

Enfermagem Brasil 2017;16(2):69-79

ARTIGO ORIGINAL

Significados e procedimentos adotados no transporte intra-hospitalar de pacientes críticos: o discurso do sujeito coletivo

Michelle Maria Malerba Fernandes*, Ana Heloisa Rodrigues**, Jerusa Gomes Vasconcellos Haddad, M.Sc.***, José Vitor da Silva****

*Enfermeira, pós-graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência e UTI pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá/MG, atuando como Enfermeira Plena em unidade de assistência médico ambulatorial (AMA), pela empresa Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), São Paulo/SP, **Enfermeira, pós-graduanda em Enfermagem em Urgência e Emergência e UTI pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá/MG, ***Orientadora, docente da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá/MG, ****Coorientador, Pós-doutor pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade de São Francisco, Campus Itatiba, Itatiba/SP, professor titular da Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre/ MG e da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz, Itajubá/MG

Recebido em 12 de dezembro de 2015; aceito em 27 de março de 2017.

Endereço para correspondência: Michelle Maria Malerba Fernandes, Rua Armadilha 208, Jd, Jau, 03713-060 São Paulo SP, E-mail: michellemmf@hotmail.com, jerusa.haddad@bol.com.br

Resumo

Objetivo: Identificar o significado do transporte intra-hospitalar de pacientes críticos e constatar como ele é realizado, sob a ótica de enfermeiros. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e transversal. Amostragem do tipo intencional. A amostra constituiu-se de 20 enfermeiros, atuantes nas unidades de terapia intensiva, pronto socorro e centro cirúrgico. A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos: questionário de caracterização pessoal e profissional e roteiro de entrevista semiestruturada. Para análise dos dados utilizou-se o discurso do sujeito coletivo, do qual emergiram as ideias centrais. **Resultados:** Do tema significados do transporte intra-hospitalar de pacientes críticos evidenciaram as seguintes ideias centrais: transporte do paciente de uma unidade para outra; transporte de paciente grave com equipamento para outro setor; procedimento importante. Do tema como é realizado o transporte intra-hospitalar identificaram-se as seguintes expressões: com a equipe multiprofissional mediante diversos procedimentos, com a equipe multiprofissional e materiais, e quando o paciente está estabilizado. **Conclusão:** Concluiu-se que os significados do transporte intra-hospitalar foram abarcados de diversas formas e a maneira como era realizado o transporte intra-hospitalar foi distinguida por ideias que abrangeram recursos humanos e recursos materiais.

Palavras-chave: transporte de pacientes, transferência de pacientes, cuidados críticos, enfermeiros.

Abstract

Meaning and procedures adopted in intra-hospital transport of critical patients: speech of the collective subject

Objective: To identify the meaning of in-hospital transport of critical patients and to verify how it is performed, from the point of view of nurses. **Method:** Qualitative, descriptive, exploratory and transversal research with intentional sampling. The sample consisted of 20 nurses, working in intensive care units, emergency room and surgical center. Collection of the data was performed through two instruments: personal and professional characterization questionnaire and semi-structured interview script. For the analysis of the data the discourse of the collective subject was used, from which emerged the central ideas. **Results:** The meanings of in-hospital transport of critical patients revealed the following central ideas: patient transport from one unit to another; transportation of a serious patient with equipment to another sector; important procedure. From the theme of intra-hospital transport, the following expressions were identified: with the multiprofessional team through various procedures, with the multiprofessional team and materials, and when the patient is stabilized. **Conclusion:** It was concluded that the meanings of

in-hospital transport were covered in various ways and the way in-hospital transport as it was performed was distinguished by ideas that included human resources and material resources.

Key-words: patient transport, patient transfer, critical care, nurses.

Resumen

Significado y procedimientos adoptados en traslado intrahospitalario de pacientes críticos: discurso del sujeto colectivo

Objetivo: Identificar el significado del traslado intrahospitalario de los pacientes críticamente enfermos y constatar cómo se realiza, desde la perspectiva de los enfermeros. **Método:** Investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria y transversal. Muestreo intencional. La muestra estuvo formada por 20 enfermeros que trabajaban en la unidad de cuidados intensivos, primeros auxilios y centro quirúrgico. La recolección de datos se realizó a través de dos instrumentos: un cuestionario de caracterización personal y profesional y entrevista semiestructurada. Para el análisis de datos se utilizó el discurso del sujeto colectivo, del cual emergieron las ideas centrales. **Resultados:** Del tema de significados de traslado intrahospitalario de los pacientes críticamente enfermos se evidenciaron las siguientes ideas básicas: el traslado de pacientes de una unidad a otra; traslado de pacientes graves con aparatos a otro sector; procedimiento importante. Del tema como se realiza el traslado en el hospital identificaron las siguientes expresiones: con el equipo multidisciplinario a través de diversos procedimientos, con el equipo multidisciplinar y materiales, y cuando el paciente se encuentra estabilizado. **Conclusión:** Se concluye que el significado del traslado intrahospitalario se abarcó por varias formas y la forma como ha sido realizado el traslado se distingue por las ideas que incluyen recursos humanos y recursos materiales.

Palabras-clave: transporte de pacientes, traslado de pacientes, enfermeras de cuidados críticos.

Introdução

O transporte intra-hospitalar (TIH) do paciente crítico sempre é requisitado a partir da necessidade de cuidados adicionais, que não estão disponíveis no local onde o paciente se encontra [1-2], e por definição é uma transferência do paciente de um setor do hospital para outro, a fim de realizar testes diagnósticos e intervenções terapêuticas, como transferência para o Centro Cirúrgico (CC) ou internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) [3].

Pacientes críticos são aqueles que necessitam de cuidados com alta complexidade devido à gravidade, instabilidade hemodinâmica e disfunção orgânica. A intervenção dependerá da avaliação do sistema *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS 28), que classifica a gravidade pontuando os cuidados intensivos [4], além do escore *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* (APACHE) I, II e III que estratifica os pacientes na caracterização em relação à gravidade dos mesmos [5].

Os riscos são minimizados quando um planejamento cuidadoso é realizado [5-7], portanto é de fundamental importância ressaltar que todas as fases do TIH devem ser cumpridas: fase preparatória, na qual engloba intervenções que devem ser realizadas antes do início do transporte e análise de risco benefício, equipamentos e equipes do transporte; fase de transferência com o objetivo de manter a estabilidade e fase de estabilização pós-transporte [1,8,9]. Requerimentos envolvendo coordenação e comunicação são necessários para definir quem acompanha o paciente, qual a necessidade da equipe e a monitorização do transporte, que são essenciais para conduzir o tratamento de pacientes críticos [5]. O acompanhamento do doente crítico deve ser efetuado com obrigatoriedade por um médico qualificado, treinado em suporte avançado de vida e capacitado para obter prontamente uma via aérea artificial, além da presença do enfermeiro ser obrigatória em pacientes com quadro instável e, situações de via aérea artificial, uso de drogas vasoativas e presença de monitorização invasiva [8,10].

A tomada de decisão do TIH é de responsabilidade da equipe que assiste o paciente, portanto enfermeiro e médico assumem o compromisso de manter a qualidade da assistência, a segurança e integridade do paciente, realizando planejamento cuidadoso sobre todos os aspectos relevantes do transporte como: tempo estimado do transporte, previsão de possíveis complicações, avaliar a gravidade do quadro clínico do paciente, avaliar alterações hemodinâmicas no pré e pós-transporte, amenizar riscos com prévia checagem de materiais e equipamentos necessários para o TIH do paciente crítico. Em relação às Unidades de Terapia Intensiva, quanto ao transporte de pacientes, Resolução nº 7, Art. 29: "Todo paciente deve ser

transportado com acompanhamento contínuo, no mínimo de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para atendimento de urgência e emergência” [11].

Em caso de pacientes graves, com presença de risco, ou seja, combinação de probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano, o enfermeiro presente à decisão de transporte de pacientes graves deverá assumir plena responsabilidade pela conduta e atitude tomada, e pela consequente delegação profissional da assistência de enfermagem necessária [12].

Diante deste panorama, observa-se a necessidade de identificar como é realizado este tipo de transporte em hospitais, quais são os profissionais que assumem o paciente e a responsabilidade de oferecer uma assistência de qualidade e livre de danos, que condutas são adotadas frente ao transporte de pacientes com instabilidade fisiológica e com riscos de deteriorização do quadro, de quem é a decisão do transporte, como é feito o planejamento e efetivação do TIH.

Este estudo é relevante para os profissionais que atuam ou desejam atuar nas áreas de Urgência e Emergência, despertando-os para os aspectos que envolvem o TIH de pacientes críticos, que necessitam do TIH com qualidade, eficácia e segurança. A pesquisa beneficiará toda a sociedade, pois possibilitará aos profissionais enfermeiros repensarem sobre como o TIH é realizado, e a partir disso executarem este procedimento, de forma a minimizar e a eliminar os riscos e suas complicações, objetivando sempre a melhoria da qualidade da assistência prestada.

O presente estudo tem como objetivos identificar o que significa e como é realizado o TIH de pacientes críticos, por meio de entrevista com enfermeiros de um hospital de grande porte, de nível secundário do município de São Paulo.

Material e métodos

A abordagem qualitativa do presente estudo teve como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e como apoio metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para permitir a aproximação do fenômeno em estudo.

A Teoria e o Método das Representações Sociais têm adquirido força no campo das investigações na área de saúde. Assim, o sujeito, sua experiência e o sentido que ele mesmo concede a sua ação se tornam o objeto de pesquisa, haja vista que o discurso do sujeito revela sua realidade de modo que através das representações emergem conteúdos afetivos e cognitivos que levam à ação [13]. A enfermagem utiliza a Teoria das Representações Sociais com a finalidade de compreender os aspectos psicossociais que emergem nos objetos de sua investigação. A TRS tem grande utilização na enfermagem por conseguir ressaltar os aspectos subjetivos que permeiam os problemas inerentes a esse campo, enfatiza que o enfoque da RS interessa tudo que a pessoa recolheu ao longo de sua história e sua experiência de vida, e que ficou arquivado na memória como resultado de suas relações com outros indivíduos ou grupos [14].

O DSC é uma estratégia metodológica que tem por finalidade tornar mais clara uma específica representação social [14]. É formado pela união, num só discurso-síntese, dos diversos discursos individuais emitidos como resposta a mesma questão da pesquisa, pelo sujeito social e institucionalmente equivalente ou que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um mesmo grupo social à medida que os indivíduos desse grupo ocupam a mesma posição, ou posições relativas num dado campo social. O DSC se caracteriza, portanto, em uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito pessoal.

O estudo foi de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal, realizado em um hospital público de nível secundário, na cidade de São Paulo. Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: atuar no Setor de Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva ou Centro Cirúrgico, ser enfermeiro com experiência de seis meses ou mais, aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostragem foi intencional e a amostra de 20 profissionais.

Foram utilizados dois instrumentos como estratégia para a coleta de dados: o primeiro destinou-se à caracterização pessoal e profissional dos participantes do estudo. Este instrumento foi constituído de perguntas abertas e fechadas referentes ao sexo, idade, tempo de formação, pós-graduação, tempo de atuação na instituição, unidade em que trabalha e tempo de atuação na unidade. Os dados coletados por meio desse instrumento não foram analisados, mas serviram apenas para o delineamento do perfil dos entrevistados. O segundo

constituiu-se de um roteiro de entrevista semiestruturada contendo 02 perguntas norteadoras, que foram respondidas pelos profissionais.

A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB), Instituição Proponente, e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de SP (SMS), Instituição Co-Participante, conforme parecer substanciado EEWB n° 915.846114 e SMS n° 932.700 e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para registro dos dados das entrevistas referentes à caracterização dos participantes, foi utilizado o instrumento citado anteriormente. Para registro dos dados coletados, referentes às perguntas abertas, foi utilizado um gravador digital, mediante autorização dos participantes, respeitando-se o princípio de privacidade. As respostas foram gravadas e transcritas conforme critérios metodológicos, mantendo a fidedignidade das informações coletadas. Os participantes foram identificados pela letra P, seguidas da numeração segundo a sequência das entrevistas, ou seja, P1, P2, e assim sucessivamente de acordo com o número de entrevistadas.

Os dados foram analisados por meio do DSC, tendo com base a TRS. Assim, seguiram-se rigorosamente as seguintes etapas do DSC: As respostas por escrito das questões foram lidas várias vezes para que tivesse uma ideia panorâmica e melhor compreensão dos textos; copiou-se integralmente o conteúdo de cada questão no Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1), representando as Expressões-Chave (ECH) em itálico. Assim, foi necessária a leitura repetida das ECH, para que fosse possível determinar as Ideias Centrais (IC), e após, as IC de cada questão foram copiadas integralmente junto com os participantes e a frequência das mesmas; elaboração do Agrupamento de Ideias Centrais Iguais e Semelhantes para então partir para a construção do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2); elaboração do IAD2 com as IC separadas e com suas respectivas ECH. Extraiu-se de cada uma das perguntas da entrevista semiestruturada o seu tema, agrupando o mesmo as suas respectivas IC, assim como os participantes e as frequências das IC. Finalizando, construiu-se o DSC para cada IC com suas respectivas ECH.

Resultados

A maioria dos participantes foi do sexo feminino, com frequência relativa de 95%, com idade de maior prevalência de 25 a 30 anos, frequência relativa de 35%. Em relação ao tempo de formação dos enfermeiros pesquisados, observou-se prevalência de 2 a 3 anos de formado, frequência relativa de 20%, e igualmente a frequência com 6 a 7 anos de formado. A grande maioria (85%) possui pós-graduação na área de atuação, prevalecendo a Enfermagem em UTI, frequência relativa de 26,91%; seguido de Enfermagem em Emergência e Urgência, frequência relativa de 23,07%. O tempo de atuação no hospital pesquisado demonstrou que 70% atuam entre 3 e 9 anos na instituição, demonstrando satisfação no local de trabalho e, em relação ao tempo de atuação na área, apenas 35% possuem menos de 2 anos, ou seja, 65% possuem experiência maior de 2 anos na enfermagem. Observamos que as amostras dos profissionais enfermeiros foram bem consistentes em relação aos setores de trabalho: 45% dos enfermeiros trabalham no pronto socorro, 35% trabalham em UTI e 20% trabalham em centro cirúrgico e CME.

Apresenta-se a seguir o tema de estudo, seguido pelo quadro representativo das ideias centrais (IC), seus respondentes, assim como sua frequência. O quadro 1 evidencia as ideias centrais sobre o tema: “Significados do transporte intra-hospitalar de pacientes críticos”.

Quadro 1 – Ideias centrais, participantes e frequência referentes ao tema “Comente para mim, o que significa para você o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos?”

| | Ideias centrais | Participantes | Frequência |
|---|---|---|------------|
| 1 | Transporte do paciente de uma unidade para outra | P1, P2, P5, P6, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18 | 13 |
| 2 | Transporte de paciente grave com equipamento para outro setor | P4, P7, P8, P9, P19, P20 | 06 |
| 3 | Procedimento importante | P3 | 01 |

No quadro 2 visualizam-se as ideias centrais emergentes do tema: “Como se realiza o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos”.

Quadro 2 - Ideias centrais, participantes e frequência referentes ao tema "Explique para mim como é feito neste hospital o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos?"

| | Ideias centrais | Participantes | Frequência |
|---|--|--|------------|
| 1 | "Com a equipe multiprofissional mediante diversos procedimentos" | P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P17, P19, P20 | 16 |
| 2 | "Com a equipe multiprofissional e materiais" | P2, P15, P16 | 3 |
| 3 | "Quando o paciente está estabilizado" | P18 | 1 |

Discussão

Referente à pergunta: "Comente para mim o que significa o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos", surgiu à primeira ideia central: "Transporte de paciente de uma unidade para outra"; na qual obteve maior frequência entre os enfermeiros entrevistados, através do DSC:

O transporte intra-hospitalar é você estar encaminhando o paciente, para as diversas unidades e procedimentos. É o ato de levá-lo de um setor para outro, então o ato de transportar é o de levar, encaminhar. É quando eu tiro ele, preciso remanejar de uma unidade para outra. É transferir de uma de unidade para outra ou quando ele tem alta. É quando vamos fazer uma transferência para outro setor, seja para internação, para exames, para procedimento cirúrgico, então pode ser unidade de imagem, Tomografia, Raio-X; pode ser para o CC ou pra UTI.

Existem quatro tipos de transporte: 1) Transferência, sem retorno do paciente, para fora da área de tratamento intensivo (UTI, CC e sala de recuperação anestésica); 2) Transferência em um único sentido de um paciente para uma área de cuidados intensivos; envolve o transporte de pacientes da sala de emergência (clínica ou trauma) ou enfermaria para a UTI ou para o CC; 3) Transferência da UTI para o CC, com retorno a UTI; 4) Transferência da UTI para áreas não UTI e retorno do paciente a UTI, na qual envolve as transferências para áreas onde são realizados procedimentos diagnósticos ou terapêuticos não cirúrgicos [1,12].

O significado do TIH de pacientes críticos, para os entrevistados, configura-se na definição do que é o TIH, não fazendo considerações frente à especificidade do transporte de pacientes críticos. Em consonância com o DSC acima, diversos autores definem o TIH. Dentre eles: tipo de transporte temporário ou definitivo de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar, seja para fins diagnósticos, seja para fins terapêuticos [7,12]. A razão básica para o TIH do paciente crítico é a necessidade de cuidados adicionais (tecnologia e/ou especialistas) que não estão disponíveis no local onde o paciente se encontra [15].

A segunda ideia central mais frequente: "Transporte de paciente grave com equipamento para outro setor", já fica evidenciada a condição especial de paciente em estado crítico através do DSC:

O transporte intra-hospitalar de pacientes críticos é o transporte no qual você necessita de alguns equipamentos e dos profissionais qualificados para fazer, como a fisioterapeuta, o enfermeiro, o médico e o auxiliar de enfermagem ou um técnico. É um encaminhamento de um paciente que precisa de um suporte avançado ou não, a outra área ou unidade de internação hospitalar. Seria a maneira como eu vou transportar um paciente que requer um atendimento com mais cuidado, com mais recursos. Normalmente, aqui no PS é quando ele vai para o CC, e até mesmo quando ele vai para a clínica médica, dependendo do risco dele.

O transporte de pessoa em situação crítica é entendido como uma medida de recurso e estritamente necessária a condição clínica da pessoa doente que deverá obedecer ao princípio de que os benefícios se sobrepõem aos riscos. A pessoa se ausenta do serviço para realizar exames de diagnóstico e/ou para intervenções terapêuticas [16]. A ocorrência de eventos adversos foi constatada em estudo no qual se observou a realização desse procedimento [17].

A condição para a realização do transporte do paciente crítico, para que não ocorra agravamento do seu estado de saúde, é salientada no DSC a seguir:

É quando transportamos um paciente de alto risco, de um setor para outro, com equipamentos necessários para o transporte, para que não ocorra nenhum risco.

O doente crítico é definido por apresentar disfunção ou falência de um ou mais órgãos ou sistemas e depende para sobreviver de meios avançados de monitorização e terapêutica. Deve haver equipamentos destinados especificamente ao transporte e permanência do paciente no local de destino, se a permanência for temporária. Esses equipamentos devem ser projetados especificamente para o transporte, possuindo fonte energética (bateria) de longa duração e recarregável. Devem permitir que a terapia empregada na unidade de origem não seja descontinuada e principalmente que seus métodos não sejam modificados durante o transporte e permanência na unidade de destino, particularmente importante com os ventiladores mecânicos e bombas de infusão. A insuficiência de equipamentos e monitorização mínima que assegure o transporte o inviabiliza, exceto em situações de risco iminente de morte [12].

A decisão de transportar um paciente crítico deve ser baseada na avaliação e ponderação dos benefícios e riscos potenciais, e o problema mais frequente é a falha no controle das funções cardiopulmonares, resultando em instabilidade fisiológica, que pode trazer sérias consequências [1]. Diversos estudos identificaram a ocorrência de eventos adversos, variando entre 30% e 70%, durante o transporte da pessoa em estado crítico relacionados à clínica e a equipamentos [18].

A necessidade de equipamentos e de recursos para o transporte do paciente crítico, independentemente do setor de destino, é referida no DSC:

Logo, é quando a gente tem que encaminhar um paciente grave, daqui do PS, para qualquer setor, ele precisa de dispositivos, de bombas, geralmente para UTI ou direto para o CC. Seria a maneira como eu vou transportar um paciente que requer um atendimento com mais cuidado, com mais recursos.

A avaliação dos equipamentos e materiais que compõem o transporte deve ser checada antes de qualquer procedimento e precisam estar em perfeitas condições de uso, o que exige manutenção periódica [7]. Mediante a falha nos equipamentos, 45% dos eventos ocorridos no transporte seriam as falhas, como por exemplo: os equipamentos de ventilação mecânica (desconexão, cilindros de oxigênio vazios, bolsas furadas/selamento inadequado); equipamentos de infusão (término da bateria ou da medicação sem a possibilidade imediata de reposição); equipamentos de monitorização (mau funcionamento, interferência, tela imprópria para visualização) [19].

O significado do TIH também é evidenciado pela ideia central: "Procedimento Importante", o qual pode observar no seguinte DSC:

O transporte do paciente crítico intra-hospitalar é um dos procedimentos mais importantes que existe, porque além do paciente estar contando com a organização do serviço, uma estrutura e de um recurso de equipe multiprofissional, isso também faz parte do tratamento do paciente.

O transporte de paciente crítico exige uma estratégia cuidadosa, especialmente em relação à comunicação entre a equipe, identificando informações básicas relacionadas ao paciente como idade, peso, diagnóstico, destino e procedimento a ser realizado, estabilidade hemodinâmica, padrão respiratório, acesso venoso e transmissão de tais informações a equipe receptora. A existência de um instrumento que norteie as ações dos profissionais quanto à realização do TIH é de suma importância para a segurança do paciente [19].

O sucesso no TIH depende diretamente do planejamento e da atuação organizada da equipe multiprofissional, bem como da escolha de equipamentos adequados [15]. Alguns autores são categóricos ao afirmarem que a ausência de coordenação, falta de foco na real necessidade do paciente e do seguimento dos procedimentos fazem com que o número de eventos adversos durante o transporte aumente.

Em relação ao tema procedimentos adotados no TIH de pacientes críticos, mediante a pergunta: Explique para mim como é feito neste hospital o transporte intra-hospitalar de pacientes críticos, obteve-se a ideia central de maior frequência: com a equipe multiprofissional mediante diversos procedimentos.

Podemos observar no DSC:

O transporte do paciente crítico requer planejamento. Ele tem que ser acompanhado pela equipe multiprofissional. Tem que ter a presença do médico, um enfermeiro, técnico e fisioterapeuta. Quando você pensa no transporte do paciente, você tem que saber o que eu preciso para esse transporte, de materiais, dos recursos, envolvendo a enfermagem e outros profissionais.

A organização do trabalho de transporte de pacientes críticos deve ser otimizada desde o planejamento até a execução [20]. É imprescindível a definição dos componentes da equipe e do número de profissionais necessários, de acordo com a condição clínica do paciente, que deve ser no mínimo dois membros, sendo um deles o enfermeiro da unidade de terapia intensiva. A presença do médico é necessária durante o transporte de pacientes hemodinamicamente instáveis, ventilados mecanicamente, com monitorização invasiva e em uso de drogas vasoativas [21]. Há referência ao planejamento, à participação de profissionais qualificados e uso de equipamentos adequados de monitorização como itens essenciais no transporte seguro, diminuindo intercorrências durante o procedimento [19].

Ao planejar o transporte de um paciente crítico, deve-se procurar prever e, se possível, antecipar, todas as intercorrências que possam ocorrer durante o deslocamento [12].

Essa conduta é referida pelos enfermeiros no DSC:

Você precisa fazer uma avaliação prévia antes de encaminhar o paciente. O paciente só sobe quando ele está estável e estabilizado. O médico avalia se tem condições para o transporte, risco e benefício. Faz-se o contato com a área que vai recebê-lo e é passado o plantão. Sempre tem essa comunicação. Então essa equipe que vai transferir esse paciente, ela precisa contar com os recursos intra-hospitalares, com a organização do serviço para garantir a esse paciente um transporte seguro de um setor ao outro.

É importante ressaltar que a avaliação dos pacientes, antes da realização do transporte, é imprescindível para o seu sucesso, seja qual for sua finalidade [7]. Em relação às dificuldades, ficou evidenciado que a falta de comunicação prévia da equipe de enfermagem com os setores de destino foi quesito desfavorável para a realização adequada do procedimento. Problemas de comunicação podem desencadear dificuldades e eventos adversos nos ambientes hospitalares, e na realização de TIH. Podem acarretar também atrasos no encaminhamento dos pacientes, ou na entrada destes na sala de exames, deixando-os mais expostos [22]. Em 75% dos TIH de pacientes críticos, realizados em dois hospitais, foram constatados eventos adversos relacionados às falhas de equipamentos e de equipe, predominando problemas com baterias e comunicação profissional [5].

Os equipamentos necessários e condutas a serem adotadas pelo enfermeiro são referidos no DSC:

Existe todo um aparato de transporte para esse paciente ser transferido. Por exemplo: tem que ter o monitor cardíaco, oximetria, um respirador de transporte especial, o circuito, as bombas de infusão, o cilindro de O₂ cheio, têm que ser checado. Antes de transportar esse paciente, a enfermeira verifica as condições de bomba, de droga, dreno, de quanto tem de oxigênio no cilindro, o ambu, monitor, drogas vasoativas, cuidados com drenos e sondas.

Em um estudo realizado sobre a caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar, obteve-se 41% dos pacientes com suporte ventilatório, e 34% em uso de drogas vasoativas, noradrenalina utilizado em 28% dos casos. Quanto às equipes de transporte, 77% foram compostas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, e apenas 18% sem a presença do médico, somente enfermeiro e técnico de enfermagem. Os equipamentos portáteis para atender as necessidades de monitorização, infusão contínua de medicamentos e suporte ventilatório durante o transporte de pacientes críticos, devem estar em perfeito funcionamento e com a bateria carregada [20].

Alguns riscos são inerentes ao transporte independente do tempo ou distância. As alterações fisiológicas não estão sempre relacionadas a erros técnicos e podem ser devidas a alterações respiratórias e cardíacas resultantes da dor provocada pelo movimento do paciente no seu deslocamento, ou alterações decorrentes da mudança de decúbito do paciente. Outras, no entanto, são decorrentes de falhas técnicas como a interrupção acidental da infusão endovenosa de aminas vasoativas, a perda de pressão nos cilindros de oxigênio e outras explicações plausíveis, porém geralmente não documentadas [1].

A utilização do Roteiro de Observação do TIH em uma UTI revelou a ocorrência de incidentes devido aos equipamentos e dispositivos, entre eles, desconexão e perda com cateter arterial invasivo, trações com o cateter de oxigênio, perda com cateter venoso central e periférico e desconexão e tração com sonda vesical de demora. Nos equipamentos ocorreram: término da bateria da bomba de infusão contínua, término do oxigênio do cilindro, mau funcionamento do oxímetro de pulso e o término da bateria do oxímetro de pulso [17].

Os enfermeiros destacam a existência de um protocolo para o transporte do paciente crítico, como a seguir. DSC:

Temos que fazer a checagem da maleta de transporte, onde tem as drogas, laringoscópio, sonda, o que for necessário para uma urgência, o básico que tem no carrinho de parada também. Existe um protocolo de transporte de pacientes críticos, onde o checklist é checado. São vários itens, desde a avaliação primária, a evolução médica, prescrição de enfermagem se tem evolução do dia, exames impressos dentro do prontuário.

Estudo realizado relatou que 31% dos incidentes que ocorreram durante o TIH do paciente crítico resultam em distúrbios fisiológicos. Os autores recomendam vivamente a existência de protocolos de atuação. Em outro estudo, obteve-se que 68% dos transportes ocorriam problemas hemodinâmicos, relacionados a equipamentos, sedação inadequada [23]. Ainda, em estudo realizado por meio de observação concluiu-se que o checklist é um roteiro que possibilita observar e inspecionar todas as etapas que podem comprometer a segurança do TIH [17]. Deve-se realizar um checklist antes, durante e depois do transporte, e no geral impreterível seguir as Guideliness de transporte de pessoas doentes [16].

O trabalho em equipe para avaliação das condições clínicas do paciente e prevenção de complicações é evidenciado no DSC:

Tem o momento da checagem de tudo, da equipe e a união da equipe para levar esse paciente. Esse paciente é avaliado por toda equipe tanto da parte médica como do enfermeiro, para ver se tem algum critério de instabilidade. A responsabilidade é maior do enfermeiro e checando tudo você vai solicitar a equipe multiprofissional.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RCD) nº 07, preconiza-se que o acompanhamento deve ser realizado por pelo menos um enfermeiro, um médico durante TIH de pacientes críticos, bem como a disponibilidade do prontuário do paciente neste procedimento [11]. Diversos estudos realizados apontam que dentre os eventos adversos que ocorrem no transporte em razão dos problemas da equipe, destacam-se, a falta de conhecimento do profissional e a falha de comunicação [19]

A seguir discute-se sobre a segunda ideia central de maior frequência em relação ao tema procedimentos adotados no TIH: “Com a equipe multiprofissional e materiais”. DSC:

Para fazer esse procedimento, transportar de uma unidade para outra, sempre vai a equipe multiprofissional, médico, enfermeiro, técnico, fisioterapeuta. Tem que ter todo um planejamento para o transporte. Com o paciente crítico levamos todos os materiais necessários para uma eventual intercorrência, a maleta, onde contém cânula de intubação, materiais para reanimação, sedação se for um caso de intubação, ambu, máscara, ventilador de transporte, bombas de infusão, com as medicações que estiverem correndo, torpedo de O₂, maleta de transporte com as medicações mais básicas para emergência, o monitor e no mínimo um oxímetro. Todo o material necessário como se você fosse dar uma assistência dentro da unidade. O fundamental é sempre avisar o outro setor. A gente sempre avisa. Fala como o paciente está. O prontuário vai junto.

Em relação à equipe de transporte, são necessárias no mínimo duas pessoas, para ser capaz de providenciar suporte de vias aéreas, interpretar possíveis alterações cardiovasculares e respiratórias e que estejam aptos a lidar com possíveis problemas técnicos nos vários equipamentos. Podem fazer parte da equipe de transporte: enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem e fisioterapeuta. O médico deve acompanhar o TIH daqueles pacientes com estado fisiológico instável e que podem precisar de intervenções agudas que estão além da capacidade técnica do enfermeiro e/ou fisioterapeuta, sendo obrigatória a sua presença nas seguintes situações: pacientes com via área artificial (intubação endotraqueal, crico/traqueostomia), instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas e utilização de monitorização invasiva [1].

É necessário checar equipamentos portáteis: maleta de transporte com medicações e material para intubação, níveis de gases nos cilindros, respirador portátil e bombas infusoras; reunir equipe para transporte: médico, enfermeiro e fisioterapeuta; e entrar em contato com local de destino, confirmando o transporte [15].

A Resolução 376/2011 dispõe sobre a participação dos profissionais de enfermagem no transporte de pacientes em ambientes hospitalares, também estabelece a função da equipe de enfermagem no que se refere ao preparo, apontando diversas observações e procedimentos que devem ser seguidos para assegurar um transporte seguro [24]. A equipe de enfermagem é de fundamental importância durante o transporte, pois diminui a incidência de eventos adversos. Ao analisar os profissionais de eventos adversos durante o transporte, constatou-se que a incidência de eventos desencadeados pela equipe de enfermagem era menor quando comparada com a equipe médica (22% e 26% respectivamente) e equiparada a outros profissionais de saúde (22%). Além do que, os incidentes foram primeiramente detectados pelos profissionais de enfermagem [19].

A taxa de eventos adversos durante o transporte de pacientes é menor quando médicos com maior experiência transportam pacientes críticos se comparado a médicos menos experientes [5].

A terceira ideia em relação aos procedimentos adotados no TIH é: “Quando o paciente está estabilizado”. Pode ser evidenciado através do seguinte DSC:

Transportamos o paciente quando ele está mais estabilizado, porque eu não quero colocar em risco o paciente, porque pode ter intercorrências. Às vezes, a gente passa o plantão, mas demora um pouquinho para levar, até colocar os drenos no lugar, as sondas, trocar de cama. E a gente espera, passa o paciente da mesa operatória para cama na hora de transportar, e espera, porque, às vezes, só por mexer no paciente, altera os parâmetros. Tem que avaliar o risco benefício. Mesmo o transporte sendo necessário, vemos até que ponto vamos transportar naquele momento.

As alterações fisiológicas do paciente crítico transportado são apontadas em diversos estudos: aumento da frequência cardíaca, alterações nos níveis pressóricos, aumento da pressão intracraniana, arritmias, ataques cardíacos, alterações na frequência respiratória, queda da saturação de oxigênio, aumento da pressão das vias aéreas, obstrução das vias aéreas pelas secreções, tosse excessiva, agitação, sangramento, hipo e /hipercapnia, hipoxemia, alterações na gasometria arterial e parada cardiorrespiratória. Também problemas com equipamentos como: extubação acidental, falhas nas bombas de infusão contínua, interrupção de infusão de drogas vasoativas, desconexão dos eletrodos, do cardioscópio, descarregamento de monitores, perda de acesso venoso e/ ou desconexão do ventilador de transporte [19]. Durante a observação em UTI do TIH de pacientes críticos foram registrados eventos adversos sendo os mais frequentes: hipertensão (8,9%), seguida do evento hipotensão (4,9%), e agitação, queda da saturação arterial periférica, hipertensão e taquicardia, com 2,9% dos casos cada. [17]

Essas intercorrências podem ser evidenciadas no DSC:

Se a gente está indo e chega à metade do CC e da UTI, percebeu alguma coisa, a gente para e volta, onde as enfermeiras referem sua conduta frente às intercorrências ocorridas, durante o transporte.

Dos problemas e incidentes ocorridos no TIH, 36% destes foram obstáculos relacionados com dificuldades vividas durante o transporte, como por exemplo: elevador, 29% das dificuldades relacionadas com o material e equipamento (suporte de soro na cama, identificação, cilindro de O₂), 21% relacionados à equipe médica, como a alteração de tempos operatórios, e por último 14% relacionadas às complicações e gravidade da sua situação clínica [16].

Conclusão

Os objetivos do presente trabalho permitiram as seguintes conclusões: o transporte intra-hospitalar foi caracterizado de diversas formas, sobressaindo mais as ideias relacionadas com a diversificação dos tipos de transporte intra-hospitalar. Os procedimentos adotados para

a realização do transporte foram identificados pela presença dos recursos humanos e equipamentos.

Referências

1. Pereira Junior GA, Carvalho JB, D’Ponte Filho A, Malzone DA, Pedersoli CE. Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Med* 2007;40(4):500-8.
2. Nishide VM, Benatti MCC, Alexandre NM. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm* 2004;14(2):201-11.
3. Mazza BF, Amaral JLG, Rosseti H, Carvalho RB, Senna PR, Guimarães HP. Safety in intrahospital transportation: evaluation of respiratory and hemodynamic parameters. *São Paulo Med J* 2008;126(6):319-22.
4. Elias ACGP, Matsuo T, Cardoso LTQ, Grion CMC. Aplicação do sistema de pontuação de intervenções terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. *Rev Latinoam Enferm* 2006;14(3):324-9.
5. Zuchelo LTS, Chianone PA. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. *J Bras Pneumol* 2009;35(4):367-74.
6. Japiassú AM. Transporte intra-hospitalar de pacientes graves. *Rev Bras Ter Intensiva* 2005;17(3):217-20.
7. Nogueira VO, Marin HF, Cunha ICKO. Transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos: elaboração de um website e de um protocolo de condutas. *ConScientiae Saúde* 2004;3:103-11.
8. Torri G, Landiscina M, Pontecorvo C, Raimondi M, Villa G. Recommendations on the transport of critically ill patient. *Minerva Anestesiol* 2006;71(10).
9. Traiber C, Andreoli C, Lushese S. Transporte inter-hospitalar de crianças criticamente doentes. *Sci Med* 2006;16(3):119-25.
10. MC Lenon M. Use of a specialized transport team for intrahospital transport of critically ill patients. *Dimens Crit Care Nurs* 2004;23(5):225-9.
11. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 24 fev. 2010. Seção 1, p. 48.*
12. Lacerda MA, Cruvinel MGC, Silva WV. Transporte de pacientes: intra-hospitalar e inter-hospitalar. Associação Brasileira de Anestesiologia. Curso de Educação à Distância em Anestesiologia. Rio de Janeiro; 2008. p. 106-23.
13. Léfèvre F, Léfèvre AM, Teixeira J. O método do Discurso do Sujeito Coletivo. Santa Maria: Universidade; 2000.
14. Léfèvre F, Léfèvre AM. O Discurso do Sujeito Coletivo. Caxias do Sul: Educus; 2002.
15. Pires AF, Santos BN, Santos PN, Brasil VR, Luna AA. Transporte seguro de pacientes críticos. *Rev Rede Cuid Saúde* 2015;9(2):1-4.
16. Oliveira N, Ruivo A. A segurança das pessoas no transporte intra-hospitalar para a realização de técnicas pneumológicas [internet]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal; 2013 [citado 2015 abr 20]. Disponível em: URL: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4408/1/T.PROJETO.MESTRADO%28Nuno.Oliveira.Fev.2013%29.pdf>
17. Silva R, Amante LN. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm* 2015;24(2):539-47.
18. Morais SA, Almeida LF. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico [internet]. *Rev Hospital Universitário Pedro Ernesto* 2013;12(3).
19. Almeida ACG, Neves ALD, Souza CLB, Garcia JH, Lopes JL, Barros ALBL Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. *Acta Paul Enferm* 2012;25(3):471-6.
20. Meneguim S, Alegre PHC, Luppi CHB. Caracterização do transporte de pacientes críticos na modalidade intra-hospitalar. *Acta Paul Enferm* 2014;27(2):115-9.

21. Warren J, Fromm RE, Orr RA, Rotello LC, Horst M. American College of Critical Care Medicine. Guidelines of the inter and intrahospital transport of critically ill patients. *Crit Care Med* 2004;32(1):256-62.
22. Pedreira CL, Santos IM, Farias MA, Sampaio ES, Barros CSM, Coelho ACC. Conhecimento da enfermeira sobre o transporte intra-hospitalar do paciente crítico. *Rev Enferm UERJ* 2014;22(4):533-9.
23. Beckmann U, Gillies DM, Berenholtz SM, Pronovost P. Incidents relating to the intrahospital transfer of critically ill patients. *Intensive Care Med* 2004;30(8):1579-85.
24. COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 376, 24 de março de 2011. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília (DF); 2011.