



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Carlos Balbino, Aldiânia; Moreira Leitão Cardoso, Maria Vera Lúcia
DIFICULDADES NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDO
CRÍTICO REALIZADO PELAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 26, núm. 3, 2017, pp. 1-8
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71452267004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

DIFICULDADES NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDO CRÍTICO REALIZADO PELAS EQUIPES DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Aldiânia Carlos Balbino¹, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso²

¹ Doutoranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: aldianecarlos@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: cardoso@ufc.br

RESUMO

Objetivo: investigar as dificuldades das equipes do Serviço de Atendimento Móvel Urgência para a realização do transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico em ambulância.

Método: estudo qualitativo, realizado com 17 profissionais de saúde, dentre médicos, enfermeiros e condutores de veículos atuantes no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de um município do interior do Ceará, no período de novembro a dezembro de 2014. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada, sendo as entrevistas gravadas. Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo.

Resultados: as categorias apreendidas foram: escassez de materiais, de equipamentos e de veículos exclusivos para o transporte inter-hospitalar do recém-nascido; conhecimento, prática e treinamento deficientes para assistência ao recém-nascido crítico; e falha na comunicação entre os profissionais e dificuldade para a mobilidade da ambulância em via pública.

Conclusão: as dificuldades mencionadas estão atreladas a todos os níveis de gestão e necessitam de um olhar diferenciado para que se garanta assistência de elevado nível de excelência.

DESCRIPTORES: Recém-nascido. Ambulâncias. Serviços médicos de emergência. Transporte de pacientes. Pesquisa qualitativa. Enfermagem.

DIFFICULTIES IN CRITICAL NEWBORN INTERHOSPITAL TRANSPORT CARRIED OUT BY THE EMERGENCY MOBILE CARE SERVICES

ABSTRACT

Objective: to investigate the difficulties of the Emergency Mobile Care Service teams to interhospital transport critical newborn in an ambulance.

Method: this is a qualitative study carried out with 17 healthcare professionals, as physicians, nurses and drivers of vehicles working in the Emergency Mobile Care Service of a municipality in the interior of Ceará, from November to December 2014. Semi-structured, recorded interview produced the data, which we analyzed through thematic content analysis.

Results: the categories we gathered were shortage of materials, equipment and vehicles exclusive to interhospital transport; knowledge, deficient practice and training to assist critical newborns; and failure to communicate among professionals and difficulty in ambulance mobility on public roads.

Conclusion: these difficulties connect to all levels of management and require a differentiated approach in order to guarantee high level of excellence.

DESCRIPTORS: Newborn. Ambulances. Emergency medical services. Transport of patients. Qualitative research. Nursing.

DIFICULTADES EN EL TRANSPORTE INTER-HOSPITALARIO DEL RECIEN NACIDO CRÍTICO REALIZADO POR LOS EQUIPOS DEL SERVICIOS DE ATENDIMIENTO MOVIL DE URGENCIA

RESUMEN

Objetivo: investigar las dificultades de los equipos del Servicio de Atendimento Móvil de Urgencia para la realización del transporte inter-hospitalaria del recién nacido crítico en ambulancia.

Método: investigación cualitativa, realizado con 17 profesionales de salud, dentro de médicos, enfermeros y conductores de vehículos actuantes en el servicio de Atención Móvil de Urgencias de un municipio del interior de Ceará, en el periodo de noviembre a diciembre de 2014. Los datos fueron producidos por medio de entrevistas semiestructurada, siendo las entrevistas grabadas. Los datos fueron analizados por medio del análisis temático de contenido.

Resultados: las categorías aprendidas fueron: escasez de materiales, equipos y vehículos exclusivos para el transporte inter-hospitalario del recién nacido; conocimiento, práctica y entrenamiento deficientes para la asistencia al recién nacido crítico; falla en la comunicación entre los profesionales y dificultades para la movilidad de la ambulancia en vía pública.

Conclusión: las dificultades mencionadas están relacionadas en todos los niveles de gestión y necesitan de una mirada diferenciada para que se garantice la asistencia con excelencia.

DESCRIPTORES: Recién nacido. Ambulancias. Servicios médicos de urgencia. Transporte de pacientes. Investigación cualitativa. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A remoção rápida e segura de recém-nascidos (RNs) críticos, como os prematuros extremos e os com malformações congênitas complexas, nascidos em centros sem recursos para Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIs) por meio de transporte inter-hospitalar é uma das recomendações do Ministério da Saúde para redução da mortalidade neonatal por causas evitáveis.¹ No entanto, apesar de a Neonatologia ter progredido com o surgimento de novos equipamentos, terapêuticas e conhecimentos,² considera-se o transporte inter-hospitalar de RNs em estado crítico ponto importante na área.³

Cerca de 20% das transferências neonatais foram consideradas inadequadas em países desenvolvidos devido à existência de erros na regulação médica, equipes sem treinamento para transporte e falha na comunicação inter-hospitalar.⁴ No Brasil, em estudo realizado com 75 RNs transferidos para hospital terciário, observaram-se deficiências semelhantes relacionadas à comunicação pré-transporte, características da equipe, como presença de pediatra qualificado em 57,3% dos transportes dos RNs da amostra, e quanto às unidades de transporte, 44% transportados em UTI móvel.⁵

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) responde pelo transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal cujas condutas deverão obedecer às diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que regulamenta as suas atividades.⁶ Tem-se observado esforços do governo federal para melhorar a qualidade do transporte, tornando-o mais seguro para gestantes e RNs por meio da Rede Cegonha, a qual criou o SAMU Cegonha.⁷

Por ser um processo dinâmico e complexo, o transporte neonatal requer organização e pessoal

altamente qualificado, com a capacidade de agir de forma independente fora da unidade neonatal.⁸ Revisão integrativa realizada em 2013, a partir da pergunta: que condutas organizacionais estão descritas na literatura acerca do transporte inter-hospitalar de RN crítico em ambulância?⁹ evidenciou a carência de estudos brasileiros relacionados às condutas praticadas pelas equipes de transporte do país, mostrando a incipiência das investigações nessa área.

Identificar falhas nas etapas do desenvolvimento do cuidado ao paciente é uma importante medida para torná-lo mais seguro. Considerando a proposta do Ministério da Saúde de trabalhar a segurança do paciente na transferência entre pontos de cuidado,¹⁰ questiona-se: quais as dificuldades das equipes de transporte do SAMU para a realização de transporte neonatal?

Dessa forma, o estudo teve por objetivo investigar as dificuldades das equipes do SAMU para a realização do transporte inter-hospitalar de RN crítico em ambulância.

MÉTODO

Estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo, pois possibilitou aprofundar o conhecimento sobre o tema estudado e a exposição das percepções e opiniões dos sujeitos da pesquisa sobre a realidade vivenciada. Foi realizado na sede do SAMU, localizada em um município do interior do Ceará. O SAMU atende toda zona urbana e rural do município da zona norte do estado, assim como distritos e localidades circunvizinhas. Dispõe de uma frota de três ambulâncias, sendo uma de suporte avançado, duas de suporte básico e uma motolância.

Participaram 17 profissionais de saúde (cinco médicos, cinco enfermeiros e sete condutores de ambulância), selecionados de acordo com os seguintes critérios: mínimo de dois anos de experiência no SAMU e já ter realizado transporte inter-hospitalar de RN crítico em ambulância de suporte avançado. Os participantes foram convidados para as entrevistas durante o seu horário de trabalho, sendo que as mesmas foram realizadas em ambiente privativo e de maneira individual, na sede do SAMU.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, que seguiram um roteiro com perguntas abertas e fechadas sobre questões referentes à identificação dos participantes (idade e sexo), tempo de experiência no SAMU, tempo de formação profissional (profissionais de nível superior), realização de cursos na área da neonatologia e/ou transporte de RN crítico, além da pergunta relacionada às dificuldades para a realização do transporte inter-hospitalar de RN em estado crítico por meio de ambulância. A coleta de dados foi finalizada quando o pesquisador percebeu que as informações obtidas no conjunto da amostra, depois de contempladas em suas semelhanças e diferenças, repetiam-se, não colaborando com novas compreensões para a investigação, demonstrando haver saturação dos dados.¹¹

Os dados foram coletados no período de novembro a dezembro de 2014. As entrevistas foram gravadas em equipamento tipo MP3. Para análise dos dados, recorreu-se à técnica de análise temática de conteúdo, desenvolvida em três etapas: pré-análise, exploração do material, e análise dos dados e interpretação.¹²

Na pré-análise, o material transcrito foi organizado à luz dos objetivos e lidos exaustivamente. Na segunda fase, exploração do material, os dados foram decompostos e codificados em unidades de registro (URs) – palavra ou conjunto de palavras que sintetize a ideia de um depoimento – e, desta maneira, obtém-se uma visão das características dos resultados.¹² Assim, em cada extrato da fala foi destacada sua UR. Após, as URs foram agrupadas conforme sua afinidade semântica.

Por fim, no tratamento dos dados e interpretação, o pesquisador, em posse de resultados substanciais, realiza suas inferências e interpretações.¹² Com a seleção das falas significativas, foram apreendidos os núcleos de sentido, dos quais originaram grupos de temas (categorias). Foi realizada a busca de autores para dar suporte à análise.

Todos aceitaram espontaneamente participar desta investigação e assinaram o Termo de Consen-

timento Livre e Esclarecido, autorizando a gravação. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sendo aprovado sob o CAAE n. 34140914.0.0000.5054. Respeitaram-se os princípios éticos estabelecidos para pesquisas envolvendo seres humanos. Com o intuito de assegurar o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela inicial da categoria profissional mais o número sequencial do quantitativo de profissionais de cada categoria entrevistada, exemplo: enfermeiro (E1; E2), médico (M1; M2) e condutor (C1; C2).

RESULTADOS

Dos 17 participantes, três eram do sexo feminino e 14 do masculino, com idade entre 28 e 53 anos. O tempo de experiência profissional no SAMU de todas as categorias investigadas foi de três a nove anos; de formação profissional dos enfermeiros de 19 a 28 anos e dos médicos de 3,5 a 10 anos. Em relação à capacitação na área da neonatologia e/ou no transporte de RN crítico, identificou-se que somente um enfermeiro possuía especialização em neonatologia; dois médicos eram certificados pelo curso *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) e cinco (três condutores, dois médicos e um enfermeiro) possuíam curso na área do transporte neonatal e/ou RN crítico.

Da análise dos conteúdos das entrevistas, foram apreendidas quatro categorias: Escassez de materiais e equipamentos; Conhecimento, prática e treinamento deficientes para assistência ao RN crítico; Dificuldade para a mobilidade da ambulância em via pública; e Falha na comunicação entre os profissionais.

Escassez de materiais, de equipamentos e de veículos exclusivos para o transporte inter-hospitalar do recém-nascido

A ausência ou insuficiência de equipamentos foi percebida como dificuldade para a realização do transporte inter-hospitalar de RN em estado crítico de saúde, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada. [...] *na maioria das vezes nós não temos equipamentos suficientes e adequados para fazer esse transporte* (E2); *A gente tem pouco material para atender os neonatos. Temos praticamente só o básico para manter vias aéreas* (E3); *O material muitas vezes é inadequado. A gente coloca, por exemplo, um oxímetro de adulto tendo que adaptar para um RN e às vezes não capta de forma correta a saturação* (M3); *Temos dificuldade principalmente em relação à disponibilidade*

de material para via aérea e acesso venoso em todos os tamanhos [...] (M5).

Para dar continuidade ao atendimento executado na unidade de origem do RN, as equipes de transportes solicitam equipamentos e materiais emprestados desta unidade para que a assistência continue. [...] *a gente acaba tendo que usar o material do hospital pelo nosso serviço não ter, o que aumenta o nosso tempo resposta (C2); [...] pedimos bombas de infusão do hospital para transportar RN em uso de drogas vasoativas. Demoramos um bom tempo até que a equipe do hospital prepare o termo de responsabilidade para a gente assinar (E5).*

A equipe de transporte revelou ter dificuldade em realizar o transporte inter-hospitalar de RN crítico devido à ambulância não ser exclusiva para o transporte. *Como a gente trabalha num serviço de pré-hospitalar não temos como manter uma ambulância só para fazer esse transporte. A gente tem que desmontar o carro bem dizer quase todo para montar para um RN (C1); Às vezes estamos fazendo a transferência e alguém da regulação liga informando que tem uma outra ocorrência e pedem para a gente acelerar. Deixamos de passar informações importantes sobre o RN devido ter que sair rapidamente do local. Só temos uma ambulância de suporte avançado para atender as transferências e outras ocorrências de pacientes graves (M3); Como a gente trabalha num serviço de pré-hospitalar eu não tenho como manter uma ambulância só para fazer esse transporte (M4).*

Conhecimento, prática e treinamento deficientes para assistência ao recém-nascido crítico

Os participantes relataram que possuem conhecimentos deficitários para o manejo do RN crítico, destacando necessidade de maior envolvimento dos gestores e dos profissionais no campo do transporte neonatal. *Muitas vezes a gente não tem muito conhecimento para estar lidando com neonato (M3); [...] a gente não tem curso sobre transporte de RN. O órgão que a gente trabalha geralmente também não oferece esse curso. [...] não tem atualização sempre em congresso a não ser em congressos bem específicos [...]. Não tem como você aprender em 30 minutos o que é necessário para fazer, para se aprender na verdade em anos (M1).*

Os profissionais da equipe de transporte têm dificuldade para realizar procedimentos invasivos, essenciais para o atendimento a intercorrências durante o transporte do neonato crítico. *Observei que muitos profissionais têm dificuldade para intubar, difi-*

culdade para reconhecer que a criança está se agravando e para entender o que está acontecendo com a criança que é um universo diferente (M4); Na maioria das vezes nós não nos sentimos totalmente aptos a trabalhar com esse grupo e principalmente em estado crítico. [...] nem sempre o próprio médico tem habilidade, nos deixando inseguros em algumas situações (E2).

Sob a ótica dos profissionais que executam o transporte, o treinamento sobre transporte neonatal é insuficiente para realizar um transporte seguro. [...] *o treinamento da equipe está muito reduzido, muito aquém da necessidade para realizar um transporte seguro (E3); Nossos treinamentos são mais relacionados aos atendimentos que realizamos com maior frequência como os traumas. Como nós não realizamos transferências de RN frequentemente, não criamos rotina (C2).*

Falha na comunicação entre os profissionais

Por ser a comunicação um instrumento básico na prática à saúde, os profissionais relataram grande dificuldade quando há falha na comunicação durante a regulação médica, relacionada à coleta de informações sobre o RN. [...] *a gente liga perguntando a situação da criança [...]. Eu tenho que confiar no que o colega me repassa. Então ele geralmente me repassa: 'Oh, a criança está estável, está no CPAP, não está usando droga vasoativa', e muitas vezes quando a gente chega lá a criança está intubada, no ventilador, com droga vasoativa em bomba de infusão [...] (M4); A maior dificuldade é quando a regulação deixa alguma coisa a desejar. Passa uma coisa e quando a gente chega lá a gente encontra outro quadro [...]. Geralmente tem alguns contratempos em relação a comunicação na regulação (E5); Dados referentes às condições do RN repassadas com carência de informação. Quem tá fazendo a solicitação às vezes não passa as condições do RN para a equipe que vai fazer esse transporte (E3).*

Os profissionais mencionaram que a ausência de comunicação entre os profissionais do hospital que solicita a transferência e do que irá receber o RN traz implicações para o transporte, como maior tempo para a conclusão do transporte e maior consumo dos materiais da equipe de transporte. *Falha na comunicação entre hospital solicitante e hospital que vai receber o RN. Às vezes o setor que o solicitante diz que o RN vai ser direcionado quando a gente chega lá o profissional não está apto a receber, não está no local (E4); Já aconteceu de a gente estar transportando RN muito grave e ter que ficar aguardando a confirmação da autorização para o recebimento do RN na portaria do hospital, consumindo mais ainda nosso oxigênio (E2). No transporte de RN intubado às vezes temos que esperar a equipe montar o ventilador porque o médico que autorizou o recebimento do RN não comunicou a equipe do local [...].*

Raramente a equipe que irá receber o RN está no ponto para receber o RN que foi regulado (M3).

Dificuldade para a mobilidade da ambulância em via pública

As dificuldades relatadas quanto à mobilidade relacionada ao transporte de RN crítico em ambulância estavam associadas à falta de planejamento de mobilidade urbana, que perpassa do âmbito de atuação das equipes. [...] *tem muita gente que não tem noção de trânsito. Se a gente vem com a sirene ligada e o cara está no sinal vermelho ele não sabe dar passagem. Ele espera o sinal abrir, mesmo com a sirene ligada e o giroflex. É um povo leigo (C1); [...] a gente tem dificuldade de a malha viária não ter uma sinalização específica, independente de ser transferência de neonato ou não. A população não tem clareza quanto à preferência do serviço de ambulância de urgência e emergência (C2); [...] a via muita das vezes é esburacada, não é uma via que ajuda (C4).*

DISCUSSÃO

Os profissionais envolvidos na pesquisa eram experientes na execução de atendimento pré-hospitalar devido ao tempo de serviço demonstrado, mas possuíam pouca capacitação para o manejo do RN crítico que necessita de transporte inter-hospitalar. Assim, tornou-se evidente nos discursos dificuldades não só centradas em recursos materiais, mas principalmente relacionadas à qualificação dos recursos humanos, essencial para a realização de transporte seguro.

Por ser o SAMU um serviço ofertado à população há pouco mais de dez anos, as fragilidades apresentadas refletem principalmente na inobservância ao que fora proposto no seu projeto de criação. Estudo realizado no SAMU de Fortaleza-CE identificou que o serviço apresenta problemas estruturais e de planejamento, assim como escassez de recursos materiais e humanos, porém não compromete a execução do atendimento.¹³ Já estudo realizado no SAMU da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, identificou que o mesmo não atendia aos parâmetros da Portaria Ministerial 2048/2002 em diversos aspectos, especialmente por apresentar insuficiência de recursos humanos e materiais.¹⁴ Percebe-se que as equipes dos SAMUs, nas diversas regiões do Brasil, sofrem com dificuldades relacionadas a equipamentos e a materiais.

Fora mencionado que, por vezes, faz-se necessário utilizar oxímetro com sensor digital de adulto por não haver oxímetro com sensor neonatal. O monitoramento da oxigenação por meio do oxí-

metro de pulso é um recurso de grande relevância para as equipes de transporte, recomendado pelo Manual de Orientação sobre Transporte Neonatal, do Ministério da Saúde.¹ Apesar disso, deve-se ter cuidado quanto à seleção adequada do sensor de oximetria de pulso, de acordo com a faixa etária, e à realização de rodízio do dispositivo no intuito de evitar lesões na pele do RN, principalmente nos prematuros extremos em virtude de a pele ser extremamente fina.¹⁵ Assim, considera-se importante ter os dispositivos adequados ao público neonatal a fim de evitar iatrogenias.

Quanto aos materiais para garantir o suporte ventilatório e terapia intravenosa do RN a ser transportado, é importante que as equipes de transporte assegurem todos os materiais para o atendimento a possíveis intercorrências durante o deslocamento em ambulância, uma vez que as mesmas têm que dar continuidade à assistência prestada ao RN na unidade de internação. Além de dispor dos materiais, é fundamental que utilizem *checklists* para facilitar na conferência dos materiais e equipamentos, minimizando falhas por possíveis esquecimentos.¹⁶

Por não disporem de equipamentos e materiais para suprir as necessidades do RN durante o transporte em ambulância, a equipe de transporte relatou que utiliza materiais da unidade de origem do RN. Na ocorrência de solicitação de empréstimo de material, a equipe de transporte se responsabiliza em devolver o material após o término da transferência, aumentando o tempo resposta do atendimento, visto que tem que retornar ao hospital de origem do RN. O tempo resposta para as equipes do SAMU é um indicador de qualidade do atendimento,¹⁷ contabilizado desde o acionamento da ambulância para a realização da transferência até o retorno a sua base de origem, após deixar o RN no hospital de destino. O aumento do tempo resposta pode comprometer o atendimento em tempo hábil a outras solicitações de atendimento pré-hospitalar, já que nem todos os SAMUs possuem ambulância de suporte avançado exclusiva para a realização do transporte inter-hospitalar de neonato, conforme mencionado durante a investigação.

O quantitativo de ambulâncias de suporte avançado nos SAMUs, conhecidas como Unidade de Suporte Avançado (USA), é baseado em parâmetros populacionais, sendo uma USA a cada 400.000 a 450.000 habitantes.¹⁸ Na região de atuação do SAMU investigado, há somente uma USA para todas as solicitações de pacientes em situações críticas de saúde, inviabilizando disponibilizar uma ambulância exclusiva para o transporte neonatal.

No que diz respeito ao relato de ter que “desmontar o carro”, os condutores necessitam substituir a maca pela incubadora quando há solicitação de transferência inter-hospitalar de RN. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância. Os demais equipamentos que o serviço possui para atendimento neonatal ficam de forma permanente na ambulância, visto que o serviço atende a demandas de RN, crianças, adultos e idosos em ambiente extra-hospitalar.¹⁸

Ambulâncias do SAMU tipo UTI, equipadas com incubadora e ventilador de transporte neonatal foram propostas pela Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, que instituiu a Rede Cegonha. No entanto, percebe-se que a compra centralizada de veículos é um processo moroso e encontra diversas barreiras impostas pelos processos vigentes.¹⁹

Enfatizando conhecimento e capacitação da equipe de transporte, um bom conhecimento geral sobre cuidado neonatal e um elevado nível de especialização em habilidades processuais são pré-requisitos para os que efetuam transferências neonatais.²⁰ Estudiosos recomendam que as equipes de transporte sejam habilitadas para os seguintes procedimentos: atenção ao parto, reanimação neonatal, exame físico do RN, manejo de via aérea e intubação, acesso venoso e arterial (central e periférico), monitorização invasiva e não invasiva, drenagem torácica e abdominal e preparação e administração de fármacos neonatais.²¹

O Ministério da Saúde estabeleceu conteúdos e habilidades para habilitar e certificar os profissionais da área de atendimento às Urgências e às Emergências. Os médicos atuantes no SAMU devem receber treinamento sobre o manejo dos equipamentos de suporte ventilatório básico e avançado e dominar técnicas de suporte ventilatório (intubação traqueal, cricotireoidostomia, drenagem torácica e toracocentese).¹⁸ Observa-se pelos relatos que não há cumprimento do que fora pactuado.

Por não se perceber domínio das condutas executadas, instaura-se a insegurança nos membros da equipe, conforme mencionado pelos participantes. A confiança representa o sentimento de certeza de que o outro sabe como agir, o que deve fazer e quando deve intervir na abordagem ao paciente. Dessa forma, são estabelecidos elos entre os profissionais, o que permite a construção de uma familiaridade profissional e acaba por agregar importância aos sujeitos envolvidos. Ou seja, a partir do momento em que na equipe cada um de seus membros possui habilidade e competência para executar o trabalho e

que reconhecem isto nos seus colegas, é instaurada certa tranquilidade para prestar um atendimento, por mais estressante que este possa ser.²²

A realização de um transporte seguro é uma das metas do Ministério da Saúde estabelecidas pela Política Nacional de Segurança do Paciente.¹⁰ Para isso, faz-se necessária uma equipe bem treinada, submetida a capacitações constantes, as quais possibilitem aos profissionais a discussão da teoria aprendida com a prática vivenciada, aproximando o prescrito do real.²²

O conhecimento é essencial, devendo ser visto como uma dinâmica viva de produzir interpretações, significados, críticas e formas de participar da realidade.²³ Apesar de a Medicina de Transporte ter importante destaque no cenário internacional, ainda se observam iniciativas isoladas no Brasil para a sua propagação. A Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Brasileira de Enfermagem possibilitam formações na modalidade de educação à distância e presencial sobre o transporte neonatal. A inserção desse tema nas matrizes curriculares dos cursos de graduação, quando tem, carece de maior aprofundamento. Visando à formação de profissionais mais sensibilizados para o desempenho de transporte neonatal de qualidade, o tema deve ser contemplado nos programas de residência em neonatologia, cuidados intensivos pediátricos e medicina de emergência pediátrica.²⁴

Percebeu-se pelos relatos que as falhas na comunicação provocam transtornos aos profissionais envolvidos no transporte. Os profissionais do SAMU precisam emitir e receber informações claras e mais completas possíveis para realizar o planejamento do atendimento que envolve antecipação de recursos e materiais necessários para a realização do atendimento, bem como definir tarefas, percurso e previsão de tempo necessário para a execução da atividade.

A comunicação de informações precisas, organizadas e completas do paciente é uma responsabilidade extremamente importante para os profissionais de saúde.²⁵ Para o atendimento de pacientes críticos, o processo comunicativo deve ser usado como ferramenta contínua propiciadora de segurança e clareza aos profissionais pelo fato de lidarem com situações estressantes que requerem atenção redobrada e perfeito entendimento das informações transmitidas.

Durante a solicitação de transporte inter-hospitalar, comunicação de boa qualidade é determinante para um transporte bem-sucedido, assim como retorno das informações ao centro de referência.²⁵ O médico responsável pelo paciente, seja ele

plantonista, diarista ou o médico assistente, deve realizar as solicitações de transferências à Central de Regulação do SAMU.¹⁸ Responsabiliza-se pelo fornecimento de informações corretas sobre a condição clínica do RN durante a chamada telefônica, as quais são importantes para se estabelecer uma prioridade no atendimento.²⁶

O médico regulador do SAMU, por sua vez, necessita de informações sobre o quadro clínico do RN e hospital de destino para que registre no sistema de informações do serviço e tome a decisão acerca da solicitação da transferência por meio da aplicação de classificação de risco. Indaga-se a idade no momento do transporte, motivo do transporte, local de origem e unidade de destino do RN, história clínica e Apgar ao nascer, avaliação clínica com temperatura, dados sobre vias aéreas e frequência de pulso.²⁷ Após a coleta de informações no ato da regulação médica, a equipe de transporte da USA é acionada para a execução do transporte. Ressalta-se que falhas na comunicação, em qualquer etapa do transporte do RN, podem causar eventos adversos durante a execução do cuidar.

Quanto às dificuldades mencionadas para a mobilidade da ambulância durante o transporte do RN crítico, o Código Brasileiro de Trânsito, disposto na Lei n. 9.503, de 23 de setembro de 1997, em seu artigo 29, estabelece que as ambulâncias, além de prioridade de trânsito, gozam de livre circulação, estacionamento e parada, quando em serviço de urgência e devidamente identificadas por dispositivos regulamentares de alarme sonoro e iluminação vermelha intermitente. Quando os dispositivos estiverem acionados, indicando a proximidade dos veículos, todos os condutores deverão deixar livre a passagem pela faixa da esquerda, indo para a direita da via e parando, se necessário. Deixar de dar passagem representa infração gravíssima, sendo cabível a aplicação de multa.²⁸ Ressalta-se que o SAMU pode solicitar o apoio de órgãos não pertencentes à saúde, como guarda municipal e polícia, para auxiliar na mobilidade, sinalização, entre outros.⁶ A sensibilização da comunidade e utilização de órgãos de apoio aos serviços de urgência é possível melhorar a mobilidade da ambulância durante o transporte de pacientes críticos.

Em relação à limitação do estudo, considera-se o fato de ter sido realizado em apenas uma unidade do SAMU, com somente uma USA para realizar as transferências neonatais. É importante desvelar novos cenários para averiguar se os problemas relatados são comuns na maioria das unidades distribuídas nos estados brasileiros.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo possibilitaram apreender as dificuldades das equipes do SAMU para a realização do transporte inter-hospitalar de RN crítico em ambulância. Os participantes mencionaram questões atreladas a todos os níveis de gestão, que necessitam de um olhar diferenciado para que se garanta assistência de elevado nível de excelência.

Transportar RN crítico em ambulância requer muito mais que equipamentos e materiais. Todos os envolvidos, incluindo-se os profissionais da Enfermagem, devem ter conhecimento para a correta tomada de decisões que estão associadas ao processo, por exemplo, momento exato para realizar a transferência, determinação de riscos e habilidades de comunicação e manuais a serem executadas na vigência de intercorrências. A ausência de um desses quesitos implica em maior risco de morte do RN durante o transporte.

Estudos sobre o transporte inter-hospitalar de RN executado por profissionais do SAMU ainda são incipientes. Verifica-se a necessidade de tecnologias educativas sobre a temática que contemplem os recursos disponíveis e modelo de atenção à saúde vigente, assim como discussão de estratégias durante treinamentos promovidos pelos Núcleos de Educação do Permanente dos SAMUs para minimizar os danos ao RN transportado em ambulância, propiciando assistência de qualidade e segura.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal. Brasília (DF): MS; 2010.
2. Cruz ATCT, Doth RCM, Oriá MOB, Alves MDS. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: perfil da produção científica brasileira. *Cogitare Enferm.* 2011 Jan-Mar; 16(1):141-7.
3. Goldsmit G, Rabasa C, Rodríguez S, Aguirre Y, Valdéz M, Pretz D, et al. Risk factors associated to clinical deterioration during the transport of sick newborn infants. *Arch Argent Pediatr.* 2012 Aug; 110(4):304-9.
4. Greisen G. Neonatal transfer - a thin layer of glue to keep the service network together? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2007 May; 92(3):159-60.
5. Albuquerque AMA, Leite AJM, Almeida NMGS, Silva CF. Avaliação da conformidade do transporte neonatal para hospital de referência do Ceará. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2012 Jan-Mar; 12(1):55-64.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Urgências e

- Emergências. Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília (DF): MS; 2002.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cuidados com o RN pré-termo. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): MS; 2011.
 8. Karlsten KA, Trautman M, Price-Douglas W, Smith S. National survey of neonatal transport teams in the United States. *Pediatrics*. 2011 Sept; 128(4):685-91.
 9. Balbino AC, Cardoso MVLML, Silva VM. Transporte inter-hospitalar de recém-nascido crítico: revisão integrativa da literatura. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015; 48(6):610-8.
 10. Ministério da Saúde (BR) Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013: institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília (DF): MS; 2013.
 11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):17-27.
 12. Bardin L. Análise de conteúdo. Porto (PT): Edições 70; 2011.
 13. Silva JG, Vieira LJES, Pordeus AMJ, Souza ER, Gonçalves MLC. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. *Rev Bras Epidemiol*. 2009 Dec; 12(4):591-603.
 14. Divino EA. Atendimento pré-hospitalar móvel na cidade do Rio Grande: socorro às vítimas de trauma [dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2006.
 15. Santos SV, Costa R. Prevention of newborn skin lesions: knowledge of the nursing team. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2015 Jul-Sep [cited 2015 Jul 10]; 24(3):731-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300731
 16. Sethi D, Subramanian S. When place and time matter: how to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi J Anaesth*. 2014 Jan-Mar; 8(1):104-13.
 17. Marba ST, Guinsburg R, Almeida MFB, Nader PJH, Vieira ALP, Ramos JRM, et al. Transporte de recém-nascido de alto risco: diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria; 2011.
 18. Ministério da Saúde (BR), Portaria GM/MS nº 1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília (DF): MS; 2010.
 19. Ministério da Saúde (BR), Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): MS; 2011.
 20. Fenton AC, Leslie A. The state of neonatal transport services in the UK. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2012 Nov; 97(6):477-81.
 21. Hernando JM. Recomendaciones sobre transporte neonatal. *An Pediatr*. 2013 Feb; 79(2):117-23.
 22. Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCTC, Gomes GG, Brito MJM. Specificities of the nursing work in the mobile emergency care service of Belo Horizonte. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2013 Jan-Mar [cited 2015 Jul 10]; 22(1):208-15. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100025
 23. Pires MRGM, Spagnol CA, Brito MJM, Gazzinelli MFC, Montenegro LC. Diálogos entre a arte e a educação: uma experiência no ensino da disciplina de administração em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Jul-Sep; 18(3):559-67.
 24. Stroud MH, Trautman MS, Meyer K, Moss MM, Schwartz HP, Bigham MT, et al. Pediatric and neonatal interfacility transport: results from a national consensus conference. *Pediatrics*. 2013 Aug; 132(2):359-66.
 25. Weingart C, Herstich T, Baker P, Garrett ML, Bird M, Billock J, et al. Making good better: implementing a standardized handoff in pediatric transport. *Air Med J*. 2013 Jan-Feb; 32(1):40-6.
 26. Paludetto R, Di Fiore A, Cerullo J, Mansi G, Van Den Heuvel J, Umbaldo A. Medical-legal aspects of neonatal transport. *Early Hum Development*. 2013 Oct; 89(4):41-2.
 27. Romanzeira JCF, Sarinho SW. Quality assessment of neonatal transport performed by the Mobile Emergency Medical Services (SAMU). *J Pediatr*. 2015 Jul-Aug; 91(4):380-5.
 28. Santos CMB. Os veículos de polícia e as infrações ao Código de Trânsito Brasileiro. *Conteúdo Jurídico [Internet]*. 2014 [cited 2015 Jul 10]. Available from: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.51272&seo=1>