

Data Inicial	Elaboração	Verificação	Aprovação
25/10/2022	Viviane Magalhães da Silva Cunha	Túlio Nogueira Valente Marins	Eliseu Albertin Teixeira

## INTRODUÇÃO

A transferência de pacientes entre unidades é uma prática frequente nas instituições hospitalares.

A decisão de transferir fundamenta-se nos benefícios relacionados ao diagnóstico e/ou tratamento que se encontra disponível em outra unidade, mas envolve riscos. Devido à sua complexidade, requer planejamento e organização de diversos recursos, orientação ao paciente/familiar e comunicação entre os profissionais.

A padronização de ações e equipamentos necessários, a manutenção de pessoal devidamente qualificado para o transporte, a colaboração dos profissionais de saúde e a eficácia na comunicação durante a transição do cuidado contribuem para minimizar eventos adversos.

A transferência de pacientes para outros hospitais é uma prática comum que, geralmente, acontece para adequar o atendimento prestado ao paciente à infraestrutura necessária e compatível à complexidade do caso.

A normatização do transporte inter-hospitalar de pacientes encontra-se ampla e historicamente estabelecida pela **Resolução CFM nº 1.672/2003**.

Inclua-se ainda nesta a conduta médica, a responsabilidade dos Diretores Clínico e Técnico, tanto da unidade hospitalar transferente, quanto da unidade hospitalar receptora.

Imperioso destacar que o ato de transferência inter-hospitalar de paciente tem notória característica de responsabilidades civil, penal e ética médica.

Ressalta-se ainda que os profissionais Médicos e as unidades hospitalares deverão observar os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina, a fim de melhor prestar os serviços de assistência à saúde ao paciente com as devidas cautelas.

O paciente, entretanto, não pode ser penalizado pelo descumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde por parte dos gestores, bem como pelo descumprimento da Resolução do CFM por parte dos Médicos. Portanto, em qualquer circunstância, o paciente deverá ser atendido. Convém ressaltar que o Médico Transferente é o responsável inicial pelo paciente até o recebimento pelo Médico Receptor.

Neste sentido, é mandatório que os Médicos encaminhadores e receptores respeitem as proposições supracitadas, evitando assim possíveis transgressões ao Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009).

## OBJETIVO

Estabelecer protocolo clínico multidisciplinar para assistência integral aos pacientes elegíveis a transferências externas.

## SIGLAS

**BC** – Bloco Cirúrgico;

**CSSJD** – Complexo de Saúde São João de Deus;

**FC** – Frequência Cardíaca;

**FR** – Frequência Respiratória.

### CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

A normatização do transporte inter-hospitalar de pacientes encontra-se ampla e historicamente estabelecida pela Resolução CFM no 1.672/2003, que determina:

Art. 1º - Que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido:

I – O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar atendimento aos casos que se enquadrem em sua capacidade de resolução.

II – Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além de realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso.

III – Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência do paciente no local de origem.

IV – Antes de decidir a remoção do paciente, faz-se necessário realizar contato com o Médico receptor ou Diretor Técnico no hospital de destino, e ter a concordância do(s) mesmo(s).

V – Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem.

VI – Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo Médico receptor.

VII – Para o transporte, faz-se necessária a obtenção de consentimento após esclarecimento, por escrito, assinado pelo paciente ou seu responsável legal. Isto pode ser dispensado quando houver risco de morte e impossibilidade de localização do(s) responsável(is). Nesta circunstância, o Médico solicitante pode autorizar o transporte, documentando tal fato devidamente no prontuário.

VIII – A responsabilidade inicial da remoção é do Médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo Médico receptor. A responsabilidade para o transporte, quando realizado por Ambulância tipo D, E ou F é do Médico da Ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro Médico. As providências administrativas e operacionais para o transporte não são de responsabilidade médica.

IX – O transporte de paciente neonatal deverá ser realizado em ambulância tipo D, aeronave ou nave contendo: incubadora de transporte de recém-nascido, com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts), suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A

incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância; respirador de transporte neonatal; nos demais itens deve conter a mesma aparelhagem e medicamentos de suporte avançado, com os tamanhos e especificações adequadas ao transporte neonatal.

Art. 2º - Os Médicos Diretores Técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas.

Portanto, de acordo com aspectos éticos, o Médico, ao indicar a transferência, deverá ater-se às normas estabelecidas na Resolução CFM no 1.672/03.

Os Diretores Técnicos das instituições e os Gestores Municipais do hospital são também responsáveis pela aplicação dos dispositivos da referida Resolução.

As condições técnicas de transporte encontram-se definidas na mesma Resolução ao classificar as Ambulâncias em seis tipos (A, B, C, D, E e F), em ordem crescente de complexidade até o tipo D (Ambulância de Suporte Avançado – ASA – ou UTI Móvel). As Ambulâncias dos tipos E e F, constituem-se em aeronaves de transporte médico e naves de transporte médico (transporte hidroviário fluvial ou marítimo), respectivamente.

### **ORIENTAÇÕES AO CLIENTE/PACIENTE**

O paciente (quando consciente e lúcido), acompanhante e/ou familiar deverá ser informado pela equipe médica e assistencial de que o mesmo apresenta os critérios de elegibilidade do PTC DTEC 008 - TRANSPORTE EXTERNO DE PACIENTES DO CSSJD.

A equipe assistencial deve registrar no prontuário do paciente e fornecer, quando possível, os materiais explicativos (CARTILHAS, FOLDER, IMPRESSOS, etc...), criados com o intuito de orientar de forma clara e objetiva sobre o tratamento que o paciente será submetido, e também como parte do preparo do paciente para alta hospitalar.

A equipe multiprofissional intervém com ações educativas específicas, de acordo com as necessidades do paciente. O processo de educação e orientação ao paciente e sua família tem início na admissão e deve continuar durante a internação hospitalar até a alta.

### **PLANO TERAPÊUTICO**

As complicações associadas ao transporte podem ser fisiológicas e técnicas (falhas de preparo, de monitorização e de comunicação). As principais complicações fisiológicas são: hipo ou hipertensão, hipo ou hipercapnia, hipóxia, acidose ou alcalose, broncoespasmo, arritmias cardíacas, isquemia miocárdica, pneumotórax (barotrauma), broncoaspiração, hipertensão intracraniana e convulsões.

Muitas complicações técnicas são previsíveis e devem ser antecipadas: desconexão do ECG ou do tubo traqueal, obstrução ou mobilização do tubo traqueal e até extubação, oclusão ou perda de cateteres e drenos, término da fonte de O<sub>2</sub>, fim da energia das baterias, defeito na maca de transporte e atraso no setor de destino.

Diante do exposto, convém lembrar que a decisão de transporte é de responsabilidade médica intransferível, cabendo a este profissional avaliar todas as variáveis envolvidas.

## RESPONSABILIDADES

A transferência de pacientes entre unidades hospitalares pressupõe a continuada assistência à saúde do paciente, sob supervisão Médica, quer pelo Médico Assistente Transferente, quer pelo Médico Receptor.

## ITENS DE CONTROLE

Definição de Indicadores para permitir o monitoramento da aplicação do protocolo, acompanhando e avaliando a efetividade e adesão do mesmo pela instituição:

- OP % De quedas que não resultaram em dano ao paciente;
- OP % De quedas que resultaram em dano ao paciente;
- OP % De Perda de Acesso Central;
- OP % De Perda de Dreno;
- OP % De Perda de Cateter Venoso Central (CVC);
- OP % De Incidência de Extubação Acidental.

## RISCOS ASSISTENCIAIS

### CONSIDERA-SE O TRANSPORTE SEGURO QUANDO:

- A equipe multidisciplinar responsável pelo paciente sabe quando e como realizá-lo e foi treinada adequadamente, desenvolvendo habilidades para o procedimento;
- Existe indicação para o deslocamento e, principalmente, planejamento;
- A integridade do paciente é assegurada, evitando o agravamento de seu quadro clínico;
- Existe rotina operacional para realizá-lo.

### SÃO CONTRAINDICAÇÕES PARA O TRANSPORTE DE PACIENTES:

- Instabilidade hemodinâmica;
- Incapacidade de monitorizar e manter oxigenação, ventilação e hemodinâmica adequada do paciente durante o transporte ou permanência no setor de destino;
- Incapacidade de controlar via aérea durante o transporte ou permanência no setor de destino pelo tempo necessário;
- Incapacidade de permitir o controle dos riscos de queda;
- Número insuficiente de profissionais treinados (Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta) para manter as condições acima descritas durante o transporte ou a permanência no setor de destino;
- Inexistência do Médico para acompanhar o transporte de pacientes críticos.

### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Em todos os tipos de transportes, os profissionais responsáveis devem conferir a identificação do paciente na

pulseira de identificação.

Na ausência desta, devem solicitá-la ao setor responsável e colocar a pulseira no paciente antes de iniciar o transporte, com exceção dos pacientes com risco de morte.

Nos casos de deslocamento de pacientes em isolamento (contato ou respiratório), deve-se comunicar previamente à equipe de transporte e à Unidade de destino sobre a condição de isolamento, para que esta tome as medidas de precaução padronizadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

Os prontuários dos pacientes em isolamento de contato devem ser transportados em saco plástico para se evitar o contato com o paciente. Todo transporte crítico deve ter confirmação da Unidade de destino quanto à preparação para recepção adequada do paciente. O transporte de todos os pacientes dos Setores 12, 13, 14 e UTI Adulto 2 deve ser realizado utilizando-se os elevadores.

Pacientes com histórico recente (24 horas) de convulsão, inconsciência ou contenção física somente deverão ser transportados em maca ou leito, pelo risco aumentado de queda.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Parecer nº 1/2016 – Conselho Regional de Medicina do Estado de Rondônia – CREMERO;
- Resolução nº 1.672/2003 – Conselho Federal de Medicina – CFM.

### FLUXOGRAMA

Não se aplica.

### ANEXOS E/OU APÊNDICE

Não se aplica.

### CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Data Inicial	Elaboração		Verificação	Aprovação
-	-		-	-
Data	Versão	Item	Atualização	Responsável pelas alterações
-	-	-	-	-