso, em caráter eletivo e/ou de urgência (MENDES, 2011).

Ademais, o transporte primário é de responsabilidade da equipe de saúde que prestou o primeiro atendimento, assim como a articulação e garantia de que o paciente será levado ao ponto de atenção mais adequado para atender à sua necessidade, considerando que o fator mais crítico para a sobrevivência de qualquer paciente é o intervalo de tempo entre o incidente ou situação de urgência e o tratamento definitivo (MELO, SILVA, 2011). Considerando ainda que os agravos podem ser de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, psiquiátrica, dentre outras, deverão ser observadas as pactuações de fluxos de referência, ou seja, organização para encaminhamento do usuário a atendimento em níveis de maior grau de complexidade (BRASIL, 2002; FRATINI, 2007; SILVA, 2010).

Nas emergências clínicas, os pacientes necessitam receber um primeiro atendimento qualificado, a fim de que se alcance condições mínimas para transportá-los até unidades de saúde de maior complexidade, onde tenham acesso a melhores recursos diagnósticos e terapêuticos (NUNES; MELO; DE SOUZA, 2010).

Nas emergências traumáticas, o recomendado é iniciar o transporte em até dez minutos após a chegada na cena do evento e estabilização do paciente. De acordo com o *Pre-hospital trauma life support* (PHTLS), (NAEMT, 2017), estudos demonstram que atrasar o transporte dos doentes traumatizados graves para o destino adequado, aumenta a mortalidade. Essa prática não quer dizer que é apenas “carregar e correr” com a vítima, mas sim que se deve realizar uma “intervenção limitada no local” focando em uma avaliação rápida e consequentemente realizar intervenções que impactam de forma positiva no desfecho do caso específico daquela vítima. Somente em algumas situações é aceitável um tempo prolongado antes de iniciar o transporte como por exemplo: tempo utilizado para garantir a segurança no local, retirada de vítimas de locais de difícil acesso, necessidade de reforço policial para garantir a segurança da equipe (NAEMT, 2017).

No Brasil, o transporte primário é realizado frequentemente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), implementado em 2003, após formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (CRUZ *et al*, 2017). Este serviço foi influenciado pelos modelos de atendimento francês e americano, o que agregou informações sobre

atendimentos clínicos e traumáticos, de forma a atender os objetivos de cada evento, considerando sua natureza (LEFUNDES *et al*, 2016).

Os profissionais de saúde que realizarem atendimentos de urgência e emergência deverão avaliar os pacientes, realizar manobras de sobrevivência necessárias e prepará-los para o transporte o mais precocemente possível, considerando o ponto de atenção à saúde que possui condições necessárias para atender suas necessidades (NESCON UFMG, 2011).

A equipe que atua no atendimento pré-hospitalar e no transporte primário do paciente deve receber capacitação continuada, possuir experiência e estar em constante atualização para o atendimento de pessoas em situação de urgência e emergência (PAOLI, 2009).

Aspectos ético-legais

Diante o exposto e considerando a complexidade técnica necessária para a assistência durante o transporte primário, ressalta-se que sob o ponto de vista legal, considerando a Lei nº.7.498/86 e o Decreto nº. 94.406/87 são privativos do enfermeiro: *“os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”* (BRASIL, 1986, BRASIL, 1987).

Faz-se relevante informar que no âmbito da equipe de enfermagem o transporte primário cabe ao enfermeiro, por ser ele o profissional com competência definida em Lei Federal com capacidade de tomar decisões imediatas, realizar cuidados de maior complexidade técnica e prestar assistência à pacientes graves com risco de vida. Observa-se que são situações distintas e que podem ser concomitantes ou não. O paciente pode não estar grave, nem ter risco de morte, mas a sua situação pode demandar cuidados de maior complexidade técnica e capacidade de tomar decisões imediatas.

As mais diversas situações podem ocorrer durante um transporte, bem como a alteração do quadro do paciente, que pode ocorrer inclusive naquele que durante o atendimento primário apresentava sinais de estabilidade hemodinâmica, por exemplo. O Enfermeiro é o profissional habilitado por Lei para avaliar o paciente e prescrever os cuidados de enfermagem necessários, sendo este um dos inúmeros motivos para que todos os transportes primários sejam realizados com a presença de profissionais enfermeiros.

O grande diferencial da assistência prestada pelo enfermeiro está na sua capacidade de tomar decisões imediatas, pautados no conhecimento científico, adquiridos durante a

graduação. Esta faculdade, devidamente descrita na legislatura, garante ao Enfermeiro prever as complicações e se antecipar, realizando suas ações assistenciais mediante raciocínio clínico. A graduação traz ao enfermeiro conhecimentos de bioquímica, farmacocinética, farmacodinâmica, fisiologia, semiologia, semiotécnica, dentre outros. Em termos práticos, o enfermeiro possui conhecimento acerca de mecanismos de choque, prevenção de lesões graves e lesões de órgão-alvo, por exemplo. Além disso, o enfermeiro possui um diferencial quanto a avaliação holística do paciente, ou seja, uma visão do todo, que é essencial na avaliação do seu quadro geral.

O técnico e o auxiliar de enfermagem, conforme Lei Federal 7498/86, exercem atividades auxiliares, realizam suas ações mediante prescrição, executam tarefas e prestam cuidados de menor complexidade. Esses profissionais não possuem conhecimento técnico-científico, adquirido mediante curso de nível médio, para uma assistência que demande maior compreensão clínica. Embora a capacidade de adquirir conhecimentos seja inerente a qualquer profissional, não há respaldo legal para que técnicos e auxiliares de enfermagem executem cuidados de maior complexidade ou recebam prescrição médica a distância, conforme Resolução Cofen nº. 487 de 2015.

Desta forma, a definição de que um auxiliar ou técnico de enfermagem pode ser encaminhado sozinho ao local de uma urgência/emergência é equivocada, por não seguir a legislação federal e por colocar em risco o paciente, uma vez que, ao se deparar com uma situação que foge à sua competência, o profissional poderá incorrer em erro, imperícia ou até mesmo exercício ilegal. A situação irá gerar atraso no atendimento às demandas imediatas do paciente, agravando o seu quadro e podendo causar complicações, até mesmo o óbito. Portanto, essa situação gera insegurança para o profissional de enfermagem e para o paciente.

Importante ressaltar que nos atendimentos que envolvem o transporte primário a condição clínica do paciente só é realmente conhecida quando se chega ao local da ocorrência. Desta forma, ao se deparar com a exata situação in loco, o profissional precisa ser capaz de tomar decisões imediatas e precisa ter competência legal para a realização do atendimento, a fim de garantir a sobrevivência da pessoa. Além disto, os agravos agudos não possuem uma segurança de manutenção do quadro, sendo comum o agravamento do estado do paciente com o passar do tempo e a sua desestabilização hemodinâmica até a chegada do socorro.

Pode-se complementar que, na prática, a regulação define pela necessidade ou não do envio de uma unidade de suporte avançado de vida ao local do agravo à saúde. A definição da equipe de enfermagem que assistirá ao mesmo agravo acaba sendo realizada indiretamente pelo médico regulador, uma vez que ao definir que o caso necessita deste tipo de atendimento (suporte avançado de vida), o enfermeiro encontra-se escalado junto ao médico neste veículo. Nos casos em que é avaliada a necessidade do suporte básico de vida, o técnico de enfermagem, que se encontra escalado na unidade móvel destinado a este fim, é deslocado sem a supervisão do enfermeiro, em desacordo com o que regem a Lei n°. 7.498/86 e o Decreto n°. 94.406/87, desconsiderando ainda que a evolução do quadro do paciente possui caráter progressivo e a tomada de ações iniciais mais complexas influenciam positivamente no prognóstico final do paciente acometido pelo agravo. Neste sentido, reitera-se a necessidade da presença do profissional enfermeiro em todos os transportes primários, ou seja, tanto nas situações que necessitem de suporte avançado de vida quanto naquelas que sejam indicadas o suporte básico de vida.

Nos casos em que não exista a presença do médico no transporte primário é necessária uma forma de comunicação deste com a equipe para tomada de decisões e prescrição de condutas por telemedicina (PAOLI, 2009). Sob o ponto de vista ético-legal, é permitido somente ao Enfermeiro o recebimento da prescrição médica à distância, dentro das exceções previstas na Resolução Cofen n°. 487/2015. Faz exceção, conforme o definido nesta norma, a prescrição feita por médico regulador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Logo, não é permitido aos técnicos e auxiliares de enfermagem receberem a prescrição à distância realizada pelo médico regulador, estando os profissionais sujeitos às penalidades previstas pelo seu conselho de classe. Isso corrobora com a verificação da necessidade do enfermeiro em todos os transportes primários.

Há de se retratar também que, embora seja exigido pela legislação brasileira a regulação de todos os atendimentos de urgência e emergência, isso ainda não é realidade no Estado de Minas Gerais. Isto é um agravante de relevância, uma vez que o profissional de nível médio de enfermagem, que não possui competência para assistência direta a pacientes graves com risco de vida, não possui competência para tomada de decisão imediata e não pode receber prescrição médica à distância, é escalado para o atendimento a pacientes acidentados em rodovias, para encaminhar gestantes em trabalho de parto para maternidades em outros municípios e outros tipos de encaminhamentos, sem qualquer retaguarda técnica e legal. Este fato coloca o paciente

em situação de extrema vulnerabilidade, sujeito a danos decorrentes de imperícia, imprudência e correndo, inclusive, risco de vida. Também expõe o profissional ao cometimento de erros, execução de procedimentos que não lhe competem, ficando sob a égide das penalidades impostas pelas normativas legais e infralegais.

Outra situação relevante são os municípios que embora realizem atendimento de urgência e emergência devidamente regulados, influenciados pela questão topográfica do Estado de Minas Gerais, não transmitem adequadamente sinais de rádio ou celular, mesmo via satélite, o que impede a comunicação do quadro do paciente e das condutas a serem tomadas entre o profissional da ambulância e a central de regulação. Desta forma, reforça-se ainda mais a necessidade de se contar com a presença do profissional enfermeiro em todos os transportes primários, profissional responsável, no âmbito da equipe de enfermagem pela tomada de decisões imediatas e execução de atividades mais complexas do ponto de vista técnico-científico, respaldados pela Lei Federal nº. 7498/86 e Decreto nº. 94406/87. Mesmo que haja possibilidade de interceptação, o fato de o profissional de nível médio estar na ambulância sozinho é que é ilegal e traz riscos para o paciente. A interceptação de ambulâncias ocorre, muitas vezes, com o intuito de solucionar problemas relacionados ao número insuficiente de ambulâncias de suporte avançado de vida e às grandes distâncias a serem percorridas durante o transporte de pacientes. Nesta situação, o paciente é passado de uma ambulância para outra, que pode ser de suporte básico para suporte avançado ou entre duas ambulâncias de suporte avançado – nos casos de transportes longos, entre microrregiões, com o objetivo de conduzi-lo a um local com mais recursos, necessários ao seu tratamento. No entanto, observou-se que a interceptação aumenta o tempo de transporte e retarda o início do tratamento do paciente (MARINO, 2016). Portanto, a interceptação possibilita que em casos mais graves seja ofertado um atendimento mais próximo ao paciente até a chegada do médico e não do enfermeiro. O enfermeiro já deveria estar no primeiro atendimento, visando a maior sobrevida do paciente até a chegada do médico.

Conforme disposto no Decreto nº. 94.406/87, verifica-se ainda que os profissionais técnicos de enfermagem não possuem competência legal para prestarem assistência direta a pacientes graves e com risco de vida, cabendo-lhes assistir ao Enfermeiro nesse tipo de cuidado:

“Art. 10. O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

(...)

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

(...)

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

(...)” (BRASIL, 1987).

Observa-se ainda que não há previsão legal para os profissionais auxiliares de enfermagem para prestarem assistência direta a pacientes graves e com risco de vida, cabendo-lhes:

“Art. 11. O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocлизма, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte” (COFEN, 1987).

Conforme observa-se, ao auxiliar de enfermagem são atribuídas as ações de caráter mais simples, rotineiras e que devem estar prescritas. Dessa forma, no que diz respeito ao transporte primário, não pode lhes ser conferida tal responsabilidade. Verifica-se ainda a necessidade de os profissionais de enfermagem de nível médio, tanto técnicos quanto auxiliares de enfermagem, estarem sob supervisão, orientação e direção do enfermeiro para realizarem as suas atividades: **“Art. 13. As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro”** (COFEN, 1987).

A observância do que rege a legislação vigente é ato que proporciona assistência de enfermagem segura e que resguarda a segurança do paciente. Neste sentido, casos em que o serviço não conta com enfermeiro no transporte primário transgridem a legislação federal e geram insegurança para a população e para os demais profissionais da equipe de enfermagem.

Cumpre ressaltar que conforme a Resolução Cofen nº 564/2017 é proibido ao profissional de Enfermagem:

“Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

(...)

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente” (COFEN, 2017).

O dimensionamento de pessoal de enfermagem deve ser cauteloso na definição do quantitativo adequado e também do qualitativo, observando as competências de cada categoria, conforme o que fora cuidadosamente examinado neste capítulo.

As instituições de saúde que deslocam profissionais de enfermagem do seu quadro para resgate de pacientes em vias públicas e rodovias, quando o município não conta com atendimento pré-hospitalar móvel regulado, devem garantir que a assistência aos pacientes internados e aos que possam vir a procurar o pronto-atendimento da instituição não seja prejudicada. Cabe ao enfermeiro avaliar em cada situação, se deverá deslocar-se ou permanecer na instituição, registrando o ocorrido em relatório, justificando os motivos de sua decisão e comunicando oficialmente ao gestor do serviço acerca do ocorrido e da necessidade de recursos humanos, sendo que o enfermeiro responsável deverá apresentar cálculo de pessoal de enfermagem, prevendo essas situações, de acordo com a realidade de cada serviço.

Há de se ressaltar ainda que a assistência de enfermagem deve estar pautada no processo de Enfermagem, conforme Resolução Cofen nº. 358/2009, art. 1º “O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem”, registrando formalmente a sua execução. É direito do paciente ter toda a sua assistência registrada em prontuário, sendo este o meio oficial pelo qual o processo de enfermagem deverá ser registrado.

Sob o ponto de vista ético, e considerando a Resolução Cofen nº 564/2017, os profissionais de nível médio da enfermagem que forem escalados para realização de transporte primário de pacientes sem a presença do Enfermeiro devem:

1. Avaliar a sua competência técnico-científica para a realização do transporte, conforme Resolução Cofen nº 564/2017, que aprova novo Código de Ética dos profissionais de enfermagem;
2. Realizar o transporte, nos casos de urgência e emergência, considerando se tratar do melhor custo-benefício para o paciente. Observar a conformidade do Artigo 76 do Capítulo 3 da Resolução Cofen nº. 564/107- Das proibições - o profissional não deverá “*negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco à integridade física do profissional*”;
3. Dar ciência a sua chefia imediata e ao gestor do serviço da necessidade de contar com Enfermeiro;
4. Comunicar ao Coren-MG que está atuando no transporte primário sem presença de Enfermeiro, a fim de que seja realizada fiscalização do serviço;
5. Evoluir o transporte em prontuário, incluindo a gravidade do paciente encontrado, quais ações puderam ser realizadas, se houve contato com médico regulador, qual era a sua retaguarda, se recebeu prescrição médica a distância, se houve necessidade de interceptação do transporte por ambulância com enfermeiro;
6. Registrar o fato nos livros de ocorrências do serviço, registrando qual a situação vivenciada, obstáculos encontrados para a atuação.

Baseado nos aspectos técnico-científicos, éticos e legais abordados ao longo deste capítulo, conclui-se sobre as competências dos profissionais de enfermagem no transporte primário, que estão resumidas no Quadro 2.

QUADRO 2 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE PRIMÁRIO

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte primário, uma vez que trata-se de uma atividade assistencial que inspira cuidados.

O enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir ao paciente durante o transporte primário, sendo que deverá acompanhar todos os transportes primários, considerando que trata-se de assistência de enfermagem a pacientes graves, ou potencialmente graves, com risco de vida, que demandam decisão imediata, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87.

O técnico de enfermagem possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir o enfermeiro nos cuidados diretos a pacientes graves e com risco de vida durante o transporte primário, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87.

O auxiliar de enfermagem não possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir o paciente durante o transporte primário, uma vez que não há previsão legal para que assista pacientes graves ou com risco de vida, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87.

Fonte: Adaptado da Lei nº 7.498 de 1.986 e Decreto nº. 94.406 de 1.987.

Os serviços de saúde que realizam o transporte primário devem estruturar uma rede de cuidados e um sistema articulado de atenção aos pacientes atendidos. Considerando as competências de cada membro da equipe de enfermagem, seguem as atribuições que poderão ser realizadas no contexto do transporte primário, aqui subdivididas didaticamente em três fases: período anterior ao início do transporte, período de realização do transporte e período após finalização do transporte (OLIVEIRA, 2017).

I. Período anterior ao início do transporte

O período que precede o transporte primário compreende o momento anterior à chegada dos profissionais responsáveis pelo transporte ao local da ocorrência, devendo ser um período breve e assertivo. Para este período, faz-se importante o planejamento prévio de recursos

humanos e materiais essenciais para prestação de assistência ao paciente, sendo um momento determinante para a saúde do usuário em que corresponde à decisão de seu acompanhamento desde o local da ocorrência até ao hospital/instituição de saúde (OLIVEIRA, 2017).

Para as unidades de saúde, o papel do gerenciamento de recursos materiais não é diferente das demais organizações, uma vez que, consiste em ter os recursos necessários ao trabalho com qualidade e em quantidades adequadas, a um menor custo e em tempo certo. O gerenciamento de recursos materiais em saúde deve assegurar materiais em quantidade e qualidade de modo a que os profissionais possam desenvolver seu trabalho sem correr riscos e sem colocar em risco os usuários dos serviços (CASTILHO *et al*, 2014).

As atribuições da equipe de enfermagem no período que antecede o transporte primário estão apresentadas no Quadro 3.

| |
|---|
| Quadro 3 – Atribuições da Equipe de Enfermagem no período que antecede o transporte primário de pacientes. |
| Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem |
| Receber o plantão da equipe de serviço com informações e alterações a respeito dos materiais e equipamentos da unidade móvel |
| Realizar contato com a central de regulação, informando membros da equipe presentes, contato telefônico da equipe e outras informações pertinentes ao serviço * |
| Conhecer equipamentos que compõem a unidade móvel de transporte primário |
| Realizar conferência e organização dos materiais da unidade móvel, seguindo <i>check list</i> do serviço |

| |
|--|
| Fixar os equipamentos para que não atinjam o paciente ou equipe, caso haja uma manobra ou acidente |
| Realizar registro da conferência dos materiais e artigos da unidade móvel |
| Conhecer a grade pactuada de serviços de saúde da instituição e/ou do município |
| Estar preparado para iniciar deslocamento de forma ágil e segura após solicitação de atendimento |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Estar presente em todos os atendimentos de transporte primário |
| Garantir a reposição de materiais, medicamentos e equipamentos na unidade móvel de atendimento primário e comunicar ao gestor do serviço sobre quaisquer dificuldades encontradas para manter a unidade adequadamente composta |
| Realizar supervisão da equipe de enfermagem e promover ações de educação permanente da equipe visando a uma assistência qualificada e segura |
| Participar da elaboração de rotinas e protocolos de transporte primário, visando ao atendimento eficiente e resolutivo pela equipe de enfermagem |

Fonte: Elaborado pelas autoras

* Os profissionais de enfermagem que estão em exercício em serviços que realizam transporte primário sem Central de Regulação, devem comunicar este fato ao Coren-MG para seja realizada fiscalização do exercício profissional e tomadas as medidas cabíveis.

Após o acionamento e deslocamento da equipe de saúde para o transporte primário, há a fase de atendimento e estabilização do paciente. Recomenda-se que os profissionais de enfermagem estejam adequadamente treinados quanto à manobras e intervenções previstas para o atendimento às urgências e emergências, clínicas e/ou traumáticas e que a assistência prestada no atendimento primário ocorra considerando as competências técnicas, éticas e legais desses profissionais.

II. Atendimento durante o transporte primário

O período do transporte compreende desde o início do deslocamento do paciente da cena ou local de atendimento primário até a chegada ao serviço de saúde/unidade destino. A equipe de transporte deve manter o mesmo nível de atendimento oferecido ao paciente na fase de estabilização. O princípio fundamental na abordagem dos pacientes graves é não causar dano adicional (MELO, NUNES, ALMEIDA, 2009).

Ademais, a equipe de enfermagem deve participar, como membro da equipe de saúde, da execução de ações importantes durante o transporte que garantam segurança do paciente e da equipe. Alguns cuidados essenciais que devem ser realizados durante o transporte: reavaliação contínua dos pacientes e intervenções técnicas necessárias até a chegada ao local de destino, documentação de todas as intercorrências e comunicação com o hospital receptor (NESCON, UFMG, 2011).

As atribuições da equipe de enfermagem durante o transporte primário estão apresentadas no Quadro 4.

| Quadro 4 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no Transporte Primário |
|---|
| Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem |
| Manter a monitorização contínua das funções vitais do paciente |

| |
|---|
| Reavaliar continuamente o paciente, observando possíveis alterações do quadro apresentado |
| Utilizar medidas de proteção (grades, cintos) que assegurem a integridade do paciente durante o deslocamento |
| Evitar que acessórios sejam deixados sobre o paciente, pois podem provocar lesões, principalmente em transportes prolongados |
| Fixar devidamente dispositivos de via área e endovenosos para evitar perdas durante o deslocamento |
| Utilizar cinto de segurança para manter paciente seguro à maca e a maca fixada a ambulância |
| Manter vigilância redobrada em transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, prematuros, crianças, politraumatizados |
| Realizar procedimentos que se façam necessários, tendo em vista as competências técnicas de cada categoria profissional da enfermagem, orientadas pelo médico regulador. É permitido somente ao enfermeiro receber e executar prescrição médica à distância, conforme situações previstas na Resolução Cofen 487/2015 |
| Controlar situações de emergência, considerando as competências técnico-ético-legais de cada categoria profissional |
| Zelar pela manutenção da permeabilidade dos dispositivos utilizados durante a assistência dos pacientes, tais como cateteres, tubos e drenos, se existirem |

| |
|---|
| Comunicar ao paciente e/ou ao seu responsável sobre a justificativa do deslocamento e o local de encaminhamento |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Realizar avaliação contínua do paciente durante o transporte, através do exame físico, coleta da história pregressa (quando possível) e associação do quadro aos sinais vitais apresentados pelo paciente |
| Decidir imediatamente sobre medidas de assistência e conforto, que promovam melhorias no quadro apresentado pelo paciente, embasados pelo conhecimento técnico-científico |
| Comunicar alterações percebidas no quadro apresentado pelo paciente à Central de Regulação |
| Receber e executar prescrição médica à distância, conforme disposto na Resolução Cofen 487/2015 |

Fonte: Baseado em (NESCON, UFMG, 2011; NAEMT, 2017)

III. Período Pós - Transporte Primário

Este período se caracteriza como o momento após a chegada do paciente à unidade/ serviço de destino e sua admissão pela equipe de enfermagem deste local (ZUCHELO et CHIAVONE , 2009).

As atribuições da equipe de enfermagem no período após a realização do transporte primário estão apresentadas no Quadro 5.

| |
|--|
| <p>Quadro 5 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no Período Pós-Transporte Primário</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem</p> |
| <p>Informar adequadamente à equipe de enfermagem da unidade de destino sobre a situação em que o paciente se encontrava quando atendido pela equipe, descrevendo a cena observada no atendimento primário, as alterações ocorridas no quadro do paciente e as ações adotadas até o momento, orientadas pelo médico regulador</p> |
| <p>Realizar anotações completas e fidedignas na ficha de atendimento do paciente, descrevendo todos os itens da assistência prestada antes, durante e pós transporte</p> |
| <p>Conferir os materiais e equipamentos da unidade móvel e realizar reposição dos insumos utilizados na ocorrência</p> |
| <p>Realizar a limpeza e desinfecção dos materiais utilizados na ocorrência e encaminhar materiais para esterilização</p> |
| <p>Relatar a Central de Regulação sobre os dados da ocorrência, a finalização do transporte, a situação da unidade, se ocorrido alguma eventualidade ou dificuldade para a realização da ocorrência</p> |
| <p>Realizar notificação, conforme diretrizes do serviço, se ocorrência de algum evento adverso durante o transporte</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro</p> |

Acompanhar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto a realização das atividades descritas no Manual de Limpeza, Desinfecção e Gerenciamento de Resíduos de serviços de saúde e no Protocolo Operacional Padrão (POP) do serviço

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A existência de serviços de transporte que não contam com regulação médica dá-se pela inexistência do SAMU em algumas regiões ou pela distância entre o município solicitante e as bases do SAMU já existentes. Desta forma, os gestores municipais acabam por organizar o atendimento aos pacientes para que exista algum tipo de atendimento às urgências no município, região e rodovias próximas. O fato de existir essa modalidade de organização do serviço de urgência e emergência, que não atende às portarias ministeriais, não exclui do profissional de enfermagem o dever de seguir a Lei do Exercício Profissional e seu Decreto Regulamentador, devendo manter observância ao que lhe é permitido executar.

Diante desta realidade, e portanto, da existência de **transportes primários não regulados**, o Quadro 6 apresenta algumas atividades que podem ser realizadas por profissionais de enfermagem nestas situações.

| Quadro 6 - Atribuições da Equipe de Enfermagem nos Transportes Primários não Regulados |
|--|
| Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem |
| Conferir o funcionamento dos meios de comunicação da equipe |
| Avaliar o nível de consciência do paciente |

| |
|--|
| Realizar abertura e desobstrução de vias aéreas |
| Realizar extração e imobilização de vítimas |
| Realizar posicionamento adequado do paciente, promovendo conforto |
| Executar manobras básicas de Ressuscitação CardioPulmonar (RCP) e manipulação do Desfibrilador Externo Automático (DEA) |
| Encaminhar o paciente para a rede referenciada |
| Registrar adequadamente o atendimento ofertado ao paciente em prontuário |
| Comunicar efetivamente com a equipe da instituição de destino no ato da chegada do paciente ao destino: caracterizar a cena encontrada/ mecanismo do trauma, identificar a possível causa do agravo, descrever o estado do paciente no momento da chegada da equipe na cena e os cuidados de enfermagem realizados até o momento |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Certificar-se da presença dos profissionais de enfermagem no plantão, dimensionar a equipe de enfermagem conforme prioridades e especificidades do serviço e a comunicar o gestor do serviço sobre ausências temporárias ou déficits de profissionais |
| Ofertar oxigênio ao paciente, mediante protocolo institucional pré-estabelecido |
| Realizar procedimentos que estejam dentro de sua competência técnica, considerando as situações previstas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 564/2017) |

Fonte: Elaborado pelas autoras

No contexto da ausência da regulação médica do serviço de atendimento primário móvel, cabe ainda pontuar que o profissional de enfermagem **NÃO DEVERÁ:**

1- Exercer qualquer tipo de regulação dos atendimentos.

A regulação do atendimento de urgência está descrita no Capítulo 4.2. É comum em Minas Gerais encontrar instituições de saúde que recebem chamados da comunidade em telefone particular da instituição e enviam socorro através de ambulância própria. Nesses casos, em que a ligação não possui gravação e não é regulada pelo médico regulador, a ambulância deve ser enviada a todos os chamados, não podendo haver priorização dos atendimentos. Se os profissionais de enfermagem forem responsáveis pelo atendimento destas ligações, não cabe a eles regular o atendimento, ou seja, definir se a ambulância será empenhada ou não ou ainda, em que prioridade ocorrerá os atendimentos solicitados.

2- Aceitar regulação dos atendimentos realizada por profissional não-médico e/ou sem gravação do chamado.

Nos municípios ou instituições em que outro profissional é o responsável por atender e anotar os chamados de urgência e emergência, não é permitido aos profissionais de enfermagem que executem ações que sejam definidas por qualquer outro tipo de regulação, diferente daquela realizada por um médico regulador.

3- Executar procedimentos que ultrapassem a competência técnica/ética/legal da profissão/categoria profissional.

Os profissionais de enfermagem devem manter o atendimento às urgências e emergências em consonância com a Lei Federal nº. 7.498/86, Decreto nº. 94.406/87 e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem, não sendo permitida a execução de atividades privativas de outros profissionais. Ou seja, os profissionais da equipe de enfermagem não

podem realizar atividades privativas do médico e, no âmbito da equipe de enfermagem, os profissionais de nível médio não devem executar ações privativas do enfermeiro.

- 4- Não aceitar prescrição médica a distância em meio que não haja gravação da chamada (em telefones particulares, por exemplo).

Nos serviços regulados, o Enfermeiro possui competência para realização do transporte e execução de prescrição médica à distância, conforme previsto na Resolução Cofen nº. 487/2015. Naqueles serviços que não possuem regulação médica, a enfermagem deve prestar a assistência que lhe compete, considerando os aspectos técnicos, éticos e legais diante das necessidades apresentadas pelo paciente. Orienta-se que o Enfermeiro comunique oficialmente ao responsável legal a necessidade de um meio que permita a gravação das ligações e orientações médicas, a fim de ter respaldo legal de suas ações.

REFERÊNCIAS

ADÃO, R. de S.; SANTOS, M.R. dos. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, vol. 16, n. 4, p. 601-608. 2012.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p. 467-472 . 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 21 de mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 de dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 de out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 de nov. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 03 de jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS, CID-10. **DATASUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10.htm>. Acesso: 23/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 de nov. 2002.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W.V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Recife, vol. 11, n. 4, p. 530-540, 2008.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V. L. M. **Gerenciamento de Recursos Materiais**. In: **KURCGANT, P. Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.155-167. 2014.

CICONET, R.M. **Tempo resposta de um serviço de atendimento móvel de urgência**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

DWYER, G. O. *et al.* O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, p. e00043716, 2017.

GAMA, B. M. B. de M. **Administração de Recursos Materiais em Enfermagem**. Juiz de Fora, Escola de Enfermagem - UFJF/Depto Enfermagem Básica, 1997. (apostila de curso).

GOVERNO DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Curso de capacitação em suporte básico e avançado de vida**. 1 ed. Belo Horizonte, 2016.

JANNIERE, D; MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. O médico regulador, competências e deveres. In: MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. **Elementos de uma regulação médica dos serviços de ajuda médica (SAMU)**. Brasil, 1998.

LEFUNDES, A. *et al.* Caracterização das Ocorrências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia v. 30, n. 3, 2016.

NUNES T.A; MELO, M.C.B; DE SOUZA, C. **Urgência e Emergência pré hospitalar**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

MELO, M. do C. B.; SILVA, N. L. O. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**, Minas Gerais, 2011.

MICHAELLIS. Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Editora melhoramentos, 2016.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – Proyecto de Real decreto por el cual se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Madrid, Dossier especial, MSC, 2005.

MINAYO, M. C. S. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n: 11, p. 1877- 1886, 2008.

MINAS GERAIS, Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. **Curso de capacitação: suporte básico de vida**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2014.

OLIVEIRA, S.C.P.R. **Acompanhamento do doente crítico no Transporte Primário: Perspectiva dos profissionais de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica) - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, 2017. Disponível em: http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1915/1/Sandra_Oliveira.pdf. Acesso em: 20/09/2019.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud. **Sistemas de notificación de incidentes en América Latina**. Washington D.C, 2013.

SOUSA, P. et al. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **Bio Med Central Health Services Research**. v.14, n. 311, p. 1-6. 2014.

WHO, World Health Organization. The conceptual framework for the International Classification for Patient Safety. version 1.1: final technical report January 2009. Geneva, 2009.

ZUCHELO, L.T. S; CHIAVONE, P. A. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 35, n. 4, 2009.

2.1.1 - O TRANSPORTE AÉREO

Andréia Oliveira de Paula Murta

Carlos Henrique Castanheira

Com o início nas grandes guerras, o transporte aéreo do paciente crítico constituiu um elemento essencial para assistência continuada. De acordo com Gentil (1992), no Brasil, as primeiras empresas especializadas em transporte aeromédico iniciaram na década de 90.

O transporte primário poderá lançar mão do transporte aéreo como alternativa para a movimentação de pacientes críticos. No transporte aéreo são utilizados aviões (asa fixa) e helicópteros (asa rotativa) e a definição de qual meio ou modo de transporte seria ideal para um paciente deve-se levar em consideração além do estado do paciente, a distância, disponibilidade de aeródromo e necessidade de transporte terrestre para conclusão da transferência, conforme previsto na Portaria nº2048/02.

Aspectos técnico-científicos

Sob o ponto de vista técnico-científico, há de se considerar que o transporte aéreo possui algumas especificidades com relação a adaptação humana diante da fisiologia aeroespacial. A

Terra é envolvida por uma camada de gases que chamamos de atmosfera. A gravidade garante a existência da atmosfera e apesar da quantidade de moléculas de gases alterar com a altitude (maior altitude, menor quantidade) a sua composição (tipos de moléculas) é relativamente constante, seguindo a relação de 78% de nitrogênio, 21% de oxigênio e 1% de outros gases (argônio, dióxido de carbono, vapor de água, entre outros) (SILVEIRA, 2011). Assim, pessoas submetidas a transporte aéreo estão sujeitas a variações climáticas e a alterações fisiológicas decorrente das condições dos gases que compõem a atmosfera (SILVEIRA, 2011; SOUZA *et al.*, 2013).

Há repercussões importantes das leis dos gases no organismo humano. Entre as repercussões no organismo humano da variação dos gases atmosféricos no transporte aéreo a que causa maior preocupação é a hipóxia de altitude que ocorre por deficiência na troca do oxigênio alveolar. Os sinais observados no paciente com este quadro são: confusão mental, taquicardia, taquipnéia, tremores, dispnéia, arritmia, bradicardia, agitação, inconsciência, hipotensão, cianose, euforia (SILVEIRA, 2011; SOUZA *et al.*, 2013).

Souza, *et al.* (2013) apontam outras implicações que devem ser monitoradas pelo enfermeiro:

- *A pressão do balonete do tubo traqueal deve ser monitorada, pois com a expansão dos gases, há risco de ruptura do balonete ou necrose de laringe;*
- *Pacientes com doenças pulmonares necessitarão de um maior aporte de oxigênio para estabilizarem as trocas gasosas;*
- *Deve-se monitorar a dor principalmente em regiões de vísceras ocas que em função da expansão dos gases na altitude e dificuldade de eliminação por processo inflamatório ou edema ocasionam redução de escape de gás;*
- *Em pacientes com sinais de inflamação das vias aéreas superiores é imprescindível o uso de descongestionantes nasais que ajudam a diminuir o edema nasal, permitindo drenagem adequada de ar retido e diminuição da ocorrência de sinusite ou dor timpânica com possibilidade de rotura;*
- *Monitorar temperatura corporal e manter o paciente aquecido, pois a temperatura ambiente diminui com o aumento da altitude.*
- *Umidificar mucosas do paciente porque durante o transporte aéreo tem-se a diminuição de umidade **devido ao** aumento da altitude, pressurização da aeronave e o uso do ar condicionado da aeronave.*

Aspectos ético- legais

Diante as especificidades do transporte aéreo, a complexidade técnica necessária para a assistência durante este tipo de transporte e considerando que usualmente o paciente que é transportado por este meio é um paciente em estado de maior agravamento, ressalta-se que sob

o ponto de vista legal, considerando a Lei nº.7.498/86 e o Decreto nº. 94.406/87 são privativos do enfermeiro: “os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas” (COFEN 1986, COFEN, 1987).

A Resolução Cofen nº 551/2017, que normatiza a atuação do Enfermeiro no atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Inter-Hospitalar em Veículo Aéreo, dispõe que é privativo do Enfermeiro a atuação no atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Inter-Hospitalar em Aeronaves de asa fixa e rotativa.

Considerando tratar-se de uma modalidade específica de transporte, as competências dos profissionais de enfermagem no transporte aéreo são apresentadas no Quadro 7.

Quadro 7 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE AÉREO

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte aéreo. Compete ao profissional enfermeiro a realização do transporte aéreo, devido se tratar de cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, conforme Lei nº. 7.498/86, Decreto nº. 94.406/87 e Resolução Cofen nº 551/2017.

Não compete ao técnico e auxiliar de enfermagem realizar o transporte aéreo.

A descrição das atribuições do enfermeiro no transporte aéreo deve ser diferenciada quanto aos três momentos do transporte: pré-voo; per voo e pós voo, considerando as definições já citados dos período pré transporte, durante o transporte e pós transporte. Estas atribuições estão apresentadas no Quadro 8.

| Quadro 8 - Atribuições do Enfermeiro no Transporte Aéreo |
|---|
| Período Pré-Voo |
| Realizar conferência diária dos materiais e equipamentos utilizados no transporte aeromédico, realizando registro em checklist próprio do serviço |
| Inteirar-se do histórico do paciente, quadro clínico, sinais vitais e o tempo de duração do transporte |
| Participar da escolha da aeronave e quanto ao tipo de equipamentos necessários |
| Instalar os equipamentos dentro da aeronave assim como verificar sua funcionalidade testando cada aparelho, considerando as especificidades e necessidades apresentadas pelo paciente |
| Período Per Voo: |
| Certificar-se que paciente e/ou acompanhante estejam cientes da justificativa do deslocamento e local de encaminhamento |
| Realizar avaliação do paciente e executar ações que visem à assistência integral do mesmo, zelando por sua integridade física e psíquica |
| Avaliar o quadro apresentado pelo paciente, sistematizar os cuidados de enfermagem necessários, embasados em conhecimento científico |
| Aferir e registrar dados vitais, definir prioridades de ações e comunicar o médico responsável sobre alterações observadas no quadro do paciente |

| |
|---|
| Zelar pela manutenção da permeabilidade dos dispositivos utilizados durante a assistência dos pacientes, tais como cateteres, tubos e drenos |
| Corrigir e/ou diminuir os efeitos da altitude no organismo, bem como os efeitos das forças gravitacionais e aqueles provocados pelo funcionamento da aeronave |
| Realizar procedimentos que se façam necessários, tendo em vista as competências técnico-ético-legal, orientado pelo médico responsável/regulador |

| |
|---|
| Período Pós Voo: |
| Informar adequadamente ao enfermeiro da unidade de destino sobre a evolução do paciente durante o traslado hospital/cena - aeronave – hospital |
| Realizar registro de enfermagem na ficha de atendimento do transporte, descrevendo as intercorrências, além de toda assistência oferecida ao paciente, visando à melhoria do quadro apresentado pelo mesmo |
| Repor o material utilizado durante o transporte do paciente e coordenar a desinfecção e esterilização dos equipamentos |
| Relatar a Central de Regulação sobre dados da ocorrência, a finalização do transporte, a situação da unidade, se ocorrido alguma eventualidade ou dificuldade para a realização do transporte ou do atendimento |
| Realizar notificação, conforme diretrizes do serviço, se ocorrência de algum evento adverso durante o transporte |

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ressalta-se que os materiais utilizados no transporte aéreo necessitam de conferência diária e sistematizada para garantir a integridade e confiabilidade. Pondera-se que os serviços de transporte aéreo necessitam organizar o seu processo de trabalho no sentido de promover a segurança do paciente com a implementação de checklists que se aplicarem a cada caso (GENTIL, 1997; THOMAZ, MIRANDA, SOUZA e GENTIL, 1999; SCUISSATO, 2012).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 nov. 2002.

COREN-MG, Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e normas**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3752011_6500.html>. Acesso em: 26 Out 2018.

COFEN. Conselho Federal de Minas Gerais. **Resolução COFEN nº 0551 de 2017**. Normatiza a atuação do enfermeiro no atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Inter-Hospitalar em veículo aéreo. Brasília, 2017.

GENTIL, R. C. **Remoção Aeromédica: Implantação de um serviço privado de São Paulo**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade São Camilo; 1992.

GENTIL, R. C. Aspectos históricos e organizacionais da remoção aeromédica: a dinâmica da assistência de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 452-467, 1997.

SILVA, R. da; AMANTE, L. N. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 539-547. 2015.

SILVEIRA, J. L. H. Fatores humanos e aspectos de medicina aeroespacial. **UnisulVirtual**. Santa Catarina, 2011.

SOUZA, A.; PENA, C.; FERREIRA, F.; MIRANDA, L.; GOMES, M. A.; CARVALHO, V. Transporte Aeromédico. In: SANTANA, Júlio César Batista; MELO, Clayton Lima; DUTRA, Bianca Santana (Org.). **Monitorização invasiva e não invasiva: fundamentação para o cuidado**. São Paulo: Atheneu, p. 293-305. 2013.

SCUISSIATO, D. R. *et al* . Compreensão de enfermeiros de bordo sobre seu papel na equipe multiprofissional de transporte aeromédico. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília , v. 65, n. 4, p. 614-620. 2012 .

THOMAZ, R. R.; MIRANDA, M. de F. B; SOUZA, G. A. G. de; GENTIL, R. C. Enfermeiro de bordo: uma profissão no ar. **Acta. Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.12, n.1, p. 86-96. 1999.

WHO. World Health Organization. Manual Surgical Care at the District Hospital (SCDH) and WHO Integrated Management for Emergency & Essential Surgical Care (IMEESC) toolkit. Disponível em: <http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/> . Acesso em: 22 Out 2018. 2012.

2.1.2 - O TRANSPORTE EM EVENTOS

Andréia Oliveira de Paula Murta

Deyvison de Abreu Freitas

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Inicialmente torna-se importante trazer o conceito de eventos , "*Reunião Massiva de Pessoas (RMP)*", mais conhecido no idioma Inglês como encontros de massa (*mass-gathering*). Existem várias definições para os RMP. Geralmente, entende-se que são concentrações maiores que 1.000 pessoas, em um local específico e para um propósito específico, embora seja necessário destacar que a maior parte da literatura se refere a multidões que excedam 25.000 pessoas (NIETO, ALCAIDE, RAMOS, 2017).

A literatura traz ainda o conceito adicional de “Evento em Massa (EM)”:

“Eventos de Massa são reuniões de grande contingente de pessoas, em geral motivados por atividades laborais, políticas, esportivas, religiosas ou lúdicas, que ocorre de forma pré-programada ou não, e que, em geral, acarretam consequências em diversos setores da sociedade, inclusive na Saúde Pública” (CASTRO et al, 2014).

As grandes concentrações de pessoas e as atividades a que estas estão propostas, remetem a importância em se definir planos estratégicos de atendimento às mais diversas necessidades de saúde, sejam elas no dimensionamento de pessoal, na quantidade de insumos e medicamentos e no número de ambulâncias disponíveis, para cobertura segura dos eventos. Os eventos em massa, podem gerar inúmeras ocorrências nas mais variadas vertentes, desde pequenos cortes, grandes traumas, infarto agudo do miocárdio e até mesmo uma parada cardio-respiratória. Devido ao grande número de pessoas em um determinado espaço, as chances destas ocorrências se multiplicam, influenciadas por inúmeros fatores, como o tipo de evento, o público estimado, o local e tempo de duração. A cobertura de eventos por equipes de saúde com ambulâncias, garante pronto-atendimento em situações que necessitam de primeiros socorros e imediato encaminhamento à unidade hospitalar, quando necessário (FERNANDES, 2015 e CASTRO *et al*, 2014).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 1.139, de 10 de junho de 2013 define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Ass

istência à Saúde em Eventos de Massa. No Art. 26 está normatizado, considerando autoridade sanitária como *“órgão ou agente público competente da área da saúde, com atribuição legal no âmbito da vigilância e da atenção à saúde”*:

Previamente ao evento, a autoridade sanitária da área de assistência à saúde, em articulação com a autoridade fiscalizadora competente, deve avaliar e acompanhar a execução do projeto de provimento dos serviços de saúde elaborado pelo organizador de evento, de acordo com o mapeamento de risco do evento, a fim de garantir a:

I - existência de posto médico avançado, fixo ou de campanha, com estrutura, insumos e medicamentos para:

a) acolhimento com classificação de risco;

b) observação;

c) pequenas cirurgias;

d) estabilização; e

e) suporte básico e avançado de vida;

II - retaguarda de ambulâncias na proporção adequada de unidades suporte básico (USB) e de unidades de suporte avançado (USA) por posto médico;

III - distribuição espacial obedecendo aos critérios de acesso e segurança”

Aspectos técnico-científicos

A eficiência do sistema de atendimento pré-hospitalar depende de fatores determinantes para o salvamento de vidas. A equipe de saúde responsável por este atendimento necessita estar capacitado para prestar cuidados de suporte básico e/ou avançado de vida, incluindo o domínio de técnicas de reanimação cardio-pulmonar e a utilização do desfibrilador automático externo (DAE) (VIEIRA, 2011). Durante o atendimento às emergências, aspectos como o tempo de resposta, a comunicação entre os organizadores e os serviços de emergência são importantes para o sucesso da ação realizada. A triagem dos casos no local e a realização de treinamentos in loco são importantes e corroboram para uma melhor definição de logística na fase prévia ao transporte (FERNANDES, 2015).

A equipe de enfermagem destinada a realização da cobertura do evento precisa observar as recomendações de análise dos eventos quanto à sua natureza, duração, dimensão e local (FERNANDES, 2015). Além disso, deverá atentar-se à necessidade de realizar intervenções de maneira rápida nas mais diversas situações, sempre prezando pela segurança da cena de atendimento, que é considerado fator primordial para a atuação de profissionais em ambiente pré-hospitalar. (BRASIL, 2014).

Conforme a classificação dos tipos de transporte já exposta no Capítulo 2 pode-se considerar o transporte em eventos (aqueles que ocorrem após atendimento em comemorações, festividades ou competições esportivas) como um subtipo do transporte primário de pessoas em saúde, pois o (s) paciente (s) sofre(m) um agravo em ambiente externo às instituições de saúde, constituindo um primeiro atendimento que necessita encaminhamento ao serviço mais adequado (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987)

O tempo do atendimento inicial até a transferência do paciente à um centro médico deve ser o mais rápido possível, conforme já exposto no capítulo do transporte primário (2.1). Considera-se fator primordial o conhecimento acerca da capacidade de atendimento e dos locais adjacentes ao evento, dada a probabilidade de encaminhamento de pacientes nestes eventos (CASTRO et al, 2014 e BRASIL, 2014).

Sob o ponto de vista **TÉCNICO-CIENTÍFICO**, diante de uma análise prévia bem realizada, a equipe de enfermagem poderá, na fase pré-evento: estimar riscos; realizar a preparação das ambulâncias; planejar as melhores ações; mapear o local para deslocamentos

com prováveis pacientes; bem como definir as melhores estratégias para quaisquer intercorrências ocorridas durante a realização do evento. Durante o evento a equipe de enfermagem deverá manter uma comunicação eficaz com atendimento coordenado por enfermeiro e se possível com algum profissional ou apoio bilíngue. No pós evento, a avaliação das ações realizadas durante o mesmo é de suma importância para busca de excelência e consolidação de um serviço de enfermagem de qualidade para todos (FERNANDES, 2015).

Quanto ao ponto de vista **LEGAL**, a Lei Federal nº 10.671, de 15 de maio de 2003 que dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor e dá outras providências, em seu artigo 16, obriga a entidade responsável pela organização da competição a “*disponibilizar um médico e dois enfermeiros-padrão para cada dez mil torcedores presentes, bem como uma ambulância a mais para cada dez mil torcedores presentes e comunicar previamente à autoridade de saúde a realização do evento*” (BRASIL, 2003).

Art. 16. É dever da entidade responsável pela organização da competição:

[...]

III – disponibilizar um médico e dois enfermeiros-padrão para cada dez mil torcedores presentes à partida;

*IV – disponibilizar uma ambulância para cada dez mil torcedores presentes à partida;
e*

V – comunicar previamente à autoridade de saúde a realização do evento.

Dispõe ainda, em seu Art. 17, que é direito do torcedor a implementação de planos de ação referentes a segurança, transporte e contingências que possam ocorrer durante a realização de eventos esportivos.

Ressalta-se que o termo “enfermeiro padrão” utilizado na Lei Federal nº 10.671/2013 equivale a nomenclatura “enfermeiro”, profissional de nível superior, conforme definido pela Lei Federal nº 7.498/86.

Segundo a Resolução Cofen nº. 518/2016, trata-se de ilegalidade a “Inexistência ou número insuficiente de enfermeiro em evento esportivo na proporção indicada por Lei”, cabendo notificação a ser realizada pelo Conselho Regional de Enfermagem.

No quadro abaixo estão descritas as competências dos profissionais de enfermagem nos transportes em eventos.

Quadro 9 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE EM EVENTOS

Segundo a Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87, o profissional de enfermagem possui competência para a realização do transporte em eventos, por se tratar de transporte primário e por ser o transporte uma parte da assistência que inspira os cuidados previstos em Lei.

O transporte dos pacientes que apresentam agravos agudos em eventos esportivos ou festivos é considerado transporte primário e deve contar com a presença do enfermeiro.

Compete ao técnico de enfermagem auxiliar o enfermeiro no transporte em eventos. Não compete ao técnico de enfermagem participar de transporte em eventos sem a presença do enfermeiro, conforme Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87.

Não há previsão legal para a participação do auxiliar de enfermagem nos transportes em eventos.

Em situações em que o enfermeiro for escalado para realização de transporte primário em eventos sem a presença do médico, deverá realizar as atividades que estão dentro de sua competência técnico-científico, ética e legal.

As atribuições da equipe de enfermagem nos atendimentos primários estão descritos no Item 2.1 deste Manual, especificamente nos Quadros 3, 4, 5 e 6.

Além das atribuições supracitadas, recomenda-se que os profissionais de enfermagem detenham conhecimento acerca de atendimento de urgência e emergência a múltiplas vítimas e mantenham sempre disponíveis materiais de imobilização de coluna cervical e prancha longa, visando à agilidade e qualidade do atendimento primário em eventos com risco de trauma conhecido. Faz-se necessário ainda, montar bolsa de atendimento contendo itens de primeiros socorros que poderão ser utilizados em deslocamentos externos à ambulância, como DEA (Desfibrilador Externo Automático) com bateria carregada, medicamentos e outros insumos (BRASIL,2016)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 jun. 1987.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.139 de 10 de junho de 2013. Define, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília, 2ª edição, 2016.

BRASIL. Lei nº 10.671 de 15 de maio de 2003. Dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 15 mai. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança Na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília-DF, 2013.

CASTRO, C. F. de et al. Eventos de Massa, Desastres e Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3717-3730, 2014.

FERNANDES, C.F.R. A preparação da Vigilância em Saúde para atuação em eventos de massa: produção normativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 4, n. 1. p. 2358-2824, 2015.

NIETO, P. L.; ALCAIDE, G. G.; RAMOS, J. M. Gestión de la atención médica en las reuniones masivas de personas (mass gatherings): revisión sistemática. **Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias**. Espanha, v. 29, p. 257-265. 2017.

2.2 - TRANSPORTE INTERNO E TRANSPORTE SECUNDÁRIO

Laura Regina Alves Cafaggi

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Transporte Interno

O transporte interno pode ser chamado também de intra-hospitalar, intra-institucional, transporte intramuros ou transporte inter-setorial. Qualquer que seja a denominação, esse tipo de transporte refere-se ao paciente que é deslocado internamente no serviço de saúde, sem sair dos muros da instituição. Considera-se então como todo tipo de transporte de pacientes realizado por profissionais de saúde em ambiente interno aos serviços de saúde. Este transporte pode ser definido como temporário (realização de exames, procedimentos terapêuticos e/ou cirúrgicos) ou definitivo (transferência para o setor de internação ou de terapia intensiva) (ALMEIDA, 2012; NOGUEIRA, MARIN, CUNHA, 2005).

O transporte interno é um período de potenciais complicações, instabilidade e riscos para o paciente, em especial para os pacientes graves. Por isso a indicação de transportar o paciente é médica e é realizada avaliando os riscos e benefícios do procedimento ao qual o paciente será submetido, garantindo assim, uma maior segurança e minimização de incidentes em saúde (MENEGUIN, ALEGRE, LUPPI, 2014).

Almeida, 2012, ressalta quatro importantes ações que devem ser realizadas visando a segurança do paciente durante o transporte:

1. “Verificação do paciente correto a ser transportado;
2. Garantia de passagem da informação referente ao paciente, de forma padronizada entre a unidade de saída, a equipe de transporte e o local de destino;
3. Manutenção contínua do cuidado durante todo o transporte e enquanto o paciente estiver fora de sua unidade de origem e;

4. Avaliação da real necessidade de transporte do paciente naquele momento.”

Aspectos técnicos - científicos

No transporte interno é imperativo que o profissional de enfermagem que acompanhará o transporte do paciente esteja apto a prestar toda a assistência de enfermagem desde a organização de materiais e fármacos até a execução de técnicas assistenciais como aspiração de vias aéreas superiores, administração de drogas, oferta de oxigenoterapia e início manobras de suporte básico de vida, se necessário. O sucesso no transporte é diretamente relacionado ao seu planejamento relacionado ao seu planejamento com a escolha de equipamentos adequados e a atuação organizada de toda a equipe multiprofissional (TELES, 2018).

Após definido por transportar o paciente de uma unidade de saúde para outra, deve-se estabilizar o paciente na unidade de origem visando minimizar intercorrências clínicas durante o transporte (SETHI, SUBRAMANIAN, 2014). É necessário antecipar as possíveis instabilidades e complicações do paciente, definindo a equipe necessária para realizá-lo, material de suporte adequado e qual o meio de transporte mais propício para o referido procedimento, sendo sugerido uma padronização de normas e rotinas ou até mesmo a criação de um modelo de check list para garantir um transporte seguro ao paciente.

A Resolução Cofen nº 588/2018 define as atribuições da equipe de enfermagem no transporte interno de acordo com as suas fases; atribuições que são também descritas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b; ANVISA, 2013; MORAIS, ALMEIDA, 2013; ALMEIDA, 2012). A resolução citada prevê que estas ações sejam realizadas pelo enfermeiro responsável pelo paciente na etapa do transporte interno denominada como “Fase Preparatória”. Nesta fase é importante que haja a comunicação entre a equipe que transporta o paciente e a equipe que irá recebê-lo, garantindo a continuidade do cuidado (ALMEIDA, 2012). É necessário encaminhar junto com o paciente o seu prontuário, no qual devem estar descritas as indicações para o transporte e a sua condição clínica.

A verificação do paciente a ser transportado deve ser feita antes da prestação do cuidado (BRASIL, 2014a), através da confirmação de sua identificação. O paciente não deve ser identificado pelo número do seu leito, uma vez que podem ocorrer trocas de leito do paciente durante a sua internação. Deve-se perguntar ao paciente/acompanhante qual o nome do paciente e conferir as informações contidas na pulseira de identificação. O Ministério da Saúde

(BRASIL, 2014a) ainda ressalta que “mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto”.

A realização do transporte propriamente dito, denominada como “Fase de Transferência”, inicia na mobilização do paciente do leito da Unidade de origem e deve-se manter a sua integridade e estabilidade até a admissão na Unidade receptora. É necessário monitorar o nível de consciência e funções vitais do paciente durante todo o transporte; manter a conexão de tubos, sondas, drenos e cateteres endovenosos e utilizar medidas de proteção (grades, cintos) que assegurem a integridade do paciente (COFEN, 2018). Neste momento observa-se a importância da “Fase Preparatória”, pois conforme identificado por Beckmann e relatado por TELES, 2018, ALMEIDA, 2012 OLIVEIRA, 2013 mais de um terço de eventos adversos notificados nos transportes são devidos à “problemas com equipamentos”.

Após realizado o transporte, nos primeiros trinta a sessenta minutos após a admissão, o enfermeiro deve atentar para alterações nos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios do paciente visando a sua estabilização. Esta etapa é denominada de “Fase de estabilização pós-transporte” (COFEN, 2018).

Desde as Fases Preparatória e de Decisão Médica até o final das Fases de Transferência e Efetivação o profissional deve estar atento ao risco de queda deste paciente, que é um dos protocolos de segurança do paciente indicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b), visando evitar o acontecimento de um evento adverso e garantindo a qualidade do atendimento (ANVISA, 2013).

Aspecto ético-legais

O enfermeiro da unidade de saúde de origem é o responsável por avaliar o paciente e definir qual será a equipe de enfermagem necessária para acompanhar o transporte, de acordo com a classificação do paciente (OLIVEIRA, 2013). Este profissional deve atentar-se para os pacientes com maior risco de desenvolverem complicações durante o transporte, além da avaliação das drogas infundidas (drogas vasoativas), da necessidade de via aérea artificial com pressão positiva em pacientes com insuficiência respiratória, dentre outros (OLIVEIRA, 2013). O planejamento da assistência de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, conforme descrito na Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986 e seu Decreto Regulamentador nº 94406, de 08 de junho de 1987.

A Resolução Cofen 588/2018, já citada anteriormente, estabelece “normas para a atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, uma vez que a assistência de enfermagem faz-se necessária para garantir a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.”

Conforme esta resolução, cabe ao Enfermeiro definir o (s) profissional (is) de Enfermagem que assistirá (ão) o paciente durante o transporte, garantindo a segurança do paciente através da assistência contínua durante todo o seu processo, considerando a avaliação da complexidade da assistência de Enfermagem requerida ao paciente:

“I.Paciente de Cuidados Mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e auto suficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

II.Paciente de Cuidados Intermediários (PCI): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

III.Paciente de Cuidados de Alta Dependência (PCAD): paciente crônico, incluindo o de cuidado paliativo, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

IV.Paciente de Cuidados Semi-Intensivos (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;”

V.Paciente de Cuidados Intensivos (PCIt): paciente grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Os profissionais de nível médio da enfermagem, devem ofertar “assistência de enfermagem durante o transporte do paciente, considerando a legislação em vigor e processo de assistência de enfermagem previstos pelo Enfermeiro” . Os atendentes de enfermagem podem preparar macas e cadeiras de rodas e auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco (COFEN, 2018).

Quadro 10 - NOTA SOBRE A RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018

Quanto a condução do meio (maca e/ou cadeira de rodas) no transporte interno ressalta-se que a Resolução Cofen nº. 588/2018, que atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, em seu anexo, item 2.2.1, esclarece que *"Não compete aos profissionais de Enfermagem a condução do meio (maca e/ou cadeira de rodas) em que o paciente está sendo transportado"*. Esse destaque já constava na Resolução Cofen nº. 376/2011, conforme se observa a seguir:

"Art. 3º Não compete aos profissionais de Enfermagem a condução do meio (maca ou cadeira de rodas) em que o paciente está sendo transportado.

Parágrafo Único. As providências relacionadas a pessoal de apoio (maqueiro) responsável pela atividade a que se refere o caput deste artigo não são de responsabilidade da Enfermagem". (COFEN, 2011).

Sendo assim, esclarece-se que a Resolução Cofen nº. 588/2018 é uma norma informativa e recomendatória aos profissionais de enfermagem, porém não tem caráter proibitivo. Desta forma, não havendo menção clara na referida resolução de que o ato seja proibido, o profissional de enfermagem pode sim realizá-lo.

Do ponto de vista **TÉCNICO-CIENTÍFICO**, ressalta-se que a condução da maca ou cadeira de rodas é considerada uma atividade simples e de baixa complexidade técnica, podendo, desta forma, ser realizada por qualquer profissional da equipe de saúde, incluindo assim a Equipe de Enfermagem. Além disto, poderia ser executada também por pessoas leigas, que não dispõem de formação profissional na área da saúde (maqueiros, cuidadores de idosos, dentre outros).

Do ponto de vista **LEGAL**, a condução da maca ou cadeira de rodas não está prevista em lei que regulamenta profissões, desta forma não compete a nenhum profissional específico ou privativamente esta atribuição.

Na grande maioria dos casos de transporte em ambiente interno aos serviços de saúde, há a necessidade de acompanhar o quadro clínico do paciente, observando sinais, sintomas e/ou queixas apresentadas. Desta forma, a presença da equipe de enfermagem se faz necessária e obrigatória, pois um leigo não possui amparo técnico para realizar a análise e avaliação necessárias. Devido a isso é comum que se tenha o profissional de enfermagem

exercendo essa atividade, considerada, a princípio, meramente administrativa, mas quando é realizada pelo profissional de enfermagem, ocorre a observação e monitoramento do paciente em questão.

Quando o serviço de saúde imputar essa função a equipe de enfermagem, deverá prever dimensionamento adequado da equipe, ou seja, realizar o ajuste do número de profissionais. Desta forma a Resolução nº. 588/2018 ainda dispõe em seu Art. 3º que "O transporte do paciente hospitalizado faz parte das competências da equipe de enfermagem, devendo os serviços de saúde assegurar as condições necessárias para atuação do profissional responsável pela condução do meio".

Observa-se que algumas instituições de saúde possuem um setor de transportes apenas para a realização destas atividades, a fim de não sobrecarregar (e\ou ausentar) os profissionais da enfermagem que estão na assistência direta ao paciente. Desta forma, os profissionais de enfermagem que atuam em setores de transporte interno ou externo poderão manter suas atividades normalmente. Trata-se de um ato discricionário da administração do serviço e o Cofen ou o Coren-MG não possuem competência para disciplinar sobre a criação ou extinção de cargos, incluído aqui o cargo de maqueiro, uma vez que "maqueiro" não é uma profissão regulamentada por lei e sim uma ocupação.

Enfatiza-se que o Enfermeiro RT (Responsável Técnico) pelo serviço realize o dimensionamento da equipe de enfermagem baseado na legislação vigente (Resolução Cofen nº 543/2017), considerando as atribuições a equipe de enfermagem possui e garantindo que a assistência ao paciente mantenha-se segura e nos níveis de segurança desejáveis, também durante o transporte de pacientes.

Cabe ainda complementar que o Coren-MG, desde a Resolução Cofen nº 376/11, nunca considerou a realização de condução de maca ou cadeira de rodas pela equipe de enfermagem com um ato irregular e nunca notificou nenhum profissional, pois de fato não o é.

Fonte: Elaborado com base em nota publicada no site do Coren-MG em 06 dez. 2018.

Considera-se transporte secundário ou entre pontos de atenção, o transporte de pacientes entre duas unidades de saúde distintas (MENDES, 2011). Também é comumente conhecido como transporte inter-hospitalar. Este tipo de transporte, assim como o transporte interno, envolve riscos ao paciente e por isso também é indicado por um profissional médico avaliando os riscos e benefícios. São avaliadas situações de transportes secundários de pacientes quando na unidade de saúde de origem faltam recursos humanos ou técnicos para diagnosticar e/ou tratar o paciente, ou na ausência de vagas na unidade de origem (GRAÇA, 2017; SETHI, SUBRAMANIAN, 2014). Essas situações são rotineiras no cotidiano do Estado de Minas Gerais, por exemplo: paciente grave, admitido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que demanda continuidade de cuidados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI); ou, paciente politraumatizado atendido inicialmente em uma UPA que necessita de abordagem cirúrgica ou avaliação imediata em um centro de trauma; ou ainda, paciente atendido em hospital geral que não dispõe de laboratório de hemodinâmica, apresentando diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio com supradesnivelamento de segmento ST (IAMCSST) e necessita de acesso imediato à intervenção coronária percutânea (ICP) ou internação em Unidade Coronariana.

Aspectos técnico-científicos

Baseada na “Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos”, no “Instituto Nacional de Emergência Médica” e na “Ordem dos Médicos (Comissão da Competência em Emergência Médica)” de Portugal, Graça, 2017, ressalta que os cuidados, a vigilância e o nível de monitorização do paciente durante o transporte devem ser, no mínimo, igual ao do serviço de origem. Portanto, quando indicada a necessidade de transportar o paciente, deve-se verificar os recursos humanos e técnicos (materiais e equipamentos) existentes para poder realizá-lo.

Estudos evidenciaram que o transporte de pacientes realizado por profissionais de enfermagem tiveram menor incidência de eventos adversos quando comparados com a equipe médica e também a outros profissionais de saúde. Observou-se também que os profissionais de enfermagem detectam incidentes com os pacientes mais precocemente, quando comparado a outros profissionais (ALMEIDA, 2012). Justifica-se assim a importância do profissional de enfermagem durante a realização de todos os transportes internos e secundários (entre pontos de atenção).

No transporte secundário, o enfermeiro deve atentar-se também para a distância que será percorrida (tempo de deslocamento com o paciente), qual o tipo de transporte (aéreo, terrestre, marítimo) e quais os equipamentos/materiais terá disponível. De acordo com estas variáveis, o enfermeiro pode optar por uma equipe mais qualificada uma vez que o risco de instabilidades clínicas com o paciente pode ser maior. No transporte do paciente crítico deve-se preparar uma caixa/maleta com medicações e materiais de emergência que deverão acompanhar o paciente e, se necessário, deverão ser utilizados a qualquer momento (TELES, 2018; OLIVEIRA, 2013).

Após estas definições, a unidade de origem deve fazer contato com a unidade de destino informando a situação clínica do paciente e aguardar a liberação do setor de destino para o seu recebimento. A unidade de destino deve estar adequada para o paciente e possuir todos os recursos necessários para seu recebimento. Esta comunicação facilita a transferência imediata para o destino definitivo, evitando atrasos na assistência ao paciente (COFEN, 2018; PEREIRA JUNIOR, 2007; SETHI, SUBRAMANIAN, 2014). Uma comunicação efetiva entre os setores garante a continuidade da assistência de Enfermagem e evita o comprometimento da segurança do paciente ou ocorrência de eventos adversos, como o deslocamento desnecessário de pacientes (MENEGUIN, ALEGRE, LUPPI, 2014; ALMEIDA, 2012).

Quando requisitado que o transporte secundário seja realizado pelo SAMU, caberá ao enfermeiro responsável pelo paciente avaliar a complexidade da assistência de Enfermagem requerida e qual a equipe de enfermagem necessária para realizar o transporte, informar ao médico da unidade de origem e registrar em prontuário. Este médico é o responsável pelo contato com o médico regulador do SAMU.

O transporte secundário também pode ser dividido em três fases: decisão médica, planejamento e efetivação. O planejamento é realizado pela equipe médica e de enfermagem visando evitar quaisquer tipos de incidentes durante o transporte. Deve-se planejar a equipe, os materiais necessários e qual o tipo de transporte é o mais indicado (GRAÇA, 2017). Os profissionais que transportam o paciente devem ser capazes de antecipar e solucionar todo tipo de evento adverso durante o transporte, por isso uma equipe experiente e treinada é primordial para assegurar um transporte seguro e tranquilo (GRAÇA, 2017; SETHI, SUBRAMANIAN, 2014). A equipe de enfermagem necessária para a realização do transporte será definida de acordo com a classificação do paciente, realizada pelo enfermeiro, em estáveis, instáveis, críticos ou não-críticos (OLIVEIRA, 2013). Após a chegada ao destino, a equipe receptora

deve estabilizar novamente o paciente e registrar em prontuário intercorrências e intervenções realizadas durante o transporte.

Aspectos ético-legais

Considerando a existência da normatização da Resolução Cofen nº 588/2018, neste manual orienta-se que sejam seguidas as mesmas definições para planejamento e execução dos transportes secundários - entre pontos de atenção - por inferência e similaridade das ações a serem executadas. Portanto, relativo à realização de transportes entre pontos de atenção, orienta-se que a avaliação do paciente e indicação dos profissionais que participarão desta atividade, no âmbito da equipe de enfermagem, seja feita pelo profissional enfermeiro, considerando sua competência técnico-ético-legal.

De acordo com informações disponibilizadas nos relatórios do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, podem existir setores de transportes dentro das instituições, podendo ser compostos por uma equipe exclusiva, oriunda de outro setor do serviço de saúde, ou das próprias áreas assistenciais, que neste caso, disponibilizarão os profissionais para a realização do transporte. Neste contexto, o Enfermeiro deve planejar e dimensionar a sua equipe contemplando o transporte de pacientes, garantindo que os outros pacientes internados não fiquem desassistidos. Realizar o cálculo de dimensionamento de pessoal de enfermagem conforme resolução vigente é uma das atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico, previsto na Resolução Cofen 509/2016.

O enfermeiro responsável técnico pelo serviço de enfermagem deve, portanto, realizar o cálculo de dimensionamento do pessoal de enfermagem, conforme Resolução Cofen nº 543/2017, ou a que sobrevir, prevendo a execução desta atividade pela equipe de enfermagem e apresentá-lo ao representante legal da instituição, para que seja garantida assistência segura e de qualidade aos pacientes que necessitarão ser transportados e àqueles que permanecerão na instituição.

No quadro abaixo estão descritas as competências dos profissionais de enfermagem no transporte interno e secundário de pacientes.

Quadro 11 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE INTRAMUROS E ENTRE PONTOS DE ATENÇÃO

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. O enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para a chefia de serviço e de unidade de enfermagem conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87, cabendo-lhe definir o (s) profissional(is) de Enfermagem que assistirá(ão) o paciente durante o transporte, considerando o nível de complexidade da assistência requerida, conforme Resolução Cofen nº. 588/2018 que dispõe sobre a participação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde.

Nos transportes secundários, enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para definir o (s) profissional(is) de Enfermagem que assistirá(ão) o paciente durante o transporte. Não compete ao atendente de enfermagem a realização do transporte secundário.

Compete ao técnico de enfermagem assistir ao enfermeiro no transporte interno e secundário de pacientes graves e com risco de vida. Não compete ao auxiliar de enfermagem assistir ao enfermeiro no transporte interno e secundário de pacientes graves e com risco de vida.

Atribuições da equipe de enfermagem

Baseado nas fases em que se dividem os transportes na Resolução Cofen nº. 588/2018, as atribuições da equipe de enfermagem são definidas conforme se segue:

| |
|---|
| <p>Quadro 12 - Atribuições da Equipe de Enfermagem nos Transportes Internos e Secundários - Fase Preparatória- Unidade de Origem</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem</p> |
| <p>Orientar paciente e/ou responsável sobre os objetivos de transporte e setor de destino</p> |
| <p>Conferir a identificação do paciente e preparar seu meio de transporte</p> |
| <p>Executar as prescrições de médicas e de enfermagem existentes, considerando regulamentação vigente</p> |
| <p>Prestar assistência de enfermagem durante o transporte do paciente, considerando a legislação em vigor e processo de assistência de enfermagem previstos pelo Enfermeiro</p> |
| <p>Atuar na prevenção de instabilidades e complicações no estado geral do paciente</p> |
| <p>Comunicar ao Enfermeiro toda e qualquer intercorrência ou complicação ocorrida durante o transporte, assim como proceder com o registro no prontuário</p> |
| <p>Encaminhar relatório médico ou prontuário do paciente, solicitações de exames e demais documentações necessárias</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro</p> |
| <p>Avaliar o estado geral do paciente</p> |
| <p>Avaliar o paciente e planejar o transporte antecipando possíveis instabilidades/complicações</p> |

| |
|---|
| Conferir a provisão de equipamentos necessários à assistência durante o transporte |
| Prever necessidade de vigilância e intervenção terapêutica durante o transporte |
| Avaliar distância a percorrer, possíveis obstáculos e tempo a ser despendido até o destino |
| Selecionar o meio de transporte que atenda as necessidades de segurança do paciente |
| Definir o(s) profissional(is) de Enfermagem que assistirá(ão) o paciente durante o transporte |
| Realizar comunicação entre a Unidade de origem e a Unidade receptora do paciente, informando as condições clínicas, dispositivos utilizados pelo paciente e seu grau de dependência |
| Realizar prescrição de cuidados para os pacientes, no contexto do processo de enfermagem, contemplando a assistência a ser prestada no transporte |
| Definir o (s) membro (s) da equipe que acompanhará o transporte do paciente |
| Atribuições do Atendente de Enfermagem (no transporte em ambiente interno, conforme Resolução 588/2018) |
| Preparar macas e cadeiras de rodas |
| Auxiliar equipe de enfermagem no transporte de pacientes de baixo risco |

Fonte: Elaborado com base na Resolução Cofen nº 588/2018.

| |
|--|
| <p>Quadro 13 - Atribuições da Equipe de Enfermagem nos Transportes Internos e Secundários - Fase de Transferência/Efetivação</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro , Técnico e Auxiliares de Enfermagem</p> |
| <p>Monitorar o nível de consciência e as funções vitais do paciente, de acordo com o estado geral do paciente</p> |
| <p>Manter a conexão de tubos endotraqueais, sondas vesicais e nasogástricas, drenos torácicos e cateteres endovenosos, garantindo o suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso do paciente</p> |
| <p>Utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente</p> |
| <p>Redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, prematuros, crianças, politraumatizados, sob sedação</p> |
| <p>Assistir o enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem nos transportes de pacientes em estado grave (Técnico de Enfermagem)</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro</p> |
| <p>Realizar o transporte interno e secundário dos pacientes graves com risco de vida</p> |
| <p>Organizar atendimento às situações de emergência junto aos demais profissionais da equipe multidisciplinar</p> |

| |
|---|
| Promover ações que visem à manutenção da estabilidade do paciente durante o transporte |
| Tomar decisões imediatas em casos de urgência e emergência, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 564/2017) |

Fonte: Elaborado com base na Resolução Cofen nº 588/2018.

| |
|---|
| Quadro 14 - Atribuições da Equipe de Enfermagem nos Transportes Internos e Secundários - Fase de Estabilização Pós – Transporte |
| Atribuições do Enfermeiro , Técnico e Auxiliares de Enfermagem |
| Da unidade de origem |
| Informar efetivamente a equipe da unidade de destino sobre o quadro clínico do paciente, intercorrências ocorridas durante o transporte, dispositivos utilizados pelo usuário |
| Registrar em prontuário o transporte realizado, condições clínicas do paciente durante e após o transporte, intercorrências e intervenções |
| Da unidade de receptora |

| |
|--|
| Registrar as condições clínicas apresentadas à admissão, intercorrências e intervenções descritas durante o transporte, presença de dispositivos e funcionalidade destes |
| Observar continuamente a estabilidade clínica do paciente transportado, considerando que instabilidades hemodinâmicas podem ocorrer entre 30 minutos a 1 hora após o final do transporte |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Avaliar parâmetros hemodinâmicos, neurológicos e respiratórios do paciente, visando à estabilização do mesmo |
| Tomar decisões imediatas em casos de urgência e emergência, considerando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução Cofen 564/2017) |

Fonte: Elaborado com base na Resolução Cofen nº 588/2018.

A otimização do transporte e a minimização dos possíveis eventos adversos podem ser alcançadas, de acordo com o detalhamento e a importância dada a cada uma das três etapas do transporte. É necessário garantir suporte humano qualificado capaz de responder com suporte tecnológico de maneira direta e ágil à quaisquer intercorrências durante o transporte (MORAIS, ALMEIDA, 2013). Um instrumento importante para a equipe é a criação de protocolos assistenciais para padronizar e sistematizar a conduta da equipe assistencial, visando minimizar quaisquer complicações ocorridas durante o transporte (ALMEIDA, 2012). A assistência ao paciente através da orientação de protocolos é de extrema importância para a realização de uma prática segura e baseada em evidências científicas (OLIVEIRA, 2013). Neste Manual foram acrescentados os anexos: **ANEXO 1 - “Check-list transporte interno de pacientes”** (BRASIL, 2014b) e **ANEXO 2 - “Check-list transporte de pacientes entre pontos de atenção”** (BRASIL, 2014a) como sugestões de check-lists para as unidades de saúde. A

unidade de saúde pode utilizá-los na íntegra ou apenas como norteadores para a criação de seu próprio check-list.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. G. de. *et al.* Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 471-476. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 jul. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Identificação do Paciente. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Prevenção de Quedas**. Protocolo integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2014.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 588/2018**. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília, 2018.

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Atuação da Equipe de Enfermagem no Processo de Transporte de Pacientes**. Minas Gerais, 6 dez. 2018.

GRAÇA, A. C. G. da. Transporte inter-hospitalar do doente crítico: a realidade de um hospital do nordeste de Portugal. **Revista de Enfermagem Referência**. Série IV, n.15. p. 133- 144. Coimbra, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEGUIN, S.; ALEGRE, P. H. C.; LUPPI, C. H. B. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 27, n. 2, p.115-119, 2014.

MORAIS, S. A.; ALMEIDA, L. F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 138-146. 2013.

NOGUEIRA, V. O.; MARIN, H. F.; CUNHA, I. C. K. O. Informações on-line sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 390-396. 2005.

OLIVEIRA, L.B de *et al.* Protocolo de transporte intra e inter-hospitalar de pacientes adultos cardiopatas. **Revista da Sociedade de Cardiologia**. São Paulo, v.23, n. 4, supl. A, p. 15-19, 2013.

PEREIRA JUNIOR, G. A. *et al.* Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP Universidade de São Paulo**. São Paulo. v. 40, n.4, p. 500-508. 2007.

PIRES, O.S.; GENTIL, R. C. **Transporte de pacientes críticos**. In: PADILHA, K. G. et al. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo, Editora: Manole, 1ª ed. p. 917-943, 2010.

SETHI, D.; SUBRAMANIAN, S. When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. **Saudi Journal of Anaesthesia**. v. 8, n.1, p.104-113, 2014.

TELES, M. A. et al. Protocolo para transporte intra-hospitalar de pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Revista de Medicina da Universidade Federal do Ceará**. Ceará, v. 58, n. 4, p. 83 – 89, 2018.

WIEGERSMA, J. S. et al. Quality of interhospital transport of the critically ill: impact of a Mobile Intensive Care Unit with a specialized retrieval team. **Critical Care**. v. 15, n.1, p.01-08, 2011.

ZUCHELO, L. T. S.; CHIAVONE, P. A. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 35, n. 4, p. 367-374, 2009.

2.3 TRANSPORTE ELETIVO EM SAÚDE

Andréia Oliveira de Paula Murta

Monike Tathe Vieira Pedrosa

Octavia Maria Silva Gomes Lycarião

O transporte eletivo é comumente realizado nos municípios mineiros sob a nomenclatura de transporte sanitário ou transporte social.

O transporte eletivo em saúde, é o transporte de pessoas que ocorre em situações previsíveis, sem urgências ou emergências, a partir de sistemas de agendamentos prévios. Seu objetivo é o deslocamento entre o domicílio e pontos de atenção (ou vice-versa, em caso de alta) tais como a atenção hospitalar, consultas e os exames especializados em ambulatorios. De acordo com BRASIL, 2017, o transporte eletivo é destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter não urgente e emergencial, no próprio município de residência ou em outro nas regiões de saúde de referência. Essa modalidade de transporte é voltada ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento. Observa-se que, baseado nas referências e definições, os pacientes que necessitam de transporte eletivo não demandam assistência, inclusive da equipe de enfermagem.

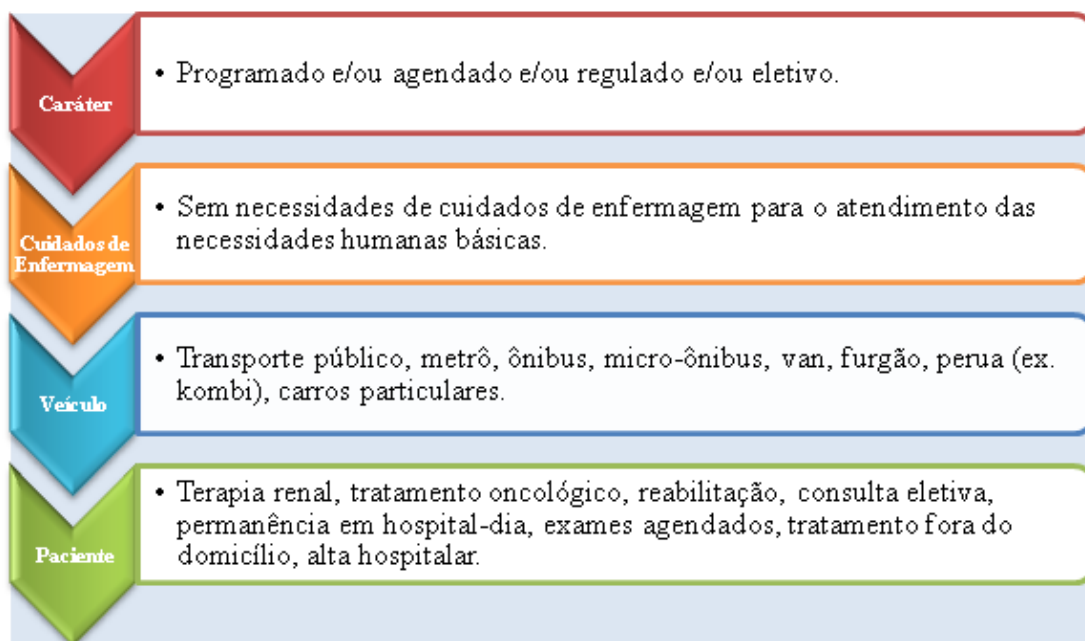
Aspectos técnico-científicos

A necessidade pelo transporte eletivo pode ser rotineira (envolve o transporte para serviços que exigem presenças constantes por tempo mais ou menos longo ou periódico, como quimioterapia, terapia renal substitutiva e, permanência em hospital dia) ou eventual (realizado para serviços descontínuos, por exemplo comparecimento para a realização de exames laboratoriais, consultas agendadas, exames de raios-x, alta, entre outros procedimentos pontuais) (MENDES, 2011).

Os veículos utilizados para o transporte eletivo em saúde devem ser normalizados em relação às suas características técnicas e de tripulação e às especificidades do ambiente em que está operando. Além disso, devem obedecer às normas para transporte de usuários com necessidades especiais, como os cadeirantes (MENDES, 2011). Em geral, os veículos para o transporte eletivo em saúde são veículos tipo lotação micro-ônibus e, em algumas situações, vans e carros particulares, especialmente configurados, internamente, para o transporte em saúde. Essa modalidade de transporte é voltada ao usuário que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento. Conforme Portaria nº 2563/17, os veículos utilizados para o transporte eletivo devem ser do tipo lotação, conforme especificação disponível no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM). Cabe ao responsável pelo serviço de transporte garantir os quesitos necessários ao veículo para atendimento dessa atividade.

O fluxograma 1 demonstra os aspectos a serem verificados para que o transporte realizado seja considerado eletivo:

Fluxograma 1: Características do transporte eletivo em saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

A organização dos sistemas de transporte em saúde possui particular importância, especialmente considerando os transportes de caráter eletivo e regulado, frente à necessidade de viabilizar o acesso da população ao atendimento clínico. Para Marques *et al.* Lima, 2012, dados relevantes em relação ao acesso aos serviços de saúde em Minas Gerais são o número de pacientes acometidos com doenças crônicas e a configuração da rede de atenção. Neste modelo, serviços de média e alta complexidade são ofertados por municípios maiores, o que provoca a “*necessidade de transferência de pacientes da maioria dos municípios mineiros para pólos de atenção especializada*”. Estes fatores reforçam a importância deste tipo de transporte para a população, considerando que o SUS é organizado em diferentes contextos geográficos e diferenças socioeconômicas entre os municípios, havendo polos regionais com relativa concentração de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Torna-se ainda importante reiterar a diferença conceitual utilizada nos diferentes tipos de transporte pelos serviços e municípios, conforme já abordado no capítulo 2 deste Manual.

No município de Belo Horizonte, por exemplo, o serviço denominado “Transporte Sanitário” é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Já funciona há mais de 20 anos e, atualmente, caracteriza-se como serviço voltado para o transporte de pacientes agudos entre as unidades de saúde dentro do município de Belo Horizonte (transporte secundário) e dos crônicos que não possuem condições de utilizar o transporte coletivo nem detêm meios próprios de locomoção (transporte eletivo). São pacientes que demandam cuidados para se deslocar de seu domicílio em direção aos pontos de atenção em saúde, para atendimentos tais como a realização de consultas, exames ou outros procedimentos terapêuticos. Portanto, avalia-se que o Transporte Sanitário da Prefeitura de Belo Horizonte realiza tanto o transporte secundário quanto o transporte eletivo. De acordo com o Decreto nº 16.767 de 2017, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, o gerenciamento do transporte em saúde é realizado pela unidade de mesmo nome vinculado à Gerência de Urgência e Emergência, com atribuições, entre outras, de realizar o transporte de pacientes que exijam cuidados especializados, bem como o transporte de pacientes entre os pontos de atenção em saúde e, em situações específicas previamente avaliadas, do domicílio para um ponto de atenção em saúde. Dessa forma, observa-se que o Transporte Sanitário de Belo Horizonte, conhecido como TS, realiza tanto o transporte eletivo quanto o transporte entre pontos de atenção (secundário), devendo ser observadas as diferenças entre as duas modalidades de transporte e, conseqüentemente, as diferenças de competências e atribuições dos profissionais de enfermagem na execução de cada um deles.

Considerando-se o exposto, conclui-se que sob o ponto de vista técnico-científico, o transporte eletivo trata-se de um encaminhamento, constituindo portanto, uma atividade de menor complexidade técnica, que pode ser realizado por qualquer pessoa. Desta forma, o profissional de enfermagem possui competência para realizá-lo.

Aspectos ético-legais

Conforme exposto, não há obrigatoriedade de presença de profissional de enfermagem no transporte eletivo, por se tratar de um transporte movido pelo fator social e não pela condição clínica do paciente. Mas, caso ocorra com a presença da enfermagem, esta deve responsabilizar-se pelos cuidados que o paciente venha a requerer durante o trajeto. Ademais, não há

impedimentos na Lei Federal nº. 7.498/86 ou no Decreto nº. 94.406/87 para a participação da equipe de enfermagem neste tipo de transporte, que possui potencial inclusive para agregar qualidade ao serviço ofertado.

Desta forma, os serviços de saúde que optarem em realizar o transporte eletivo em saúde com acompanhamento por profissional de enfermagem, devem dispor de dimensionamento de pessoal de enfermagem adequado para que as atividades assistenciais da instituição não deixem de ser realizadas e de forma a não sobrecarregar a equipe assistencial.

Cabe ao enfermeiro responsável dimensionar a equipe de enfermagem, conforme disposto na Resolução Cofen nº 509/2016.

Abaixo estão descritas as competências da equipe de enfermagem na realização do transporte eletivo:

| |
|---|
| Quadro 15 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE ELETIVO EM SAÚDE |
|---|

| |
|---|
| O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte eletivo em saúde nos moldes definidos neste Manual e em conformidade com a Lei 7498/86 e o Decreto 94.406/87. |
|---|

| |
|---|
| Quadro 16 - Atribuições da Equipe de Enfermagem nos Transportes Eletivos |
|---|

| |
|---|
| Atribuições do Enfermeiro , Técnico e Auxiliares de Enfermagem |
|---|

| |
|--|
| Acompanhar o paciente durante todo o trajeto planejado |
|--|

| |
|--|
| Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança |
| Utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente |
| Prestar atendimento aos pacientes em caso de intercorrências, considerando sua competência técnico-ético-legal. Encaminhar paciente para serviço de urgência, caso necessário, ou acionar o serviço do SAMU, dependendo da realidade do município. |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem no transporte eletivo |

Fonte: Elaborado pelas autoras

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.563, de 3 de Outubro de 2017. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 509 de 2016**. Brasília, 2016.
- MARQUES, A.J. de S. M.; LIMA, M. de S. O sistema estadual de transporte em saúde de Minas Gerais: relato de experiência. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. Minas Gerais, v. 8, n. 8, p. 81-84, 2012.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Transporte Sanitário Eletivo**. Brasília, 20 mar. 2017.

CAPÍTULO 3 - TRANSPORTE DE PACIENTES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

O transporte de alguns pacientes, por possuírem especificidades e demandarem cuidados diferenciados, serão tratados em subcapítulos à parte neste Manual, sendo eles assim

nominados: transporte de mulheres gestantes, transporte de recém-nascidos e transporte de pacientes psiquiátricos, transporte de pessoas privadas de liberdade, transporte de corpos.

3.1 TRANSPORTE DE GESTANTES

Andréia Oliveira de Paula Murta

Mateus Oliveira Marcelino

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Nas últimas décadas a organização da assistência perinatal no Brasil melhorou de forma significativa a saúde de mulheres e crianças brasileiras (VICTORA et al., 2011). No entanto, ainda persistem muitos desafios para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (LEAL *et al.*, 2014). A implementação de um sistema de transporte materno eficaz e articulado entre os pontos de assistência à mulher e ao recém-nascido ainda é um problema para os municípios brasileiros.

O transporte de uma gestante pode ocorrer por diversos motivos: transferência devido trabalho de parto ou intercorrências clínicas da gestação com necessidade imediata de atendimento em local adequado para seu risco obstétrico, consultas e exames complementares e transferências entre unidades de saúde por motivos variados. Tais deslocamentos podem ocorrer em qualquer momento da gestação e serem realizados entre serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade ou do próprio domicílio da mulher (BRASIL, 2000).

Em geral, os transportes são divididos em duas categorias: transporte primário (geralmente com características de urgência), é aquele que ocorrerá da residência ou local de onde a usuária se encontra (que não unidade de atenção à saúde) até uma unidade de saúde. E transporte secundário: o traslado de uma unidade assistencial a outra (BRASIL, 2002).

Uma outra modalidade de transporte é o eletivo, ele não caracteriza urgência/emergência. Ocorre nos casos de traslado de gestantes para consultas eletivas, exames complementares e alta hospitalar para o domicílio, e outros (BRASIL, 2002). Nesses casos não é obrigatória a presença de um profissional da equipe de enfermagem.

TRANSPORTE DE GESTANTES, FORA DO PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma parcela pequena de gestantes que pode apresentar em qualquer momento intercorrências devido a algum agravo prévio ou desencadeados pela gestação, que potencialmente podem oferecer risco para a mãe e/ou para o feto (SOARES, 2013).

Nos capítulos 2.1, 2.2 e 2.3 deste Manual, estão descritos os aspectos técnico-ético-legais da equipe de enfermagem nos transportes primário, secundário e eletivo dos pacientes, respectivamente.

Quadro 17 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DE GESTANTES

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte de gestantes, fora do período de trabalho de parto e/ou com queixas clínicas, quando mantêm quadro estável e com baixo risco para complicações para si e para o bebê, conforme Lei Federal 7498/87 e Decreto 94.406/86. Compete ao enfermeiro a realização de todos os transportes primários de gestantes. Nos transportes secundários, compete ao enfermeiro a avaliação da gestante - através da consulta e aplicação do processo de enfermagem - e a definição dos profissionais de enfermagem que irão realizar o transporte.

As competências dos profissionais de enfermagem no transporte primário de pacientes estão descritos no Quadro 2 deste Manual. As competências dos profissionais de enfermagem nos transportes secundário/interno e eletivo estão descritos nos Quadros 10 e 14, respectivamente.

Fonte: Lei Federal 7498/87 e Decreto 94.406/86

As atribuições dos profissionais de enfermagem nos transportes primário, secundário e eletivo estão descritas nos Quadros 3,4,5,6,11,12, 13 e 15 deste Manual.

TRANSPORTE DE GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO OU EM INTERCORRÊNCIA

Trabalho de parto é definido como o processo fisiológico pelo qual o útero expelle ou tenta expelir os produtos conceptuais (feto, líquido amniótico, placenta e membranas). De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto do Ministério da Saúde (2016), as fases do trabalho de parto são definidas como: “Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando: há contrações uterinas dolorosas e há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm. Fase ativa do trabalho de parto – quando: há contrações uterinas regulares e há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm”.

A fase de latência pode se perdurar por várias horas, não sendo possível predizer seu tempo de duração. Já em relação à fase ativa do trabalho de parto, existem estimativas confiáveis que são na obstetrícia utilizadas como parâmetro de avaliação da evolução do trabalho de parto (BRASIL, 2016).

O quadro abaixo sintetiza os períodos do trabalho de parto, sua definição e estimativa de duração.

| Quadro 18 - Períodos do Trabalho de Parto | | |
|---|--|--|
| PERÍODO | DESCRIÇÃO | DURAÇÃO |
| PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO | Fase de dilatação do colo, até atingir a dilatação de 10 cm (Nesse período é necessário avaliação de profissional habilitado para definição da necessidade e segurança do transporte). | Nas primíparas dura em média de 8 a 18 horas. Já nas mulheres que têm parto vaginal prévio, a duração varia de 5 a 12 horas. |

| | | |
|---|---|---|
| <p>SEGUNDO</p> <p>PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO</p> | <p>Inicia-se com a dilatação total do colo. Neste período, iniciam-se as contrações de expulsão ou puxo materno.</p> <p>Contra indicado o transporte de uma parturiente nessa fase. Necessário avaliação criteriosa de profissional habilitado.</p> | <p>Primíparas: cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural. Já nas múltiparas: até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.</p> |
| <p>TERCEIRO</p> <p>PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO</p> | <p>Desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas</p> | <p>Duração de até 30 minutos</p> |
| <p>QUARTO</p> <p>PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO</p> <p>(PERÍODO DE GREENBERG)</p> | <p>A primeira hora após a dequitação</p> | |

(BRASIL, 2016) Adaptado.

A observação e monitoração adequada do progresso do parto são importantes, pois permitem reconhecer em tempo hábil os desvios da normalidade que possam requerer alguma intervenção, assim como a transferência da parturiente para níveis mais complexos de assistência ou para a solicitação de assistência adicional (BRASIL, 2016).

As mulheres possuem o direito de escolher o local onde gostariam de parir. No Brasil, as mulheres têm como opção: hospitais, maternidades, casas de parto normal ou domicílio. Independente de onde esteja ocorrendo o trabalho de parto, a mulher e o bebê deverão ser

assistidos por profissionais habilitados a prestar a assistência adequada a ambos. Nos casos de parto extra-hospitalar, a mulher deverá ter acesso rápido a transferência para uma unidade hospitalar de referência para o caso de complicações (BRASIL, 2017).

O transporte de uma mulher que esteja em trabalho de parto requer avaliação criteriosa por profissional habilitado, levando-se em consideração o estágio em que se encontra e o suporte/ assistência disponível para ela e o bebê oferecidos no local onde ela se encontra. Em relação a fase latente do trabalho de parto, se não houver nenhuma complicação iminente, a gestante pode ser transportada sem maiores riscos. Pois, de modo geral o momento do nascimento ainda não está próximo. Para as mulheres em trabalho de parto na fase ativa, é importante, antes de qualquer coisa, avaliar em qual período ela se encontra, o grau de dilatação, apagamento cervical, dinâmica uterina e bem estar fetal, devendo preferencialmente não ser transportada neste período (no caso de transportes secundários) (BRASIL, 2016). A paciente que é avaliada e diagnosticada em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical) deve ser admitida no local onde deu entrada para a assistência materna e fetal .

A Portaria do Ministério da Saúde nº 569, de 1º de junho de 2000, criou normas a fim de evitar a peregrinação de gestantes em maternidades brasileiras e consequentes danos a mulheres e bebês, através de uma rede de cuidados perinatais organizada e com regulação dos casos onde a transferência é necessária. Esclarece que para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

- 1.atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;

No caso de a gestante der entrada em um nível de atenção que impossibilite a assistência adequada, e se em condições favoráveis de transporte, ela deve ser transferida (Portaria do Ministério da Saúde nº 569, de 1º de junho de 2000).

Para o transporte de uma mulher em trabalho de parto no primeiro período, é necessário uma avaliação obstétrica prévia e detalhada (dilatação, apagamento, posição, integridade das membranas, dinâmica uterina, etc) que corrobore com a decisão de transferência. Essa definição deverá ser do profissional que assiste a mulher, enfermeiro, enfermeiro obstétrico, obstetritz ou médico. Mulheres no segundo período do trabalho de parto, como mencionado acima, não é indicado que seja transferida (BRASIL, 2016).

A gestante em trabalho de parto pode encontrar-se em via pública, domicílio, unidade básica de saúde, unidade ambulatorial ou unidade hospitalar. No caso de transporte primário, o ideal é que seja realizado pelo enfermeiro, pois esse profissional é habilitado a assistir ao parto. Além disso, o enfermeiro é capacitado para avaliar a situação e com raciocínio clínico prestar o atendimento necessário (BRASIL, 1986).

Nos casos de transporte secundário, o enfermeiro, após avaliação das condições da paciente pode definir qual profissional é o mais indicado para essa atividade, o enfermeiro ou o técnico de enfermagem/ auxiliar de enfermagem.

Durante o trabalho de parto podem ocorrer distócias que potencialmente colocam mãe e bebê em risco de morte, por esse motivo, ressaltamos que o profissional enfermeiro e/ou médico são os profissionais mais indicados para realizar a assistência durante o transporte de uma parturiente na fase ativa do trabalho de parto. No caso do enfermeiro, é o profissional responsável, privativamente, pelos cuidados de enfermagem de maior complexidade e deverá estar presente no atendimento ou transporte de paciente de risco conhecido ou desconhecido.

As intercorrências obstétricas podem ocorrer em qualquer momento da gestação, em alguns casos, sem fatores preditores evidentes. Abaixo relacionou-se as mais comuns e demandantes de transporte primário ou secundário.

SITUAÇÕES CLÍNICAS DURANTE A GESTAÇÃO

Nas gestantes em trabalho de parto ou não, que se encontram em domicílio, via pública, ou unidades de assistência não hospitalar, se presentes as condições abaixo, devem ser transferidas ou direcionadas a uma unidade de saúde hospitalar para assistência especializada. A transferência só não é indicada quando os riscos superam os benefícios (BRASIL, 2016).

Nesses casos a assistência de enfermagem durante o transporte deverá ser também prestado minimamente por enfermeiro. É imprescindível transferir a mulher para uma

maternidade baseada em hospital de forma segura desde que seja improvável que o parto ocorra antes da transferência se completar, nas situações abaixo:

Observações da mulher:

- Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo.
- PA sistólica ≥ 160 mmHg OU PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida.
- PA sistólica ≥ 140 mmHg OU diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo
- Proteinúria de fita 2++ ou mais
- Única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg
- Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU $37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo
- Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão
- Presença de mecônio significativo
- Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações
- Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto
- Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional
- Hemorragia anteparto
- Prolapso de cordão
- Hemorragia pós-parto
- Convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada
- Placenta retida
- Lacerações perineais de terceiro e quarto grau ou outro trauma perineal complicado
- Observações fetais:
- Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão
- Situação transversa ou oblíqua
- Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrosomia
- Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio
- Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm
- Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

(CONITEC, 2017)

Sob o ponto de vista técnico, o enfermeiro é o profissional, no âmbito da equipe de enfermagem, com competência técnico-científica para participar e/ou realizar do transporte de gestantes em trabalho de parto ou em intercorrências. Nos serviços que contarem com a presença do Enfermeiro Obstétrico e/ou Obstetritz, esta atividade deve ser realizada, prioritariamente por eles, pois estes profissionais poderão identificar as distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico.

Sob o ponto de vista ético-legal, a Lei Federal 7498/86, ao enfermeiro compete prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera, acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução do parto sem distocia. Ao Enfermeiro Obstetra e/ou Obstetritz é permitido prestar assistência à parturiente e ao parto normal, identificar as distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico, realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária. Ao Técnico de Enfermagem cabe assistir o enfermeiro nos cuidados diretos a pacientes potencialmente graves, graves e com risco de vida. Não compete ao auxiliar de Enfermagem participar da assistência ao trabalho de parto com intercorrências. Portanto, este profissional não deve participar deste tipo de transporte.

QUADRO 19- COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DE GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO OU INTERCORRÊNCIAS

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte de gestantes em trabalho de parto ou intercorrências. O enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir ao paciente durante o transporte primário, secundário e interno das gestantes em trabalho de parto ou em intercorrências, considerando que trata-se de assistência de enfermagem a pacientes graves, ou potencialmente graves, com risco de vida, que demandam decisão imediata, conforme Lei Federal nº. 7.498/86 e seu Decreto regulamentador nº. 94.406/87.

O enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução do parto sem distocia, conforme Lei Federal nº. 7.498/86 e Decreto nº. 94.406/87.

Os enfermeiros obstetras e Obstetrizes possuem competência técnico-científica e ético-legal para, além das competências do enfermeiro, prestar assistência à parturiente e ao parto normal, identificar as distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico, realizar episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária, conforme Lei Federal 7496/87 e Decreto 94.406/87.

O técnico de enfermagem possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir o enfermeiro nos cuidados diretos a pacientes potencialmente graves, graves e com risco de vida, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87.

O auxiliar de enfermagem não possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir a gestante em trabalho de parto intercorrências, uma vez que não há previsão legal para que assista pacientes graves ou com risco de vida, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87.

Quadro 20 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no período que antecede o transporte de gestantes em trabalho de parto ou intercorrências

Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

| |
|---|
| Assistir o enfermeiro no planejamento, programação e execução das atividades de assistência de enfermagem no transporte |
| Conhecer previamente os equipamentos da unidade móvel, assim como todo layout da ambulância para ágil localização dos mesmos |
| Realizar conferência, reposição e organização dos materiais da unidade móvel, seguindo <i>check list</i> do serviço, registrando informações acerca destas atividades |
| Assegurar o encaminhamento dos documentos da paciente no transporte |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Garantir a reposição de materiais e medicamentos na unidade móvel de atendimento primário e comunicar ao gestor do serviço sobre quaisquer dificuldades encontradas para manter a unidade adequadamente composta. |
| Realizar, no âmbito da equipe de enfermagem, todos os transportes de gestantes em trabalho de parto ou intercorrências |
| Avaliar minuciosamente a gestante e o feto (exame físico e obstétrico) |
| Analisar o quadro clínico/ obstétrico da gestante, atentando para fatores de risco/ alto risco obstétrico |
| Definir as condições de transporte que a gestante necessita e observar aquelas oferecidas pelo serviço no momento. |

| |
|--|
| Avaliar as prioridades do paciente, planejar e realizar a assistência integral ao paciente, zelando pela sua integridade física e psíquica |
| Discutir os casos com equipe multidisciplinar |
| Prezar pela realização da comunicação com instituição de destino, a fim de que haja confirmação da vaga e informação sobre alterações ocorridas no quadro do paciente. |
| Supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no atendimento |

Fonte: Elaborado pelos autores.

| |
|--|
| Quadro 21 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no transporte de gestantes em trabalho de parto ou intercorrências |
| Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem |
| Manter a monitorização contínua das funções vitais do paciente |
| Deter conhecimento de assistência às gestantes |
| Reavaliar continuamente a paciente, observando possíveis alterações do quadro apresentado |
| Realizar procedimentos que se façam necessários, tendo em vista as competências técnicas de cada categoria profissional da enfermagem, orientadas pelo médico regulador. É permitido somente ao enfermeiro receber e executar prescrição médica à distância, conforme situações previstas na Resolução Cofen 487/2015. |

| Atribuições do Enfermeiro |
|---|
| Deter conhecimento de assistência à gestante, atendimento de urgências obstétricas e execução de manobras de assistência ao parto |
| Prestar cuidados de enfermagem diretos à paciente e ao bebê durante o transporte |
| Avaliar continuamente a gestante e o feto durante o transporte, decidindo imediatamente sobre medidas de assistência e conforto, que promovam melhorias no quadro apresentado pelo paciente, embasados pelo conhecimento técnico-científico |
| Comunicar alterações percebidas no quadro apresentado pela paciente à Central de Regulação |
| Receber e executar prescrição médica à distância, conforme disposto na Resolução Cofen 487/2015. |

Fonte: Elaborado pelos autores.

| Quadro 22 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no período pós-transporte de gestantes em trabalho de parto ou intercorrências |
|---|
| Atribuições do Enfermeiro e Técnico de Enfermagem |
| Informar adequadamente à equipe de enfermagem da unidade de destino sobre o quadro da paciente e as ações adotadas antes e durante o transporte, orientadas pelo médico regulador |

| |
|---|
| Registrar em prontuário o transporte realizado, condições clínicas do paciente durante e após o transporte, intercorrências e intervenções |
| Conferir os materiais e equipamentos da unidade móvel e realizar reposição dos insumos utilizados na ocorrência. |
| Relatar a Central de Regulação sobre os dados da ocorrência, a finalização do transporte, a situação da unidade, se ocorrido alguma eventualidade ou dificuldade para a realização da ocorrência. |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Acompanhar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto a realização das atividades descritas no Manual de Limpeza, Desinfecção e Gerenciamento de Resíduos de serviços de saúde e no Protocolo Operacional Padrão (POP) do serviço. |

Fonte: Elaborado pelos autores

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de recomendação**. CONITEC. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381p.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Nº 569 DE 1º DE Junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União**. Brasília, 8 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 487/2015**. Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade. Brasília, 25 ago. 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 588/2018**. Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília, 2018.

LEAL, M. C *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p.S17-S32, 2014.

VICTORA, C. G. E. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. 2011, v.377, p.1863 – 76.

3.2 TRANSPORTE NEONATAL

Andréia Oliveira de Paula Murta

Felipe Henrique Margoti

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), define que é necessária a realização do transporte do Recém-Nascido (RN) para que ele tenha acesso a atenção adequada e resolutiva e seja dada continuidade da assistência, em maior ou menor complexidade. O recém-nascido pode requerer transporte primário, secundário, interno ou eletivo. Seguindo as definições de Mendes, 2011, pode-se descrever situações que demonstram exemplos de transportes realizados com o paciente recém-nascido:

- *Transporte primário - poderá ocorrer quando o bebê nascer em domicílio, em via pública ou local externo ao ambiente de saúde. Nestas situações, poderá ser necessária assistência de urgência e emergência para o RN instável, grave, prematuro ou com intercorrências.*
- *Transporte secundário - poderá ocorrer quando o bebê nascer em hospital de menor complexidade ou clínica e requerer um nível de atenção de maior complexidade. Para Pimenta e Alves (2016), quando o RN de alto risco nasce em centros que não dispõem dos recursos indispensáveis ao seu cuidado, torna-se necessário o transporte secundário, para que seja atendido em local adequado com o objetivo de melhorar as condições do RN, diminuindo os riscos de morbidade e mortalidade.*
- *Transporte interno - poderá ser requerido quando o RN necessitar ser transferido do centro obstétrico para o alojamento conjunto, ou do alojamento conjunto para o Centro de Terapia Intensiva (CTI), por exemplo.*

- *Transporte eletivo - o neonato poderá ser transportado da instituição onde nasceu até seu domicílio, após a alta hospitalar.*

Aspectos técnico- científicos

O transporte do RN poderá ser necessário em caráter de urgência e emergência ou não. Definida a necessidade de transporte, as recomendações devem enfatizar a estabilização respiratória, cardiovascular, metabólica, térmica e o acesso vascular seguro. A atuação no transporte neonatal vai desde o momento do preparo do RN, da provisão de equipamentos e materiais, organização interna da ambulância, a assistência direta de enfermagem até o retorno à unidade de origem (PINTO et al 2017).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) preconiza dez etapas para o sucesso do transporte neonatal, sendo elas:

1. *Solicitar vaga em outro hospital e elaborar relatório;*
2. *Solicitar consentimento da mãe ou responsável (em caso de risco iminente de vida o médico está autorizado a realizar o transporte);*
3. *Disponer de equipe de transporte treinada (recomenda-se a presença de um médico e um enfermeiro);*
4. *Solicitar veículo para o transporte (levando em consideração as condições do RN e distância);*
5. *Preparar equipamentos, materiais e medicações (destaque para o uso da incubadora);*
6. *Calcular o risco de morbidade do paciente;*
7. *Estabilizar o recém-nascido antes do transporte (para que um transporte neonatal seja definido como “seguro” é imprescindível uma adequada estabilização clínica do paciente antes que ele seja transportado, e a presença de uma equipe de transporte bem treinada);*
8. *Assegurar cuidados durante o transporte, tais como, manter monitorização do paciente, verificar o funcionamento adequado dos equipamentos e solicitar ao condutor que o transporte seja calmo e seguro;*
9. *Verificar intercorrências durante o transporte (as intercorrências passíveis de ocorrer durante o transporte inter ou intra-hospitalar podem ser classificadas em: alterações fisiológicas ou clínicas e intercorrências relacionadas ao equipamento e/ou à equipe de transporte);*
10. *Realizar cuidados ao fim do transporte do paciente.*

Desta forma, sob o ponto de vista técnico-científico, observa-se que o transporte do recém-nascido requer uma série de cuidados que competem ao profissional de enfermagem, como profissional participante da equipe responsável por ele. Faz-se necessária, portanto, a atuação de uma equipe de enfermagem qualificada e capacitada em reanimação neonatal, que saiba classificar e avaliar o neonato, acompanhar o controle térmico do mesmo, administrar medicamentos e prestar assistência a procedimentos durante todo o transporte: hidratação

venosa, manejo da homeostase e dos níveis de glicose sanguínea, oxigenação, drenagem, controle da pressão arterial, manuseio de equipamentos e materiais, estabelecimento de medidas de segurança do paciente e da equipe durante o transporte, e documentação/anotação dos registros no prontuário (SANTOS, PASSOS, 2015).

Na remoção de neonatal de risco, o enfermeiro zela pela continuidade da assistência, avalia o risco-benefício do transporte e realiza atividades em equipe. Um grupo de trabalho atualizado e coeso contribui para a evolução de habilidades e eleva a qualidade da remoção. Assim, o enfermeiro precisa de treinamentos em períodos regulares e de protocolos atualizados para otimizar o cuidado e diminuir os riscos do transporte (ROEHRS, MALAGUTTI, 2015).

Dentre os sinais de alerta que podem ser apresentados pelo recém-nascido, a hipotermia é reconhecida por profissionais que trabalham em ambiente pré-hospitalar como um fenômeno danoso e requer uma postura pronta e adequada. Conforme Junior (2016), os profissionais do atendimento primário devem verificar a temperatura do recém-nascido e prontamente tomar condutas para sua manutenção. A verificação da temperatura deve ser padronizada e as manobras para manutenção da temperatura devem ser desencadeadas, principalmente em pré-termos, com objetivo de manter a temperatura entre 36 a 38°C. Essas estratégias têm sido consideradas eficazes e eficientes na redução de perda de água da pele e, consequentemente, do consumo de oxigênio (PIMENTA; ALVES, 2016).

Aspectos ético-legais

Para NOGUEIRA, 2018, as principais indicações de transporte neonatal coincidem com as principais causas de morte no primeiro ano de vida, o que reitera a importância da realização de um transporte de qualidade. Descreve-se como principais indicações deste transporte: Idade gestacional inferior a 34 semanas, peso ao nascer menor que 1500 gramas, afecções respiratórias com necessidade de suporte ventilatórios, cardiopatia complexa, distúrbios hemodinâmicos, metabólicos, hipoglicemia persistente, infecções, síndromes hemorrágicas e/ou coagulopatias, quadros convulsivos, necessidade de intervenção cirúrgica, de fototerapia intensiva e/ou exsanguineotransfusão, asfixia perinatal com repercussão sistêmica ou neurológica, hipotonia ou hipertonia.

Em relação ao transporte de pacientes graves, ressalta-se que a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 24 de fevereiro de 2010,

normatiza que o transporte do paciente grave deve ser realizado na presença de no mínimo um médico e um enfermeiro sendo que ambos devam ter habilidades comprovadas para o atendimento de urgências e emergências (ANVISA, 2010).

Observa-se que o neonato é um paciente que exige cuidados particulares, que deve ser monitorado nas primeiras horas de vida e está suscetível a uma série de complicações que demandam conhecimento técnico-científico. No âmbito da equipe de enfermagem, a Lei Federal nº 7.498/86 e seu Decreto regulamentador nº 94.406/87, art. 8º, inciso I, alínea h, dispõe:

“Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves e com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas”.

Sob este viés, considera-se que o Enfermeiro deverá estar presente em todos os transportes primários (descrito no Capítulo 2) de recém-nascidos, avaliando quem da equipe de enfermagem deverá assistir o recém-nascido nas demais modalidades de transporte, conforme as condições de saúde deste paciente. Já o transporte eletivo, poderá contar com profissional de enfermagem ou não.

O Decreto Regulamentador nº 94.406/87 traz em seu artigo 10, inciso I, alínea b, que o técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, cabendo-lhe assistir ao Enfermeiro na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave; e executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro. Desta forma, o técnico de enfermagem pode participar do transporte do recém-nascido em boas condições clínicas e assistir ao enfermeiro no transporte de recém-nascidos graves, com risco de vida ou que exijam procedimentos de maior complexidade técnica. Já para o auxiliar de enfermagem, o Decreto nº 94.406/87, em seu artigo 11 define que este profissional executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;*
g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

Observa-se que a legislação do exercício profissional não respalda o auxiliar de enfermagem para o cuidado ao paciente grave, com risco de vida, nem mesmo a realização de atividades que não sejam rotineiras e previamente prescritas. Entende-se que este profissional não deva participar do transporte primário de recém-nascidos.

Quadro 23 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE NEONATAL

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte de recém-nascidos. O enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir ao paciente durante o transporte primário, sendo responsável por avaliar o recém-nascido e definir os profissionais de enfermagem que participarão do transporte secundário e interno dos neonatos, conforme Lei Federal nº. 7.498/86 e seu Decreto regulamentador nº. 94.406/87.

O técnico de enfermagem possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir o enfermeiro nos cuidados diretos a pacientes potencialmente graves, graves e com risco de vida, conforme Lei 7498/86 e Decreto 94.406/87.

O auxiliar de enfermagem não possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir o neonato grave ou com risco de vida, uma vez que não há previsão legal para a execução desta atividade.

As atribuições dos profissionais de enfermagem nos transportes primário, secundário e eletivo de pacientes estão descritas nos Quadros 3,4,5,6,11,12, 13 e 15 deste Manual. Orienta-se que seja realizada consulta a estes itens.

REFERÊNCIAS

BALBINO, A.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SILVA, V.M. Transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico. **Revista Medicina**. Ribeirão Preto, v. 48, n.6, p. 610-618, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 fev. 2010.

NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians. **PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2017.

PINTO, C.B. *et al.* Transporte neonatal de alto risco: uma revisão da literatura. **Revista acreditação**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 13. 2017.

SANTOS, L. S.dos; PASSOS, S. **Transporte intra-hospitalar do neonato de risco para unidade de terapia intensiva: foco na segurança do paciente**. Monografia em Enfermagem em Pediatria e Neonatologia. Repositório Institucional - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2016.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. **Infraestrutura para atendimento integral ao RN**. Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, p. 1-11, 2010.

PIMENTA, P. C. de; ALVES, V. H. O transporte inter hospitalar do recém nascido de alto risco, um desafio para a enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**. Minas Gerais, v. 21, n.5, p.01- 09, 2016.

ROEHRS, H.; MALAGUTTI, W. Remoção de pacientes críticos: aspectos éticos e legais. In: MALAGUITTI, W.; CAETANO, K. C. **Transporte de pacientes: a segurança em situações críticas**. 1. ed. São Paulo: Yendis, 2015.

3.3 TRANSPORTE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Jarbas Vieira de Oliveira

Andréia Oliveira de Paula Murta

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

A Resolução Cofen nº. 599/2018 aprova a Norma Técnica para Atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Em seu anexo, estabelece diretrizes para atuação dos profissionais de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, objetivando assegurar assistência de Enfermagem competente e resolutiva, além de descrever as competências destes profissionais (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) envolvidos na atenção à Saúde Mental e Psiquiatria.

Os pacientes psiquiátricos, no Brasil, podem ser atendidos em toda a rede de atenção à saúde, incluindo serviços como Centros de Saúde, ambulatórios, serviços substitutivos, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), hospitais gerais e/ou psiquiátricos e serviços de urgência e emergência, como o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), considerando que o paciente psiquiátrico não pode ser definido apenas pela doença mental, constituindo um ser que também adoece clinicamente (BRASIL, 2015).

O Item 3 da Resolução Cofen nº. 599/2018 define a Rede de Atenção Psicossocial como “rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes componentes e pontos de atenção, com linhas de cuidado para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas.” Compreende-se que o transporte de pacientes psiquiátricos encontra-se inserido, desta forma, nesta Rede de Atenção.

Os transportes de pacientes psiquiátricos que são decorrentes de condições diversas à doença mental podem seguir as orientações deste manual para transportes primários, secundários e/ou eletivos, a depender do objetivo do transporte em si. As competências dos profissionais de enfermagem no transporte primário de pacientes estão descritos no Quadro 2 deste Manual. As competências dos profissionais de enfermagem nos transportes secundário/interno e eletivo estão descritos nos Quadros 10 e 14, respectivamente. As atribuições dos profissionais de enfermagem nos transportes primários estão descritas nos Quadros 3, 4, 5 e 6 deste manual e as atribuições nos transportes secundário e eletivo estão descritas nos Quadros 3,4,5,6,11,12 e 13 deste Manual. Orienta-se que seja realizada consulta a estes itens.

Neste capítulo serão abordadas orientações acerca do transporte de pacientes psiquiátricos, em condições relacionadas ao sofrimento mental.

TRANSPORTE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE

Aspectos técnico-científicos

Os profissionais de saúde que atuam especialmente em serviços de emergência se deparam frequentemente com a necessidade de assistirem pacientes agitados ou agressivos. A agitação pode ser definida como uma atividade motora excessiva associada a uma experiência subjetiva de tensão. Pacientes agitados e/ou agressivos costumam apresentar baixa capacidade de insight com relação à sua morbidade e juízo crítico da realidade prejudicado. Portanto, esses pacientes podem ter dificuldades em reconhecer que estão doentes e, conseqüentemente, podem não reconhecer a necessidade de ajuda externa. Dependendo do grau de agitação, esses pacientes representam um risco para a integridade física, tanto para os profissionais de saúde, como para si mesmos e outros pacientes. (MONTOVANI et al, 2010)

Pacientes com transtornos psiquiátricos graves, em particular esquizofrenia e episódio maníaco, usam serviços de emergência geral e de emergência psiquiátrica com maior frequência do que aquela observada na população geral. Episódios psicóticos, maníacos e depressivos podendo cursar com períodos de agitação psicomotora ou violência, que justificam a avaliação de emergência. (SANTOMÉ, 2015.)

A emergência psiquiátrica pode ser definida como situação de natureza psiquiátrica em que existe risco de morte ou de injúria grave para o paciente ou para terceiros, sendo comuns nessas situações a ocorrência de tentativa de suicídio e ações violentas (FILHO, H.C., NEVES, M.C., 2010).

A necessidade da intervenção imediata e a função decisória de encaminhamento do paciente trazem características próprias ao manejo de situações de emergência, tanto na avaliação quanto na conduta proposta. Além disso, a eventualidade de haver involuntariedade no tratamento e a falta de crítica em relação à doença apresentada trazem algumas peculiaridades à assistência desses pacientes (FILHO, H.C., NEVES, M.C., 2010).

Do ponto de vista organizacional, o manejo de um paciente agitado ou violento deve ser planejado e executado em níveis distintos de complexidade, sendo que este plano de ações pode ser dividido didaticamente, em quatro tópicos: manejo ambiental ou organizacional, manejo comportamental ou atitudinal, manejo farmacológico e manejo físico. O manejo ambiental ou organizacional pode ser organizado através de protocolos gerais de segurança que visem a reduzir agressões contra profissionais de saúde e garantir a segurança do próprio paciente, treinamentos e reciclagens periódicas da equipe responsável pelo atendimento, organização do espaço físico e atendimento precoce do paciente. (MONTOVANI, 2010).

Através de comportamentos dos profissionais de saúde, como por exemplo, apresentar-se e apresentar os outros membros da equipe, olhar diretamente para o paciente, manter alguma distância física e estimular o paciente a expressar seus sentimentos em palavras, pode-se obter o manejo atitudinal do paciente agitado ou violento.. Há situações, entretanto, em que tais providências e atitudes não são suficientes para o controle de quadros de agitação apresentados por pacientes psiquiátricos, sendo necessária a avaliação médica e prescrição, por este profissional, de medicações antipsicóticas e benzodiazepínicas, a depender do caso e da avaliação (MONTOVANI, 2010).

O manejo farmacológico nestes casos, ou seja, o uso de medicações em situações de agitação e agressividade, tem por objetivo tranquilizar o paciente o mais rapidamente possível, reduzindo o risco de auto e heteroagressividade e de ocorrência de efeitos colaterais.

Caso seja necessária a administração de medicações prescritas, recomenda-se observar algumas diretrizes, tais como:

- Avaliar clinicamente a gravidade da agitação psicomotora, e preferencialmente quantificá-la por meio de pontuação de escalas de gravidade;
- Registrar em prontuário todas as tentativas de controle da agitação psicomotora por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais;
- Nas vinte e quatro horas subsequentes ao uso de medicações injetáveis, deve ser observada e registrada em prontuário a ocorrência de efeitos colaterais e as medidas terapêuticas adotadas para o manejo destes.

Dependendo do grau de agitação e agressividade, alguns pacientes podem representar um risco para a própria integridade física, bem como para os demais pacientes, seus acompanhantes e os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados. Quando as

intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica. Trata-se do manejo físico do paciente agressivo ou violento. A contenção física se caracteriza pela imobilização do paciente por várias pessoas da equipe que o seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, que fixam o paciente ao leito. As ações propostas para realização do manejo físico da agressividade devem ser mantidas pelo menor tempo possível, sendo o paciente assistido continuamente pela equipe de enfermagem. (MONTOVANI, 2010).

Aspectos ético-legais

Quando indicada a contenção mecânica para o controle da agitação e agressividade do paciente psiquiátrico, a equipe de enfermagem deve respeitar ao disposto na Resolução Cofen nº 427 de 2012, que “Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes”. Em seu Art. 2º, esta Resolução prevê que “a contenção mecânica de paciente será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais”.

Dada a necessidade da preservação da segurança do paciente e a prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem, conforme previsto no o art. 11, inciso II, alínea “f”, da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, reitera-se importância do atendimento às regulamentações existentes para o exercício de suas funções, incluindo a Resolução Cofen 564/2017.

Ainda sobre a Resolução Cofen nº 427/2012, faz-se importante destacar:

Art. 1º Os profissionais da Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, somente poderão empregar a contenção mecânica do paciente sob supervisão direta do enfermeiro e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados.

Quanto ao artigo acima transcrito, é importante atentar que as situações de urgência e emergência são aquelas que ocorrerem eventualmente, excluindo-se o serviço de atendimento de urgência e emergência. Ou seja, se o serviço é de urgência e emergência, a contenção mecânica deve ocorrer sob supervisão do enfermeiro, pois é um serviço onde a situação de

urgência já é prevista e cotidiana. O enfermeiro poderá prescrever a contenção do paciente mediante protocolo previamente aprovado na instituição, uma vez que a Lei Federal nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87 artigo 8º, inciso I, alínea f, regulamentam que ao enfermeiro incumbe privativamente a prescrição de assistência de enfermagem.

Situações de agitação psicomotora e/ou agressividade de pacientes psiquiátricos podem ocorrer nas diferentes fases do transporte de pacientes, incluindo os pacientes psiquiátricos, fases estas já descritas anteriormente neste Manual. Justifica-se, portanto, a necessidade do conhecimento técnico-ético-legal por parte da equipe de enfermagem no que tange à assistência prestada a estes pacientes. Quanto ao aspecto técnico-científico afirma-se que os profissionais de enfermagem possuem competência para realizar o transporte dos pacientes psiquiátricos.

O acionamento do transporte para pacientes psiquiátricos possui especificidades. Conforme dados encontrados nos relatórios de fiscalização do Coren-MG, o transporte eletivo na psiquiatria ocorre mediante busca ativa, ou seja, o veículo da unidade de saúde mental (CAPS, CERSAM) se desloca até o domicílio do paciente estável do ponto de vista psiquiátrico para trazê-lo ao serviço. Nas situações em que o paciente é encontrado em domicílio com quadro de agitação psicomotora, inquietação e agressividade, o SAMU deverá ser acionado, por caracterizar-se como atendimento primário e não mais eletivo. As atribuições dos profissionais de enfermagem no transporte eletivo estão descritos no Quadro 15 deste manual.

Considerando os recursos disponibilizados pelo atendimento do SAMU, ou seja, serviços que contam com a regulação médica, previstos na Portaria Ministerial 2048/2002, observa-se que a Unidade de Suporte Básico de Vida (USB) possui recursos limitados no atendimento do paciente que apresente agitação psicomotora, agressividade, surto psicótico. Observa-se que as equipes que compõem as unidades básicas são frequentemente acionadas para atendimentos destes pacientes, até que a Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) chegue ao local e as duas equipes realizem juntas o atendimento proposto. Nestes casos, orienta-se que a equipe de enfermagem das USB realize assistência de enfermagem, observando as competências técnico-ético-legais de cada categoria.

Quando há avaliação e conduta do médico regulador sobre a necessidade de contenção química/física, faz-se necessária a interceptação por uma USA, uma vez que o paciente deverá ser medicado com fármacos endovenosos específicos e não há esse tipo de recurso na USB. A contenção química é necessária para que a situação seja controlada e traga menor risco ao

paciente. Além do empenho de uma USA, o médico regulador também poderá acionar a polícia militar (PM) para auxiliar na realização da contenção física do paciente, quando houver risco para o próprio paciente e para a equipe de saúde. Tal situação pode ocorrer antes ou após a realização da contenção química, muitas vezes necessária para a realização do transporte. Segundo a Portaria 2048/2002, os profissionais de enfermagem devem desenvolver a habilidades para *“reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência na cena das ocorrências. Descrever ao médico regulador os sinais observados nos pacientes em atendimento.”* Já os profissionais médicos devem estar hábeis a *“reconhecer sinais de gravidade, a partir da regulação, com base na solicitação da população bem como através da descrição das vítimas atendidas pelas equipes à distância; Reconhecer sinais de gravidade das patologias psiquiátricas em situações de urgência, quando na cena das ocorrências”*. E finalmente, cabe aos profissionais envolvidos no atendimento pré-hospitalar *“Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH; Adotar medidas no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas”*.

No caso de serviços de atendimento primário não-regulados (que contrariam a legislação brasileira no âmbito da Portaria nº 2048/2010, conforme já explicado em capítulos anteriores), em que o paciente possua indicação de contenção, a equipe de enfermagem tem sua atuação limitada, uma vez que ao chegar na cena e constatar a necessidade de contenção, não há meios pelos quais se resguarde para a prescrição médica à distância, sem gravação da ligação e sem a presença do enfermeiro. O profissional de nível médio não possui competência legal para tomar decisões imediatas ou para prescrever tal cuidado, pois estas ações são privativas do Enfermeiro, conforme Decreto nº 94.406/87.

Deste modo, quanto ao aspecto legal, reitera-se a necessidade da presença do enfermeiro nos transportes primários, profissional legalmente habilitado a prescrever a assistência de enfermagem, conforme Lei Federal nº 7.498/86 e Decreto nº. 94406/87 e ainda receber prescrição médica à distância, segundo Resolução Cofen nº. 487/2015. O técnico de enfermagem poderá auxiliar o Enfermeiro neste transporte, conforme artigo 10 do Decreto Federal nº 94.406/87. O transporte secundário e o transporte interno de pacientes psiquiátricos deverão ser avaliados pelo enfermeiro assistente para definição de qual membro da equipe poderá realizar o acompanhamento, conforme já descrito no capítulo 2.2. O transporte eletivo

do paciente psiquiátrico poderá ser acompanhado pelos profissionais de enfermagem de qualquer categoria.

Eticamente, os profissionais de enfermagem devem observar a Resolução Cofen nº 564/2017 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - e as Resoluções do Sistema Cofen/ Conselho Regional de Enfermagem, ressaltando que possuem autonomia e respondem por seus atos.

Abaixo estão descritas as competências da equipe de enfermagem no transporte de pacientes psiquiátricos.

Quadro 24 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte de pacientes psiquiátricos.

O enfermeiro possui competência técnico-científica, ética e legal para prescrever a contenção mecânica, mediante protocolos institucionais.

O enfermeiro possui competência técnico-científica e ético-legal para assistir ao paciente durante o transporte primário, secundário, eletivo ou de urgência, conforme Lei Federal nº. 7.498/86 e seu Decreto Regulamentador nº. 94.406/87.

O técnico de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte de pacientes psiquiátricos, seja primário, secundário ou eletivo. No transporte primário, deverá estar supervisionado pelo enfermeiro.

O auxiliar de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte de pacientes psiquiátricos, seja secundário ou eletivo. O auxiliar de enfermagem não possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte primário de qualquer paciente, inclusive dos psiquiátricos.

Abaixo, descreveu-se atribuições relevantes da equipe de enfermagem no transporte primário e secundário de pacientes psiquiátricos:

| |
|--|
| <p>Quadro 25 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no transporte primário e secundário de pacientes psiquiátricos</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro , Técnicos e Auxiliares de Enfermagem</p> |
| <p>Deter conhecimento na área de urgência psiquiátrica</p> |
| <p>Utilizar medidas de proteção (grades, cintos) que assegurem a integridade do paciente durante o deslocamento</p> |
| <p>Realizar procedimentos que se façam necessários, tendo em vista as competências técnicas de cada categoria profissional da enfermagem, orientadas pelo médico regulador. Obs: é permitido somente ao enfermeiro o recebimento da prescrição médica à distância, conforme situações previstas na Resolução Cofen nº 487/2015.</p> |
| <p>Informar adequadamente à equipe de enfermagem da unidade de destino sobre as condições clínicas/psiquiátricas apresentadas à admissão, descrevendo características da abordagem do paciente (se o atendimento ocorreu de forma voluntária, involuntária e se necessitou da intervenção da Polícia Militar), intercorrências e intervenções que ocorreram durante o transporte, tais como necessidade de contenção, presença de armas na cena, se o paciente está com postura delirante e pensamento de conteúdo persecutório.</p> |
| <p>Atribuições do Enfermeiro</p> |
| <p>Realizar todos os transportes primários de pacientes psiquiátricos e todos os transportes internos e secundários dos pacientes graves com risco de vida, risco de agitação</p> |

| |
|--|
| psicomotora moderado a grave, risco de auto ou hetero agressão de moderado a grave, risco de fuga e ideação de auto-extermínio com plano |
| Avaliar o paciente antes da realização do transporte |
| Reconhecer a necessidade de contenção química e/ou física e comunicar o médico regulador |
| Prescrever cuidados de enfermagem, inclusive a contenção mecânica, conforme Art. 8º, inciso I, alínea f, do Decreto nº. 94406/87 e Resolução Cofen nº. 427/2012 |
| Reavaliar frequentemente a contenção mecânica do paciente, caso este procedimento tenha sido necessário. |
| Decidir imediatamente sobre medidas de assistência e conforto, que promovam melhorias no quadro apresentado pelo paciente, embasados pelo conhecimento técnico-científico |
| Administrar medicações prescritas, inclusive via rádio, conforme Resolução Cofen nº. 487/2015. |
| Comunicar alterações percebidas no quadro apresentado pela paciente à Central de Regulação, inclusive informando sobre aumento de agitação psicomotora, ocorrência de agressividade ou rebaixamento de nível de consciência pós-sedação. |

Fonte: Elaborado pelos autores

Conforme já abordado anteriormente, o transporte do paciente psiquiátrico pode ser primário, secundário ou eletivo, dependendo da situação e objetivo do transporte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. 1 ed. v. 5, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

ESPINOSA, A.M.F. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Mcgraw-hill, 2002.

FILHO, H.C., NEVES, M.C. **Urgências psiquiátricas**. p 227-234. IN: NUNES, T.A., MELO, M.C.B., SOUZA, de C. **Urgência e Emergência pré-hospitalar**. 2a edição, Editora Folium, 2010.

MANTOVANI, C. et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, vol. 32, n. Supl II, p. S96-S103, 2010.

SANTOMÉ, L.M. **Manejo do paciente em agitação psicomotora na sala de emergência: dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Urgência Emergência) - Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

FIGUEIREDO, N.M.A; VIANA, D.L; MACHADO; W.C.A. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2009.

3.4 TRANSPORTE DA PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE

Aline Danielle

As pessoas privadas de liberdade no sistema prisional são aquelas com idade superior a dezoito anos e que estejam sob a custódia do Estado, em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança, segundo o Código Penal e Lei de Execução Penal. Todas essas pessoas devem ter acesso à assistência à saúde integral, resolutiva, contínua e de qualidade (BRASIL, 2014)

A Lei de Execução Penal foi pioneira na garantia dos direitos à saúde nas unidades prisionais para todas as pessoas privadas de liberdade, prevendo, ainda, que o atendimento de saúde seja prestado em outra instituição de saúde quando o estabelecimento penal não dispuser do preparo para oferecer a assistência adequada. As diretrizes de saúde dessa Lei foram ampliadas, em 2003, com a Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que aprova o Plano

Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), a qual legitimou a garantia do acesso à saúde para as pessoas privadas de liberdade com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a universalidade (LERMEN *et al.*, 2015).

Em 2014, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, a qual representa enorme avanço na atenção à saúde da população prisional e amplia a noção de garantia de direitos sociais. Com a PNAISP, a saúde é garantida a todos os indivíduos que circulam nos espaços prisionais, aumentando a compreensão de quem tem direito e do acesso às políticas de saúde no cárcere (LERMEN *et al.*, 2015).

A Lei de Execução Penal, a Portaria Interministerial nº 1.777/2003 e a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014 baseiam-se no direito instituído pela Constituição Federal de 1988, Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde, Art. 196 *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

A assistência à saúde oferecida às pessoas privadas de liberdade, nas unidades prisionais de Minas Gerais, está pautada na política de atenção básica, contribuindo para o controle e/ou a redução dos agravos de saúde prevalentes no cárcere ao oferecer ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2014). Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo XXVI, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica:

“Art. 2º - Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”.

Os profissionais de saúde da atenção básica devem conhecer as necessidades de saúde dos indivíduos, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar

assistência integral (ESCOREL et al., 2007). Em virtude disso, espera-se que a equipe de saúde das unidades prisionais atue no primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos.

Assim, as pessoas privadas de liberdade que apresentem situações de saúde que não podem ser resolvidas nas unidades prisionais e/ou ultrapassam os limites da atenção básica, como a necessidade de realização de procedimentos de saúde diversos, exames e consultas especializadas e urgências e emergências, devem ser encaminhadas ao serviço de saúde externo de referência. Segundo a Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014:

“Art. 5º É objetivo geral da PNAISP garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.

Art. 6º São objetivos específicos da PNAISP:

I - promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral (grifo nosso);

II - garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade (grifo nosso); (...)

Art. 16. Compete ao Estado e ao Distrito Federal:(...)

II - por intermédio da Secretaria Estadual de Justiça, da Administração Penitenciária ou congêneres:(...)

k) garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade ”.

Em Minas Gerais, os servidores atuantes no sistema prisional exercem suas atividades com base no Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP). Em relação ao transporte dos indivíduos privados de liberdade por motivo de saúde, o ReNP atualmente vigente (2016) prevê que a condução de presos para atendimento de saúde rotineiro ou emergencial, ocorrerá mediante escolta, conforme os critérios definidos.

No Procedimento Operacional Padrão “Análise da viabilidade e planejamento da realização da escolta externa”, descrito no RENP, ressalta-se que o executante Coordenador de Segurança da unidade prisional deve:

“6.1.6 Verificar na solicitação de escolta externa ou junto ao Núcleo de Atendimento a necessidade de cuidados especiais:

a) Uso de medicamento controlado;

b) Problema de locomoção;

c) Necessidade de acompanhamento por parte de profissional do Núcleo de Saúde; e

d) Necessidade de uso de ambulância (grifo nosso)”. (pg. 350)

A solicitação de escolta externa encaminhada ao Coordenador de Segurança da unidade prisional, por motivos de saúde, é realizada idealmente pela equipe de enfermagem. Portanto, é o enfermeiro que define se há esta necessidade ou não, pois é dele a competência de organizar e dirigir os serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares.

Embora previsto em várias legislações, conforme supracitado, a garantia do direito à assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade, seja dentro ou fora das unidades prisionais, torna-se fragilizada em virtude das inúmeras dificuldades enfrentadas atualmente pelo sistema prisional brasileiro. O quantitativo insuficiente de médicos nas unidades prisionais exige do profissional de enfermagem a constante articulação com a rede de saúde, municipal ou estadual, gerando alto número de solicitações de saídas das pessoas privadas de liberdade do estabelecimento penal para receber a assistência adequada (SANTOS *et al.*, 2015).

Por outro lado, devido às várias atribuições da equipe de segurança no sistema prisional, associado ao déficit de Agentes de Segurança Penitenciários (ASP), as escoltas solicitadas pela equipe de enfermagem nem sempre são realizadas, comprometendo a continuidade da assistência à saúde da pessoa privada de liberdade e atuação conforme as normativas do sistema penal (SANTOS *et al.*, 2015; FILHO e BUENO, 2016).

Independente da natureza de sua transgressão, às pessoas privadas de liberdade têm o direito de gozar dos mais elevados padrões de assistência de enfermagem, pois estão privadas apenas de sua liberdade, mas não dos direitos sociais inerentes à sua condição de sujeito de direito (LERMEN *et al.*, 2015).

Aspectos técnico-científicos, ético-legais

A decisão do profissional de enfermagem em relação à saída da pessoa privada de liberdade da unidade prisional para a realização de procedimento/atendimento externo, com ou sem o seu acompanhamento, deve ser cautelosa e precedida de boa avaliação de enfermagem, uma vez que o ambiente penal possui clima de instabilidade e imprevisibilidade do que pode acontecer, como situações de perigo para toda a equipe envolvida (SANTOS *et al.*, 2015).

A equipe de enfermagem conta com os ASPs para a realização de todos os atendimentos de enfermagem à pessoa privada de liberdade, por meio da retirada do indivíduo da cela,

encaminhamento do mesmo ao ambulatório e escolta durante a assistência. Nos atendimentos, o profissional de enfermagem pode identificar a necessidade de encaminhamento externo para a realização de procedimentos de saúde, exames, consultas e serviços de urgência e emergência (RENP, 2016). Em relação ao transporte do reeducando ao serviço de saúde externo, entende-se que:

- 1. A definição dos profissionais de enfermagem que assistirão às pessoas privadas de liberdade durante o transporte cabe ao enfermeiro, pois a ele compete o planejamento da assistência de enfermagem, a organização e a direção das atividades técnicas e auxiliares, conforme previsto na Lei Federal nº. 7.498/1986.*
- 2. O profissional de enfermagem não possui obrigatoriedade em acompanhar a pessoa privada de liberdade no transporte quando a finalidade for a realização de procedimentos eletivos de saúde (hemodiálise, exames, procedimentos de atenção básica devido a ausência de recursos na unidade e outros que não oferecem risco à saúde) e consultas eletivas (consultas previamente agendadas), por se tratar de uma condução e não de um transporte em que o paciente possui necessidade de assistência contínua, considerando a definição de transporte eletivo de pacientes, já descrito neste capítulo. Ao mesmo tempo, torna-se imprescindível que o profissional de enfermagem confeccione relatório com informações de saúde do indivíduo para subsidiar a assistência do profissional de saúde do serviço externo, encaminhando-o juntamente com o prontuário.*
- 3. O atendimento aos agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, psiquiátrica, entre outras que possam causar sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, devem ser realizadas em ambulância, no âmbito da equipe de enfermagem, pelo enfermeiro, profissional com capacidade de tomar decisões imediatas, realizar cuidados de maior complexidade técnica e assistir aos pacientes graves com risco de vida. Nesses casos, espera-se que o enfermeiro realize a avaliação primária ainda na unidade prisional e as intervenções de enfermagem que auxiliem na melhora do quadro apresentado pelo indivíduo, conforme o previsto na Lei Federal 7498/1986.*
- 4. Nas situações descritas no item 3, caso a unidade prisional não disponha de ambulância, enfermeiro ou equipe de segurança disponível para concretizar o transporte da pessoa privada de liberdade, recomenda-se que seja acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) objetivando conectar as vítimas aos recursos que elas necessitam com a maior brevidade possível, uma vez que a assistência prestada nesses serviços são equivalentes à assistência da Atenção Primária.*

Insta salientar que o profissional de enfermagem somente deve acompanhar a pessoa privada de liberdade no transporte para o serviço de saúde externo, em situações eletivas ou de agravos à saúde, caso esteja devidamente amparado pela equipe de segurança, de forma a minimizar os riscos à sua integridade física. Ademais, segundo a Resolução COFEN nº 564/2017, Capítulo I – Dos Direitos, Art. 22, o profissional tem o direito de “*recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade*”.

Quadro 26 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DE PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte de pacientes privados de liberdade.

O enfermeiro possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte de pacientes privados de liberdade, seja primário ou secundário, eletivo ou de urgência, conforme Lei Federal 7498/86 e Decreto Regulamentador 94406/87.

O técnico de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte de pacientes privados de liberdade, seja primário, secundário ou eletivo. No transporte primário, apenas supervisionado pelo enfermeiro.

O auxiliar de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte de pacientes privados de liberdade, seja secundário ou eletivo. O auxiliar de enfermagem não possui competência técnico-científica, ética e legal para realizar o transporte primário de qualquer paciente, inclusive dos privados de liberdade.

Em consonância com a Lei 7.498/86 e o Decreto 94.406/87, o ReNP define as atribuições dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem atuantes nas unidades prisionais:

*“Art. 156, VII - Enfermeiro, ao qual cabe:
coordenar e supervisionar os profissionais da Unidade de enfermagem”,
executar atribuições de natureza técnica conferidas por lei aos profissionais
graduados em enfermagem; (...)
h) planejar, organizar e coordenar a execução e avaliação dos serviços de
assistência de enfermagem;
(...)
q) manter registro sistemático das atividades desenvolvidas;
(...)
v) promover a articulação constante com a rede externa de saúde, conforme
diretrizes vigentes, realizando os encaminhamentos necessários;
(...)
y) realizar procedimentos de maior complexidade técnica e que exijam
conhecimento de bases científicas e capacidade de tomada de decisões imediatas;
(...)*

VIII - Auxiliar ou Técnico de Enfermagem, ao qual cabe:

(...)

a) realizar procedimentos e atividades da área de saúde segundo prescrições e sob supervisão do enfermeiro;

(...)

o) executar ações assistenciais de enfermagem próprias da área de atuação do Auxiliar/Técnico em Enfermagem;

(...)

z) solicitar escoltas externas de presos apresentando justificativa da demanda da enfermagem;

aa) executar demais procedimentos de competência técnica da área, conforme determinação do COREN” (pgs. 84-86)

As atribuições dos profissionais de enfermagem especificamente durante o transporte de pacientes são as mesmas já descritas nos Quadros 3,4,5,6,11,12, 13 e 15 deste Manual.

Os profissionais de enfermagem que atuam no sistema prisional convivem diariamente com uma série de desafios inerentes ao cárcere e resultantes de um momento crítico caracterizado pela ausência de recursos necessários a uma assistência qualificada. Apesar disso, as ações de enfermagem são imprescindíveis para a garantia do direito à saúde e ressocialização da pessoa privada de liberdade. A constante articulação com a rede externa de saúde, uma das atribuições do profissional de enfermagem e foco deste Manual, proporciona a continuidade do cuidado e atende ao princípio da integralidade do SUS.

Independentemente da possibilidade de realização ou não, por parte da equipe de segurança da unidade prisional, do encaminhamento da pessoa privada de liberdade ao serviço de saúde externo, a equipe de enfermagem deve realizar a solicitação ao servidor responsável pelas escoltas externas da unidade e registrar no prontuário do indivíduo a avaliação e conduta de enfermagem. As ações do profissional devem sempre ser pautadas nos princípios éticos e legais que regem a profissão e respeitar o limite de sua competência técnica de cada categoria da enfermagem.

As situações em que ocorra impossibilidade da saída do profissional de enfermagem da unidade prisional para acompanhar a pessoa privada de liberdade, seja no transporte eletivo ou primário, por questões de segurança, orienta-se o registro da situação nos livros administrativos da enfermagem, para o respaldo profissional. A mesma orientação aplica-se nas situações em que houver detentos cuja condição de saúde demande acompanhamento de enfermagem, tornando-se indispensável o registro em prontuário e em documentos próprios da enfermagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de jun. 1984.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jun. 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2 jan. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1777, de 09 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 set. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 21 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 5 out. 1988.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 164-176, 2007.

FILHO, M. M. S.; BUENO, P. M. M. G. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. **Ciência e saúde coletiva**. Brasília. v. 21, n.7, p.1-12. 2016.

LERMEN, H. S.; GIL, B. L.; CÚNICO, S. D.; JESUS, L. O. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 905-924, 2015.

SANTOS, F. J. *et al.* Salud en las Prisiones: lo que hablan los trabajadores de enfermería. **Revista de Enfermería y Humanidades**, 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL. Subsecretaria de administração prisional. **Regulamento e Normas de Procedimentos do Sistema Prisional de Minas Gerais (ReNP)**. Minas Gerais, 2016.

SOUZA, M.O.S; PASSOS, J. P. A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 417-23, 2008.

3.5 - TRANSPORTE EM SAÚDE DE PESSOAS: O ENCAMINHAMENTO DO CORPO

Andréia Oliveira de Paula Murta

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

A morte é um evento biológico natural e inevitável da vida. Ao longo do tempo, o processo da morte passou por transformações, à medida que a sociedade passou por modificações e evoluções tecnológicas (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

A equipe de enfermagem, que compõe a equipe de atendimento hospitalar, mantém contato prolongado e direto com os pacientes e suas necessidades, o que faz com que também vivenciem de forma mais intensa, sua terminalidade. Pela natureza do trabalho e proximidade do paciente nos momentos mais difíceis, muitas vezes os profissionais de enfermagem são os primeiros profissionais a lidar com a morte (SANTOS, HORMANEZ, 2013).

Aspectos técnico-científicos

Os cuidados de enfermagem após a constatação do óbito, realizada oficialmente pelo profissional médico, perpassa por confirmação do óbito, registro no prontuário da evolução do quadro clínico até o óbito, dia e horário de constatação, apoio à família para resposta ao luto e permissão para que permaneçam junto ao corpo por tempo prolongado, respeitando a devida privacidade (OLIVEIRA, 2016).

Em relação aos cuidados pós-morte, torna-se importante reiterar que o corpo humano deverá receber cuidados com o mesmo respeito, dignidade e segurança de uma pessoa viva. Recomenda-se que o corpo deve ser identificado utilizando dois identificadores, como por exemplo, o nome completo do paciente e sua data de nascimento ou seu nome completo e o número de registro no hospital ou instituição (POTTER, 2013).

Outras informações podem ser adotadas como identificadoras do corpo, a critério de cada instituição. Sugere-se, como exemplo, o uso do nome da unidade de internação ou de origem, data de nascimento, data e o horário do óbito, nome de quem realizou os cuidados. As etiquetas de identificação podem ser fixadas no corpo e no saco/invólucro e a pulseira de identificação pode ser mantida, nas instituições que a utilizam. Para POTTER, 2013, torna-se importante que o enfermeiro, responsável por coordenar os cuidados pós-morte, conheça os procedimentos aplicáveis neste momento, de acordo com o estabelecido pela instituição.

Após os procedimentos de preparo do corpo e identificação, o corpo deve ser acondicionado em saco de corpo, em lençóis, conforme rotina institucional e transferido para uma maca, com grades elevadas, meio que o levará até o local de destino. É recomendado mais de um membro da equipe participar do procedimento de transporte e transferência de maca.

Sob o ponto de vista **técnico-científico**, o transporte do corpo pode fazer parte dos cuidados de enfermagem pós-morte. Importante atentar para os riscos relacionados a execução deste procedimento como troca de corpos, queda do paciente durante o transporte e a contaminação do profissional com fluidos e secreções corporais e a troca de corpos. Para POTTER, 2013, faz-se necessário a conferência da identificação do corpo, o seguimento dos procedimentos de segurança para evitar contaminação, o registro adequado e a manutenção da dignidade e privacidade durante o procedimento, conforme política institucional.

Há vários destinos possíveis para o transporte do paciente falecido. O corpo do paciente doador de órgãos (doador-cadáver), após finalizar protocolo de morte encefálica, poderá ser encaminhado ao centro cirúrgico para captação de órgãos, caso esse procedimento seja realizado na própria instituição, conforme previsto na Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Pode ser necessário também encaminhar o corpo até o carro de transporte de óbitos, necrotério ou funerária, Instituto Médico Legal (IML) ou Serviço de Verificação de Óbito (SVO), por exemplo. A Portaria Ministerial Nº 1.405 de 29 de junho de 2006, que institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO), normatiza, em seu Art. 8º:

“Os SVO serão implantados, organizados e capacitados para executarem as seguintes funções:

I - realizar necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem ou com assistência médica (sem elucidação diagnóstica), inclusive os casos encaminhadas pelo Instituto Médico Legal (IML);

II - transferir ao IML os casos:

a) confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia; (grifo nosso)

b) em estado avançado de decomposição; e

c) de morte natural de identidade desconhecida;

III - comunicar ao órgão municipal competente os casos de corpos de indigentes e/ou não-reclamados, após a realização da necropsia, para que seja efetuado o registro do óbito (no prazo determinado em lei) e o sepultamento;

IV - proceder às devidas notificações aos órgãos municipais e estaduais de epidemiologia;

V - garantir a emissão das declarações de óbito dos cadáveres examinados no serviço, por profissionais da instituição ou contratados para este fim, em suas instalações;

VI - encaminhar, mensalmente, ao gestor da informação de mortalidade local (gestor do Sistema de Informação sobre Mortalidade):

a) lista de necropsias realizadas;

b) cópias das Declarações de Óbito emitidas na instituição; e

c) atualização da informação da(s) causa(s) do óbito por ocasião do seu esclarecimento, quando este só ocorrer após a emissão deste documento.”

Desta forma, os óbitos decorrentes de causa violenta, seguem um fluxo diferente, sendo que o corpo não deverá ser limpo ou tamponado. É necessária perícia a ser realizada pela Polícia Civil, sendo que a equipe do transporte primário não deverá encaminhar o corpo se constatado óbito no local, uma vez que até que questões de responsabilidade ou suspeitas criminais sejam confirmadas, todos os doentes traumatizados são considerados casos forenses e a preservação e recolha de provas criminais podem ser prejudicadas pela atuação da equipe de urgência e emergência na cena do crime. Desta forma, é necessário que a equipe possua treinamento sobre preservação de vestígios e outros princípios das ciências forenses, de modo a prestar assistência que altere o mínimo possível a cena. O enfermeiro forense, que não faz parte da equipe do serviço de urgências, pode prestar serviços forenses, apoiando o restante da equipe que presta a assistência de enfermagem no local (LYNCH, 2014).

Qualquer que seja o destino, a equipe de enfermagem possui competência para realizar o transporte do corpo, devendo respeitar as rotinas institucionais e a legislação brasileira. Segundo Potter, 2013, legislações exigem que as instituições elaborem procedimentos e políticas para alguns eventos que podem ocorrer após a morte, tais como: solicitação de doação de órgãos, indicação para realização de autópsia, prestação de cuidados de enfermagem seguros e adequados ao corpo, registro completo da ocorrência do óbito e de todas as atividades executadas. Recomenda-se que os procedimentos de preparo do corpo estejam descritos em procedimento operacional padrão da instituição.

O profissional de enfermagem é capaz de realizar o transporte do corpo, embora não haja obrigatoriedade de que essa modalidade de transporte tenha a presença da equipe de enfermagem, podendo ser realizado por outros profissionais, como auxiliar de serviços gerais, maqueiro ou outro. Caso seja realizado por profissional de enfermagem, o enfermeiro responsável técnico deverá prever em cálculo de dimensionamento (principalmente em caso de encaminhamento externo ao serviço), cabendo à instituição garantir os meios adequados para tal e para que a assistência aos pacientes internados não seja prejudicada.

Aspectos ético-legais

Os procedimentos *pós morte* estão previstos no Decreto Regulamentador 94406/87, dentre as competências do Auxiliar de Enfermagem descritas. Portanto, sob o aspecto legal, cabe então dizer que todos profissionais de enfermagem possuem competência para realizar o transporte do corpo, uma vez que a Lei respalda aos técnicos de enfermagem na realização das atividades do auxiliar de enfermagem e aos enfermeiros na realização de todas as atividades de enfermagem (BRASIL, 1986).

Quanto ao viés ético, a Resolução Cofen nº 564/2017 traz no artigo 43 do capítulo II, os deveres do profissional de enfermagem de “respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte”. Durante o transporte do corpo, a enfermagem também deve atuar de forma a respeitar o indivíduo e sua família.

Abaixo estão descritas as competências da equipe de enfermagem no transporte do corpo.

Quadro 27 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRANSPORTE DO CORPO

O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização do transporte do corpo, conforme previsto na Lei Federal 7498/86 e Decreto 94406/87.

As atribuições da equipe de enfermagem no transporte do corpo estão descritas no quadro a seguir:

| Quadro 28 - Atribuições da Equipe de Enfermagem no transporte do corpo |
|--|
| Atribuições do Enfermeiro , Técnicos e Auxiliares de Enfermagem |
| Preparar o corpo, conforme padronizado em protocolo institucional |
| Identificar o corpo utilizando, no mínimo, dois identificadores |
| Encaminhar o corpo devidamente coberto, identificado e seguro ao local indicado pela instituição, preservando sua privacidade e dignidade. O transporte pode ser interno ou eletivo (necrotério, funerária, IML, SVO) |
| Comunicar ao responsável sobre o acondicionamento do corpo, quando houver funcionário neste local |
| Prestar assistência aos familiares |
| Organizar os pertences do paciente e entregá-los aos familiares. Documentar os itens entregues e quem os recebeu, constando hora e data |
| Encaminhar a maca de volta ao setor |
| Registrar em prontuário do paciente, os dados que couber: data e horário do óbito, nome do médico que constatou o óbito, horário do início do preparo do corpo, bem como |

da transferência, nome do responsável que recebeu o corpo, identificação da pessoa que recebeu os pertences, intercorrências e outros achados importantes.

Fonte: Baseado em POTTER, 2013.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.405 de 29 de junho de 2006. Institui a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (SVO). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006.

BRASIL. Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 de jun. 1987.

BRASIL. Lei nº 7.498 de 25 junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 26 jun. 1986.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Serviço de Educação em Enfermagem. **Cuidados e encaminhamento do corpo após o óbito**. Uberaba - MG, 2017.

COFEN, Conselho Regional de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 543/2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 6 nov. 2017.

DOS SANTOS, M. A; HORMANEZ, M. Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.18, n.9, p. 2757-2768, 2013.

LYNCH, V. A., In: A Ciência da Enfermagem Forense: Novas Estratégias. (Pref.) GOMES, Albino. Enfermagem Forense. Lisboa: Lidel, edições técnicas, v.1, p. 53-59, 2014.

OLIVEIRA, R.G. Blackbook Enfermagem. 1 ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2016. 816 p.

POTTER, P.A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CAPÍTULO 4 - REGULAÇÃO EM TRANSPORTE

Monike Tathe Vieira Pedrosa

Ocirema Miranda Teixeira

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Regular tem como significado estabelecer ordem ou moderar, dentre outros, de acordo com o dicionário da língua portuguesa (HOLANDA, 2010). A regulação é um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, que utiliza instrumentos específicos para garantir a integralidade do cuidado. Há diferentes conceituações para regulação, cada uma refletindo diferentes perspectivas e valores que estão implícitos por quem as elabora e por quem as utiliza (CONASS, 2011).

De acordo com o Art. 2º da Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017, anexo XXVI, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, suas ações estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência.

Neste Manual, será enfatizada a regulação do acesso à assistência, onde se observa com frequência, a atuação do profissional enfermeiro. A regulação do acesso à assistência, conforme trata o Artigo 5º desta Portaria é efetivada através da disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. As ações contempladas nesta dimensão de atuação estão assim descritas: regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências, controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados,

padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2017).

A Portaria de Consolidação nº2, define Central de Regulação das Urgências (CRU) como “estabelecimento de saúde onde funciona os serviços de regulação capazes de classificar e priorizar as necessidades de urgência, além de ordenar o fluxo das referências e contra referências pré-hospitalares e hospitalares de urgência. Incluem-se as Centrais do SAMU 192, Centrais de Operações do Corpo de Bombeiros e de serviços privados de transporte entre unidades” (BRASIL, 2017).

Nas Centrais de Regulação de Urgência e Emergência (CRU), observa-se a importante atuação da equipe de enfermagem, considerando dados averiguados em relatórios de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. As informações demonstram que muitos profissionais de nível médio da enfermagem ocupam cargos de TARM (Técnico Auxiliar de Regulação Médica) e Rádio Operador. Os enfermeiros realizam atividades na CRU que englobam ações de logística e agendamento de transportes eletivos de exames e encaminhamentos pós alta hospitalar, transferências de pacientes entre pontos de atenção após definição do tipo de unidade móvel e tripulação pelo médico solicitante, ações educativas direcionadas à equipe de enfermagem, principalmente dos profissionais de nível médio. Tais informações foram também observadas por Luchtemberg et Pires, 2015, que descreveram atividades executadas pelos enfermeiros em um serviço de atendimento móvel de urgência e emergência. Além da atuação na prestação de cuidados diretos aos pacientes nos atendimentos, observaram a existência de ações gerenciais e educativas deste profissional.

Observa-se que o trabalho do enfermeiro tem apresentado destaque, atualmente, no processo de regulação do transporte eletivo e de urgência nas Centrais de Regulação de Urgência (CRU). Em 2017, a Comissão Nacional de Urgência e Emergência do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) iniciou a discussão sobre a realidade dos serviços de urgência do país e a atuação do profissional enfermeiro nas centrais de regulação, objetivando ampliar a discussão sobre a regulamentação desta atividade. Neste mesmo ano, a Comissão visitou a Central de Regulação de Urgência (CRU) do Rio Grande do Sul para conhecerem o fluxo do

trabalho do local. Nesta CRU, os enfermeiros atuantes na mesa reguladora da urgência, conquistaram a autonomia para realizar o acionamento automático de ambulâncias, mediante chamado dos usuários, considerando situações específicas, previstas em protocolos. A atuação destes enfermeiros, pautada no Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves foi aprovada pela Resolução N° 318/17 - CIB/RS, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande do Sul. A citada resolução permite ao enfermeiro atuante na mesa reguladora o acionamento automático de ambulâncias diante dos seguintes critérios, não descartando a necessidade de repassar todas as solicitações ao médico regulador, para avaliação deste profissional:

- Casos de urgências e emergências de prioridade absoluta (risco imediato de vida ou de perda funcional grave);
- Impossibilidade de atendimento imediato do médico regulador.

Desta forma, observa-se que os enfermeiros realizam atividades na CRU que compõem a regulação do transporte eletivo e de urgência, assuntos que serão tratados nos capítulos 4.1 e 4.2 deste manual. Ressalta-se que a regulação de transporte eletivo pode ocorrer independente da existência de uma CRU, a depender dos recursos e serviços disponíveis em cada município.

Considera-se importante que haja fortalecimento das ações dos enfermeiros na Centrais de Regulação de Urgência, profissional que possui competência técnica, ética e legal, no âmbito da equipe de enfermagem, para realizar as funções propostas, considerando a complexidade das atividades. Torna-se imperativo ressaltar que a atuação do enfermeiro deve estar pautada na Lei Federal 7498/86 e Decreto 94406/87 e que não exclui a necessidade, de que as solicitações sejam repassadas ao médico regulador para orientação ao solicitante e à equipe de atendimento (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.559, de 1° de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação n° 2 de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde: coleção para entender a gestão do SUS**. 1. ed. Brasília, 2011.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen discute proposta de inserção do enfermeiro na regulação de urgências**. Brasília, jun. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-discute-proposta-de-insercao-do-enfermeiro-na-regulacao-de-urgencias_52458.html. Acesso em: 22 out. 2019

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Comissão de Urgência e Emergência visita Regulação do SAMU no RS**. Brasília, jun. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/comissao-de-urgencia-e-emergencia-visita-a-central-de-regulacao-do-samu-no-rs_52955.html. Acesso em: 22 out. 2019

HOLANDA, A. B. de. **Novo Aurélio século XXI : o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1999.

Luchtemberg M. N; Pires D.E.P. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 69, n°2, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução n° 318/17 - Comissão Intergestores Bipartite - RS**. Aprova a utilização do Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves. Porto Alegre, 10 jun. 2017. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170748/18114838-cibr318-17.pdf>. Acesso em: 22 out. 2019.

4.1 REGULAÇÃO DO TRANSPORTE ELETIVO

Andréia Oliveira de Paula Murta

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

Cada município organiza o acesso à saúde conforme suas necessidades locais e recursos disponíveis. Em Minas Gerais, observa-se que os municípios que não possuem determinado nível de atenção, quando os pacientes não possuem condições de se dirigirem em meios próprios para outros municípios, organizam um fluxo de recebimento das demandas (por consulta com especialistas ou de tratamento fora do domicílio, por exemplo), e agendamento dos transportes. Normalmente essa atividade é centralizada na sede da prefeitura municipal, na secretaria municipal de saúde ou, às vezes, no próprio posto de saúde, centro de saúde ou programa de saúde da família (PSF). Pode-se nomear essa organização de “regulação do transporte eletivo”. Regulação, por ser uma forma de ordenar o acesso, e eletivo, por se tratar

de uma condição que pode ser agendada, não possuindo caráter de urgência e emergência, conforme já definido no Capítulo 2.3. (MENDES, 2011)

Aspectos técnico-científicos

Sob o ponto de vista técnico, observa-se em atividades descritas nos relatórios de fiscalização do Conselho Regional de Minas Gerais que a regulação do transporte eletivo utiliza de mecanismos administrativos que envolvem:

1. O recebimento da demanda de transporte para a realização de um tratamento fora do domicílio;
2. O registro dessa demanda nos meios disponíveis (agenda, caderno de agendamento, planilhas, fichas, meio eletrônico);
3. O conhecimento da frota disponível e da capacidade instalada de transportes pelo serviço ou município;
4. A organização da escala de motoristas e acompanhantes;
5. A organização da logística de atendimento às demandas solicitadas.
6. Operacionalização do sistema de referência e contra-referência (SUSfácil e Central de Regulação de Consultas e Exames) do paciente
7. Viabilização de consultas com equipes que já realizam acompanhamento domiciliar dos pacientes
8. Remoção de pacientes de alta hospitalar ou não (desde que o tipo de ambulância que realizará o transporte já esteja definida pelo médico solicitante).

Aspecto ético-legais

Sob o ponto de vista ético-legal, a Lei nº. 7.498/86 e o Decreto nº. 94.406/87, não contemplam a realização dessas atividades pelos profissionais de enfermagem. Observa-se que todas as atividades envolvidas são de cunho administrativo e de menor complexidade técnica, podendo ser realizada pelo profissional de enfermagem. Dependendo do tipo de organização do serviço, considera-se interessante ser realizada por um profissional de enfermagem, pois este possui conhecimentos para receber a demanda do paciente e entender se realmente é uma demanda de um transporte eletivo ou se é necessário encaminhar o paciente ao serviço de saúde ou outro tipo de transporte mais adequado.

Cabe ressaltar, no entanto, que caso essa atividade seja realizada por profissional de enfermagem, o enfermeiro responsável deverá contemplar a ação no cálculo de dimensionamento de enfermagem e garantir que haja profissionais suficientes para a realização das atividades fim, para que a execução das atividades administrativas não preponderam sobre a realização das atividades assistenciais e a assistência ao paciente seja prejudicada. Desta forma, o Coren-MG se posiciona contrário aos casos em que o profissional de enfermagem é retirado de outro setor para a execução desta tarefa, sem que ocorra previsão de outro profissional para substituí-lo.

Conforme o previsto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Lei Federal nº 7498/1986 e Decreto nº 94406/1987, reitera-se que não compete ao profissional de enfermagem na regulação do transporte eletivo:

1. Atender solicitações de urgência e emergência, como situações de acidentes em via pública, e definir tripulação;
2. Definir a equipe de enfermagem da unidade de origem que irá realizar o transporte, sendo esta uma atribuição do enfermeiro da própria unidade;
3. Realizar regulação que envolva transferência de paciente de um ponto de atenção ao outro, sem que o serviço seja devidamente regulado por Central de Regulação, ou que o transporte seja definido pelo médico da unidade de origem.

Abaixo estão descritas as competências da equipe de enfermagem na regulação do transporte eletivo em saúde:

| |
|---|
| Quadro 29 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA REGULAÇÃO DO TRANSPORTE ELETIVO |
| O profissional de enfermagem possui competência técnico-científica, ética e legal para a realização da regulação do transporte eletivo. Considera-se uma atividade de organização e logística do serviço, sendo também de menor complexidade técnica. |

As atribuições da equipe de enfermagem na regulação do transporte eletivo podem divergir conforme o fluxo definido pelo município. Pode-se citar como exemplo as relacionadas abaixo, sendo que algumas podem ser também delegadas a outros profissionais do administrativo (motorista, secretária):

| Quadro 30 - Atribuições da Equipe de Enfermagem na Regulação dos Transportes Eletivos |
|---|
| Atribuições do Profissional de Enfermagem |
| Verificar se a solicitação se refere a transporte eletivo ou outro (primário, secundário, com necessidade de assistência). Orientar o solicitante sobre o local adequado para o atendimento a sua necessidade, neste caso |
| Registrar a demanda nos meios disponíveis (agenda, caderno de agendamento, planilhas, fichas) contendo: nome do paciente, local de origem, local de destino, data e horário em que é requerido o transporte |
| Conhecer a frota disponível e a capacidade instalada de transportes no município ou região |
| Organizar a escala de motoristas |
| Organizar a logística (locais de destino de cada paciente e horários), informando o roteiro aos motoristas |
| Entregar ao solicitante um comprovante do agendamento do seu transporte (no caso de agendamento presencial) |

| |
|--|
| Repassar ao gestor os casos em que não há recursos disponíveis para atender as demandas concomitantes |
| Prover materiais e equipamentos necessários ao trabalho |
| Atribuições do Enfermeiro |
| Realizar classificação risco dos pacientes e definir a demanda a ser atendida nos casos em que haja solicitações concomitantes, mediante protocolo institucional |
| Realizar treinamentos junto à equipe de trabalho, considerando as demandas do serviço e os protocolos institucionais |

Fonte: Elaborado pelas autoras

REFERÊNCIAS

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BRASIL. Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de jun. 1986.

BRASIL. Decreto nº 9.175 de 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de out. 2017.

4.2 REGULAÇÃO DO TRANSPORTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Andréia Oliveira de Paula Murta

Ocirema Miranda

Octávia Maria Silva Gomes Lycarião

A Portaria Ministerial nº 2048, de 05 de novembro de 2002 dispõe sobre a Regulação Médica das Urgências, considerando-a como elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação.

Uma Central de Regulação das Urgências (CRU) compreende um estabelecimento de saúde onde ocorrem serviços de regulação capazes de classificar e priorizar as necessidades de urgência, além de ordenar o fluxo das referências e contra referências pré-hospitalares e hospitalares de urgência. As Centrais do SAMU 192, Central de Operações do Corpo de Bombeiros e de serviços privados de transporte entre unidades são consideradas exemplos de CRU (BRASIL, 2002).

As atribuições técnicas e gestoras da Regulação médica das Urgências e Emergências, estão descritas no item 1 do capítulo II, da Portaria GM/MS 2048/2002. Ressalta-se algumas funções do médico regulador, cabendo-lhe, entre outras funções:

- “ julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida (...)*
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência (...)*
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. 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 ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;*
- 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 médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;*
- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;*
- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes (...)*”

Observa-se que as atribuições do profissional responsável pela regulação dos serviços de atendimento de urgência e emergência exigem competência técnica, ética e legal para realizar diagnósticos de doenças e agravos à saúde, triagem de situações e queixas apresentadas

pelos pacientes solicitantes e intervenção nas atividades desenvolvidas por toda a equipe de saúde envolvida no atendimento às situações de urgência e emergência, inclusive aquelas executadas pelo médico intervencionista, que realiza procedimentos relacionados ao suporte avançado de vida, próprios desta categoria.

A Portaria nº 288, de 12 de março de 2018, em seu Anexo I afirma que o serviço especializado de regulação assistencial dos serviços de saúde classificado como regulação das urgências, tradicionalmente composto por equipes de médicos, telefonistas e operadores de rádio-chamada, agora também podem contar com “*profissionais de outras ocupações da área da saúde, que podem ser incluídos a este elenco mínimo, realizando matriciamento aos atendimentos realizados nas ambulâncias reguladas pela CRU entre outras atividades*”. Atualmente, além dos médicos, os profissionais da área da saúde que comumente compõem as referidas equipes são os profissionais de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.(BRASIL, 2018)

O enfermeiro, portanto, pode compor a equipe da Central de Regulação de Urgência, executando atividades dentro da sua competência técnico-ético-legal, junto ao médico regulador.

A presença do enfermeiro nas centrais de regulação de transporte de pacientes já é uma realidade, tanto no serviço público (SAMU), quanto nos serviços privados ofertados por planos de saúde. Um exemplo desta atuação foi observado, em 2017, pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), na Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande do Sul. A Resolução Nº 318/17 - CIB/RS da Secretaria Municipal do Rio Grande do Sul, aprovou o “Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves”, que regulamenta o disparo precoce de unidades móveis de urgência por profissionais enfermeiros. Neste caso, o enfermeiro poderá solicitar o acionamento das ambulâncias em situações previamente estabelecidas como situações de urgência e emergência absoluta “*em situações em que os médicos reguladores não estejam disponíveis para o atendimento do caso (motivo pelo qual o protocolo só pode ser deflagrado depois de transcorrido 1 minuto de espera do solicitante pela regulação médica)*” (SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Neste documento são descritas as situações previstas para a atuação do enfermeiro na CRU, inclusive através dos fluxogramas: Parada Cardiorrespiratória (PCR); acidentes

automobilísticos; quedas de moto; quedas de altura acima de 5 metros (adultos) ou 2 metros (crianças); ferimentos por armas de fogo; ferimentos por arma branca e queimaduras graves. Em nenhuma das situações pode-se considerar a exclusão da necessidade de repassar todas as solicitações ao médico regulador, que deverá realizar sua avaliação tão logo esteja disponível para o atendimento (SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2017).

De acordo com dados coletados dos relatórios de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, observa-se ainda o relato de outras atividades executadas pelos enfermeiros na Central de Regulação de Urgência, tais como: gestão de escalas de trabalho da equipe de enfermagem do SAMU, incluindo realização de remanejamento de pessoas, gestão de conflitos entre membros da equipe, organização de intervalos de descanso, referência técnica das equipes de plantão.

Portanto, conclui-se que o enfermeiro possui competência técnico-ético-legal para participar do processo de trabalho da regulação do transporte em urgência e emergência, desde que junto ao médico regulador, dentro de situações específicas previstas em protocolos institucionais e respeitando o previsto na Resolução Cofen 564/2017 (CEE).

Quadro 31 - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, ÉTICO-LEGAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA REGULAÇÃO DO TRANSPORTE PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO

O profissional de enfermagem não possui competência técnico-científica, ética e legal para a **realização** da regulação do transporte primário ou secundário.

O Enfermeiro pode **participar** da regulação do transporte de urgência e emergência nas Centrais de Regulação, junto ao médico regulador, em situações previstas em protocolos institucionais.

Os profissionais de nível médio da enfermagem possuem competência técnico-ético-legal para exercer as atividades previstas na Portaria nº 2.048 para TARM e Rádio-Operadores.

Fonte: Elaborado pelos autores

O enfermeiro possui, como profissional participante da Central de Regulação de Urgência (CRU) as seguintes atribuições:

| Quadro 32 - Atribuições da Equipe de Enfermagem na Regulação dos Transportes de Urgência e Emergência |
|--|
| Atribuições do Enfermeiro |
| Participar do atendimento resolutivo das solicitações dos usuários, em situações previstas em protocolos institucionais, junto ao médico regulador |
| Registrar dados do atendimento em documento próprio, disponibilizado pela instituição |
| Realizar a classificação de risco dos pacientes que estão em fila de espera para o atendimento primário e secundário. |
| Acompanhar a equipe de nível médio da enfermagem, através do rádio comunicador, de maneira amostral ou por relevância clínica, no que tange a recebimento do empenho pela equipes móveis, deslocamentos, tempo resposta) |
| Registrar diariamente em livro de relatório da CRU as atividades desenvolvidas por plantão, relatando as intercorrências e decisões tomadas |

| |
|--|
| Reportar ao Enfermeiro RT os casos importantes de desvios de conduta ética, moral ou dificuldades técnicas dentre os profissionais, que necessite de intervenção |
| Auxiliar o médico regulador secundário nas ocorrências que envolvam múltiplas vítimas, de acordo com o protocolo/plano de catástrofe da instituição |
| Orientar e apoiar os profissionais, em caso de acidentes em período de trabalho |
| Orientar a equipe sobre procedimentos em caso de defeito/extravio de materiais e providenciar, junto ao almoxarifado, reposição dos mesmos |
| Interceder junto à Central de Internação quando ocorrerem dificuldades relacionadas às transferências de pacientes com vagas já definidas por eles |
| Auxiliar o despachante no que se refere à demora na liberação das unidades móveis nas instituições para onde foram encaminhados os pacientes |

Fonte: Relatórios de Fiscalização do Departamento de Fiscalização do Coren-MG e documentações cedidas durante visitas de inspeção

Considerações acerca do matriciamento

A Portaria do Ministério da Saúde nº 288 de 12 de Março de 2018, define ainda que: “caso a unidade móvel conte apenas com Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem, a CRU que realiza sua regulação deverá contar, obrigatoriamente, com Enfermeiro para realização do **matriciamento** destes profissionais”. Entende-se que esta portaria não está em consonância com o determinado pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, uma vez que matriciamento não é sinônimo de supervisão.

Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação

e qualificar suas ações. (FIGUEIREDO apud SILVA; LIMA; ROBERTO; BARFKNECHT; VARGAS; KRANEN e NOVELLI, 2010). Ou seja, “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13). O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner em 1999, tem possibilitado, no Brasil, um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária (Ministério da Saúde, 2011 p. 13), e essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões (CAMPOS e DOMITTI apud Ministério da Saúde, 2011).

Como técnicas de supervisão podem ser elencadas: observação direta; análise de registros; entrevistas; reuniões; discussão em grupo; demonstração; orientação; estudo de caso; dinâmica de grupo. Já os instrumentos incluem: prontuário; prescrição de enfermagem; plano de supervisão; cronograma; roteiro; manuais de enfermagem; plano de desenvolvimento da equipe. *“O enfermeiro, quando desenvolve a função supervisão, passa a ser o responsável pela coordenação de todos os recursos necessários à execução do plano de supervisão e pela contínua avaliação dos resultados obtidos, mantendo, com a retroalimentação, a continuidade do processo”* (CUNHA, 1991).

A própria Portaria nº 288 de 12 de março de 2018, legítima que os profissionais de enfermagem de nível médio não podem atuar sozinhos, sendo necessária a presença de enfermeiro na Central de Regulação. Porém, considerando a Lei 7.498/86 e o Decreto 94.406/87, em que “as atividades não poderão ser realizadas sem supervisão do enfermeiro”, o Coren-MG entende que não é possível realizar supervisão das atividades à distância e, por isso, o conceito de matriciamento não atende ao que é definido nesta normativa federal, pois não é sinônimo de supervisão.

Percebe-se que a regulação do transporte de urgência e emergência não pode ser considerada uma atividade de supervisão, pois supervisão implica em observar, não podendo ser realizada a distância. O enfermeiro pode participar da regulação do transporte de urgência e emergência nos moldes definidos neste capítulo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, 12 nov. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 288 de 12 de Março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2018.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 6 nov. 2017.

CUNHA, K.C. Supervisão de Enfermagem. In: KURCGANT, P. *et al.* Administração em enfermagem. São Paulo: Editora pedagógica e universitária LTDA, 1991. p 117-132.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. RESOLUÇÃO Nº 318/17 – CIB, de 10 de julho de 2017. Aprova a utilização do Protocolo de Acionamento Automático de Ambulâncias do SAMU 192 para Síndromes de Etiologia ou Semiologia Potencialmente Graves. Porto Alegre, 2017.

SAMU-BH. POP nº 1. Atividades do Enfermeiro na Central de Regulação. Fevereiro, 2017.

CONCLUSÃO DO MANUAL

A conduta **ÉTICA** durante a realização do transporte deve ser observada pelos profissionais de enfermagem à luz da Resolução Cofen nº 564/2017, que traz como direitos:

“Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade” (COFEN, 2017).

E como deveres:

“Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem” (COFEN,2017).

Os artigos do Código de Ética dos profissionais de enfermagem resguardam ao profissional direitos e deveres importantes e que se aplicam ao transporte de pacientes. O profissional de enfermagem deve manter-se atualizado para a realização do transporte de pacientes, possuindo o direito e o dever de aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos. Isso significa que o profissional deve participar das capacitações realizadas na instituição e também deve buscar o conhecimento necessário para realizar suas atribuições.

O enfermeiro possui o direito de aplicar o processo de enfermagem e os profissionais de enfermagem possuem o dever de registrar no prontuário todos os dados referentes a assistência de enfermagem prestada aos pacientes. O registro da assistência de enfermagem no prontuário do paciente é um direito do paciente, segundo a Cartilha dos Direitos dos usuários do SUS e é a única forma de respaldo que os profissionais efetivamente possuem no caso de judicializações.

O direito de recusar a realização de atividades que não sejam de sua competência técnico-científica, ética e legal caminha junto com o dever de somente aceitar encargos ou atribuições quando apto para o desempenho seguro. Desta forma, é resguardado o direito de recusa a realizar atividades que não sejam de sua competência, da mesma forma em que há o dever de prestar assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência. Observa-se que para todo direito há um dever correspondente. O profissional de enfermagem deve ter discernimento e responsabilidade ao se recusar a realizar qualquer procedimento e analisar a situação frente ao custo-benefício e riscos para o paciente, com bom senso, lembrando que possui autonomia e responde por seus atos.

No contexto do transporte de pacientes, todos os profissionais devem manter-se atualizados quanto aos procedimentos antes, durante e depois do transporte, inclusive com os pacientes em situações especiais (vide capítulos 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5), conforme o definido neste manual, sendo recomendado não negar assistência dentro daquilo que pode ser feito ao nível de sua competência.

APÊNDICE 1 - QUADRO RESUMO DAS COMPETÊNCIAS

| TIPO DE TRANSPORTE | DE | COMPETÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM |
|--|----|--|
| TRANSPORTE DE PESSOAS | | |
| TRANSPORTE PRIMÁRIO | | Compete ao Enfermeiro participar de todos os transportes primários. Ao técnico de enfermagem compete auxiliar o enfermeiro. Não compete ao auxiliar de enfermagem participar da assistência a paciente graves, com risco de vida. |
| EVENTOS ESPORTIVOS E FESTIVIDADES | | Compete ao enfermeiro participar de todos os transportes primários. Ao técnico de enfermagem compete auxiliar o enfermeiro. Não compete ao auxiliar de enfermagem participar da assistência a paciente graves, com risco de vida. |
| TRANSPORTE SECUNDÁRIO OU ENTRE PONTOS DE ATENÇÃO | | Compete ao Enfermeiro definir qual categoria da enfermagem irá realizar o transporte. Compete ao enfermeiro, ao técnico e ao auxiliar de enfermagem. Não compete ao auxiliar de enfermagem participar desse tipo de transporte, em caso de paciente graves, com risco de vida. |
| AÉREO | | PODE SER PRIMÁRIO OU SECUNDÁRIO Seguir as orientações acima descritas. |
| INTERNO OU INTRAMUROS | | Compete ao enfermeiro, ao técnico e ao auxiliar de enfermagem. Compete ao Enfermeiro definir qual categoria da enfermagem irá realizar o transporte, exceto nos casos de transporte de pacientes graves e com risco de vida, e que o Enfermeiro deverá estar presente em todos os transportes. Não |

| | |
|--|--|
| | <p>competete ao auxiliar de enfermagem participar desse tipo de transporte, em caso de paciente graves, com risco de vida.</p> |
| ELETIVO | <p>Não é obrigatória que a equipe de enfermagem realize esse transporte, mas pode ser realizado por qualquer profissional da equipe de enfermagem (Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de Enfermagem).</p> |
| TRANSPORTE DE PESSOAS EM SITUAÇÃO ESPECIAL | |
| PESSOAS PRIVADAS LIBERDADE | PODE SER PRIMÁRIO OU SECUNDÁRIO Seguir as orientações acima descritas. |
| MULHERES GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO | <p>Compete ao Enfermeiro definir qual categoria da enfermagem irá realizar o transporte. Compete ao enfermeiro e ao técnico de enfermagem. Ao técnico de enfermagem compete auxiliar o enfermeiro. Não compete ao auxiliar de enfermagem participar da assistência a paciente graves, com risco de vida.</p> |
| RECÉM-NASCIDOS | <p>Compete ao Enfermeiro definir qual categoria da enfermagem irá realizar o transporte. Compete ao enfermeiro participar de todos os transportes de pacientes graves e com risco de vida. Ao técnico de enfermagem compete auxiliar o enfermeiro. Não compete ao auxiliar de enfermagem participar da assistência a paciente graves, com risco de vida.</p> |
| TRANSPORTE DO CORPO | <p>Não é obrigatório ser realizado pela enfermagem, mas pode ser realizado por qualquer categoria da enfermagem.</p> |

| REGULAÇÃO DO TRANSPORTE EM SAÚDE | |
|--|---|
| REGULAÇÃO DO TRANSPORTE ELETIVO | Não é obrigatório ser realizado pela enfermagem, mas pode ser realizado por qualquer categoria da enfermagem. |
| REGULAÇÃO DO TRANSPORTE PRIMÁRIO | Não compete a equipe de enfermagem. O enfermeiro poderá participar da equipe, junto ao médico regulador. |
| OUTROS TIPOS DE TRANSPORTE | |
| CARGAS | Não é obrigatório ser realizado pela enfermagem, mas pode ser realizado por qualquer categoria da enfermagem. |
| IMUNOBIOLOGICOS | Não é obrigatório ser realizado pela enfermagem, mas pode ser realizado por qualquer categoria da enfermagem. |
| SANGUE E HEMOCOMPONENTES | Não é obrigatório ser realizado pela enfermagem, mas pode ser realizado por qualquer categoria da enfermagem. |
| ÓRGÃOS E TECIDOS HUMANOS | Compete ao Enfermeiro. Não compete aos profissionais de nível médio da enfermagem. |
| RESÍDUOS | Não é obrigatório ser realizado pela enfermagem, mas pode ser realizado por qualquer categoria da enfermagem. |

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. G. de et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 25, n.3, p. 471-476. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

CANESQUI, A.M; GARCIA, R.W.D. Antropologia e Nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 306p. Antropologia e Saúde collection.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer Normativo nº 003/2017**. Impossibilidade de admissão de Enfermeiro em vaga de Técnico de Enfermagem. Apesar do profissional de Enfermagem possuir formação acadêmica superior, ou seja, mais exigente e, desta forma, poder realizar atividades de Enfermagem na formação acadêmica menos exigente, não poderá, esse, ocupar o cargo de uma categoria inferior. Brasília, 2017.

FRATINI, R. G. F. **Avaliação de um programa de referência e contra referência em saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 22, n.3, p. 691-694. 2006.

MELO, M. do C. B.; SILVA, N. de C. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2011.

MOTTA, A.L.C. **Normas, Rotinas e Técnicas de Enfermagem**. 1 ed. Iatria Editora, 2005.

NAEMT, National Association of Emergency Medical Technicians. **PHTLS: Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2017.

PAOLI, D. Transporte intra e inter-hospitalar do paciente grave. In: **Associação de Medicina Intensiva Brasileira**; Fernando Antônio Botoni; Fernando Suparregui Dias. Programa de Atualização em Medicina Intensiva- PROAMI. Porto Alegre: Artmed, p. 37-86. 2009.

SILVA, A. C. *et al.* Promoção da Contra-referência no Ambulatório Com Uso do Prontuário Eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Projetos de Investimentos em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

ANEXO 1 – Modelo de Check-list transporte de pacientes intramuros

CHECK-LIST TRANSPORTE INTRAMUROS

(paciente cuidados mínimos/intermediários/alta dependência)

Nome do paciente _____

Data Nascimento: ____/____/____ Prontuário/Atendimento: _____

Leito _____

Unidade Destino: _____ Comunicado com: _____

| | IM | /A |
|--|----|----|
| Contato com setor de destino - autorizado o encaminhamento? | | |
| Paciente em precaução de contato/respiratória? | | |
| Preparado meio de transporte (chechado grades/cintos) | | |
| Cilindro de oxigênio com quantidade suficiente para o transporte | | |
| Exames de imagem | | |
| Prontuário | | |
| Evolução médica autorizando o transporte (médico:_____) | | |
| Pulseira de identificação do paciente | | |

| | | |
|---|--|--|
| Acesso Venoso pérvio | | |
| Sondas, drenos funcionantes e clampados | | |
| Mensuração e registro do volume do dreno/ sonda e descarte do mesmo | | |
| Mensurado Dados Vitais? ** | | |
| Paciente estável hemodinamicamente para realização do transporte? | | |
| Acompanhante presente | | |
| Pertences do paciente | | |
| Se encaminhado ao bloco cirúrgico: check-list pré-operatório preenchido | | |
| Se encaminhado ao bloco cirúrgico: retirados órteses e próteses | | |

** Pressão Arterial // Frequência Cardíaca // Frequência Respiratória // temperatura // saturimetria (registrando no formulário de transporte antes e após a realização do transporte)

Funcionário responsável pelo transporte
recebimento do paciente

Funcionário responsável pelo

Modelo de CHECK-LIST TRANSPORTE INTRAMUROS

(paciente cuidados semi intensivos/intensivos)

Nome do paciente _____

Data Nascimento: ____/____/____ Prontuário / Atendimento: _____

Leito _____

Unidade Destino: _____ Comunicado com: _____

| | IM | /A |
|--|----|----|
| Contato com setor de destino - autorizado o encaminhamento? | | |
| Médico presente para acompanhar transporte | | |
| Paciente em precaução de contato/respiratória? | | |
| Preparado meio de transporte (chechado grades/cintos) | | |
| Preparada maleta/caixa de medicações para o transporte | | |
| Preparada maleta/caixa de material de intubação para o transporte | | |
| Monitor de transporte com bateria suficiente para o transporte | | |
| Cilindro de oxigênio com quantidade suficiente para o transporte | | |
| “Ventilador” de transporte e/ou bolsa-máscara com reservatório/bateria preparados? | | |

| | | |
|---|--|--|
| Exames de imagem | | |
| Prontuário | | |
| Pulseira de identificação do paciente | | |
| Acesso Venoso pérvio | | |
| Sondas, drenos funcionantes | | |
| Mensurado Dados Vitais? ** | | |
| Paciente estável hemodinamicamente para realização do transporte? | | |
| Acompanhante presente | | |
| Pertences do paciente | | |
| Se encaminhado ao bloco cirúrgico: check-list pré-operatório preenchido | | |
| Se encaminhado ao bloco cirúrgico: retirados órteses e próteses | | |

** Pressão Arterial // Frequência Cardíaca // Frequência Respiratória // temperatura // saturimetria (registrando no formulário de transporte antes e após a realização do transporte)

 Funcionário responsável pelo transporte
 recebimento do paciente

 Funcionário responsável pelo

ANEXO 2 – Modelo de check-list para o transporte de pacientes entre pontos de atenção

CHECK-LIST TRANSPORTE ENTRE PONTOS DE ATENÇÃO (paciente cuidados mínimos/intermediários/alta dependência)

Nome do paciente _____

Data Nascimento: ____/____/____ Prontuário/Atendimento: _____

Leito _____

Unidade Destino: _____ Comunicado com: _____

| | IM | /A |
|--|----|----|
| Contato com unidade de destino - autorizado o encaminhamento? | | |
| Paciente em precaução de contato/respiratória? | | |
| Confirmado ambulância de transporte? (horário: ____:____) | | |
| Preparado meio de transporte (chechado grades/cintos) | | |
| Cilindro de oxigênio com quantidade suficiente para o transporte | | |
| Exames de imagem | | |
| Exames laboratoriais | | |
| Relatório de transferência | | |

| | | |
|---|--|--|
| Autorização de Internação Hospitalar (AIH) | | |
| Evolução médica autorizando o transporte (médico:_____) | | |
| Pulseira de identificação do paciente | | |
| Acesso Venoso prévio | | |
| Sondas, drenos funcionantes | | |
| Mensurado Dados Vitais? ** | | |
| Paciente estável hemodinamicamente para realização do transporte? | | |
| Acompanhante presente | | |
| Pertences do paciente | | |

** Pressão Arterial // Frequência Cardíaca // Frequência Respiratória // temperatura // saturimetria (registrando no formulário de transporte antes e após a realização do transporte)

Funcionário responsável pelo transporte
recebimento do paciente

Funcionário responsável pelo

ANEXO 3 - CHECK-LIST TRANSPORTE ENTRE PONTOS DE ATENÇÃO

(paciente cuidados semi intensivos/intensivos)

Nomedopaciente_____

Data Nascimento: ____/____/____ Prontuário / Atendimento: _____

Leito _____

Unidade Destino: _____ Comunicado com: _____

| | IM | /A |
|---|----|----|
| Contato com setor de destino - autorizado o encaminhamento? | | |
| Paciente em precaução de contato/respiratória? | | |
| Confirmado ambulância de transporte (UTI móvel)? (horário: ____:____) | | |
| Médico presente para acompanhar transporte | | |
| Preparado meio de transporte (chechado grades/cintos) | | |
| Preparada maleta/caixa de medicações para o transporte | | |
| Preparada maleta/caixa de materiais de intubação para o transporte | | |

| | | |
|--|--|--|
| Monitor de transporte com bateria suficiente para o transporte | | |
| Cilindro de oxigênio com quantidade suficiente para o transporte | | |
| “Ventilador” de transporte e/ou bolsa-máscara com reservatório/bateria preparados? | | |
| Exames de imagem | | |
| Exames laboratoriais | | |
| Relatório de transferência | | |
| Autorização de Internação Hospitalar (AIH) | | |
| Evolução médica autorizando o transporte (médico:_____) | | |
| Pulseira de identificação do paciente | | |
| Acesso Venoso pérvio | | |
| Sondas, drenos funcionantes | | |
| Mensurado Dados Vitais? ** | | |
| Paciente estável hemodinamicamente para realização do transporte? | | |
| Acompanhante presente | | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Pertences do paciente | | |
|-----------------------|--|--|

** Pressão Arterial // Frequência Cardíaca // Frequência Respiratória // temperatura // saturimetria (registrando no formulário de transporte antes e após a realização do transporte)

Funcionário responsável pelo transporte
recebimento do paciente

Funcionário responsável pelo