



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ENDRIC PASSOS MATOS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA A SEGURANÇA DO
PACIENTE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

FEIRA DE SANTANA

2019

ENDRIC PASSOS MATOS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA A SEGURANÇA DO
PACIENTE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvone Santa Bárbara da Silva
Co-orientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

FEIRA DE SANTANA

2019

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Matos, Endric Passos
M381c Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. / Endric Passos Matos. - 2019.
104f.

Orientadora: Silvone Santa Bárbara da Silva
Coorientador: Deybson Borba de Almeida

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Mestrado Profissional em Enfermagem, 2019.

1. Segurança do paciente. 2. Indicadores. 3. Enfermagem. I. Silva, Silvone Santa Bárbara da, orient. II. Almeida, Deybson Borba de, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 614.253.8

ENDRIC PASSOS MATOS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Produção do cuidado, avaliação dos serviços e programas de saúde em enfermagem.

Feira de Santana, 25 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr^a Silvone Santa Bárbara da Silva (Presidente)

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.^a Dr^a Maria de Lourdes de Almeida

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof.^a Dr^a Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dr^a Maria Yaná Guimarães Silva Freitas

Doutorada em Saúde Pública e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.^a Dr^a Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues

Doutora em Enfermagem e professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Aos pacientes, que confiam a mim o cuidado de suas vidas, compartilham dos seus anseios e contribuem para o meu crescimento humano e profissional.

AGRADECIMENTOS

Talvez as palavras não consigam transmitir suficientemente a minha gratidão, nem alcancem a todos que participaram e contribuíram com essa conquista. Esta foi uma trajetória marcada por muita superação, mudanças, novas experiências e expectativas, também ocorreram momentos de dúvida, insegurança e angústia, superados com muito trabalho e dedicação. Agora chega o momento de agradecer.

A Deus, meu criador e mantenedor, que permitiu o meu ingresso no mestrado – sempre me fortalecendo e renovando minhas forças para vencer os momentos difíceis – e por hoje estar concretizando a realização de um sonho.

À minha mãe Lene, pelo amor incondicional, pelas orações intercessórias, pelo empenho para que eu sempre pudesse avançar com meus estudos e por orgulhar-se de mim. O mérito dessa conquista também é seu.

Ao meu pai Dinho, meus irmãos Cora e Ninha por apoiar as minhas decisões – cada um ao seu modo –, torcer pela minha felicidade e compreender meus momentos de silêncio e ausência.

À Santa Casa de Misericórdia de São Félix, meu berço profissional, onde nasci como enfermeiro, pelo apoio e concessão recebida, por meio da coordenação de enfermagem, para que eu pudesse cursar o mestrado.

À Enf^a. Marília Rocha, pelas oportunidades a mim concedidas na minha trajetória profissional, e por, com seu exemplo, me fazer ter orgulho de ser enfermeiro e enxergar a grandeza dessa profissão.

À professora Enf^a. Dr^a. Iranete Almeida, por conduzir os meus primeiros passos no mundo da pesquisa e acreditar no meu potencial.

Aos participantes da pesquisa, pela receptividade, interesse e atenção empreendida. Suas contribuições foram valiosas e sem elas não seria possível o desenvolvimento deste estudo.

Ao Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde (GESTIO), pelo acolhimento e aprendizado coletivo.

A Josemar, grande amigo, com o qual compartilhei os bons e difíceis momentos dessa jornada, obrigado por toda cumplicidade, por me ouvir, pelas palavras de conforto quando precisei e por estar sempre disponível.

Ao Enf. Me. Leonildo Severino, amigo do coração, por todo apoio e incentivo.

A Wagner, por me fazer acreditar que daria tudo certo e pelo conforto da sua presença.

A todos os colegas da Turma IV do MPEnf, pela agradável convivência, pelos laços de amizade criados, apoio mútuo e por tornar a caminhada mais leve e divertida.

A todo corpo docente do MPEnf pelas construções, críticas, reflexões e discussões que me fazem hoje perceber o quanto cresci e amadureci em todo esse processo.

Em especial...

À professora Dr^a. Silvone Santa Bárbara, quem o destino de forma surpreendente me presentou como orientadora e pude compartilhar do seu saber e competência. Minha profunda gratidão, por ter me aceitado como seu orientando, confiado em mim e entendido as minhas dificuldades.

Ao professor Dr. Deybson Borba pela sua incomensurável contribuição no processo de orientação, pelas assertivas e adequadas sugestões que, sem dúvidas, fizeram toda a diferença para que chegássemos até aqui. Muito obrigado pela paciência, disponibilidade e dedicação. Deixo meu respeito e inestimável gratidão.

MATOS, Endric Passos. **Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar.** 104 fls. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, BA, 2019.

RESUMO

O transporte intra-hospitalar (TIH) definido como o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar, representa um período de potenciais complicações, visto que o paciente está fora do ambiente de cuidados e vulnerável a fatores que podem culminar na ocorrência de eventos adversos com sérias consequências no contexto da assistência à saúde. No entanto, existe na literatura um número limitado de estudos sobre essa temática, constatado após realização do estado da arte em duas bases de dados, que resultou no total de nove trabalhos publicados nos últimos dez anos, foi também identificado à inexistência de indicadores capazes de avaliar a qualidade do TIH e nortear o trabalho da equipe, sobretudo da equipe de enfermagem, que exerce posição de centralidade na prestação do cuidado. Para tanto, o presente estudo teve por objetivo construir e validar um plano de indicadores para mensuração e avaliação da segurança do paciente no TIH. Trata-se de um estudo avaliativo, metodológico, desenvolvido em três etapas. A primeira abrangeu a elaboração dos instrumentos de pesquisa a partir do referencial teórico, iniciando pelo Modelo Lógico (ML), que representa sistematicamente e visualmente as etapas que compõe o TIH seguro de pacientes, com três dimensões e seus respectivos indicadores, que posteriormente subsidiou a elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). A segunda etapa compreendeu a realização de um pré-teste do processo de validação, realizado com profissionais de saúde do Estado da Bahia que desenvolvem diferentes atividades relacionadas ao tema segurança do paciente, sejam elas no serviço, no ensino ou na pesquisa, em diferentes contextos. A realização dessa etapa foi inovadora no estudo metodológico e permitiu ajustar qualitativamente os instrumentos de pesquisa, elaborados na primeira etapa, antes da consulta com os *experts*. A terceira e última etapa compreendeu o momento da validação do plano de indicadores por meio da técnica *Delphi*, e consistiu na realização de duas rodadas sequenciais de consulta a um painel de *experts* em segurança do paciente e da linguística, previamente selecionados a partir da plataforma *Lattes*. A primeira rodada iniciou com 27 participantes e finalizou com 11, na segunda rodada manteve-se a participação dos mesmos 11, somada a avaliação de um *expert* da área da linguística. Essas rodadas foram intercaladas por um *feedback* controlado, dessa forma buscou-se obter o mais confiável consenso desse grupo de especialista sobre a pertinência e clareza dos indicadores elaborados na primeira etapa da pesquisa. O resultado da primeira rodada indicou uma Taxa de Concordância (TC) geral de 93,36% entre os participantes e um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,87. A partir dos enunciados dos participantes foi realizado alguns ajustes na MAJ e ML e submetidos a uma nova avaliação pelo painel de *experts*. Já na segunda rodada a TC foi de 100% em todos os indicadores avaliados, o IVC geral foi aferido em 0,9, além disso, foram feitos os últimos ajustes na MAJ e ML. Logo, o plano de indicadores foi validado, sendo considerado na opinião dos *experts*, possuir a pertinência e a clareza necessárias para ser utilizado nas instituições de saúde, sendo, portanto, indicadores capazes de avaliar a segurança do paciente no TIH, podendo contribuir com o planejamento, com a identificação de avanços, ocorrência de incidentes e fatores relacionados, assim como as fragilidades e inconsistências de toda ação. Além disso, poderá subsidiar a formulação de protocolos assistenciais para o TIH, impulsionando a elaboração de práticas mais seguras, que embora não elimine o risco, contribuirá para a redução da possibilidade de ocorrência de eventos adversos, minimizando a exposição dos pacientes a riscos inerentes ao transporte.

Descritores: Segurança do Paciente; Indicadores; Enfermagem.

MATOS, Endric Passos. **Construction and validation of indicators for patient safety in intra-hospital transport.** 104 fl. Dissertation (Professional Master's Degree in Nursing). State University of Feira de Santana. Feira de Santana, BA, 2019.

ABSTRACT

Intra-hospital transport (IHT) defined as the temporary or definitive referral of patients by health professionals within the hospital environment, represents a period of potential complications, since the patient is out of the care environment and vulnerable to factors that may culminate. the occurrence of adverse events with serious consequences in the context of health care. However, there is a limited number of studies on the subject in the literature, found after the state of the art in two databases, which resulted in a total of nine works published in the last ten years, it was also identified the lack of indicators capable of assess the quality of the IHT and guide the work of the team, especially the nursing team, which plays a central role in the provision of care. To this end, the present study aimed to build and validate a plan of indicators for measuring and assessing patient safety in the IHT. It is an evaluative, methodological study, developed in three stages. The first covered the development of research instruments based on the theoretical framework, starting with the Logical Model (ML), which systematically and visually represents the stages that make up the safe IHT for patients, with three dimensions and their respective indicators, which subsequently subsidized the elaboration of the Analysis and Judgment Matrix (MAJ). The second stage comprised the performance of a pre-test of the validation process, carried out with health professionals from the State of Bahia who develop different activities related to the subject of patient safety, whether in the service, in teaching or in research, in different contexts . The accomplishment of this stage was innovative in the methodological study and allowed to qualitatively adjust the research instruments, elaborated in the first stage, before consultation with the experts. The third and final stage comprised the timing of the indicator plan validation using the Delphi technique, and consisted of two sequential rounds of consultation with a panel of patient safety and linguistics experts, previously selected from the Lattes platform. . The first round started with 27 participants and ended with 11, in the second round the participation of the same 11 remained, added to the evaluation of a linguistic expert. These rounds were interspersed with controlled feedback, so we sought to obtain the most reliable consensus of this group of experts on the pertinence and clarity of the indicators developed in the first stage of the research. The result of the first round indicated a general Agreement Rate (TC) of 93.36% among the participants and a Content Validity Index (CVI) of 0.87. Based on the statements of the participants, some adjustments were made to the MAJ and ML and submitted to a new evaluation by the panel of experts. In the second round, the CT was 100% in all indicators evaluated, the general CVI was measured at 0.9, in addition, the last adjustments were made in MAJ and ML. Therefore, the indicator plan was validated, being considered in the opinion of the experts, to have the pertinence and clarity necessary to be used in health institutions, being, therefore, indicators capable of assessing patient safety in the IHT, being able to contribute with the planning, with the identification of advances, the occurrence of incidents and related factors, as well as the weaknesses and inconsistencies of every action. In addition, it can support the formulation of care protocols for the IHT, promoting the development of safer practices, which, while not eliminating the risk, will contribute to reducing the possibility of adverse events, minimizing the exposure of patients to risks inherent to the transport.

Descriptors: Patient Safety; Indicators; Nursing.

*Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que
sou um ser condicionado, mas, consciente do
inacabamento, sei que posso ir mais além dele.
Esta é a diferença profunda entre o ser
condicionado e o ser determinado.*

Paulo Freire / Pedagogia da Autonomia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo lógico para o transporte intra-hospitalar seguro	41
Figura 2 – Etapas da Técnica <i>Delphi</i>	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Apresentação esquemática dos critérios de avaliação dos indicadores	42
Quadro 2 – Caracterização dos participantes do pré-teste	43
Quadro 3 – Consolidação dos dados da MAJ do pré-teste	50
Quadro 4 – Consolidação dos dados da MAJ da primeira rodada da técnica <i>Delphi</i>	55
Quadro 5 – Consolidação dos dados da MAJ segunda rodada da técnica <i>Delphi</i>	60
Quadro 6 – MAJ final, após rodadas da técnica <i>Delphi</i>	66
Quadro 7 – Plano de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS	Agencia Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CBA	Associação Brasileira de Acreditação
CCIH	Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CL	Claro
CO	Concordo
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CP	Concordo plenamente
CNQPS	Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
DC	Discordo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DP	Discordo Plenamente
EA	Evento Adverso
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IDSUS	Índice de desenvolvimento do SUS
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOM	Institute of Medicine
ISMP	Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MC	Muito Claro

MEC	Ministério da Educação
MesH	Medical Subject Headings
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
NC	Não Claro
NDC	Nem discordo nem concordo
NOTVISA	Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBQP	Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade
PC	Pouco Claro
PIC	Pressão intracraniana
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROQUALIS	Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
R	Resposta
RBHS	Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RENISS	Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde
RIENSP	Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
RJ	Rio de Janeiro
RBHS	Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAARTI	Società Italiana di Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
SOBRASP	Sociedade Brasileira para Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente
SUS	Sistema Único de Saúde

TC	Taxa de Concordância
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIH	Transporte intra-hospitalar
TJC	The Joint Commission
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHA	World Health Assembly

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	23
2.1 INTERFACES ENTRE A ENFERMAGEM E OS MARCOS HISTÓRICOS DA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE.	23
2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE COMO DIMENSÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SUA IMPLICAÇÃO NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR	29
2.3 BASES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES E VALIDAÇÃO DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE	33
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 TIPO DE ESTUDO	37
3.2 ETAPAS DA PESQUISA	37
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	38
3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	39
3.4.1 Modelo Lógico	39
3.4.2 Matriz de Análise e Julgamento	42
3.5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA.....	43
3.5.1 Pré-teste.....	43
3.6 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA TERCEIRA ETAPA DA PESQUISA	43
3.6.1 A técnica <i>Delphi</i>	44
3.6.2 Painel de juízes	45
3.6.3 Rodadas.....	46
3.6.3.1 Procedimento para realização da primeira rodada da técnica <i>Delphi</i>	47
3.6.3.2 Procedimento para realização da segunda rodada da técnica <i>Delphi</i>	47
3.6.4 Consenso	48
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 RESULTADOS DO PRÉ-TESTE.....	50
4.2 RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA DA TÉCNICA <i>DELPHI</i>	55
4.3 RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA <i>DELPHI</i>	60

5 CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A – VERSÃO INICIAL DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO.	84
APÊNDICE B – E-MAIL CONVITE PARA ESPECIALISTA DO PAINEL	87
APÊNDICE C – E-MAIL COM ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO	88
APÊNDICE D – E-MAIL LEMBRE PARA OS ESPECIALISTAS DO PAINEL	89
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90
ANEXO A – RESOLUÇÃO COFEN 588/2018	92
ANEXO B – PROTOCOLO E DIRETRIZES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS	95
ANEXO C – ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTE PARA TRANSPORTE INTRAHOSPITALAR ELABORADO POR SILVA, R.; AMANTE, L, N. 2015.....	97
ANEXO C – PARECER DO LINGUISTA	99
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	100

1 INTRODUÇÃO

As mudanças contínuas de padrões de assistência decorrentes dos avanços técnico-científicos, resultam na busca pela qualidade do cuidado como uma tendência nas unidades de saúde e dos profissionais que nelas atuam. Essa qualidade visa minimizar os riscos, garantindo uma assistência segura que não comprometa a vida dos pacientes com desdobramentos imprevisíveis. Nesse contexto, a qualidade em saúde pode ser mensurada como "o grau em que os serviços prestados ao paciente diminuem a probabilidade de resultados desfavoráveis, e aumentam a probabilidade de resultados favoráveis" (REIS; MARTINS; LAGUARDIA, 2013).

Diante dessa realidade, a discussão em torno da segurança do paciente tem se tornado um dos pilares que alicerça a qualidade da assistência na saúde e gerado um movimento global no meio científico e assistencial, denominado por Dias et. al (2014) como “era da segurança do paciente”. Esta era vem impulsionando o desenvolvimento de políticas e pesquisas que contribuam para a prática clínica, assim como para a garantia de uma melhor qualidade da assistência à saúde da população, essa menos passível de eventos adversos (EA) definidos por Gallotti (2004) como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base.

Dados de pesquisas dos últimos 20 anos buscaram mostrar a realidade sobre a ocorrência de EA no mundo, como o relatório *To Err is Human*, do *Institute of Medicine* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000) estimou que nos Estados Unidos morrem por ano entre 44 mil a 98 mil pessoas por EA evitáveis. Gallotti (2004) em sua pesquisa evidenciou que no continente europeu, um em cada dez pacientes internados em unidades hospitalares são vítimas de EA, sendo que 50 a 60% destes poderiam ser evitados. Um outro estudo desenvolvido por Aranaz-Andrés et. al (2011) em 58 hospitais localizados na Argentina, Colômbia, Costa Rica, México e Peru, com 11.379 pacientes constatou uma prevalência de EA de 10,5%, dos quais 28% geraram incapacidade aos pacientes, 6% óbito e 60% se classificaram como evitáveis.

No Brasil a realidade não é menos preocupante. Como destaca Mendes et. al (2009) em seu estudo, o país possui uma das maiores frequências de EA evitáveis do mundo, mais significativa que acidentes de trânsito, câncer de pulmão ou AIDS, estimada em 7,6% das internações, observando que do total 67% são consideradas ocorrências evitáveis. Uma outra pesquisa desenvolvida nos hospitais do Rio de Janeiro por Pavão et. al (2011) evidenciou que 10% das admissões hospitalares são afetadas por EA.

Esses incidentes ocorrem cotidianamente em hospitais do mundo inteiro e impactam diretamente a segurança do paciente, custando à vida, em casos mais extremos, ou comprometendo a saúde e o bem estar, podendo levar ao aumento do tempo de permanência e dos gastos hospitalares adicionais. Como destaca Porto et. al (2010), estas duas ocorrências relacionadas a EA aumentam os gastos em 200,5% e em 28,3 dias a mais de permanência, se comparando com internações sem eventos adversos.

Dentre as possíveis ocorrências de EA que podem comprometer a segurança do paciente produzindo danos à saúde e à vida das pessoas, destaco aqueles relacionados ao transporte intra-hospitalar (TIH), definido por Nogueira, Marin e Cunha (2005) como “o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes por profissionais de saúde dentro do ambiente hospitalar” (p.391). Para Wachter (2010) os “erros nas transferências de pacientes estão entre os mais comuns e de maiores consequências para os pacientes no contexto da assistência à saúde” (p.104). Lima Junior et al. (2012), consideram que esse é um período de potenciais complicações, visto que o paciente está fora do ambiente de cuidados e vulnerável a fatores que podem culminar em alterações hemodinâmicas rápidas, progressivas e evitáveis.

Os primeiros registros de que o transporte intra-hospitalar oferece riscos datam do início dos anos 1970, quando foram encontradas arritmias em até 84% do transporte de pacientes de alto risco cardíaco, nos quais foram necessárias intervenções de emergência em 44% dos casos (TAYLOR et al, 1970). Outros estudos apontam que a incidência de EA e incidentes durante TIH do paciente em estado crítico pode variar de 1,7 a 75,7% (ZUCHELO; CHIAVONE, 2009; MAY, 2010). Mais recentemente, um estudo realizado por Guesser (2014) em um hospital do sul do país revelou que 73,33% dos pacientes críticos, transportados da emergência para UTI, foram acometidos por algum incidente.

Convergindo a essa afirmação, Almeida et al. (2012) afirmam que possíveis alterações fisiológicas de pacientes graves durante o transporte intra-hospitalar são comuns e conhecê-las bem subsidiará a tomada de decisão de acordo com os problemas identificados associados a essas falhas. Destaca-se também erros de equipe responsável pelo transporte na comunicação e falhas de equipamentos.

No Brasil há uma subnotificação dos EA relacionados ao TIH, haja vista que o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), desenvolvido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para receber notificações de incidentes, EA e queixas técnicas, não especifica esse tipo de ocorrência. A notificação, quando ocorre, é feita em categorias como ‘notificação diversa’; ‘acidentes do paciente’ ou ‘falhas no cuidado / proteção do paciente’, não sendo possível identificar exatamente o tipo de ocorrência. A

notificação por parte dos profissionais de saúde é de extrema importância, pois, como destacam Capucho e Bartoli (2013), este é um método de baixo custo e de extrema importância para identificação de incidentes em saúde, com objetivo de buscar uma contínua melhoria das ações de saúde, centrada no paciente.

Considerando que os cuidados prestados à saúde de forma insegura podem ocasionar prejuízos à saúde, muitas vezes irreparável, Lima (2014) afirma que a implantação de indicadores e de medidas de segurança podem contribuir com a prevenção do erro e que estes devem estar presentes em todos os cuidados de saúde. Corroborando essa afirmação Gouvêa e Travassos (2010) afirmam que a inclusão de indicadores de segurança representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado. No entanto, não existe nenhum conjunto de indicadores definidos que subsidiem a avaliação e tomada de decisão no transporte intra-hospitalar, além de serem escassas as pesquisas sobre o tema, fato constatado após realização do estado da arte para construção desse estudo.

A busca do estado da arte sobre o objeto deste estudo se deu em periódicos indexados em bases de dados, por meio do acesso a dois portais de pesquisa. O primeiro deles foi o portal da PUBMED utilizando os descritores *Medical Subject Headings* (MeSH): *transportation of patients; nursing e patient safety*, unidos pelo conectivo booleano *and*, foram encontrados 121 trabalhos. Na sequência, adotamos os seguintes critérios para seleção dos artigos: artigos originais com resumos e textos completos disponíveis para análise; publicados nos idiomas português e inglês entre os anos 2007 e 2017. Segundo os critérios supracitados, foram encontrados 48 artigos. A partir disso, procedeu-se à leitura minuciosa de cada título e resumo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, resultando no total de 9 trabalhos, todos em inglês.

A segunda busca se deu pelo portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): segurança do paciente; enfermagem e transporte de pacientes, com o conectivo booleano *and*, utilizando os mesmos critérios de seleção da primeira busca, foram encontrados 56 trabalhos. Após leitura dos títulos e resumos disponíveis, foram selecionados apenas 2 trabalhos que apresentavam relação com o objeto da pesquisa, ambos em português.

Verificou-se que há uma multiplicidade de produções com abordagem diferentes da temática segurança do paciente na literatura, no entanto, existe uma lacuna de conhecimento no que se refere à produção do conhecimento científico sobre a segurança do paciente no TIH, sobretudo na realidade nacional. Tal lacuna pode ser também constatada no processo

assistencial, visto o alto índice de ocorrência de EA. Embora o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) tenha publicado a resolução 588 de outubro de 2018 que atualiza e normatiza a atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, a ausência de indicadores que norteiam essa ação faz com que a equipe multiprofissional, sobretudo a enfermeira, que desempenha competências gerais e de liderança, realize a sua tomada de decisão a partir da sua própria concepção de segurança.

Portanto, considerando a importância dessa temática no contexto da segurança do paciente, a lacuna de conhecimento existente na literatura, bem como a inexistência de indicadores de saúde capazes de avaliar a qualidade do TIH e nortear o trabalho da enfermeira, adotamos como objeto de investigação **a construção e validação de indicadores para avaliação da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar.**

Por estar inserido na rotina dos serviços de saúde de uma unidade hospitalar de médio porte, localizada no recôncavo baiano, com 100 leitos, responsável por atender a demanda de mais de vinte municípios pactuados e trabalhar na assistência direta com o paciente e integrar o Núcleo de Segurança do Paciente dessa organização, tenho vivenciado questões como a superlotação da unidade de emergência, o número restrito de leitos em terapia intensiva e a limitação de insumos e tecnologias, fatores que podem representar uma ameaça à qualidade da assistência e segurança do paciente internado, sobretudo, no que tange ao TIH. Apesar da relativa sofisticação tecnológica oferecida pelo referido serviço de saúde, determinados exames ou cuidados necessários ao paciente não podem ser oferecidos na sua unidade de internação ou observação, havendo, portanto, a necessidade do TIH. Diante do exposto, considerando a minha vivencia e a partir do que afirmam YANG, S, et al (2017) JARDEN, R. J; QUIRKE, S. (2010) e PAPSON, J. P. N; RUSSELL, K. L; TAYLOR, D. (2007) adotamos como conceito guia para esse estudo, a seguinte definição de transporte intra-hospitalar:

Transporte intra-hospitalar é um tipo de transferência temporária, comumente realizado em hospitais durante a prestação de cuidados a saúde, a fim de realizar procedimentos adicionais que não são disponibilizados ao paciente a beira do leito. É uma ação arquitetada por um conjunto de saberes, atitudes, ações técnicas e cognitivas que viabilizem a acessibilidade, a aceitabilidade e efetividade, garantindo rigor sobre a minimização dos riscos, consequentemente maior segurança e qualidade na assistência prestada.

Consideramos que os resultados dessa pesquisa são relevantes, pois trarão importantes contribuições para o estado da arte e impactará positivamente a qualidade da assistência na prática do TIH. Contribuirá para a reflexão e tomada de decisão dos membros da equipe, sobretudo as enfermeiras, fazendo com que adotem medidas específicas e seguras no gerenciamento do cuidado dos pacientes em situação de transporte, para além das percepções individuais do que significa segurança. Além disso, trará subsídios para a identificação de perigos, redução dos riscos e EA, com a incorporação de boas práticas que favoreçam a eficácia dos cuidados prestados.

Buscamos, portanto, encontrar resposta para o seguinte questionamento relacionado ao tema **segurança do paciente no transporte intra-hospitalar**: É possível construir um plano de indicadores para mensuração e avaliação da segurança do paciente no TIH e validar seu conteúdo por meio do consenso obtido a partir de um painel de especialistas? Ao passo em que também buscamos alcançar o objetivo do estudo que foi: Construir e validar um plano de indicadores para mensuração e avaliação da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

2.1 INTERFACES ENTRE A ENFERMAGEM E OS MARCOS HISTÓRICOS DA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE.

Ao longo dos anos os serviços de saúde foram se modernizando e a busca pela melhor qualidade nos cuidados prestados também cresceu, tendo alguns marcos importantes ao longo da história. Dentre os primeiros registros sobre segurança do paciente está o que data do quarto século antes de Cristo, por Hipócrates, expoente da medicina, ao escrever “nunca causarei dano a ninguém” traduzido posteriormente como “*Primum non nocere*” ou “primeiro não causar dano”. Outro fato significativo para o início desta discussão em torno da segurança do paciente foram às iniciativas do médico húngaro Ignaz Semmelweiss, conhecido como um dos pioneiros dos procedimentos antissépticos e pai da epidemiologia que, por volta de 1847, de forma empírica atestou, ancorado em várias hipóteses, que a taxa de morbimortalidade entre mulheres atendidas pelos estudantes de medicina era superior do que entre aquelas atendidas por parteiras, atentando para a diferença do cuidado com as mãos entre esses dois grupos. Ele observou que enquanto os estudantes de medicina se deslocavam da sala de autópsia para sala de parto após manusear vísceras de pessoas falecidas por febre puerperal sem higienizar as mãos, o mesmo não ocorria com as parteiras, tendo em vista que estas não frequentavam sala de autópsia. Tal acontecimento foi fundamental para a implementação das primeiras medidas em torno da segurança do paciente, como a lavagem das mãos antes do contato com paciente e a fervura dos instrumentais (PITTET; BOYCE, 2001; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Como destaca Collière (1999) desde os tempos remotos da humanidade, correspondendo a uma função social, a mulher, responsável por gerar a vida em torno da fecundidade, era quem deveria participar diretamente de tudo o que fosse necessário para manutenção da mesma, sendo a enfermagem dos dias atuais uma ramificação dessa evolução milenária de cuidados desempenhados majoritariamente por mulheres. A exemplo disso, Florence Nightingale, considerada fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo, ganhou notoriedade quando, em 1854, participou voluntariamente da Guerra da Criméia, onde organizou um hospital com 4.000 soldados internos, juntamente com 38 mulheres (irmãs anglicanas e católicas) conseguindo baixar a mortalidade de 40% para 2%, ao instituir cuidados com a higiene, limpeza do ambiente, alimentação, registros estatísticos das principais causas de óbitos, priorizando sempre a segurança dos enfermos como fator fundamental para uma boa qualidade nos cuidados prestados. Por este trabalho ganhou um

prêmio do governo inglês com o qual fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas - Londres, em 24/06/1860. Publicando em 1863 o livro *Notes on hospitals* em que apresenta preocupações relativas à temática segurança do paciente, sustentando a ideia de que o primeiro dever de um hospital deveria ser o de não causar mal ao paciente. (PADILHA, MANCIA, 2005; NIGHTINGALE, 1989).

Outros fatos também foram fundamentais nesse percurso histórico em prol da segurança do paciente. Como destaca Oliveira e Paula (2013): a descoberta da teoria microbiana e dos antimicrobianos, bem como as formas de transmissão das doenças, marcado pela adoção de novas tecnologias e intervenções na saúde como a assepsia, antisepsia, esterilização e antibioticoterapia. Em 1960 as recomendações para a criação das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) começaram tendo como objetivos: notificar casos de infecção e a implementação de diretrizes para procedimentos de desinfecção, monitoramento das ações de controle de infecção, métodos de vigilância e práticas educativas nas instituições de saúde. No Brasil, as primeiras iniciativas para a criação da CCIH aconteceram na década de 1970 propostas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) nos hospitais vinculados a ele. Todavia, somente em 1984, com a morte do então presidente Tancredo de Almeida Neves atribuída a uma infecção cirúrgica é que vem a público a primeira legislação sobre o tema.

Houve também a criação da Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAHO), em 1952 nos EUA e a *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) em 1989, designada pelo governo americano como agência federal responsável pela educação e pesquisa em segurança do paciente e muitas outras organizações que surgiram no EUA e no mundo com o propósito de mudança para uma assistência de saúde mais segura e com qualidade. No Brasil, a acreditação surgiu no início da década de 1990 como estratégia para a melhoria da qualidade hospitalar. Em 1994, o MS estabeleceu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) e a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde (CNQPS), que desempenharam importante papel na acreditação de instituição no país. (AHRQ, 2011; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Contudo, foi à pesquisa do psicólogo britânico Janes Reason que na década 90 deu destaque a essa temática, despertando a comunidade científica com os resultados de sua pesquisa intitulada *Human Error*. Este estudo, portanto, foi o primeiro da série de relatos sobre a segurança do paciente, propondo o “Modelo de Queijo Suíço”, tendo como um dos pilares dessa estratégia a substituição da culpa por novas oportunidades de melhorar o

sistema, tornando-se uma referência em segurança para as iniciativas mundiais. Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) publica o relatório intitulado: *To Err is Human: Building a Safer Health Care System* (Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde mais Seguro), revelando a alta taxa de mortalidade nos hospitais dos EUA decorrentes de erros na assistência à saúde, iniciando, a partir daí, o movimento mundial de segurança do paciente (WACHTER, 2010; NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015).

Desde então, diversas medidas foram tomadas em função da segurança do paciente e qualidade da assistência. No início da década de 2000 surgiram as primeiras pesquisas no Brasil, influenciadas pelo cenário mundial, cuja temática da segurança do paciente estava e continua sendo discutida amplamente por diversos segmentos da saúde. Segundo Oliveira et. al (2014) são crescentes as iniciativas para a promoção da segurança e da qualidade na assistência à saúde em âmbito mundial, com envolvimento da alta direção das instituições até seus colaboradores. Esta questão é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública cuja intenção incide sobre a redução dos riscos de danos à saúde associados ao cuidado prestado num mínimo aceitável, ponderando, como destaca Gomes et al (2017), a utilização de recursos disponíveis em cada contexto e os riscos inerentes de cada situação.

Aliado a esse compromisso de planejar e implementar ações que tornem os cuidados à saúde mais seguros, a ANVISA cria em meados de 2001 a Rede Brasileira de Hospitais Sentinelas (RBHS), contando com hospitais de referência que atuam sistematicamente no monitoramento e notificação de eventos adversos no ambiente hospitalar com a finalidade de ampliar a vigilância sob produtos utilizados em serviços de saúde, garantindo mais segurança para os pacientes e profissionais, além de melhores produtos no mercado. Essa mesma agência em 2004, junto com o MS criaram a Rede Nacional de Investigação de Surtos e Eventos Adversos em Serviços de Saúde (RENISS), com a finalidade de criar um grupo de profissionais capacitados a investigar os surtos e eventos adversos hospitalares e intervir com ações rápidas em situações de risco sanitário para diminuir a gravidade dos casos e o número de pessoas afetadas (BRASIL, 2011a).

Sob essa mesma perspectiva de garantir uma assistência mais segura, a 55^a Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 2002 adotou a Resolução *World Health Assembly WHA 55.18* com o tema “*Qualidade da atenção: segurança do paciente*”, que requereria aos Estados-membros da OMS atenção à segurança dos pacientes, recomendando o desenvolvimento de normas, padrões globais e a promoção de políticas em prol da excelência na segurança do paciente, já que, muito embora os sistemas de saúde difiram de um país para

o outro, as ameaças têm causas e soluções frequentemente similares. Em 2004, a 57^a Assembleia Mundial da Saúde, dando continuidade à proposta, apoiou a criação do programa *The World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança) para conduzir as estratégias para promoção da segurança do paciente no âmbito internacional, tendo como elemento central do seu trabalho a formulação de seis metas internacionais para atuação nesse campo. Em 2005 a OMS designou a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), hoje denominada *The Joint Commission* (TJC) e a *Joint Commission International* (JCI), consideradas organização de referência mundial em acreditação, qualidade e segurança do paciente, como centros colaboradores da elaboração dessas metas, sendo elas: identificação correta dos paciente; comunicação efetiva; segurança de medicamentos de alta vigilância; cirurgia segura; redução do risco de infecção associada ao cuidado de saúde; redução do risco de lesões decorrentes de queda (TJC; JCI, 2008; WHO, 2008; WHO, 2004).

Nesse contexto, ainda em 2005, em Concepción, no Chile, a Organização dos Recursos Humanos para a Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP), com o intuito de identificar prioridades, discutir possibilidades e cooperação de conhecimento entre os países, fortalecendo, consequentemente, os cuidados de enfermagem em prol da segurança do paciente. Logo depois, em 2008, foi criada no Brasil a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP) se propondo também a contribuir com o fortalecimento do cuidado, por meio de evidencias científicas, ensino, pesquisa, gestão, educação na área da segurança do paciente (CALDANA et, al 2015; REBRAENSP/RS, 2015).

Outra importante ação no âmbito nacional ocorreu em 2009, com a criação do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis), vinculado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com financiamento do MS, através da Secretaria de Atenção à Saúde. O Portal Proqualis é responsável por produzir e disseminar informações e tecnologias sobre qualidade e segurança do paciente, servindo de fonte permanente de consulta e atualização de conteúdos para os profissionais de saúde através da divulgação de conteúdos técnico-científicos selecionados a partir da relevância, qualidade e atualidade. Ainda em 2009, também foi fundado o Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos (ISMP Brasil), com sede na cidade de Belo Horizonte/Minas Gerais. O instituto foi fundado em 2009 a partir de iniciativas voluntárias de profissionais com

experiência na promoção da segurança dos pacientes, principalmente quanto à utilização de medicamentos nos diferentes níveis de assistência à saúde. É uma organização não governamental, independente e sem fins lucrativos, pioneira na condução de iniciativas para promover a segurança no uso de medicamentos no Brasil (BRASIL, 2009; ISMP 2009).

Logo em seguida, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou um projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção em Saúde, o QualiSUS-Rede. Apesar de ter representado uma contribuição para o desenvolvimento da qualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), a iniciativa não contemplava os objetivos estratégicos de incentivo à adoção de um programa de acreditação hospitalar nem os objetivos relacionados à segurança do paciente recomendados pelo IOM e a OMS. Nesse mesmo ano, o MS criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), objetivando melhoria do desempenho da Atenção Básica. Outra iniciativa do MS foi o monitoramento do Índice de desenvolvimento do SUS (IDSUS) com a intenção de conferir o desempenho do sistema de saúde quanto ao acesso e efetividade da atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar, de urgência e emergência na esfera nacional por meio de indicadores de qualidade. No entanto não há nenhum indicador dentre os elencados pelo IDSUS que se relacione diretamente com a segurança do paciente como a taxa de incidentes ocorridos no atendimento de urgência e emergência (BRASIL, 2011b; BRASIL 2011c; BRASIL, 2012).

Frente a essa realidade em que as estratégias executadas pelo MS não vinham alcançando um resultado desejado de estímulo e garantia de prevenção de incidentes que refletissem na segurança e qualidade de vida dos pacientes nos estabelecimentos de saúde, o MS lança em abril de 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com a divulgação de seis Protocolos Básicos voltados às áreas prioritárias proposta pelas metas mundiais da OMS, objetivando contribuir para a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos ou privados em todo o território nacional. Para facilitar a execução das ações de segurança do paciente nos serviços de saúde, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36, de 25 de julho de 2013, que firma a obrigatoriedade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), como responsáveis pela elaboração, implantação e implementação do Plano de Segurança do Paciente (PSP) que apontem e descrevam estratégias definidas para a minimização dos incidentes relacionados à assistência (BRASIL 2013a; BRASIL 2013b).

Na prática, como destaca Capucho e Cassiani (2013), tal programa deve ter um caráter interdisciplinar com a parceria de diferentes instituições, envolvendo não somente o MS e ANVISA, mas também a Agencia Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e o Ministério da

Educação (MEC), como um importante aliado para a formação profissional, sobretudo nos hospitais de ensino. Grabois e Rosa (2019) sinalizam que PNSP foi criado apoiando-se em atividades já realizadas por Universidades, pela REBRAENSP, Fiocruz, ANVISA e pelo ISMP Brasil. No entanto, ele representa o momento em que o MS assume a Segurança do Paciente como política pública de saúde, 14 anos após a publicação do Errar é Humano e 9 anos depois do lançamento pela OMS da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Além disso, até a criação do PNSP não havia no país informações suficientes sobre ocorrências de EA, nem uma área de gestão em saúde profissionalizada e com recursos financeiros adequados na maioria dos estabelecimentos de saúde. Sem dúvida, todas as estratégias criadas ao longo de todo o processo histórico serviram de base para a construção do PNSP, o mais importante evento em prol da segurança do paciente no país, fruto de uma melhor compreensão acerca dos desafios, assim como do desenvolvimento de soluções e melhorias para os serviços de saúde.

Mais recentemente, em dezembro de 2017, foi instituído, na Fiocruz, no Rio de Janeiro – RJ, a Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP) com a finalidade de congregar os profissionais de saúde e os profissionais em geral do Brasil que atuam na área da qualidade do cuidado e da segurança do paciente. Tal sociedade foi criada visando contribuir para a melhoria das condições de saúde da população, o fortalecimento da qualidade do cuidado e segurança do paciente como política pública de saúde e um direito humano básico, o letramento dos profissionais e gestores em saúde, de interessados e a população brasileira em geral para que a ocorrência de incidentes e EA em saúde em particular tenham uma abordagem sistêmica, interdisciplinar e não punitiva. Também tem como objetivo aproximar e treinar equipes multiprofissionais, defesa da cidadania e do aparato judiciário no tocante à Segurança do Paciente e para a maior participação e conhecimento da população sobre qualidade do cuidado e segurança do paciente. (SOBRASP, 2017).

Mello (2011) destaca os processos de acreditação como importante estratégia voltada para segurança do paciente, seja pela metodologia da Acreditação Internacional da Associação Brasileira de Acreditação (CBA) em parceria com a *Joint Commission International*, ou pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Embora seja mais frequente em instituições privadas que buscam a excelência e serem reconhecidas por isso, a acreditação objetiva garantir aos pacientes, profissionais e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde, tendo em vista que a avaliação se volta principalmente a segurança do paciente.

Na busca pela produção do conhecimento que auxilie a elaboração de políticas e programas como o PNSP, um estudo realizado por Domingues, Carvalho e Zem-Mascarenhas (2016), com objetivo de verificar as características dos grupos de pesquisa cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que investigavam a segurança do paciente na saúde e na enfermagem, revelou que a enfermagem é a área de conhecimento que mais pesquisa sobre o tema e que mais criou grupos ou linhas de pesquisa sobre a temática, com destaque para região sudeste.

Diante do exposto, entende-se que apesar do longo percurso histórico e da projeção global nos últimos anos, a discussão em torno da segurança do paciente é relativamente nova. Nessa caminhada pela elaboração de uma base científica, necessária para a consolidação dos sistemas de enfrentamento dos problemas de saúde relacionados às falhas na assistência, a enfermagem não esteve invisível, pois protagonizou marcos fundamentais que subsidiaram a modificação de regras e elaboração de princípios científicos, e permanece fomentando reflexões, produzindo novas competências e servindo de substrato para transformações culturais de acordo com as novas tendências.

2.2 SEGURANÇA DO PACIENTE COMO DIMENSÃO DA QUALIDADE DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SUA IMPLICAÇÃO NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

A OMS define ‘segurança do paciente’ como à redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Por sua vez, Matiolo et al. (2016) nos apresenta um conceito, definido pela Classificação Internacional de Segurança do Paciente que a considera como “o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar”. Para Albuquerque (2016) a segurança do paciente também se constitui como uma questão de direitos humanos, uma expressão do direito à vida, em que todos possuem direito de receber cuidados em saúde seguros, com o máximo de qualidade possível a ser oferecida, cabendo ao Estado à obrigação de adotar medidas legislativas que garantam não somente a proteção desse direito como também a punição dos que atentam contra a vida de outrem nessa esfera.

Nessa direção, entende-se que a qualidade desse cuidado, nos diferentes sistemas de saúde, como destaca a OMS, opera em seis diferentes dimensões, a saber: 1 – efetividade, os cuidados em saúde devem ser baseados em evidências científicas e prover melhorias na saúde dos indivíduos e comunidades; 2 - eficiência, buscando maximizar o uso dos recursos e evitando o desperdício; 3 - acessibilidade, devem ser oportunos, geograficamente acessíveis; 4

- centralidade no paciente, considerando as suas preferencias e desejos individuais; 5 - equidade, sem variações entre gênero, raça, etnia e outros fatores pessoais; e 6 - **segurança**, com a minimização dos riscos e dos danos à saúde dos pacientes (WHO, 2009).

Corroborando o que diz a OMS, o clássico autor Avedis Donabedian também considera que a qualidade do cuidado em saúde é composta por alguns atributos, são eles: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade. Que avaliados isoladamente ou em uma variedade de combinações, podem expressar a magnitude da qualidade. Esse mesmo autor define a boa ‘qualidade do cuidado em saúde’ como sendo aquela que produz, dado os recursos disponíveis, os melhores resultados de saúde para a população como um todo (DONABEDIAN, 2003).

A discussão sobre qualidade dos serviços de saúde traz consigo alto grau de subjetividade, considerando a complexidade do processo de trabalho em saúde. Nesse contexto, mais uma vez, podemos destacar a figura de Florence Nightingale, como precursora das ações de cuidado com foco na qualidade, quando ainda durante a guerra da Criméia em 1850, propôs mudanças organizacionais e de higiene nos hospitais que impactaram positivamente na qualidade da assistência prestada aos feridos da guerra, bem como na diminuição de óbitos (PADILHA, MANCIA, 2005).

Nesse contexto, Gama e Saturno (2013) nos diz que a segurança do paciente é uma das dimensões da qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde, o que nos assegura pensar que segurança e qualidade são indissociáveis. No entanto, a segurança do paciente tem sido um nó crítico na melhoria da qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde, haja vista que tem se constituído em um importante desafio para saúde pública em todo o mundo.

Sendo assim, a garantia de uma cuidado de qualidade e seguro, sem dúvidas, perpassa pelo engajamento dos profissionais que o executa, cabendo à equipe multiprofissional a responsabilidade de buscar todos os recursos disponíveis para efetivá-la, e nesse processo é conferido à enfermagem um papel de evidência, conforme destaca Sarrubbo (2010) ao afirmar que atuação do profissional de enfermagem na segurança do paciente é preponderante, por ser o grupo profissional com maior força de trabalho na prestação do cuidado direto ao paciente nas instituições de saúde. A equipe de enfermagem, portanto, deve reconhecer a necessidade do fortalecimento de uma cultura de segurança no nível organizacional e fazer valer a sua prática e o seu saber como medida fundamental no processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar.

Com os avanços tecnológicos e sofisticação dos testes diagnósticos e procedimentos terapêuticos, o que um dia foi considerado de acesso limitado agora é rotina em muitas

unidades de saúde e com essa modernização dos recursos que auxiliam na preservação da vida dos pacientes Silva e Amande (2015) sinalizam o aumento da necessidade de deslocamento dos pacientes para áreas separadas da sua unidade de internamento ou observação, uma vez que nem todos os exames e procedimentos podem ser ofertados a beira do leito, tornando, portanto, o TIH indispensável.

Fanara et al (2010) revelam que as origens do sistema de transporte médico têm mais de 200 anos. Desde as primeiras guerras napoleônicas até os mais recentes conflitos internacionais no Iraque e no Afeganistão, a medicina militar no campo de batalha tem atuado como um catalisador para o desenvolvimento da saúde dos civis, desenvolvendo técnicas de evacuação e cuidados no tratamento dos feridos, que levaram a avanços significativos para tecnologia, formação de recursos humanos e materiais necessários para o manejo e transferência de pacientes críticos.

Esses mesmo autores também destacam que o TIH podem gerar impactos em pacientes críticos por meio de dois mecanismos diferentes. O primeiro deles seria o movimento do paciente durante o transporte de aceleração e desaceleração, mudanças de postura e movimento de uma superfície para outra, variáveis com potenciais repercussões hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas, psicológicas e algésicas. O segundo mecanismo compreende a mudança de ambiente em relação à proteção da unidade de atendimento inicial, troca de equipamentos, ruído, dureza da mesa de exame e o próprio procedimento, fontes de desconforto extra que podem gerar estresse fisiológico adicional nos pacientes.

Considerando a importância dessa temática, o transporte intra-hospitalar também tem sido foco de recomendações de diferentes organizações nacionais e internacionais, ao estabelecerem diretrizes com o objetivo de promover medidas que subsidiem o planejamento e a execução de tal ação, estas recomendações sugerem também que cada hospital deve ter um protocolo escrito específico (COFEN, 2018; SILVA, R; AMANTE, L, N, 2015; INTENSIVE CARE SOCIETY, 2011; PROTOCOLO E DIRETRIZES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2008; AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE, 2003; FERDINANDE, 1999).

O TIH é complexo, e sempre envolve algum grau de risco que refletem na estabilidade da condição clínica do paciente (JAPIASSÚ, 2005; PEREIRA JUNIOR, 2007). Dessa maneira, as diretrizes citadas anteriormente orientam a observação de quatro itens indispensáveis para a realização de um transporte seguro: comunicação, equipe, equipamento e monitoramento. Ainda de acordo com essas diretrizes, o transporte do paciente crítico deve envolver três fases, são elas: fase preparatória; fase de transferência e fase pós-transporte.

A fase preparatória é a chave para um transporte bem sucedido e seguro, sendo a comunicação elemento indispensável. O processo de preparação deve preceder a avaliação da real necessidade do transporte afim de não expor o paciente a riscos desnecessários. Os objetivos do transporte devem ser claramente estabelecidos desde o início e manter a estabilidade do paciente e evitar contratemplos iatrogênicos são as principais prioridades. O paciente deve ser avaliado quanto ao nível de estabilidade hemodinâmica e complexidade clínica. Nessa fase deve ser definido o número de pessoas da equipe que participarão do transporte, podendo variar a composição a depender da gravidade do paciente. Elencar os dispositivos de monitoramento e materiais necessários a fim de evitar a sua ausência ou falha no funcionamento longe do local de origem, onde os mesmos podem não estar disponíveis. O pessoal no destino final deve estar preparado para a chegada do paciente cientes da história e do status atual do paciente. Também é necessário estimar antecipadamente o tempo de transporte considerando possíveis atrasos e eventualidades como esperar nos corredores e esperar por elevadores.

A fase de transferência objetiva manter a estabilidade fisiológica do paciente, sendo, portanto, o monitoramento essencial. Dessa maneira, busca-se garantir ao paciente transportado, de forma contínua, os mesmos recursos de monitoramento da sua unidade de origem. Além de verificar parâmetros fisiológicos com dispositivos auxiliares, a avaliação do paciente é um componente vital da monitorização, as alterações observadas na aparência geral do paciente também podem alertar os profissionais para os potenciais problemas, antes mesmo de serem detectados por monitores ou alarmes. A comunicação com pacientes responsivos também é importante para avaliar questões subjetivas, tais como dor e desconforto, permitindo ação oportuna antes do início de uma manifestação clínica que requer intervenção mais imediata. A terceira e última fase compreende o momento de estabilização do paciente, com recomendações para maior atenção aos parâmetros hemodinâmicos, registro e avaliação da ação pela equipe.

Cabe ressaltar o papel de destaque da enfermeira na linha de frente de execução e efetivação do cuidado como uma dimensão da qualidade da assistência segura, em virtude da tríade do seu processo de trabalho, destacado por Christovam, Porto e Oliveira (2012) como: assistir/cuidar; pesquisar/ensinar e administrar/gerenciar, dimensões que sinergicamente confluem à segurança do paciente. Françolin et. al (2015) consideram a enfermeira como uma facilitadora do processo de identificação de riscos e EA. Sendo, portanto, uma profissional que milita pelo atendimento seguro, responsável pela promoção de condições ambientais e

técnicas com menos falhas, consequentemente com mais qualidade e menos danos à saúde daqueles que são cuidados.

2.3 BASES TEÓRICAS PARA CONSTRUÇÃO DE INDICADORES E VALIDAÇÃO DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

No contexto das organizações de saúde, os indicadores são medidas quantitativas, podendo também apresentar parâmetros qualitativos, considerados importante instrumento de gestão, uma vez que podem avaliar os processos de trabalho e seus resultados, à medida que contribuem para elaboração de informações estratégicas que auxiliam a avaliação, o monitoramento, o planejamento em saúde e a tomada de decisão, consequentemente trazendo melhorias para a assistência prestada.

Dessa forma, conforme sinaliza D`Innocenzo M, et al. (2006), os indicadores procuram medir desde as condições estruturais dos serviços – como parâmetros físicos, desempenhos de equipamentos, recursos humanos, materiais disponíveis e características organizacionais da instituição – os processos – como o desempenho das tarefas e especificações da assistência – e os seus resultados – o que se espera alcançar com o paciente, para além da satisfação a resposta da assistência prestada sobre seu estado de saúde. Mobilizando o progresso de novas práticas de saúde, com mudanças que impactam positividade na prática assistencial, o que os torna extremamente importantes e essenciais para análise crítica do desempenho e para o replanejamento das ações na busca pela melhor qualidade.

Corroborando esse pensamento, Tanaka e Melo (2001) definem indicador como “uma variável de características ou atributos de estrutura, processos e resultados que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar” (p.19). Esses mesmos autores consideram que um indicador pode ser representado por um número absoluto, uma relação entre dois eventos, ou uma qualidade do evento. Gastal (2006) destaca também os indicadores comparativos conhecidos como “*benchmarking*” que se baseiam na aprendizagem das experiências com melhores resultados, ou seja, de uma maneira mais simplista, pode ser entendido como o ato sistemático de comparar informações.

Conforme destaca Ferreira (2002) de modo geral, os dados são coletados em valores absolutos e transformados em informações capazes de inferir algo sobre a realidade analisada. Grande parte dos indicadores são calculados a partir da seguinte fórmula: [Numerador (N) / Denominador (D)] x 100. O numerador representa o evento a que está sendo medido ou

reconhecido, definido de forma clara e objetiva e o denominador corresponde à população de risco para o evento definido no numerador. De acordo com Campbell (2002) nenhum indicador proporciona respostas definitivas, mas são capazes de indicar problemas potenciais ou boas práticas de cuidado.

No que diz respeito à construção de indicadores qualitativos Minayo (2009) destaca que há pelo menos duas linhas de abordagem, uma é proveniente da lógica quantitativa, que busca mensurar valores, opiniões, relações e vivências intersubjetivas, sobre essa linha a autora ressalta que a quantificação do qualitativo deixa lacunas importantes, pois não leva em consideração alguns critérios subjetivos. A outra linha é especificamente marcada pela fundamentação hermenêutica. Para ela, a origem da produção de indicadores qualitativos deve ser a realidade empírica e concreta a partir da comunicação com os atores sociais, devendo os pesquisadores se inserir dentro do processo de construção da realidade, sendo, portanto, os indicadores qualitativos, resultados de uma construção participativa.

A instrução normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre indicadores para avaliação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e registros de avaliação de desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, porém não faz nenhuma menção a indicadores relacionados à segurança do paciente, sobretudo, a eventos relacionados ao transporte intra-hospitalar. Nessa perspectiva, Mcgglyn e Asch (1998) consideram alguns critérios para a escolha de práticas ou áreas a serem submetidas a medidas de avaliação de qualidade por meio de indicadores, a saber:

A importância da condição ou problema a ser avaliado – para esses autores um problema de saúde é importante, se contribui significativamente na morbidade e na mortalidade (alto risco)- está associado com altos índices de utilização (alto volume), ou o tratamento é dispendioso (alto custo). O segundo critério seria o potencial de melhoria da qualidade (implementação), ou seja, se na prática a ação pode ter seu desempenho rotineiramente monitorado, sobretudo onde há evidência de que a qualidade é variável ou subpadronizada (evidência), por fim, o último critério seria o grau em que os profissionais de saúde controlam os mecanismos para melhorar a assistência, ou seja, os resultados das medidas de qualidade devem ser úteis para processo de trabalho sob avaliação, de modo que possa influenciar os profissionais envolvidos possam avaliar suas ações e identificar potencialidades de melhorias (melhoria contínua de qualidade).

Nessa perspectiva, Bittar (2001) em seu estudo elenca alguns atributos fundamentais para elaboração de indicadores que são: a validade – entendida como o grau no qual o

indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas; a sensibilidade – que se relaciona com o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos de cuidados nos quais existem problemas de cuidados; a especificidade – percebida como grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados; a simplicidade – para ele quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização; a objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca, e por fim o baixo custo – indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo deixados de lado.

Minayo (2009) sinaliza que nenhum indicador apresenta verdades absolutas, pois sua função é apenas ser um sinalizador, que analisados do ponto de vista quantitativo ou qualitativo, referem-se aos aspectos tangíveis, entendidos como elementos facilmente observáveis, e intangíveis da realidade, percebidos como atributos que só podem ser detectados de forma indireta. Dessa forma, entende-se que um indicador é uma declaração sobre a estrutura, processo ou os resultados dos cuidados produzidos, como destaca Tanaka e Melo (2001) são variáveis de características ou atributos capazes de sintetizar, representar e ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sejam eles constituídos de parâmetros quantificados ou qualitativos.

No que tange a validação de medidas de avaliação em saúde, Júnior e Matsuda (2012) afirmam que “um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar” (p.752). No dicionário de epidemiologia de Last (1986) a validade de uma medida é definida como a expressão do grau em que ela mede o que se propõe a medir. Ou seja, a validação se refere à precisão que o instrumento tem de medir o que se propõe a medir.

Os métodos utilizados para determinar a validade de uma medida mais citados na literatura são: validade de construto, validade de critério, validade de estudo e validade de conteúdo. A validade de construto ou conceito (*construct validity*) conforme destaca Rubio et.al (2003) significa a amplitude em que a medida corresponde à construção teórica do fenômeno sob estudo, sobre esse método Fernandes (2005) nos diz que se a construção teórica de um determinado fenômeno muda ou é dependente de idade, essa mudança deve refletir na medida de validade de constructo.

Por sua vez, a validade de critérios (*criterion validit*), seria para Lynn (1986) a comparação da medida que está sendo avaliada com outra medida de critério, ou seja, com a validade já estabelecida. Como exemplo, teríamos a comparação de informações descritas na

SAE sobre o cuidado programado para o paciente e o resultado do cuidado realizado. A validade de estudo, conforme destaca Fernandes (2005) é também denominada empírica, experimental ou teste piloto e consiste na aplicação do instrumento em uma amostra representativa, ou seja, está relacionada à aplicação da medida a uma amostra da população, para verificar como ela se comporta na prática.

Por fim, a validade de conteúdo, de acordo com Lobiondo-wood e Haber (2001), refere-se a uma avaliação detalhada do instrumento realizada por peritos no assunto, para isso, Lynn (1986) destaca que é necessário aplicar um processo de duas etapas, que são: 1 – a construção de um instrumento e 2 – o julgamento do instrumento.

Dessa maneira, o presente estudo se propôs a realizar a validação de conteúdo do plano de indicadores construído por evidências científicas, a partir do julgamento de *experts* com vasta experiência profissional, que analisaram a pertinência dos indicadores sobre o que se pretende medir/avaliar, para isso, optamos pela aplicação da técnica *Delphi*. O detalhamento dessas etapas e o desenvolvimento da técnica *Delphi*, encontram-se no próximo capítulo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo do tipo metodológico, de caráter avaliativo, baseado na construção de um Modelo Lógico (ML) para subsidiar a avaliação da segurança do paciente no TIH. A avaliação, conforme aponta Arreaza e Moraes (2010), é entendida como um componente fundamental das práticas de saúde que a partir do emprego de alternativa metodológica visa identificar, obter e proporcionar informações pertinentes, além de julgar o mérito e o valor de algo de modo justificável, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão sobre programações pertinentes.

A pesquisa metodológica tem como finalidade, segundo Lima (2011,) a investigação de métodos para coleta e organização de dados, tais como: desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, o que favorece a condução de investigações com rigor acentuado.

3.2 ETAPAS DA PESQUISA

A pesquisa ocorreu em três etapas, a saber:

1^a ETAPA: A partir do referencial teórico, elaboramos os seguintes instrumentos de pesquisa: o Modelo Lógico (ML), que representa sistematicamente e visualmente as etapas que compõe o transporte intra-hospitalar seguro de pacientes, que posteriormente subsidiou a elaboração da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ).

2^a ETAPA: Realizamos um pré-teste do processo de validação, com a participação de profissionais da saúde, que trabalham diretamente com a segurança do paciente em diferentes contextos, a fim de aperfeiçoar os instrumentos de pesquisa desenvolvidos na etapa anterior.

3^a ETAPA: Esta etapa compreendeu o momento da validação do plano de indicadores por meio da técnica *Delphi* com a participação de *experts* da temática.

O detalhamento dessas etapas, estão especificados mais a frente neste trabalho.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa buscou atender às exigências éticas e científicas contidas na Resolução nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, obtendo aprovação sob registro CAAE: 10705318.0.0000.0053, parecer número: 3.421.493, em 27 de junho de 2019. A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, após prévio esclarecimento aos participantes da pesquisa, apresentando-lhes a relevância, os objetivos e contribuições, assim como os riscos e benefícios.

Os riscos seriam a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012, e alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento dos participantes em expor suas opiniões sobre a temática) observados durante a pesquisa, bem como a interferência na rotina desse. Esses riscos foram minimizados a partir da descrição previa feita pelo pesquisador sobre a pesquisa, a não interferência do pesquisador, fidelidade na coleta e interpretação dos dados, impossibilidade do pesquisador e espera do momento mais oportuno para a contribuição do participante, preservando a sua autonomia de decidir sobre sua participação e garantindo-lhe o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou organizacional.

Vislumbra-se possibilidade de benefícios individuais, por meio da sensibilização e aprendizagem sobre a temática estudada, e coletivos, com a contribuição de conhecimentos que buscarão melhorar a qualidade da assistência na prática do transporte intra-hospitalar, além de dá subsídios a reflexão e tomada de decisão dos membros da equipe de saúde, fazendo com que adotem medidas específicas e seguras no gerenciamento do cuidado dos pacientes em situação de transporte intra-hospitalar.

Foi solicitada a anuência, para o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do painel de juízes da técnica *Delphi*. Considerando o que está explícito no documento que orienta que a pesquisa poderia ocorrer em várias fases, cabendo ao participante concordar com o conteúdo do TCLE e em participar da pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

3.4.1 Modelo Lógico

A partir da revisão da literatura sobre o objeto de estudo foi possível selecionar os elementos que subsidiaram a construção do modelo lógico, representando na figura 1, que tem como finalidade, conforme descreve Fontanele et al. (2017), apresentar a racionalidade interna do funcionamento de uma intervenção, ou seja, a interação entre os recursos necessários, as atividades previstas e os efeitos esperados, permitindo apontar pontos fortes e fracos para avaliação. Caracteriza-se, portanto, como um esquema visual que exibe de forma sistematizada as etapas que compõe o transporte intra-hospitalar seguro. Ele se compõe de três dimensões: gestão, atenção e monitoramento. Cada uma com seus respectivos indicadores da qualidade que visam detectar cuidados referentes ao processo descrito, podendo ser utilizados como ferramenta para orientar o desenvolvimento de melhorias na qualidade da ação prestada, expressando a organização do serviço, em busca de uma atenção à segurança do paciente.

Essas três dimensões estão atreladas à “Tríade Donabedian” definida como uma taxonomia básica para a mensuração da qualidade de assistência à saúde, em que a avaliação dessa qualidade é mensurada por três componentes essenciais: estrutura, (organização da assistência); processo (desenvolvimento da assistência) e o resultado (a resposta da assistência) (DONABEDIAN, 1985).

Dessa forma, a **gestão**, primeira dimensão do modelo lógico, está vinculada ao primeiro componente dessa tríade, a estrutura, que consiste no levantamento dos instrumentos do cuidado à saúde e de sua organização. Seriam as características mais estabelecidas e invariantes, ou seja, relativamente estáveis na prestação da assistência, representada pelos instrumentos e os recursos disponíveis para a sua realização, físicos e organizacionais, incluindo os recursos humanos, materiais e financeiros.

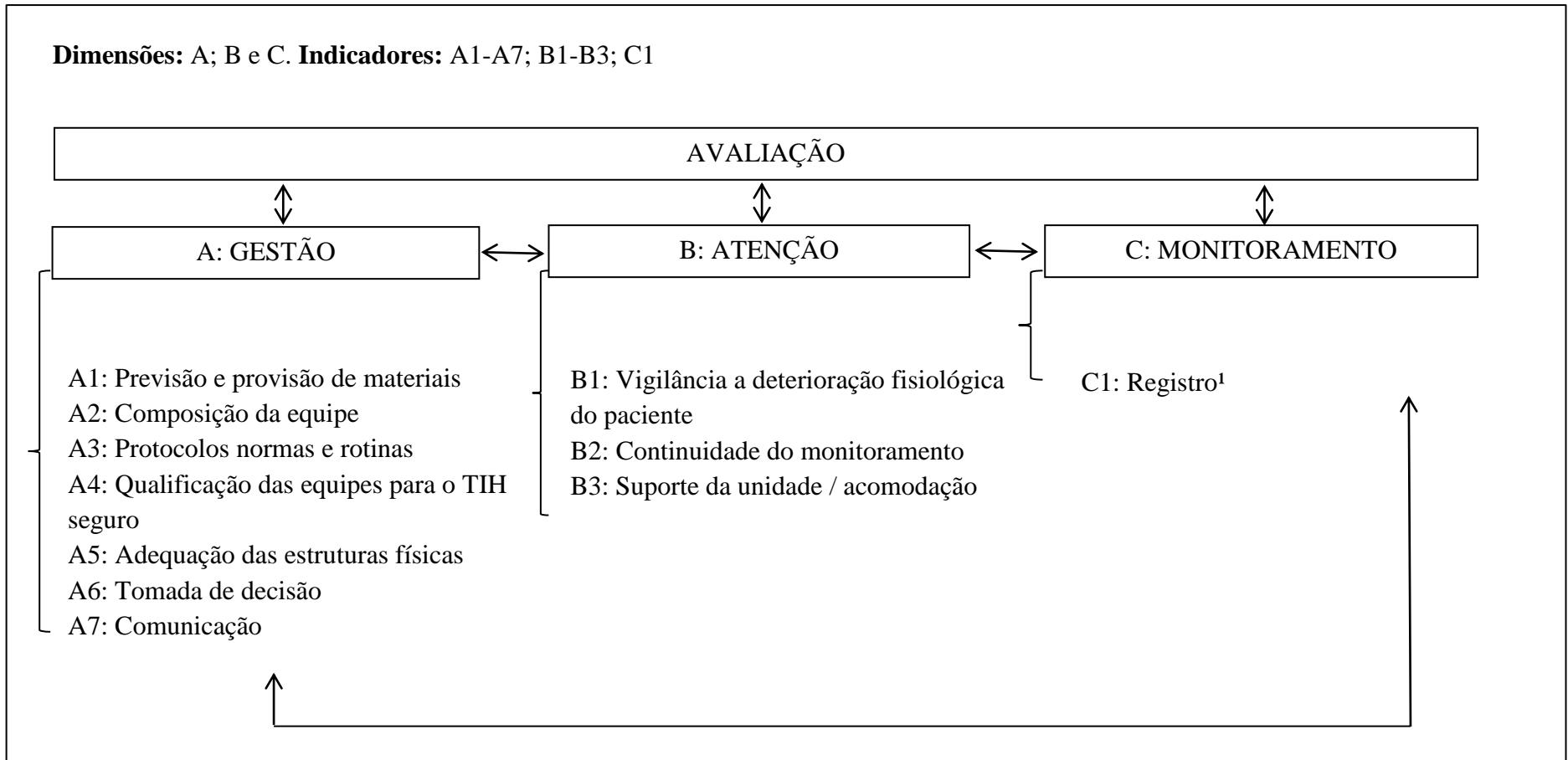
Já o processo, segunda variável dessa tríade, está ligado a dimensão **atenção**, esta representa o trabalho realizado pelos profissionais do ponto de vista técnico na condução da assistência à saúde e a interação com o cliente, esse fazer técnico, portanto, consistiria na aplicação do conhecimento e na habilidade dos profissionais na condução da sua assistência.

Por sua vez, o resultado, última variável da tríade, representa a dimensão **monitoramento**, que representa o produto, decorrente da assistência prestada (ou não)

àqueles que se beneficiariam (ou não). Esse é um processo dinâmico, que envolve o compromisso dos profissionais, assim como a reflexão crítica e contínua, com foco na segurança do paciente, sem desconsiderar o contexto das instituições.

.

Figura 1 – Modelo lógico para o transporte intra-hospitalar seguro. Feira de Santana – Bahia. 2019



Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de (YANG. S, et. al., 2017; SHIELDS, J, OVERSTREET, M; KRAU, S, D, 2015; ERLER, C et. al, 2013; BÉRUBÉ, M, et. al., 2013; DAY. D. 2010; CHANG. Y. et. al.. 2010; JARDEN. R.J. OUIRKE. S. 2010; PAPSON. RUSSEL. TAYLOR. 2007; LAHNER. D. 2007.

¹ O indicador **registro** referido na dimensão Monitoramento, diz respeito ao acompanhamento sistemático do que é indicado nas dimensões anteriores, diferentemente dos indicadores estabelecidos nas dimensões Gestão e Atenção que se refere à assistência/cuidado propriamente dito.

3.4.2 Matriz de Análise e Julgamento

A versão inicial desse instrumento (APÊNDICE A) se deu por meio do ML, considerando cada uma de suas dimensões com seus respectivos indicadores a serem validadas pelos participantes da pesquisa, amparados em fontes, premissas ou parâmetros científicos, com elaboração de perguntas avaliativas e a adoção de uma escala de medida do tipo *Likert* que, conforme destacam Silva Junior e Costa (2014) tem por objetivo analisar o grau de concordância entre participantes de uma pesquisa frente a um construto ou conjunto de afirmações relacionadas a um objeto. O instrumento ainda contemplou uma área de comentários, onde os juízes puderam registrar sua opinião, sugestão ou orientação acerca do item analisado.

Para subsidiar os critérios de análise de validade de conteúdo, utilizamos como base o estudo de Colluci, Alexandre e Milani (2015), que propõe o conceito de pertinência e clareza para um instrumento de medida, para esses autores a clareza representa avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir, por sua vez, a pertinência busca notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos. Dessa forma, a avaliação das três dimensões proposta, bem como seus respectivos indicadores, feita pelos participantes da pesquisa, obedeceu a esses critérios, conforme exposição do Quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação esquemática dos critérios de avaliação dos indicadores

Critério 1 – avaliar se o indicador proposto está adequado à dimensão a qual faz parte: dimensão da gestão, da atenção e monitoramento. Dessa forma o juiz pôde concordar ou não com a alocação do indicador em sua respectiva dimensão.
Critério 2 – avaliar a pertinência do indicador, ou seja, observar se o indicador tem relação com o que ele pretende avaliar no TIH.
Critério 3 – avaliar a clareza do indicador, verificar se o conceito pode ser bem compreendido, e se expressa adequadamente o que se espera medir.

Para efetivação da avaliação foi solicitado que cada juiz assinalasse com “X” o campo correspondente a uma das alternativas que compunha a escala *Likert* enumerada de 1 a 5, onde 1 = Discordo Plenamente (DC); 2 = Discordo (DC); 3 = Nem discordo nem concordo (NDC); 4 = Concordo (CO) e 5 = Concordo Plenamente (CP). O tratamento dos dados se deu a partir da formula:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de juízes que concordam}}{\text{número total de juízes}}$$

3.5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

3.5.1 Pré-teste

Esta etapa foi inovadora na pesquisa metodológica e teve a finalidade de avaliar a forma, o conteúdo e o tempo para responder o instrumento, buscando detectar defeitos e lacunas no preenchimento da MAJ, ajustando-a qualitativamente antes da consulta com os *experts*. A coleta de dados para o pré-teste se iniciou no dia 26 de agosto com a seleção da amostra de participantes, como estratégica de recrutamento foi publicado um convite em um grupo da (SOBRASP – BAHIA), no Aplicativo *WhatsApp*, que conta com a participação de 257 profissionais de saúde do Estado da Bahia que desenvolvem diferentes atividades relacionadas ao tema segurança do paciente, sejam elas no serviço, no ensino ou na pesquisa, em diferentes contextos.

Após 07 dias da publicação do convite, 31 pessoas manifestaram interesse em participar dessa consulta inicial. No dia 02 de setembro procedeu-se, portanto, o envio individual do e-mail com informações complementares sobre o objetivo da pesquisa, tema e o método *Delphi*, além das orientações para o preenchimento da MAJ e assinatura no TCLE, ambos anexados ao e-mail (Apêndice C).

Foi também sinalizado o prazo de 15 dias para cada participante concluir sua contribuição. Passados 07 dias, um e-mail lembrete foi encaminhado para todos os 31 participantes (Apêndice D). Ao final do prazo, em 16 de setembro, apenas 12 participantes haviam encaminhado a MAJ preenchida e TCLE assinado, estes receberam um e-mail de agradecimentos pela contribuição e os demais receberam e-mail comunicando a finalização da consulta.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do pré-teste. Feira de Santana – Bahia. 2019

Características	Nº
Formação Profissional	
Enfermeira	11
Fisioterapeuta	01
Área de Atuação	
Hospitalar (Gerente de Qualidade / Coord. NSP)	05
Hospitalar (Assistencial)	04
Ensino	02
Ambos (Assistência e Ensino)	01
Tipo de Instituição	

Pública	11
Privada	01
Tempo de atuação profissional	
Menos que 5 anos	02
Entre 5 e 10 anos	04
Entre 15 e 20 anos	04
Entre 20 e 30 anos	01
Mais de 30 anos	01

Fonte: Elaborada pelo pesquisador

3.6 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO PARA REALIZAÇÃO DA TERCEIRA ETAPA DA PESQUISA

A terceira etapa da pesquisa compreendeu o momento de validação, entendida por Wynd, Shimidt e Shaefer (2003) como uma etapa essencial no desenvolvimento ou adaptação de um instrumento, para tanto, utilizamos a técnica *Delphi* como estratégia metodológica para estruturar o aperfeiçoamento dos instrumentos de pesquisa, elaborados na fase anterior, e os resultados das análises.

3.6.1 A técnica *Delphi*

O nome desta técnica provém da palavra Delfos, cuja inspiração se deu pela antiga mitologia grega, referenciando o antigo oráculo de Delfos, dedicado à divindade Apolo. Lindeman (1975) citado por Faro (1997) atribui a criação desta técnica ao matemático e filósofo Dr. Olav Helmer, que pretendia, por meio de um número grande de peritos, fazer previsões em longo prazo e de forma sistemática por meio de suposições intuitivas.

Data-se de 1952, na Califórnia, Estados Unidos, o primeiro registro da utilização desta técnica em um experimento que foi denominado Projeto *Delphi*, financiado pela força aérea dos Estados Unidos, que tinha o objetivo de gerar consenso entre especialistas da área militar sobre a temática da defesa da força nacional. Embora tenha sido desenvolvido no contexto militar, com o passar do tempo sua utilização expandiu-se para diversas áreas do conhecimento e diferentes contextos, sendo amplamente utilizada em processos de avaliação e de construção de consensos. (VALDÉS; MARIN, 2013; SCARPARO et al., 2012; PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002).

Para Antunes (2014), a técnica *Delphi* se caracteriza como uma forma de encontrar convergências entre *experts* (também denominados especialistas; peritos; participantes; respondentes ou painelistas) que representam uma consolidação do julgamento do grupo sobre

pontos relevantes de determinado assunto. Corroborando a essa afirmação, Powell (2003) define o método *Delphi* em sua essência como uma série de questionários ou “rodas” sequenciais, intercaladas por *feedback* controlado, que buscam obter o mais confiável consenso de um grupo de especialista. Ou seja, trata-se de uma técnica útil para situações em que os julgamentos individuais possam ser aproveitados e combinados, a fim de abordar uma falta de concordância ou um estado incompleto de conhecimento.

Embora os estudos demostrem algum grau de interpretação e flexibilidade nessa técnica, a pesquisa *Delphi* segue um conjunto de procedimentos que refletem processos comportamentais e estatísticos, a saber: seleção de um painel de juízes; número de rodadas e consenso.

3.6.2 Painel de juízes

Para composição do painel de juízes, não há critérios universalmente aceitos que orientem sobre o número mínimo ou máximo de participantes necessários para validar os resultados obtidos, variando conforme o fenômeno em estudo. Sendo imprescindível considerar um nível relevante de qualificação profissional sobre a área a ser estudada, a fim de obter consenso especializadas. (SCARPARO, et al, 2012; ALMEIDA; SPÍNOLA; LANCMAN, 2009). No entanto, alguns autores estimam o número de cinqüentas juízes na composição do painel (SCARPARO *et al.* 2012). Enquanto Munaretto, Corrêa e Cunha (2013) afirmam que pode variar de dez a trinta especialistas. Ao que parece, a representatividade do painel de especialista é avaliada pela sua qualidade, e não em seus números.

A seleção dos participantes que compôs o painel de juízes foi intencional, justificada pelo interesse de selecionar *experts* na temática de estudo. Entre os especialistas, foram considerados os seguintes critérios de seleção: ser profissional de saúde, docente ou pesquisador que trabalham ou pesquisam temas da segurança do paciente. A seleção sucedeu na Plataforma *Lattes*, por meio da ferramenta de busca simples, no modo de busca por “assunto”, selecionando a base de “Doutores”, e o campo nacionalidade “brasileira”, e no campo de busca as palavras “segurança do paciente”.

Inicialmente apareceram 7.614 currículos, procedeu-se a leitura da apresentação inicial de forma sequenciada dos primeiros 350 perfis, desses, 63 foram selecionados por atenderem aos critérios de seleção da amostra, na sequência os currículos foram abertos lidos integralmente e verificado o contato pessoal do pesquisador, os que não tinham essa

informação, mas tinham informações do contato profissional da instituição a qual era vinculado, por meio de ligação telefônica consultamos o endereço profissional e conseguimos o contato pessoal, àqueles que não tinham nenhuma informação de contato, buscamos localizar por meio das suas produções científicas em periódicos indexados.

A partir daí, foi encaminhado um e-mail convite (Apêndice B), para os especialistas selecionados previamente nessas buscas, solicitando a colaboração deles no processo de validação dos indicadores e a possível indicação de outras pessoas que também pudessem contribuir na pesquisa. Esse processo de indicação cíclico é conhecido como bola-de-neve (SCARPARO *et al.*, 2012).

Foi considerando que o número de painelistas poderia reduzir durante o desenvolvimento da pesquisa, com possíveis desistências entre as rodadas, ou caso não tivéssemos resposta do e-mail convite. Para tanto, fizemos no máximo dois contatos, a ausência de resposta foi caracterizada como desistência ou não aceite em participar da pesquisa. Dos 63 convites enviados, após 2 contatos feitos no período de 2 semanas, apenas 27 responderam confirmado interesse em participar do estudo, 03 sinalizaram que não tinham interesse em participar e 33 não responderam. A amostra de especialista também contou com participação de um *expert* da área da linguística, com doutorado concluído.

3.6.3 Rodadas

Um dos princípios básicos que sustentam essa técnica é ter quantas rodadas forem necessárias para chegar a um consenso, no entanto, considerando a existência dos *feedbacks* e a oportunidade de revisar as respostas anteriores, há um consenso na literatura de que a técnica tenha pelo menos duas rodadas. A cada nova rodada as perguntas são repetidas, e os participantes devem realizar suas respostas à luz das respostas numéricas e das justificativas dadas pelos respondentes na rodada anterior (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006; POWELL, 2003; GIOVINAZZO, 2011). Alguns estudos apontam para utilização de três a cinco rodadas, sendo a maioria deles com média de três a quatro rodadas (ANTUNES, 2014). Não há diretrizes estritas sobre o número correto de rodadas, podendo haver variações a depender da complexidade do assunto e da natureza do grupo. Para realização desse estudo, ocorreram duas rodadas, descritas a seguir.

3.6.3.1 Procedimento para realização da primeira rodada da técnica *Delphi*

Após a confirmação do interesse de participação pelos convidados, foi encaminhado no dia 19 de setembro aos 27 juízes um segundo e-mail (APÊNDICE C) com informações mais detalhadas sobre a pesquisa, prazo e orientações para o preenchimento do TCLE e da MAJ, enviadas como anexo. A participação na pesquisa estava condicionada ao aceite do TCLE, por todos os participantes do painel de especialistas, logo na primeira rodada de mensuração da opinião. Isto porque o documento orientava que a pesquisa poderia ocorrer em várias etapas e para isso é fundamental que o participante concorde com o conteúdo do TCLE. Para fim de registo do consentimento dos participantes foi solicitado o preenchimento do TCLE e encaminhamento do mesmo por e-mail para os pesquisadores junto com a MAJ devidamente preenchida, no prazo inicialmente estabelecido de 15 dias.

Como estratégia de controle desse prazo, foi elaborado pelos pesquisadores uma planilha no programa *Microsoft Excel* versão 15.0 (Office 2013) com dados dos respondentes contendo iniciais, contato (e-mail), data do envio das orientações e instrumentos da pesquisa, data da resposta, data de prorrogação. Dessa forma era possível controlar a dinâmica dos participantes na rodada. Aos que não responderam no prazo de 10 dias, foi enviado um e-mail lembrete (APÊNDICE D). Ao final do tempo estabelecido, foi enviado um e-mail estendo o prazo para mais 7 dias aos não respondentes, com 5 dias um segundo e-mail lembrete foi enviado, chegando ao final da rodada no dia 10 de outubro com a participação efetiva de 11 especialistas, que receberam um e-mail simples de agradecimento, os outros 16 não confirmaram o recebimento de nenhum dos e-mail enviados, se caracterizando como desistência. Por fim, os dados foram tabulados e realizado tratamento estatístico dos resultados. Desta forma, a duração da primeira rodada da técnica *Delphi* foi de 22 dias.

3.6.3.2 Procedimento para realização da segunda rodada da técnica *Delphi*

A segunda rodada da técnica *Delphi* iniciou no dia 13 de outubro e contou com a participação dos 11 *experts* que finalizaram a primeira rodada, inicialmente foi encaminhado um novo e-mail contendo as informações gerais sobre o preenchimento do instrumento que foi reformulado a partir da análise dos dados da primeira rodada. Dessa maneira permitiu ao *expert* a oportunidade de examinar esse resultado (*feedback*) e refletir sobre a sua escolha anterior, mantendo a sua resposta ou mudando de opinião fundamentando-se na opinião dos

demais *experts*. Foi estabelecido o prazo inicial de 15 dias e mais uma vez, para controle da dinâmica dos participantes na rodada, foi utilizada a planilha descrita anteriormente. Passados 10 dias, procedeu-se o envio do e-mail lembrete da segunda rodada da técnica *Delphi* para os não respondentes, buscando motivar a permanência do participante na pesquisa, para que não houvesse mais desistências, e no dia 24 de outubro, antes do prazo final, já havia a confirmação da participação dos 11 painelistas. Mais uma vez os dados foram tabulados e realizado tratamento estatístico dos resultados, dessa maneira a segunda rodada foi concluída com duração de 12 dias.

3.5.4 Consenso

Não há também regras firmes para estabelecer quando o consenso é alcançado. Alguns autores sugerem que o consenso deveria ser equacionado em 51% de concordância entre os pesquisados, em contraste, outros empregam um nível de consenso entre 70 e 80% (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006; SCARPARO, 2012; ALMEIDA; SPÍNOLA; LANCMAN, 2009). Todavia, estabelecer um padrão é crucial, pois o nível escolhido determina quais itens são descartados ou retirados à medida que as rodadas se desenrolem. Sendo assim, estabelecemos para o desenvolvimento dessa pesquisa o nível de 80% de consenso no painel de juízes.

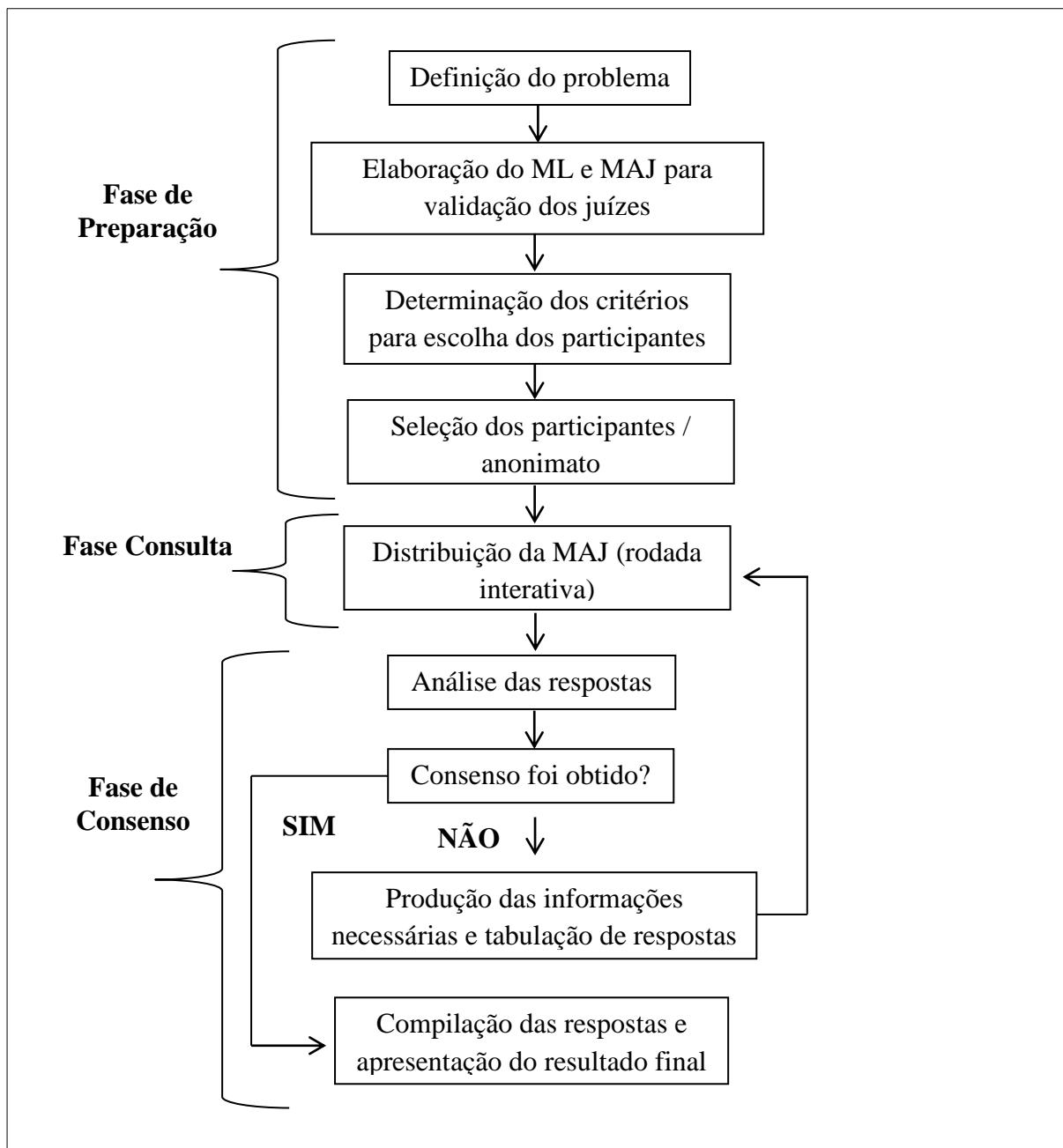
A Figura 2 apresenta sistematicamente as etapas que compõe a realização dessa pesquisa, com a utilização da técnica *Delphi*, sintetizada por Valdés e Marin (2013), em três etapas, respectivamente: Fase de preparação – seleção dos especialistas, preparação do instrumento, decisão da forma de consulta. Fase de consulta - realização das rodadas de consulta, processamento estatístico sucessivo, retroalimentação e Fase de consenso - construção do consenso, informar os resultados.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados na segunda e terceira etapa da pesquisa foram tabulados no programa *Microsoft Excel* versão 15.0 (Office 2013) e utilizado medidas da estatística descritiva, como frequência simples e relativa, para análise e interpretação da Taxa de Concordância (TC) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Dancey e Reidy (2006), afirmam que a estatística descritiva é utilizada para descrever, organizar e sintetizar um

conjunto de dados numéricos. Dessa forma, com a interferência dos cálculos, consolidamos os dados obtidos nas rodadas da técnica *Delphi*.

Figura 2 – Etapas da técnica *Delphi*. Feira de Santana – Bahia. 2019



Fonte: Adaptado de (VALDÉS, M. G; MARÍN, M. S, 2013; MUNARETTO, L. F; CORRÊA, H. L; CUNHA, J. A. C, 2013).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo trás a mensuração das opiniões dos participantes do pré-teste e dos *experts* em segurança do paciente sobre os indicadores analisados na MAJ. Para facilitar a compreensão, a análise dos resultados encontrados no pré-teste e na primeira e segunda rodada da técnica *Delphi* estão apresentados nos quadros 3, 4 e 5 respectivamente.

4.1 RESULTADOS DO PRÉ-TESTE

É importante ressaltar que todos os participantes tiveram acesso ao ML e base teórica que fundamentaram a construção da MAJ, todos preencheram devidamente os campos objetivos do instrumento, relacionados à *Escala Likert*, necessário para o cálculo da TC, porém nem todos preencheram o campo subjetivo destinado a comentários, onde permitia o avaliador fazer qualquer sugestão crítica, ou orientação relacionado à sua resposta objetiva, mesmo tendo concordado com a construção do indicador, sua pergunta avaliativa, e sua alocação na dimensão descrita, os dados foram consolidados somando os percentuais CO e CP para análise do consenso, permitindo os resultados apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Consolidação dos dados da MAJ do pré-teste. Feira de Santana – Bahia. 2019

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	TAXA DE CONCORDÂNCIA (TC) (Escala Likert)	FONTE	PREMISSA
Dimensão A: GESTÃO Indicador A1: Previsão e provisão de materiais e pessoas.	O trabalho em equipe está positivamente associado à frequência do erro, à percepção geral de segurança e o nível de segurança do paciente? Definir quais equipamentos devem ser levados durante o TIH, o que está disponível no destino, a colaboração para otimização do tempo de espera, e o nível de monitoramento, devem ser considerados nos planejamentos do TIH?	Diretrizes na literatura e de organizações profissionais recomendam que pacientes críticos sejam acompanhados por pelo menos dois profissionais treinados para acompanhar o cliente a fim de garantir o sucesso do transporte	DP – 8,33% DC – 16,66% NDC – 8,33% CO – 25% CP – 41,66% 66,66% de concordância	(SHIELDS, J; OVERSTREET, M; KRAU.S,D, 2015; CHANG, Y. et. al., 2010)	A prevenção de eventos adversos no TIH inclui a identificação de problemas de equipamentos e de equipe, tais como: falha no monitor; circuito respiratório ou falha das vias aéreas; suprimento de oxigênio esgotado; hiperventilação; perda de acesso venoso ou monitoramento intravenoso. Equipamentos/materiais, refere-se a monitores, ventiladores, infusão de drogas, dispositivos de via aérea e outro aparato físico usado para manter o nível de cuidado durante o TIH. O risco pode ser minimizado e os resultados melhorados com o planejamento cuidadoso, a participação de pessoal qualificado/ treinado e com a seleção e disponibilização de equipamentos apropriados.

COMENTÁRIO – Indicador A1

R – Concordo plenamente com a importância dos itens citados na segunda pergunta avaliativa. Já na primeira pergunta, discordo que haja associação positiva entre o trabalho em equipe e a frequência de erro. Quanto maior a percepção da equipe quanto ao nível de segurança, menor será a frequência de erro.

R – Um erro que passa despercebido por uma pessoa e não é identificado por outros integrantes, favorece uma cadeia de outros erros e consigo os eventos adversos. Sendo assim, um bom trabalho em equipe é imprescindível para detectar falhas e evitar danos no que se refere à segurança do paciente no TIH.

R – Não concordo com a afirmação de que o trabalho em equipe está positivamente associado à frequência do erro, pois quanto melhor o trabalho em equipe, menor a frequência de erro.

Indicador A2: Protocolos normas e rotinas.	A inclusão de diretrizes ou algum programa de ações preventivas para a segurança do paciente no TIH pode promover resultados positivos?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 25% CP – 75% 100% de concordância	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013) (DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A literatura revisada recomenda o uso de diretrizes e protocolos para o TIH. Vários órgãos profissionais emitem normas ou diretrizes mínimas para apoiar a equipe no TIH de pacientes.
--	---	--	---	--	--

COMENTÁRIO – Indicador A2

R – Com certeza, se um ambiente trabalha com normas e rotinas é possível manter um nível de compromisso, atenção e cuidados com mais segurança.

R – Dispor de um checklist com as principais ações para serem seguidas/ realizadas.

R – Neste sentido, seria interessante a criação de Protocolos Operacionais Padrão (POP) para que todos os profissionais da unidade realizassem o TI de forma segura.

R – Ter protocolos normas e rotinas significa que os processos das organizações foram pensados, discutidos e publicado para todos.

R – Interessante destacar diretrizes clínicas, protocolos assistenciais e/ou procedimentos operacionais padrões, normas e rotinas..., pois são elementos distintos.

Indicador A3: Treinamento/qu alificação das equipes para o transporte.	A realização de treinamentos específicos para o TIH, pode contribuir para a eficácia do processo e diminuição da ocorrência de incidentes?		DP – 0% D – 0% NDC – 0% C – 25% CP – 75% 100% de concordância.	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013; YANG, S. et al., 2017)	Os estudos analisados apontam a importância de equipes de transporte especializadas/treinadas. A conscientização dos profissionais de saúde em relação ao transporte seguro pode contribuir para o sucesso da ação.
--	--	--	--	---	---

COMENTÁRIO – Indicador A3

R – Uma equipe bem treinada e preparada para lidar com as possíveis situações que possam ocorrer no TIH possibilitando a diminuição de incidentes e garantindo à segurança do paciente.

R – A realização de atividades educativas é externamente relevante para o processo de trabalho e por consequência, para a melhoria da qualidade na assistência.

R – As equipes especializadas são importantes mas nem sempre são possíveis em todos os turnos de trabalho.

R – Sugiro incluir além da diminuição da ocorrência de incidentes a mitigação de riscos.

Indicador A4: Adequação das estruturas físicas	A definição prévia de uma rota segura, é relevante para o planejamento do TIH?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 25% CP – 75% 100% de concordância.	(DAY, D. 2010)	As condições do piso, inclinações, curvas, disponibilidade de elevadores, podem interferir no sucesso do TIH, especialmente com pacientes em condições instáveis, quando o tempo é essencial.
--	--	--	--	----------------	---

COMENTÁRIO – Indicador A4

R – Uma vez que a equipe não esteja prepara para possíveis intercorrências, a probabilidade de interferir no TIH é muito grande, sendo que o tempo, conhecimento e estratégias são fundamentais para o sucesso desse transporte.

R – Dialogar com as áreas de apoio para garantir a efetividade nas ações.

R – O conhecimento prévio da rota evita intercorrências durante o trajeto. Pois nem sempre é possível modificar estruturas físicas.

R – Definição e normatização

Indicador A5: Tomada de decisão para o TIH do	A tomada de decisão para o TIH do		DP – 0% DC – 16,66%	(DAY, D. 2010;	A primeira consideração para o TIH é avaliar o risco/benefício
---	-----------------------------------	--	------------------------	----------------	--

decisão	paciente, deve se pautar na avaliação dos riscos do transporte versus benefícios do transporte?		NDC – 8,33% CO – 0% CP – 75% 75% de concordância	LAHNER, 2007)	do transporte, analisando as alternativas existentes a beira do leito, os problemas atuais do paciente e o seu nível de estabilidade.
---------	---	--	--	---------------	---

COMENTÁRIO – Indicador A5

R – Toda e qualquer ação deve se avaliar os riscos presentes para o paciente no TIH, e para isso o profissional deve embasar no conhecimento teórico e prático, para ter autonomia nas tomadas decisões.

R – Esse é o primeiro ponto a ser questionado que avalia o risco benefício para o paciente.

R – A tomada de decisão para o TIH do paciente deve se pautar na indicação e avaliação clínica do mesmo ponderando os riscos e benefícios para o transporte

Indicador A6: Comunicação	A comunicação multidisciplinar integrada (envolve o que está sendo falado / linguagem corporal / gestos / jargões / o silêncio), deve ser consistente com as diretrizes para TIH, e inclui comunicação bidirecional interativa e ininterrupta com a orientação antecipatória?		DP – 0% DC – 8,33% NDC – 8,33% CO – 16,66% CP – 66,66% 83,32 % de concordância	(DAY, D. 2010; SHIELDS, J.; OVERSTRE ET, M.; KRAU, S.D., 2015)	A comunicação refere-se à troca de informações precisas e oportunas nas transcrições de atendimento entre profissionais para otimizar a segurança e a continuidade do atendimento ao paciente e inclui informações sobre o status do paciente e considerações específicas do paciente. Sem comunicação de informações do paciente e orientação antecipatória, podem ocorrer erros ou intervenções inadequadas.
-------------------------------------	---	--	--	--	--

COMENTÁRIO – Indicador A6

R – Uma comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar é essencial na continuação do cuidado seguro, pois é através dela que serão garantido todo atendimento prestado ao paciente de forma precisa. Lembrando que para essa comunicação ser eficaz ele deve ser feita de forma clara, objetiva e coerente.

R – Esse é o primeiro ponto a ser questionado que avalia o risco benefício para o paciente.

Dimensão B: ATENÇÃO	Como atributo da vigilância a deterioração fisiológica do paciente durante as transferências, a condição clínica do paciente, bem como o plano de cuidado precisa ser revisado constantemente?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 0% CP – 100% 100% de concordância	(DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A vigilância a deterioração clínica do paciente está vinculada ao surgimento de eventos adversos, definidos como o mau funcionamento do equipamento, declínio fisiológico da pressão arterial, frequência cardíaca ou saturação de oxigênio do paciente em comparação com antes do transporte, ou qualquer situação crítica que exija intervenção terapêutica urgente na unidade de origem.
--------------------------------------	--	--	---	---	---

COMENTÁRIO – Indicador B1

R – A vigilância ao paciente TIH deve ser constante, pois alterações no seu estado de saúde podem ocorrer com frequência e se a equipe não estiver atenta para quaisquer alterações nesses indicadores pode resultar em um evento indesejável.

R – Julgo que não seja necessária a “Avaliação prévia” (de quem está encaminhando o paciente). É necessário ratificar as condições e necessidades do paciente. No momento da permissão para encaminhá-lo, garante a acomodação ideal em consonância com as necessidades elencadas.

R – A monitorização do paciente durante o TIH é primordial para que o TIH transcorra sem intercorrência e comece desde a indicação para o transporte e o que é necessário durante o transporte. É importante dimensionar o material necessário à necessidade e gravidade do paciente.

R – Sugiro local de destino...referência. Local de procedimento pode sugerir outros elementos

Indicador B2: Continuidade do nível de monitoramento.	Proteger os pacientes em situação de TIH por meio do monitoramento constante e intervenção imediata é uma responsabilidade		DP – 0% D – 16,66% NDC – 0% C – 16,66% CP – 66,66% 83,32% de concordância	(DAY, D. 2010; CHANG, Y. et. al., 2010)	A continuidade do nível de monitoramento refere-se à manutenção do mesmo nível de monitorização fisiológica do paciente antes de deixar o leito.
---	--	--	---	---	--

	primária da equipe?				
COMENTÁRIO – Indicador B2					
R – Uma vez que este paciente venha ser monitorado de forma contínua, possíveis alterações são identificadas precocemente, possibilitando a diminuição de agravos e dano a esse paciente.					
R – Acrescentaria a Monitorização neurológica.					
R – O trabalho em equipe é indispensável para a segurança do paciente. No que se refere ao planejamento do TIH, concordo com o citado, entretanto sugiro que seja acrescentado um checklist, para que este planejamento se torne ainda mais seguro.					
R – Concordo que quanto a continuidade do monitoramento porem acho repetitivo esse item, pois já estar incluído no anterior.					
R – Sugiro que acrescente equipe do transporte mesmo ficando repetitivo ou melhorar a escrita... proteger os pacientes durante o TIH... Pois o transporte percorre ate o momento que passamos para o leito/ maca da unidade receptora e ainda nos primeiros momentos envolve as equipes do transporte e da unidade.					
Indicador B3: Suporte da unidade / acomodação	É necessária uma avaliação prévia do local do procedimento, o qual será encaminhado o paciente?		DP – 0% DC – 8,33% NDC – 0% CO – 41,66% CP – 50% 91,66% de concordância	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013)	É preciso que a acomodação da unidade/setor destino esteja abastecida e em condições necessárias que garantam a manutenção do padrão de atendimento da unidade de origem e do transporte. Os destinos de transporte que recebem pacientes devem ter, no mínimo, sucção, uma fonte de oxigênio, tomadas elétricas acessíveis, monitores de igual calibre à unidade origem e um carro de emergência prontamente disponível.
COMENTÁRIO – Indicador B3					
R – Para que uma unidade possa receber um paciente para realização de qualquer procedimento, é necessária que a segurança seja garantida neste ambiente, deve prover de suporte básico para qualquer intercorrência que possa ocorrer com esse paciente de TIH.					
R – O local destino deve estar pronto as necessidades do paciente. Este item estar ligado a comunicação.					
Dimensão C: AVALIAÇÃO Indicador C1: Registro.	A avaliação do TIH precisa ser documentada, descrevendo o estado clínico do paciente e a tolerância ao transporte, com intervalos de 15 minutos, obrigatoriamente?	A documentação dos sinais vitais, Glasgow, reação pupilar, PIC, Pontuação de escala de dor, perviedade de todos os cateteres/tubos, manutenção da imobilização da coluna (se necessário), medicamentos administrados ou qualquer mudança clínica, eventos que requerem intervenção e a resposta do paciente a intervenção precisam ser registrados pelo menos a cada 15 minutos (recomendações do grupo italiano SIAARTI)	DP – 0% DC – 25% NDC – 16,66% CO – 16,66% CP – 41,66% 58,32% de concordância	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013; JARDEN, R, J; QUIRKE, S, 2010)	Entende-se que o registro é fundamental para a prática de enfermagem.
COMENTÁRIO – Indicador C1					
R – Os registros durante o TIH devem ser feitos, sem dúvida. Quanto a frequência dos registros a cada 15 min., depende da criticidade do paciente.					
R – Entendo a grande importância do registro, mas não vejo como obrigatoriedade os 15 minutos, pois tem algumas variáveis: tem transportes mais rápidos e no caso de uma RNM por exemplo, o profissional não fica ao lado do paciente para avaliar e registrar no tempo sugerido. Acredito que os momentos imprescindíveis de registro são: como encaminhou o paciente e como o deixou na unidade após o TIH.					
R – O registro é essencial para qualquer cuidado prestado ao paciente, e o enfermeiro tem por obrigação de registrar todas as informações					

inerentes e indispensáveis a esse cuidado, no código ética dos profissionais de enfermagem, cap. II- dos deveres, art. 35 e 36 ainda afirma que eles devem ser feitos de forma, clara objetiva, cronológica, completa e sem rasuras e ao final conter o carimbo com assinatura, nome, nº de inscrição e categoria.

R – No intervalo de 15 minutos e sempre que necessário.

R – Acredito que o intervalo de 15 minutos é uma frequência de registro inviável na realidade da maioria das instituições de saúde. Além disso, acredito ser possível um transporte seguro com registros menos frequentes.

R – O registro é necessário porem o intervalo depende das características do TIH e da gravidade do paciente. O intervalo do registro não deve ser estipulado.

R – Os intervalos de 15 min “obrigatoriamente” Precisa melhorar a assertiva. Falta informar que quinze minutos é a frequência mínima fundamentada na estabilidade hemodinâmica alcançada para o transporte.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A análise dos dados apresentados permite inferir que na primeira dimensão **A:Gestão**, que apresenta o maior número de indicadores, apenas 02 não alcançaram o consenso desejado de 80%, Indicador A1 e A5, que tiveram 66,66% e 75% respectivamente. A dimensão **B:Atenção** obteve consenso em seus 03 indicadores B1, B2 e B3, com 100%, 91,66% e 83,32% respectivamente, e a dimensão **C:Monitoramento** não alcançou pontuação suficiente para ser considerado válido seu único indicador C1, que teve 58,32%.

Por conseguinte, foram analisados os comentários enunciados pelos participantes, com o objetivo de readequar o instrumento, considerando as ponderações dos avaliadores, qualificando-o para o momento da consulta com os *experts*. Essa análise resultou na reformulação de todas as perguntas avaliativas e a inclusão do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) compreendido como um método capaz de medir proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus componentes, inicialmente permite analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo.

Sendo assim, empregamos uma segunda escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro, para avaliar a relevância/representatividade, as respostas incluíram: 1 = não claro (NC), 2 = pouco claro (PC), 3 = claro (C) e 4 = muito claro (MC). O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Uma outra coisa importante a ser definida é a taxa de concordância aceitável entre os juízes, dessa forma, buscamos uma concordância mínima de 0,8 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; RUBIO et. al., 2003).

4.2 RESULTADOS DA PRIMEIRA RODADA DA TÉCNICA DELPHI

Apresenta-se aqui a TC e o IVC obtidos a partir da tabulação das frequências relativas calculadas a partir das respostas dos *experts* da primeira rodada, que correspondem a cada indicador das três dimensões. Constam também as contribuições subjetivas enunciadas pelos participantes, relacionadas a cada indicador, conforme exposição do Quadro 4.

Quadro 4 – Consolidação dos dados da MAJ primeira rodada da técnica *Delphi*. Feira de Santana – Bahia. 2019

R – Os indicadores forma criados para transporte intra-hospitalar em adultos? Talvez seria interessante citar, pois em casos de neonatos podem aparecer outros elementos

R – O parâmetro diz respeito somente ao número e qualificação dos profissionais e quanto aos recursos materiais?

R – O indicador apresenta dois pontos: recursos materiais e humanos. Entretanto, no item parâmetro, foca-se no recurso humano não deixando claro como será avaliado se a previsão e provisão de materiais foi suficiente e na premissa foca no recurso material. Sugiro dicotomizar em dois indicadores.

R – A primeira pergunta “O trabalho em equipe está associado à prevenção do erro, à percepção geral de segurança e o nível de segurança do paciente?” está muito subjetiva. O que significa “está associado à...”: ao numérico? Ao planejamento do transporte?.... Como vai mensurar isso? Na premissa, deveria estar explícito a importância da existência de um Programa de Manutenção Preventiva dos Equipamentos. Como será a mensuração desse indicador?

Indicador A2: Protocolos normas e rotinas.	Há diretrizes, programas protocolos ou rotinas com foco na segurança do paciente no TIH?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 18,18% CP – 81,81% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 5 4 – MC: 6 IVC = 1	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013) (DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A literatura revisada recomenda o uso de diretrizes e protocolos para o TIH. Vários órgãos profissionais emitem normas ou diretrizes mínimas para apoiar a equipe no TIH de pacientes.
--	--	--	--	--	---	--

COMENTÁRIO – Indicador A2

R – Indicador muito claro. Somente na premissa ao invés de vários órgãos colocaria “As organizações de classe...”

R – Adequado.

R – Como será a mensuração desse indicador?

Indicador A3: Treinamento/qu alificação das equipes para o transporte.	Há qualificações com foco na eficácia do processo e diminuição da ocorrência de incidentes?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 63,63% CP – 36,36% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 8 4 – MC: 2 IVC = 0,9	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013; YANG, S. et al., 2017)	Os estudos analisados apontam a importância de equipes de transporte especializadas/treinadas. A conscientização dos profissionais de saúde em relação ao transporte seguro pode contribuir para o sucesso da ação.
--	---	--	--	--	--	--

COMENTÁRIO – Indicador A3

R – Especificar que qualificações são necessárias e relatar o processo como um todo e não apenas com foco na diminuição de incidentes e sim levar também em consideração a qualidade da assistência prestada como um todo (satisfação do cliente).

R – A pergunta avaliativa poderia ser mais abrangente nesse indicador. Quem sabe utilizar programas de educação continuada/permanente com foco no TIH, ao invés de qualificações, pois parte-se do pressuposto de continuidade.

R – Sugiro apenas deixar claro qual a periodicidade desse treinamento. Seria anual?

R – Sugiro a inclusão do termo transporte seguro no Indicador, substituindo transporte.

R – Talvez rever a expressão “eficácia”, pois pelo conceito epidemiológico deveria ser “efetividade”. Como será a mensuração desse indicador?

Indicador A4: Adequação das estruturas físicas	Há definição prévia de uma rota segura no planejamento do TIH?		DP – 0% DC – 9,09% NDC – 0% CO – 45,45% CP – 45,45% 90,9% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 2 3 – CL: 4 4 – MC: 5 IVC = 0,81	(DAY, D. 2010)	As condições do piso, inclinações, curvas, disponibilidade de elevadores, podem interferir no sucesso do TIH, especialmente com pacientes em condições instáveis, quando o tempo é essencial.
--	--	--	--	---	----------------	---

COMENTÁRIO – Indicador A4

R – Especificar com detalhes técnicos as estruturas que estão sendo avaliadas.

R – Será que cabe mais uma pergunta avaliativa? Pacientes críticos possuem rotas específicas?

R – Acredito que não só a questão da rota deva ser abordada, mas também sobre a estrutura do local de origem e destino.

R – Sugiro incluir a condição das macas de transporte como parâmetro a ser avaliado neste indicador também.

R – Como será a mensuração desse indicador? Qual é o Parâmetro						
Indicador A5: Tomada de decisão	A tomada de decisão para o TIH do paciente, é pautada em atributos técnicos, administrativos e políticos para avaliação dos riscos do transporte versus benefícios do transporte?		DP – 0% D – 0% NDC – 0% CO – 54,54% CP – 45,45% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 5 4 – MC: 5 IVC = 0,9	(DAY, D. 2010; LAHNER, 2007)	A primeira consideração para o TIH é avaliar o risco/benefício do transporte, analisando as alternativas existentes a beira do leito, os problemas atuais do paciente e o seu nível de estabilidade.

COMENTÁRIO – Indicador A5

R – Sugiro acrescentar nos atributos os relacionados ao estado clínico do paciente, porque isso pode interferir no transporte intra-hospitalar.

R – Na premissa não ficaria melhor o “estado clínico” no lugar de “os problemas atuais”

R – O que seriam os atributos políticos? Sugiro retirar.

R – O que você quer dizer com “tomada de decisão pautada em atributos políticos?”.

R – Adequado.

R – Como será a mensuração desse indicador?

Indicador A6: Comunicação	Há comunicação multidisciplinar integrada, condizente com os protocolos e rotinas de TIH? A comunicação é multidirecional abrangendo profissionais, pacientes, usuários e gestores de modo interativo e ininterrupto com orientação antecipatória?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 63,63% CP – 36,36% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 9 4 – MC: 1 IVC = 0,9	(DAY, D. 2010; SHIELDS, J; OVERSTREET, M; KRAU, S, D, 2015)	A comunicação refere-se à troca de informações precisas e oportunas nas transcrições de atendimento entre profissionais para otimizar a segurança e a continuidade do atendimento ao paciente e inclui informações sobre o status do paciente e considerações específicas do paciente. Sem comunicação de informações do paciente e orientação antecipatória, podem ocorrer erros ou intervenções inadequadas.
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--

COMENTÁRIO – Indicador A6

R – Relatar que instrumentos estão sendo utilizados para essa comunicação (impressos, registros padronizados).

R – É necessário deixar pacientes e usuários? Não pode ser utilizado um ou outro?

R – O ininterrupto nesse indicador diz respeito ao turno de trabalho?

R – Como essa comunicação será avaliada?

R – Sugiro incluir na avaliação o uso de ferramenta padronizada para comunicação do estado de saúde do indivíduo.

R – Como será a mensuração desse indicador?

Dimensão B: ATENÇÃO Indicador B1: Vigilância a deterioração fisiológica do paciente	Como atributo da vigilância, a deterioração fisiológica do paciente é considerada durante as transferências, bem como o plano de cuidado é revisado		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 36,36% CP – 63,63% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 2 3 – CL: 1 4 – MC: 7 IVC = 0,72	(DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A vigilância a deterioração clínica do paciente está vinculada ao surgimento de eventos adversos, definidos como o mau funcionamento do equipamento, declínio fisiológico da pressão arterial, frequência cardíaca ou saturação de oxigênio do paciente
---	---	--	--	---	--	---

	constantemente ?					em comparação com antes do transporte, ou qualquer situação crítica que exija intervenção terapêutica urgente na unidade de origem.
--	------------------	--	--	--	--	---

COMENTÁRIO – Indicador B1

R – Importante especificar os parâmetros de avaliação utilizados (exemplo: saturação , frequência etc.)

R – Sugiro manter uma uniformidade nos conceitos utilizados, deterioração fisiológica ou deterioração clínica? Para compreensão do respondente fica melhor.

R – Pouco claro, no sentido de trazer sobre a deterioração da condição fisiológica - “relativa à fisiologia do paciente”, tendo como premissa eventos adversos, definidos como o mau funcionamento do equipamento.

R – Como a deterioração fisiológica será avaliada?

R – Adequado.

R – Como será a mensuração desse indicador?

Indicador B2: Continuidade do nível de monitoramento.	A equipe responsável pelo TIH intervém, protege e monitora constantemente o paciente durante o transporte?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 27,27% CP – 72,72% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 3 3 – CL: 5 4 – MC: 6 IVC = 1	(DAY, D. 2010; CHANG, Y. et. al., 2010)	A continuidade do nível de monitoramento refere-se à manutenção do mesmo nível de monitorização fisiológica do paciente antes de deixar o leito.
---	--	--	--	--	--	--

COMENTÁRIO – Indicador B2

R – Sugestão de escrita da pergunta avaliativa: A equipe responsável pelo TIH intervém, protege e monitora constantemente o estado clínico do paciente durante o transporte?

R – No contexto da transferência intra-hospitalar, acredito que a manutenção de exatamente o mesmo nível de monitoramento durante o transporte seja inviável e por vezes, impraticável, quando no caso de alguma monitorização invasiva por exemplo.

R – Penso que a Premissa deve estar descrita com mais clareza, como a que está na do B1. Talvez colocar o que deve ser monitorado no Parâmetro.

Indicador B3: Suporte da unidade / acomodação	O local de destino do paciente é avaliado previamente antes do seu transporte?		DP – 0% DC – 9,09% NDC – 0% CO – 36,36% CP – 54,54% 90,9% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 6 4 – MC: 4 IVC = 0,9	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013)	É preciso que a acomodação da unidade/setor destino esteja abastecida e em condições necessárias que garantam a manutenção do padrão de atendimento da unidade de origem e do transporte. Os destinos de transporte que recebem pacientes devem ter, no mínimo, sucção, uma fonte de oxigênio, tomadas elétricas acessíveis, monitores de igual calibre à unidade origem e um carro de emergência prontamente disponível.
---	--	--	--	--	----------------------------	--

COMENTÁRIO – Indicador B3

R – Idem anterior, manter uniformidade nos conceitos utilizados, local de destino ou unidade/setor destino.

R – Não ficou claro para a avaliadora se os indicadores serão exclusivos para o transporte realizado para transferência entre setores de pacientes críticos. Caso seja o caso, o indicador está adequado e sugiro que a aplicabilidade do indicador esteja mais clara no título e objetivo da sua pesquisa. No caso de seu objetivo seja a elaboração de indicador mais abrangente, que focará em todo o transporte intra-hospitalar possível, incluindo até mesmo o transporte de cadeira do paciente até a saída do hospital, acredito que este indicador precise ser revisto.

R – Como será a mensuração desse indicador?

Dimensão C:	A cada 15 min a	A	DP – 0%	1 – NC: 1	(BÉRUBÉ, M.	A avaliação do TIH
--------------------	-----------------	---	---------	-----------	-------------	--------------------

AVALIAÇÃO	equipe do TIH documenta o estado clínico do paciente?	documentação dos sinais vitais, Glasgow, reação pupilar, PIC, pontuação de escala de dor, perviedade de todos os cateteres/tubos, manutenção da imobilização da coluna (se necessário), medicamentos administrados ou qualquer mudança clínica, eventos que requerem intervenção e a resposta do paciente a intervenção precisam ser registrados pelo menos a cada 15 minutos (recomendações do grupo italiano SIAARTI)	DC – 0% NDC – 9,09% CO – 36,36% CP – 54,54% 90,9% de concordância.	2 – PC: 1 3 – CL: 3 4 – MC: 6 IVC = 0,81	et. al., 2013; JARDEN, R, J; QUIRKE, S, 2010)	deve ser documentada. Entende-se que o registro é fundamental para a prática de enfermagem.
------------------	---	---	---	--	--	---

COMENTÁRIO – Indicador C1

R – Esse tempo pode ser especificado com base na rotina da instituição e estratificado de acordo com a gravidade de um paciente (pois temos pacientes que precisam ser monitorados constantemente com uso de monitores, pacientes graves).

R – A pergunta avaliativa nesse caso trás o estado clínico sugerido no item anterior. Nos parâmetros se possível acrescentar a escala de NEWS (National Early Warning Score) ou Escore para Alerta Precoce (EPAP), que melhora a capacidade de identificar precocemente os pacientes graves.

R – Concordo com a pergunta. Questiono apenas o intervalo de monitoramento dos parâmetros (tempo em minutos). Os protocolos internacionais indicam 15 min? Ou este tempo advie como resultado da sua pesquisa? Qual o tempo médio do transporte interno (intrahospitalar), no cenário pesquisado? Estas respostas podem contribuir.

R – Sugiro contemplar no campo Premissa sobre às implicações legais do registro e quanto sua necessidade, para uma prática de enfermagem segura e de qualidade.

R – Pensando em um transporte intra hospitalar, o ideal que este não tenha um tempo tão elevado, exceto em casos em que o paciente seja submetido a algum exame. Também nem todos os pacientes serão avaliados por escala de Glasgow, alguns casos estarão sob sedação e terá que ser avaliado a escala de sedação. O mesmo ocorre em relação a PIC - em transporte como será avaliada? Estará em uso do monitor? E as interferências de posicionamento?

R – A cada 15 minutos ou quando necessário.

R – Adequado.

R – A descrição desse ficou perfeito. Sugiro que os demais também sejam preenchidos da mesma forma.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Considerando a média obtida em todos os itens avaliados nessa primeira rodada, a TC geral foi de 96,36% e o IVC de 0,87, conforme destaca o Quadro 4, todos os indicadores foram considerados válidos, por terem alcançado o consenso desejado, a menor TC foi encontrada nos indicadores A1; A4; B3 e C1 com 90,9%, os demais alcançaram 100% de concordância entre os *experts*. O menor IVC encontrado foi nos indicadores A1 e B1 com

0,72; A4 e C1 ficaram com 0,81; A3, A5, A6 e B3 apresentaram 0,9 e A2 e B2 alcançaram o valor máximo, 1.

A fim de realizar o *feedback* dessa primeira rodada ao painel de especialista, a MAJ foi readequada considerando as observações enunciadas pelos *experts*, mantendo todos os itens da avaliação dos indicadores para serem submetidos a uma nova consulta, com isso objetivamos oportunizar a cada participante a reflexão a cerca da sua avaliação, feita nesse primeiro momento, podendo manter ou não a sua opinião diante dos ajustes feitos, além disso, buscamos aumentar a TC e IVC de alguns indicadores.

4.3 RESULTADOS DA SEGUNDA RODADA DA TÉCNICA *DELPHI*.

Seguimos agora com a apresentação dos resultados da segunda rodada de aplicação da técnica *Delphi*, que compreendeu a reavaliação dos *experts* sobre todos os itens da MAJ readequados previamente com os resultados da primeira rodada. O Quadro 5 trás a TC, o IVC e os comentários dos *experts* correspondentes a cada indicador avaliado nas três dimensões.

Quadro 5 – Consolidação dos dados da MAJ segunda rodada da técnica *Delphi*. Feira de Santana – Bahia. 2019

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	TAXA DE CONCORDÂNCIA (TC) (Escala Likert)	ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC) (Escala Likert)	FONTE	PREMISSE
Dimensão A: GESTÃO Indicador A1: Previsão e provisão de materiais e pessoas.	A composição da equipe está adequada ou de acordo com o protocolo, de modo a contribuir com a prevenção do erro, à percepção geral de segurança e o nível de segurança do paciente? Quais equipamentos estão disponíveis no serviço para o TIH? Há colaboração da equipe que receberá o paciente em seu destino para otimização do tempo de	Pessoas: Resolução COFEN nº. 588/2018 (Anexo A) Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos Protocolo institucional existente. (Anexo B)	DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 36,36% CP – 63,63% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 5 4 – MC: 5 IVC = 0,9	(SHIELDS, J; OVERSTRET, M; KRAU, S, D, 2015; CHANG, Y. et. al., 2010; Ordem dos Médicos ‘Comissão da Competência em Emergência Médica’ e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018).	A prevenção de eventos adversos no TIH inclui a identificação de problemas de equipamentos e de equipe, tais como: falha no monitor; circuito respiratório ou falha das vias aéreas; suprimento de oxigênio esgotado; hiperventilação; perda de acesso venoso ou monitoramento intravenoso. Os hospitais devem prover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. Os equipamentos elétricos providos de

	<p>espera?</p> <p>Como é implementado o monitoramento no planejamento do TH?</p>				baterias devem estar totalmente carregados, com ampla autonomia, e com capacidade de utilizar a rede elétrica do setor de destino.
					<p>Não compete aos profissionais de Enfermagem a condução do meio (maca ou cadeira de rodas) em que o paciente está sendo transportado.</p> <p>Equipamentos/materiais , refere-se a monitores, ventiladores, infusões de drogas, dispositivos de via aérea e outro aparelho físico usado para manter o nível de cuidado durante o TIH.</p> <p>O risco pode ser minimizado e os resultados melhorados com o planejamento cuidadoso, a participação de pessoal qualificado/treinado e com a seleção e disponibilização de equipamentos apropriados.</p>

COMENTÁRIO – Indicador A1

R – Como há perguntas avaliativas que congregam situações específicas neste indicador, a clareza da resposta na escala Likert fica prejudicada, pois pode ter níveis diferentes para cada pergunta.

R – O cálculo de indicador deve prever um numerador e denominador, pois retrata uma proporção, exceto para aqueles que a resposta é sim ou não. Exemplo: Numerador: nº de equipamentos utilizados no transporte. Denominador: nº de equipamentos indicados para o transporte conforme perfil clínico do paciente. Nº de profissionais que realizaram o transporte / Nº de profissionais indicados para o transporte x100. Aqui temos 2 indicadores. Especificar melhor o que significa adequado

R – Melhorar a descrição das premissas. E abordar a questão tempo (indicador muito importante no TIH, pois precisa ser monitorado e avaliado - eficiência).

R – A pergunta avaliativa começa com a composição da equipe. Sugiro que o indicador e a premissa sigam a ordem dada às perguntas avaliativas.

R – O indicador é pertinente, entretanto, acredito que a avaliação conjunta de recursos materiais e humanos pode se tornar um confundir devido no cálculo da taxa. Isso porque, um pode estar adequado e o outro não.

Indicador A2: Protocolos normas e rotinas.	Há diretrizes, programas, protocolos ou rotinas com foco na segurança do paciente no TIH?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 9,09% CP – 90,90% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 1 4 – MC: 10 IVC = 1	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013) (DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A literatura revisada recomenda o uso de diretrizes e protocolos para o TIH. Vários órgãos profissionais emitem normas ou diretrizes mínimas para apoiar a equipe no TIH de pacientes.
--	---	--	---	---	---	--

COMENTÁRIO – Indicador A2

R – Qual é o parâmetro?

R – Adequado.

Indicador A3: Qualificação das equipes para o TIH seguro.	Há qualificações na temática segurança do paciente no TIH com foco na efetividade do processo e diminuição da		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 27,27% CP – 72,72% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 4 4 – MC: 7 IVC = 1	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013; YANG, S. et al., 2017)	<p>Os estudos analisados apontam a importância de equipes de transporte especializadas/treinadas .</p> <p>A sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao</p>
---	---	--	--	--	--	---

	ocorrência de incidentes, minimamente com frequência anual?					transporte seguro pode contribuir para o sucesso da ação.
--	---	--	--	--	--	---

COMENTÁRIO – Indicador A3

R – Nesse item acho que a pergunta ficaria mais bem descrita da seguinte forma: Há qualificações na temática segurança do paciente no TIH com foco na efetividade do processo e diminuição da ocorrência de incidentes, com periodicidade anual?

R – Sugestão de cálculo: Numerador: nº de capacitações realizadas com foco no TIH. Denominador: Nº de capacitações indicadas para a equipe de TIH definidas pela instituição e conforme perfil clínico do paciente

R – Explicar porque definiu o treinamento minimamente anual. Melhor colocar como recomendação e procurar embasar conforme a literatura essa frequência escolhida.

R – Qual é o parâmetro?

R – Adequado.

Indicador A4: Adequação das estruturas físicas	Há definição prévia de uma rota segura no planejamento do TIH entre as unidades de prestação de cuidados e suporte diagnóstico?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 18,18% CP – 81,81% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 2 4 – MC: 9 IVC = 1	(DAY, D. 2010)	As condições do piso, portas, corredores, rampas, curvas, disponibilidade de elevadores, podem interferir no sucesso do TIH, especialmente com pacientes em condições instáveis, quando o tempo é essencial.
--	---	--	--	--	-------------------	--

COMENTÁRIO – Indicador A4

R – Como este indicador retrata a existência de rotas para o TIH poderia ser sim ou não, se há ou não há, porque no indicador já diz que é para o transporte seguro.

R – Essas rotas são visualmente de fácil acesso para os colaboradores (registro impresso).

R – Qual é o parâmetro?

R – Adequado.

Indicador A5: Tomada de decisão	A tomada de decisão para o TIH do paciente, é pautada em atributos técnicos (POP's; Protocolos), administrativos (rotinas e normas) e políticos (PNSP) para avaliação dos riscos do transporte versus benefícios do transporte?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 27,27% CP – 72,72% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 4 4 – MC: 7 IVC = 1	(DAY, D. 2010; LAHNER, 2007)	A primeira consideração para o TIH é avaliar o risco/benefício do transporte, (analisando as alternativas existentes a beira do leito, o estado clínico do paciente e o seu nível de estabilidade), buscando responder os seguintes questionamentos: É necessária a realização deste exame? A intervenção modificará o seu prognóstico? Devo transportar um paciente instável, ou que poderá se tornar instável?
---	---	--	--	--	---------------------------------------	--

COMENTÁRIO – Indicador A5

R – Qual é o parâmetro?

R – Adequado. Sugiro incluir no quadro 6 a observação da discussão sobre o transporte de pacientes.

R – Adequado.

Indicador A6: Comunicação	Há comunicação multidisciplinar integrada, condizente com os protocolos e rotinas de TIH?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 27,27% CP – 72,72% 100% de	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 2 4 – MC: 8 IVC = 0,90	(DAY, D. 2010; SHIELDS, J; OVERSTRET, M; KRAU, S, D, 2015)	A comunicação, que pode ser documentada em impressos ou registros padronizados, refere-se à troca de informações precisas e oportunas nas
-------------------------------------	---	--	--	---	---	---

	A comunicação é multidirecional abrangendo profissionais, pacientes, acompanhantes e gestores de modo interativo com orientação antecipatória?		concordância.				transcrições de atendimento entre profissionais para otimizar a segurança e a continuidade do atendimento ao paciente e inclui informações sobre o status do paciente e considerações específicas. Sem comunicação de informações do paciente e orientação antecipatória, podem ocorrer erros ou intervenções inadequadas.
--	--	--	----------------------	--	--	--	--

COMENTÁRIO – Indicador A6

R – Neste indicador, apesar de ter duas perguntas a serem avaliadas, uma está contida na outra, então fica claro

R – Descrever melhor essa comunicação, ficou muito ampla. A comunicação é meta de segurança do paciente e seria melhor abordar de forma mais específica. Existe um impresso para registro de transferência entre setores? Assinatura e horários do transporte. Quem assina a transferência, será de responsabilidade do enfermeiro?

R – Qual é o parâmetro?

R – Adequado.

Dimensão B: ATENÇÃO Indicador B1: Vigilância a deterioração fisiológica do paciente	Como atributo da vigilância, a deterioração fisiológica do paciente é considerada durante as transferências, bem como o plano de cuidado é revisado constantemente ?	Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Anexo B) Protocolo institucional existente.	DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 18,18% CP – 81,81% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 1 4 – MC: 10 IVC = 1	(DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A vigilância a deterioração clínica do paciente está vinculada ao surgimento de eventos adversos, definidos como o mau funcionamento do equipamento, declínio fisiológico da pressão arterial, frequência cardíaca ou saturação de oxigênio do paciente em comparação com antes do transporte, ou qualquer situação crítica que exija intervenção terapêutica urgente na unidade de origem.
---	--	--	--	---	--	---

COMENTÁRIO – Indicador B1

R – Sugestão de cálculo: Número de pacientes com registros de vigilância completos/ número total de pacientes.

R – Especificar os parâmetros clínicos de deterioração dos pacientes.

R – Adequado.

Indicador B2: Continuidade do nível de monitoramento.	A equipe responsável pelo TIH intervém, protege e monitora constantemente o estado clínico do paciente durante o transporte?	Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Anexo B) Protocolo institucional existente. Escala de NEWS (National Early Warning Score), Escore para Alerta Precoce (EPAP); Escala de Ramsay ou	DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 9,09% CP – 90,90% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 2 4 – MC: 9 IVC = 1	(DAY, D. 2010; CHANG, Y. et. al., 2010)	A continuidade do nível de monitoramento refere-se à manutenção do mesmo nível de monitorização fisiológica do paciente antes de deixar o leito.
---	--	---	---	--	--	--

		Escala de Glasgow.				
COMENTÁRIO – Indicador B2						
R – Discorrer sobre essa monitorização. Pois tem pacientes que podem ser transportados sem monitorização e pacientes que precisam de monitorização (monitor multiparamétrico, cilindros de O2 disponível).						
R – Entendo a necessidade de monitoramento. A maior parte dos cenários de saúde brasileiros tornam a manutenção do mesmo nível de monitoramento impraticável. Até porque, por exemplo, os ventiladores mecânicos de transporte têm particularidades que não permitem o mesmo controle rigoroso de parâmetros oferecidos em um equipamento regular. Sugestões: Indicador = continuidade do monitoramento. Premissa = a continuidade do monitoramento refere-se a garantia de monitorização dos parâmetros fisiológicos na identificação de deterioração precoce e retorno ao padrão de controle, o mais rápido possível.						
Indicador B3: Suporte da unidade / acomodação	A unidade de cuidados ou de apoio diagnóstico é avaliado previamente antes do seu transporte?		DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 18,18% CP – 81,81% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 1 3 – CL: 1 4 – MC: 9 IVC = 0,9	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013)	É preciso que a acomodação da unidade/setor destino esteja abastecida e em condições necessárias que garantam a manutenção do padrão de atendimento da unidade de origem e do transporte. Os destinos de transporte que recebem pacientes devem ter, no mínimo, succção, uma fonte de oxigênio, tomadas elétricas acessíveis, monitores de igual calibre à unidade origem e um carro de emergência prontamente disponível.
COMENTÁRIO – Indicador B3						
R – Sugestão: Número de transportes com suporte da unidade completo / número total de transportes.						
R – Como será realizada essa Avaliação? Por quem? Terá um check list? Será verbal ou escrita?						
R – Qual é o parâmetro? Como deve ser esta avaliação? Presencial? Por telefone, na passagem do caso, antes de conduzir o paciente? Há menção de que é por observação direta. Como os profissionais vão executar isso na prática?						
R – Adequado.						
Dimensão C: AVALIAÇÃO Indicador C1: Registro.	A regularidade do registro sobre o estado clínico do paciente, feito pela equipe do TIH, está condizente com o POP?	A documentação dos sinais vitais, Glasgow, reação pupilar, PIC, pontuação de escala de dor, perviedade de todos os cateteres/tubos, manutenção da imobilização da coluna (se necessário), medicamentos administrados ou qualquer mudança clínica, eventos que requerem intervenção e a resposta do paciente a intervenção precisam ser registrados pelo menos a cada 15 minutos (recomendações do grupo italiano SIAARTI)	DP – 0% DC – 0% NDC – 0% CO – 9,09% CP – 90,90% 100% de concordância.	1 – NC: 0 2 – PC: 0 3 – CL: 1 4 – MC: 10 IVC = 1	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013; JARDEN, R, J; QUIRKE, S, 2010)	A avaliação do TIH deve ser documentada. Entende-se que o registro é fundamental para a prática de enfermagem. Todas as intercorrências e intervenções de Enfermagem durante o processo de transporte devem ser registradas no prontuário do paciente. Revisão retrospectiva de prontuários / processos clínicos. Revisão de prontuários / processos clínicos abertos (de pacientes que estão sendo assistidos).

COMENTÁRIO – Indicador C1

R – N° de itens que compõe o registro realizado / n° total de itens esperados que sejam registrados para o perfil clínico do paciente conforme POP

R – Fico pensando apenas a viabilidade do parâmetro incluído de periodicidade dos registros. O registro de SSVV e resultado de escalas de nível de consciência a cada 15 minutos é possível. O resto das solicitações de avaliação, acredito que não seja tão aplicável. Talvez a premissa deva ser: contém ao menos um registro antes do início do transporte, um durante e um após a finalização e sempre que houver modificação do estado clínico ou intervenções forem realizadas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A média geral da TC de todos os indicadores, das três dimensões, analisadas na MAJ nessa segunda rodada foi de 100%, tendo em vista que todos os itens alcançaram o máximo do consenso entre as opiniões dos *experts*. Por sua vez, o IVC geral aferido foi de 0,97, apenas os indicadores A1, A6 e B3 tiveram 0,9. No entanto esse resultado evidencia que A1 aumentou o seu IVC em relação à primeira rodada e A6 e B3 mantiveram o índice, os demais alcançaram a pontuação máxima, 1.

Os resultados da aplicação das duas rodadas da técnica *Delphi* permitiu a validação dos indicadores construídos na primeira etapa da pesquisa. Inicialmente foram calculadas as frequências das respostas dos participantes deixadas nas duas escalas *Likert* que compuseram a MAJ, com o propósito de aferir o índice de concordância/pertinência e clareza de cada indicador a partir da opinião dos *experts* em segurança do paciente.

Já na primeira rodada todos os itens tiveram a concordância desejada, porém a partir da análise dos enunciados deixadas pelos participantes todas as dimensões passaram por adequações na MAJ. Na dimensão **A:Gestão**, o indicador A1 recebeu ajustes nos parâmetros; premissas e atualização de fontes; o indicador A3 foi renomeado e a pergunta avaliativa reelaborada; A4 também teve a sua pergunta avaliativa reelaborada; A5 teve ajustes no parâmetro; na premissa e na pergunta avaliativa. O indicador A2 não passou por nenhum ajuste e manteve a TC e IVC nas duas rodadas, 100% e 1 respectivamente, A6 também não teve mudanças na sua formulação e manteve os resultados de TC e IVC nos dois momentos de consulta 100% e 0,9. Por sua vez a dimensão **B:Gestão**, passou por adequações nos seus três indicadores, B1 teve a inclusão do parâmetro; B2 também teve a inclusão do parâmetro e reformulação da pergunta avaliativa e B3 teve a sua pergunta avaliativa reformulada. A dimensão **C:Monitoramento** teve ajustes no parâmetro, na premissa e na pergunta avaliativa do seu único indicador.

Dessa maneira a MAJ foi requalificada e submetida a uma nova consulta do painel de especialistas. A análise dos resultados subsidiou novas mudanças, o indicador “A1: Previsão e provisão de materiais e pessoas” foi desmembrado em dois indicadores “A1: Previsão e provisão de materiais” e “A2: Composição da equipe” cada um com seus elementos na MAJ,

ficando a dimensão A: Gestão com o total de sete indicadores e, o indicador B3: foi renomeado e teve ajustes na sua premissa, essas mudanças também refletiram no ML, que também precisou ser ajustado conforme as mudanças sinalizadas. Por conseguinte, o Quadro 6 apresenta a MAJ final, resultado de todo processo de validação, incluindo todos os indicadores implicados na segurança do paciente no TIH.

Quadro 6 – Matriz de Análise e Julgamento Final, após rodadas da técnica *Delphi*. Feira de Santana – Bahia. 2019

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	FONTE	PREMISSE
Dimensão A: GESTÃO Indicador A1: Previsão e provisão de materiais	Quais equipamentos estão disponíveis no serviço para o TIH? Como é implementado o monitoramento no planejamento do TIH?	Pessoas: Resolução COFEN n. 588/2018 (Anexo A Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos Protocolo institucional existente. (Anexo B)	(SHIELDS, J.; OVERSTRET, M.; KRAU, S, D, 2015; CHANG, Y. et. al., 2010; Ordem dos Médicos ‘Comissão da Competência em Emergência Médica’ e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, 2008; RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018).	A prevenção de eventos adversos no TIH inclui a identificação de problemas de equipamentos, tais como: falha no monitor; circuito respiratório ou falha das vias aéreas; suprimento de oxigênio esgotado; hiperventilação; perda de acesso venoso ou monitoramento intravenoso. Os hospitais devem prover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, desejavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. Os equipamentos elétricos providos de baterias devem estar totalmente carregados, com ampla autonomia, e com capacidade de utilizar a rede elétrica do setor de destino. Equipamentos/materiais, refere-se a monitores, ventiladores, infusão de drogas, dispositivos de via aérea e outro aparato físico usado para manter o nível de cuidado durante o TIH. O risco pode ser minimizado e os resultados melhorados com o planejamento cuidadoso, a participação de pessoal qualificado/ treinado e com a seleção e disponibilização de equipamentos apropriados.
Indicador A2 Composição da equipe	A composição da equipe está adequada ou de acordo com o protocolo, de modo a contribuir com a prevenção do erro, à percepção geral de segurança e o nível de segurança do paciente? Há colaboração da equipe que receberá o paciente em seu destino para otimização do tempo de espera?	Resolução COFEN n. 588/2018 (Anexo A Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos Protocolo institucional existente. (Anexo B)		Não compete aos profissionais de Enfermagem a condução do meio (maca ou cadeira de rodas) em que o paciente está sendo transportado.
Indicador A3: Protocolos normas e rotinas.	Há diretrizes, programas, protocolos ou rotinas com foco na segurança do paciente no TIH?		(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013) (DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A literatura revisada recomenda o uso de diretrizes e protocolos para o TIH. Vários órgãos profissionais emitem normas ou diretrizes mínimas para apoiar a equipe no TIH de pacientes.

Indicador A4: Qualificação das equipes para o TIH seguro.	Há qualificações na temática segurança do paciente no TIH com foco na efetividade do processo e diminuição da ocorrência de incidentes com periodicidade anual ou conforme protocolo da instituição?		(BÉRUBÉ, M. et al., 2013; YANG, S. et al 2017)	Os estudos analisados apontam a importância de equipes de transporte especializadas/treinadas. A sensibilização dos profissionais de saúde em relação ao transporte seguro pode contribuir para o sucesso da ação.
Indicador A5: Adequação das estruturas físicas	Há definição prévia de uma rota segura no planejamento do TIH entre as unidades de prestação de cuidados e suporte diagnóstico?		(DAY, D. 2010)	As condições do piso, portas, corredores, rampas, curvas, disponibilidade de elevadores, podem interferir no sucesso do TIH, especialmente com pacientes em condições instáveis, quando o tempo é essencial.
Indicador A6: Tomada de decisão	A tomada de decisão para o TIH do paciente, é pautada em atributos técnicos (POP's; Protocolos), administrativos (rotinas e normas) e políticos (PNSP) para avaliação dos riscos do transporte versus benefícios do transporte?		(DAY, D. 2010; LAHNER, 2007)	A primeira consideração para o TIH é avaliar o risco/benefício do transporte, (analisando as alternativas existentes a beira do leito, o estado clínico do paciente e o seu nível de estabilidade), buscando responder os seguintes questionamentos: É necessária a realização deste exame? A intervenção modificará o seu prognóstico? Devo transportar um paciente instável, ou que poderá se tornar instável?
Indicador A7: Comunicação	Há comunicação multidisciplinar integrada, condizente com os protocolos e rotinas de TIH? A comunicação é multidirecional abrangendo profissionais, pacientes, acompanhantes e gestores de modo interativo com orientação antecipatória?		(DAY, D. 2010; SHIELDS, J.; OVERSTRET, M; KRAU, S, D, 2015)	A comunicação, que pode ser documentada em impressos ou registros padronizados, refere-se à troca de informações precisas e oportunas nas transcrições de atendimento entre profissionais para otimizar a segurança e a continuidade do atendimento ao paciente e inclui informações sobre o status do paciente e considerações específicas. Sem comunicação de informações do paciente e orientação antecipatória, podem ocorrer erros ou intervenções inadequadas.
Dimensão B: ATENÇÃO Indicador B1: Vigilância a deterioração fisiológica do paciente	Como atributo da vigilância, a deterioração fisiológica do paciente é considerada durante as transferências, bem como o plano de cuidado é revisado constantemente?	Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Anexo B) Protocolo institucional existente.	(DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A vigilância a deterioração clínica do paciente está vinculada ao surgimento de eventos adversos, definidos como o mau funcionamento do equipamento, declínio fisiológico da pressão arterial, frequência cardíaca ou saturação de oxigênio do paciente em comparação com antes do transporte, ou qualquer situação crítica que exija intervenção terapêutica urgente na unidade de origem.
Indicador B2: Continuidade do monitoramento.	A equipe responsável pelo TIH intervém, protege e monitora constantemente o estado clínico do paciente durante o	Protocolo e diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Anexo B) Protocolo institucional existente. Escala de NEWS (National	(DAY, D. 2010; CHANG, Y. et al., 2010)	A continuidade do monitoramento refere-se a garantia de monitorização dos parâmetros fisiológicos na identificação de deterioração precoce e retorno ao padrão de controle, o mais rápido possível.

	transporte?	Early Warning Score), Escore para Alerta Precoce (EPAP); Escala de Ramsay ou Escala de Glasgow.		
Indicador B3: Suporte da unidade / acomodação	A unidade de cuidados ou de apoio diagnóstico é avaliado previamente antes do seu transporte?		(BÉRUBÉ, M. et al., 2013)	<p>É preciso que a acomodação da unidade/setor destino esteja abastecida e em condições necessárias que garantam a manutenção do padrão de atendimento da unidade de origem e do transporte.</p> <p>Os destinos de transporte que recebem pacientes devem ter, no mínimo, sucção, uma fonte de oxigênio, tomadas elétricas acessíveis, monitores de igual calibre à unidade origem e um carro de emergência prontamente disponível.</p>
Dimensão C: MONITORAMENTO Indicador C1: Registro.	A regularidade do registro sobre o estado clínico do paciente, feito pela equipe do TIH, está condizente com o POP?	A documentação dos sinais vitais, Glasgow, reação pupilar, PIC, pontuação de escala de dor, perviedade de todos os cateteres/tubos, manutenção da imobilização da coluna (se necessário), medicamentos administrados ou qualquer mudança clínica, eventos que requerem intervenção e a resposta do paciente a intervenção precisam ser registrados pelo menos a cada 15 minutos (recomendações do grupo italiano SIAARTI)	(BÉRUBÉ, M. et al., 2013; JARDEN, R, J; QUIRKE, S, 2010)	<p>A avaliação do TIH deve ser documentada. Entende-se que o registro é fundamental para a prática de enfermagem.</p> <p>Todas as intercorrências e intervenções de Enfermagem durante o processo de transporte devem ser registradas no prontuário do paciente.</p> <p>Revisão retrospectiva de prontuários / processos clínicos.</p> <p>Revisão de prontuários / processos clínicos abertos (de pacientes que estão sendo assistidos).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por fim, a avaliação do *expert* da área da linguística (ANEXO C) consistiu no último momento da validação, que além dos critérios de clareza e pertinência, se propôs a avaliar aspectos semântico, idiomático, experimental e conceitual, definidos por Alexandre e Colluci (2009) como: aspectos semânticos: são relativos ao significado das palavras (vocabulário, gramática); aspectos idiomáticos: referem-se às expressões idiomáticas e coloquiais; aspectos experimentais: abordam situações coerentes com o contexto cultural e aspectos conceituais: se referem ao conceito explorado. Por consequência, apresentamos como produção técnica dessa pesquisa o plano de indicadores validado com vista à avaliação da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar, conforme apresentação do Quadro 7.

Quadro 7 – Plano de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar.
Feira de Santana – Bahia. 2019

BOA PRÁTICA	INDICADOR	TIPO	FONTE	CÁLCULO ²
Estrutura organizacional / Institucionalização da cultura de segurança.	Previsão e provisão de materiais	Estrutura	Observação Direta	Existência ou não de materiais. Cálculo: Numerador: N° de equipamentos utilizados no transporte / Denominador: N° de equipamentos indicados para o transporte conforme perfil clínico do paciente.
	Composição da equipe	Estrutura	Observação Direta	Cálculo: Numerador: N° de profissionais que realizaram o transporte / Denominador: N.º de profissionais indicados para o transporte x100
	Protocolos normas e rotinas.	Estrutura	Auditória	Existência ou não de protocolo, normas e rotinas.
	Qualificação das equipes para o TIH seguro.	Estrutura	Existência ou não de treinamentos	Ver em relatórios, listas de frequência e ou plano de curso das atividades educativas. Cálculo Numerador: N.º de capacitações realizadas com foco no TIH / Denominador: N.º de capacitações indicadas para a equipe de TIH definidas pela organização e conforme perfil clínico do paciente
	Adequação das estruturas físicas	Estrutura	Observação Direta	Adequada ou não adequada.
	Tomada de decisão	Estrutura	Observação Direta	Ver atas de reuniões e observação não-participantes das reuniões, bem como, relatório de gestão.
	Comunicação	Estrutura	Observação Direta	Existência ou não de registros.
Atenção ao paciente em situação de transporte intra-hospitalar com foco na identificação dos riscos/perigo.	Vigilância a deterioração fisiológica do paciente	Processo	Observação direta /prontuário	Numerador: N.º de pacientes com registros de vigilância completos/ Denominador: N.º total de pacientes
	Continuidade do monitoramento	Processo	Observação direta /prontuário	Numerador: N.º de pacientes com registros de continuidade da monitorização/ Denominador: N.º total de pacientes
	Suporte da unidade / acomodação	Processo	Observação direta	Adequado ou não Cálculo: Numerador: N.º de transportes com suporte da unidade completo / Denominador: N.º total de transportes
Avaliação do processo	Registro	Resultado	Prontuário	Registros em prontuário conforme ou não conforme.

² Os indicadores são qualitativos e quantitativos com análises agregadas, com mais de uma fonte. Para aplicação desse plano de indicadores é necessário que as organizações de saúde tenham seus POP's implementados nos serviços, caso contrário, recomendamos o Protocolo e Diretrizes da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (ANEXO B) e o Roteiro para avaliação de paciente para transporte intra-hospitalar elaborado por SILVA, R.; AMANTE, L, N, 2015 (ANEXO C).

				Cálculo: Numerador: N° de itens que compõe o registro realizado / Denominador: N° total de itens esperados que sejam registrados para o perfil clínico do paciente conforme POP organizacional.
--	--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Os estabelecimentos de saúde, em particular os hospitalares, defrontam-se, desde o lançamento do PNSP, com o desafio e a responsabilidade pública de qualificar a sua força de trabalho com foco maior na qualidade do cuidado e segurança do paciente, buscando viabilizar a implementação dos protocolos definidos pelo programa e discutir não mais o que fazer, mas sim, como fazer e como implementar práticas seguras em contextos diversos, sem dispor, na maioria dos cenários, de profissionais com expertise na temática.

Nessa direção Chang, Y et. al (2010), destacam que a segurança do paciente a ser transportado precisa ser avaliada concentrando-se em possíveis complicações, duração do transporte, disponibilidade de equipamentos apropriados, treinamento prévio da equipe e a garantia de monitoramento contínuo e rigoroso, tendo em vista que os eventos adversos podem afetar uma variedade de órgãos e podem estar relacionados ao movimento de pacientes, disfunção de equipamentos ou outros incidentes.

Frente a um processo tão desafiador, que é deslocar pacientes para realizar intervenções em outras áreas da unidade hospitalar, passando por corredores, elevadores e rampas, buscando manter a qualidade do cuidado livre de eventos indesejáveis, sem dúvidas, o tema segurança do paciente no THI atrai a atenção no cenário da assistência à saúde. Nesse sentido, o plano de indicadores, validado neste estudo, incorpora as três dimensões clássicas de avaliação da qualidade em saúde descritas por Donabedian (1985), que se complementam para obter o melhor resultado da assistência prestada, que são: estrutura, processo e resultados.

Para tanto, nesta pesquisa, foram também considerados padrões e diretrizes atuais de TIH, na construção de cada dimensão e indicador, abordando particularmente questões de gerenciamento, preparação, execução, com considerações contínuas de monitoramento, e da avaliação do processo. Diante disso, Day (2010) considera que a decisão de transportar um paciente é ponderada sobre os benefícios esperados da intervenção a ser realizada *versus* os riscos causados pelo transporte. Porém, para se alcançar um bom desempenho, esta ação requer essencialmente uma preparação cuidadosa.

Como a tomada de decisão clínica deve se basear nas melhores práticas e políticas, é necessário que a equipe tenha este conhecimento. Shields; Overstreet; Krau (2015) afirmam

que o entendimento dos protocolos/normas/rotinas representa um veículo para aumentar a conscientização do pessoal, por essa razão, é necessário planejar e implementar programas educacionais/treinamentos com base nas necessidades específicas das equipes.

Corroborando a essa afirmação Jarden e Quirke (2010) afirmam que a montagem de equipamentos e a seleção de medicamentos adequados para o TIH dependem de profissionais treinados que saibam executar bem seu papel, com base nos protocolos gerados pela organização. Esses autores também sinalizam que o reconhecimento do risco do TIH requer orientação antecipada e comunicação entre esquipes

Dessa forma, o plano de indicadores poderá contribuir efetivamente na redução de falhas humanas, à medida que a equipe buscará se atentar aos subprocessos que compõe toda ação, evitando erros que não seja omissões durante o TIH. Segundo esse mesmo pensamento Shields; Overstreet; Krau (2015) destacam que proteger os pacientes de danos é uma responsabilidade primária de todas as enfermeiras, sendo assim, é necessário que haja protocolos e ferramentas de avaliação específicas e que, sobretudo, haja adesão dessas profissionais a elas.

Merry (2005) destaca que o trabalho em saúde requer o uso de tecnologias, e ele as classifica como tecnologias leves, que atua no campo das relações; as leve-duras, que são as dos saberes estruturados, tais como as teorias e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e as duras que são as dos recursos materiais. Empregando essa referência no campo da segurança do paciente no TIH e tendo como base os elementos do ML e MAJ desse estudo, percebemos no planejamento de um modo geral, incluindo a comunicação, a composição da equipe e o conhecimento das políticas para a tomada de decisão, uma referências da tecnologia leve, a institucionalização de grupos de controle de qualidade com implementação de diretrizes e programas educacionais para o TIH, bem como a utilização de ferramentas de registros/documentação para avaliação das ações realizadas a partir do cumprimento rigoroso e a revisão das diretrizes de transporte existentes, como tecnologia leve-duras, por fim, o uso de equipamentos e o monitoramento, como elementos das tecnologias duras.

Dessa maneira, entende-se que os riscos relacionados ao TIH podem ser potencialmente reduzidos pela implementação dessas tecnologias em práticas baseadas em valores e em evidências, favorecendo assim a efetividade dos cuidados prestados e o seu gerenciamento de modo seguro. Com isso, ressaltamos o impacto positivo da contribuição desse estudo na qualidade da assistência de enfermagem e na segurança do paciente em

situação de TIH, como estratégias que devem, portanto, ser consideradas na jornada rumo à melhoria contínua da segurança do TIH.

Esses *experts* consideraram que os indicadores possuem a pertinência e a clareza necessárias para serem utilizados nas instituições de saúde, sendo, portanto, capazes de avaliar a segurança do paciente no TIH, podendo contribuir com o planejamento, com a identificação de avanços, ocorrência de incidentes e fatores relacionados, assim como as fragilidades e inconsistências de toda ação. Além disso, poderá subsidiar a formulação de protocolos assistenciais para o TIH, impulsionando a elaboração de práticas mais seguras, embora não elimine o risco, poderá contribuir para a redução da possibilidade de ocorrência de incidentes, minimizando a exposição dos pacientes a riscos inerentes ao transporte.

Contudo, vale destacar, mais uma vez, o papel de centralidade da equipe de enfermagem em relação à segurança do paciente, não somente por representar o maior contingente de profissionais nas organizações de saúde brasileiras e ter proximidade constante com os pacientes, mas por ter implicado ao seu processo de trabalho o esforço de tornar as práticas de saúde mais seguras e efetivas em todas as etapas da prestação do cuidado (planejamento, execução e avaliação). Sempre foi assim, muito antes de termos a segurança do paciente reconhecida pela OMS como um problema de saúde pública.

5 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo construir e validar um plano de indicadores para mensuração e avaliação da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. No momento inicial de sua execução, consideramos a escassez de estudos sobre a temática, contudo, a literatura investigada para construção do plano de indicadores para segurança do paciente no TIH, foi capaz de apontar pontos focais específicos que foram integrados e adaptados na ferramenta, gerando uma estrutura metodológica construída em três etapas.

Dessa maneira, foi possível responder ao objetivo do estudo, ao passo em que apresentamos a MAJ final, que contemplou as dimensões: gestão, atenção e monitoramento com seus respectivos indicadores validados com expressiva TC e IVC. Além disso, a pesquisa traz uma significativa contribuição para o estado da arte e para os serviços de saúde a partir da construção do plano de indicadores por meio de evidências científicas e sua validação, sob a ótica do conteúdo, realizada por *experts* na temática, ocorrida em um pré-teste e duas rodadas de consultas feitas por meio da técnica *Delphi*.

Nossos achados confirmam que os riscos relacionados ao transporte de pacientes podem ser potencialmente reduzidos pela implementação de indicadores de qualidade aplicável por todos os membros da equipe, como uma estratégia que visa antecipar problemas, preparar com segurança os pacientes para o transporte, podendo garantir a confiabilidade da aplicação de diretrizes, o registro e o monitoramento da ação.

Cabe também destacar, sobretudo, a contribuição para o trabalho da equipe de enfermagem, compreendida como elemento chave para segurança do paciente, haja vista que seu produto possibilitará a reflexão crítica sobre e tomada de decisão nas diferentes etapas do TIH, a conscientização de manter o paciente fora do seu leito seguro e com menor risco de ocorrências de eventos adversos, possibilitando o aprimoramento de padrões técnicos e do trabalho em equipe com mais resultados favoráveis e processos mais seguros.

Como limites do estudo, identificamos a dificuldade em reunir referências científicas que subsidiassem a construção dos indicadores, a busca por contato de *experts* em segurança do paciente para participação da técnica *Delphi* e a sua adesão à pesquisa, considerando o grande quantitativo de contatos sem respostas ou desistências. Além disso, outro limite foi à impossibilidade de testagem dos indicadores, dado o prazo para conclusão do mestrado, mantendo, portanto, a necessidade de continuidade do estudo.

REFERÊNCIAS

- AHRQ (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY). At A Glance. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: <<https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html>>. Acesso em: 07 out. 2018.
- ALBUQUERQUE, Aline. A segurança do paciente à luz do referencial dos direitos humanos. **R. Dir. Sanit.**, v.17, n.2, p. 117-137, jul./out. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/122309>>. Acesso em: 28 jul. 2018.
- ALMEIDA, A.C.G, et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta paul. Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 471-476, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a24.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2018.
- ALEXANDRE, N.M.C; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n.7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019
- ANTUNES, Marcelo Moreira. Técnica Delphi: metodologia para pesquisas em educação no Brasil. **Rev. educ. PUC-Camp**, Campinas, v. 19, n.1, p. 63-71, jan./abr., 2014. Disponível em: <<http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/reveducacao/article/view/2616/1894>>. Acesso em: 10 abr. 2018
- ALMEIDA, M.H.M; SPÍNOLA, A.W.P; LANCMAN, S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 49-58, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rto/article/view/14056>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- ARANAZ-ANDRÉS, J.M, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the ‘Iberoamerican Study of Adverse Events’ (IBEAS). **BMJ Qual Saf**, v. 20, n. 12, p. 1043-1051, jun. 2011. Disponível em: <<http://scihub.tw/10.1136/bmjqs.2011.051284>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- ARREAZA, A.L.V; MORAES, J.C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2627-2638, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-8123201000500037&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 10 out. 2018.
- AUSTRALASIAN COLLEGE FOR EMERGENCY MEDICINE. Minimum standards for intrahospital transport of critically ill patients. Joint Faculty of Intensive Care Medicine. Emergency Medicine, p. 15-202, 2003. Disponível em: <http://www.acem.org.au/media/policies_and_guidelines/min_stand_intrahosp_crit_ill.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.
- BÉRUBÉ, M. et al. Impact of a preventive programme on the occurrence of incidents during the transport of critically ill patients. **Intensive and Critical Care Nursing**. n. 29, p.9-19, 2013. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1016/j.iccn.2012.07.001>>. Acessado em: 10 abr. 2018.

BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Rev Admin Saúde.** V. 3, n. 12, p.21-28, jul.-set, 2001. Disponível em:
<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf> Acesso em : 22 out. 20019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 abr. 2013a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jul. 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo, 2012.

_____. Portaria n. 1.693, de 8 de novembro de 2011. Dispõe sobre Critérios para Credenciamento de Instituições na Rede Sentinel – SUS. *Diário Oficial da União*, n. 215, Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 396, de 4 de março de 2011 Institui o projeto de formação e melhoria da qualidade de rede de saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. *Diário Oficial União*. 9 mar, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS – IDSUS. Brasília (DF), 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Proqualis: aprimorando as práticas de saúde. 2009. Disponível em <<http://proqualis.net>> Acesso em: 10 out. 2018.

CALDANA, G et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas. **Texto Contexto Enferm.** v. 24, n. 3, p.906-11, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00906.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

CAMPBELL, S. M, at al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Qual Saf Health Care**, v.11, p. 358–364, 2002. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1136/qhc.11.4.358>>. Acessado em: 11 out. 2019.

CAPUCHO, H. C; CASSIANI, S.H.B. Necessidades de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.47. n.4, p.791-198, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0791.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

CHANG, Y, et al. Quality control work group focusing on practical guidelines for improving safety of critically ill patient transportation in the emergency department. **Journal of**

emergency nursing. v.36, n.2, 2010. Disponível em:
<https://scihub.tw/10.1016/j.jen.2009.07.019>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CHRISTOVAM, B. P; PORTO, I.S ; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n. 3, p.734-41, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/28.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COLUCI, M.Z.O; ALEXANDRE,N.M.C; MILANI,C. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>>. Acesso em : 15 out. 2018.

DANCEY, REIDY. **Estatística sem matemática para psicologia.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DAY, D. Keeping Patients Safe During Intrahospital Transport. **Critical Care Nurse**, v. 30, n. 4, 2010. Disponível em: <<https://scihub.tw/10.4037/ccn2010446>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DIAS, J.C, et al. Compreensão de enfermeiros sobre segurança do paciente e erros de medicação. **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 4, p. 886-873, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/969>>. Acesso em: 10 out. 2018.

D`INNOCENZO M, et al. **Indicadores, Auditorias, Certificações: Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde.** São Paulo – SP: Martinar, 2006.

DOMINGUES, A.N; CARVALHO, L.R; ZEM-MASCARENHAS, S.H. Segurança do Paciente: análise dos grupos de pesquisa. **Cogitare Enfermagem**, v.21, n. esp, p. 01-08, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45680>>. Acesso em: 11 out. 2018.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in Health care*. Oxford: Oxford, 2003. DONABEDIAN, A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1985.

ERLER, C. et al. Perceived Patient Safety Culture in a Critical Care Transport Program. **Air Medical Journal**, v. 32, n. 04, p. 208-2015, jul./alg. 2013. Disponível em: <<https://scihub.tw/10.1016/j.amj.2012.11.002>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FANARA, B, et al. Recommendations for the intra-hospital transport of critically ill patients. **Critical Care**. London. v. 14. 2010. Disponível em: <<http://ccforum.com/content/14/3/R87>>. Acesso em: 12 out. 2019.

FARO, A.C.M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.31, n.1, p. 259- 73, ago. 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/415.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

FELDMAN, L. B; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/03/Feldman-2005.pdf>> Acessado em : 05 fev. 2019.

FERDINANDE, P. Recommendations for intra-hospital transport of the severely head injured patient. Working Group on Neurosurgical Intensive Care of the European Society of Intensive Care Medicine. **Intensive Care Med**. Belgium, n. 25, pp. 1441-1443.1999. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1007/s001340051096>>. Acesso em 13 novembro 2018.

FERNANDES, MVL. **Indicadores de avaliação das práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associado a cateter: construção e validação**. 2005. 123 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do adulto) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2005.

FERREIRA, D.P. Indicadores em saúde: construção e uso. In Cianciarullo TI, Cornett VK, coordenadoras. **Saúde, Desenvolvimento e Globalização: um estudo para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, 2002.

FONTANELE, et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 41, n. especial, p. 167-179, mar 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0167.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2018.

FRANÇOLIN, L, et al. Gerenciamento da segurança do paciente sob a ótica dos enfermeiros. **Rev Esc. Enferm USP**, v. 49, n. 2, p. 277-283, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0277.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2018.

GRABOIS, V; ROSA, M.B. Aprendendo com a sabedoria da linha de frente do cuidado [Editorial]. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 40, n. esp, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180487.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos – o que são? **Ver Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 50, p.109-126, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200008>. Acesso em: 17 abr. 2018.

GAMA, Z. A. S.; SATURNO, P. J. A segurança do paciente inserida na gestão da qualidade dos serviços de saúde. In: *Assistência Segura: uma reflexão teórica aplicada à prática*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa, 2013. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1++Assist%C3%A3ncia+Segura++Uma+Reflex%C3%A3o+Te%C3%BCrica+Aplicada+%C3%A0+Pr%C3%A1tica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>>. Acesso em: 10 maio 2018.

GASTAL, F.L. **Introdução a indicadores de desempenho:** treinamento por EaD. Brasília: Organização Nacional de Acreditação. 2006.

GUESSER, J. C. **Incidentes durante transporte intra-hospitalar de pacientes em estado crítico da emergência para a UTI.** 106 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da Metodologia Delphi pela internet – vantagens e ressalvas. **Administração On Line**, v.2, n.2, jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 08 jun. 2018.

GOMES, A.T.L, et al. A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. **Rev. Bras Enfermagem**. v. 70, n. 1, p. 146-154. Jan.-fev. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0146.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.

GOUVÊA, C.S.D; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p. 1061-1078, jun., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

JARDEN, R. J; QUIRKE, S. Improving safety and documentation in intrahospital transport: Development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. **Intensive and Critical Care Nursing**, v.26, p.101-107. 2010. Disponível em <<https://scihub.tw/10.1016/j.iccn.2009.12.007>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

JÚNIOR, J.A.B; MATSUDA, L.M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out., 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006>. Acesso em: 20 de ago. 2019.

INTENSIVE CARE SOCIETY. **Guidelines for the transport of the critically ill adult.** 2011. Disponível em: <<http://www.ics.ac.uk/icshomepage/guidelines-standards/>>. Acesso em 12 set. 2019.

ISMP. Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos – ISMP. Disponível em: <<https://www.ismp-brasil.org/site/quem-somos/>>. Acessaro em 18 de out. 2019.

JAPIASSÚ, A. M. Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. São Paulo,v.17, n.3, 2005. Disponível em: <http://rbti.org.br/rbti/download/artigo_2010616173958.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

KEENEY, S.; HASSON, F.; McKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53, n. 2, p.205–212. 2006. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação:** uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaber, 2014.

KOHN, L T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

LAHNER, D et al. Incidence of complications in intrahospital transport of critically ill patients – experience in an Austrian university hospital. **Wien Klin Wochenschr**, p. 412–416, 2007. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1007/s00508-007-0813-4>>. Acesso em: 21 ago. 2018.

LAST, J. M. **A dictionary of epidemiology**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1998.

LIMA, D.V.M. Desenhos de pesquisa: uma contribuição ao autor. **Braz. J. nurs**, v. 10, n.2, abr-ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S14148145201400040058600010&lng=en>. Acesso em: 15 jul. 2018.

LIMA, F.D.M. A segurança do paciente e intervenções para a qualidade dos cuidados de saúde. **Revista espaço para a saúde**, v. 15, n. 3, p. 22-29, jul./set. 2014. Disponível em:<http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaudade/article/view/560/pdf_3>. Acesso em: 08 ago. 2018.

LIMA JUNIOR, N.A et al. Gasometria arterial em dois diferentes métodos de transporte intra-hospitalar no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 24, n.2, p. 162-166, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2012000200011&script=sci_abstrac>. Acesso em: 18 ago. 2018.

LOBIONDO-WOOD. G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARTIELO, R.D.C, et al. A cultura de segurança do paciente na perspectiva do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. esp, p. 01-09, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n5/pt_0080-6234-reeusp-50-05-0757.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

MCGGLYN, E.A; ASCH. S.M. Developing a clinical performance mesasure. **A M J Prev Med.** V. 14, p. 14-21, 1998.

MELLO, J.F. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva**. 2011. 219 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2011.

MENDES, W et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **Int Qual in Health Care**, v. 21, n. 4, p. 279-284, 2009. Disponível em: <<https://scihub.tw/10.1093/intqhc/mzp022>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

MINAYO, M.C.S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudança. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.84, n.33, p. 83-91, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33s1/a09v33s1>> Acessado em: 21 out. 2019.

MUNARETTO, L. F; CORRÊA, H.L.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista Administração UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 09-24, Jan./Mar. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reau fsm/article/viewFile/6243/pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MERHY EE. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2005

NASCIMENTO, J. C; DRAGANOV, P. B. História da qualidade em segurança do paciente. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica**. Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 299-309, 2015. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/se gurança_do_paciente.pdf> Acesso em: 14 abr. 2018.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989.

NOGUEIRA, V. O.; MARIN, H. F.; CUNHA, I. C. K. O. Informações on-line sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 18, n. 4, 2005. pp. 390-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000400007>. Acesso em 10 out 2018.

OLIVEIRA, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, v.18, n.1, p. 122-129, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000100122&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em 14 abr. 2018.

OLIVEIRA, A. C; PAULA, A. O. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. **Rev. Min. Enfermagem**, v.17, n 1, p. 216-220, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/592>>. Acesso em: 10 maio 2018.

PADILHA, M.I.C.S; MANCIA, J.R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**. v. 58, n. 6, p723-6, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PAPSON, J. P. N; RUSSELL, K. L; TAYLOR, D. Unexpected Events during the Intrahospital Transport of Critically Ill Patients. **Acad Emerg Med**, v. 14, n. 6, 2007. Disponível em: <<https://scihub.tw/https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1197/j.aem.2007.02.034>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

PEREIRA, JÚNIOR, G. A.et al. Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 40, 2007. pp. 500-508. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n4/2_transporte_intrahospit alar_paciente_critico.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

PAVÃO, A.L.B, et al. Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 14, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000400012>. Acesso em: 17 abr. 2018.

PITTET, D; BOYCE, J.M. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. **The Lancet Infectious Diseases**. Apr. 2001. Disponível em: <[https://scihub.tw/10.1016/s1473-3099\(09\)70295-6](https://scihub.tw/10.1016/s1473-3099(09)70295-6)>. Acesso 15 jul. 2018.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M; VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.181-190, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2002000700018&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2018.

PORTO, S, et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Rev Port Saúde Pública**, v. temático, n. 10, nov., 2010. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/enrevista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-amagnitude-financeira-dos-eventos-X0870902510898606>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

POWELL, C. The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**, v.41, n. 4, p: 376–382 377, 2003. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP/RS). Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS. p.1-132. 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manualpara-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

REIS, C. T; MARTINS, M; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.7, p. 2029-2036, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013000700018&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2018.

RUBIO, D.M; BERG-EEGER, M; TEBB, S.S; LEE, S; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research, Washington**. v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <<https://scihub.tw/10.1093/swr/27.2.94>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SARRUBBO, Marisa Lea Cirelli. A segurança do paciente nos diferentes segmentos da saúde. **Revista Nursing**, p. 281-284, 2010.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SHIELDS, J; OVERSTREET, M; KRAU, S, D. Nurse Knowledge of Intrahospital Transport. **Nurs Clinics of North America**, v. 50, n. 2, p. 293–314, 2015. Disponível em: <<https://scihub.tw/10.1016/j.cnur.2015.03.005>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

SILVA, R.; AMANTE, L.N. Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Texto e Contexto - enfermagem**, vol.24, n.2, abr-jun, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00539.pdf>. Acessado em: 10 out. 2019.

SILVA JÚNIOR, S.D; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 15, p. 1-16, outubro, 2014. Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/an_resumo.asp?cod_trabalho=1012>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOBRASP. Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente – SOBRASP. 2017. Disponível em: <<https://www.sobrasp.org.br/>>. Acesso em 18 de out. 2019.

TAYLOR, J.O.; et al. Moni-toring high-risk cardiac patients during transportation in hospital. **The Lancet**. 1970. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(70\)921768/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(70)921768/abstract)>. Acesso em: 15 out. 2015

TJC (THE JOINT COMMISSION); JCI (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL). WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. 2008. Disponível em:<<https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/projects-supporting-our-mission/>>. Acesso em: 12 out. 2018.

TANAKA, O.U; MELO, C. **Avaliação de Programas de Programa de Saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: EDUSP; 2001.

VALDÉS, M. G.; MARIN, M. S. El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. **Revista Cubana de Salud Pública**, v.39, n.2, abr./jun., 2013. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200007>. Acesso em: 17 abr. 2018.

WACHTER, R. M. **Comprendendo a segurança do paciente**. Trad: Laura Souza Berqué. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1**. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

_____. **Patient safety**: global priorities for research in patient safety. World Health Organization, Geneva, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/research/priorities/global_priorities_patient_safety_research.pdf>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. **World Alliance for Patient Safety:** forward programme 2005. World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em:<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/IPSEC_Conceptual_Framework_Document.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2018.

WYND, C.A; SCHMIDT, B; SCHAEFER, M.A. Two quantitative approaches for estimating content validity. **Western Journal of Nursing Research**, v. 25, n. 5, p.508-518, ago. 2003. Disponível em: <<https://sci-hub.tw/10.1177/0193945903252998>>. Acesso em: 10 out. 2019.

YANG, S. et al. Incidence of patient safety events and process-related human failures during intra-hospital transportation of patients: retrospective exploration from the institutional incident reporting system. **BMJ Open**, v. 7, n.11, 2017. Disponível em: <<http://scihub.tw/10.1136/bmjopen-2017-017932>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

ZUCHELO, L. T. S.; CHIAVONE, P. A. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**.Brasília,v.35, n. 4, 2009. pp.367-374.Disponível Em :<<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n4/v35n4a11.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2018.

APÊNDICE A – VERSÃO INICIAL DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	PARÂMETRO	TAXA DE CONCORDÂNCIA (TC) (Escala Likert)	FONTE	PREMISSA
Dimensão A: GESTÃO Indicador A1: Previsão e provisão de materiais e pessoas.	O trabalho em equipe está positivamente associado à frequência do erro, à percepção geral de segurança e o nível de segurança do paciente? Definir quais equipamentos devem ser levados durante o TI, o que está disponível no destino, a colaboração para otimização do tempo de espera, e o nível de monitoramento, devem ser considerados nos planejamentos do TI?	Diretrizes na literatura e de organizações profissionais recomendam que pacientes críticos sejam acompanhados por pelo menos dois profissionais treinados para acompanhar o cliente a fim de garantir o sucesso do transporte	DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(SHIELDS, J.; OVERSTREET, M.; KRAU, S., D., 2015; CHANG, et. al., 2010)	A prevenção de eventos adversos no TI inclui a identificação de problemas de equipamentos e de equipe, tais como: falha no monitor; circuito respiratório ou falha das vias aéreas; suprimento de oxigênio esgotado; hiperventilação; perda de acesso venoso ou monitoramento intravenoso. Equipamentos/materiais, refere-se a monitores, ventiladores, infusão de drogas, dispositivos de via aérea e outro aparato físico usado para manter o nível de cuidado durante o TI. O risco pode ser minimizado e os resultados melhorados com o planejamento cuidadoso, a participação de pessoal qualificado/ treinado e com a seleção e disponibilização de equipamentos apropriados.
COMENTÁRIO – Indicador A1					
Indicador A2: Protocolos normas e rotinas.	A inclusão de diretrizes ou algum programa de ações preventivas para a segurança do paciente no TI pode promover resultados positivos?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013) (DAY, D., 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A literatura revisada recomenda o uso de diretrizes e protocolos para o TI. Vários órgãos profissionais emitem normas ou diretrizes mínimas para apoiar a equipe no TI de pacientes.
COMENTÁRIO – Indicador A2					
Indicador A3: Treinamento/qu alificação das equipes para o transporte.	A realização de treinamentos específicos para o TI, pode contribuir para a eficácia do processo e diminuição da ocorrência de incidentes?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013; YANG, S. et. al., 2017)	Os estudos analisados apontam a importância de equipes de transporte especializadas/treinadas. A conscientização dos profissionais de saúde em relação ao transporte seguro pode contribuir para o sucesso da ação.
COMENTÁRIO – Indicador A3					
Indicador A4: Adequação das estruturas físicas	A definição prévia de uma rota segura, é relevante para o planejamento do TI?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(DAY, D., 2010)	As condições do piso, inclinações, curvas, disponibilidade de elevadores, podem interferir no sucesso do TI, especialmente com pacientes em condições instáveis, quando o tempo é essencial.
COMENTÁRIO – Indicador A4					
Indicador A5: Tomada de	A tomada de decisão para o TI do		DP = 1 ()	(DAY, D., 2010;	A primeira consideração para o TI é avaliar o risco/benefício do

decisão	paciente, deve se pautar na avaliação dos riscos do transporte versus benefícios do transporte?		DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	LAHNER, 2007)	transporte, analisando as alternativas existentes a beira do leito, os problemas atuais do paciente e o seu nível de estabilidade.
---------	---	--	---	---------------	--

COMENTÁRIO – Indicador A5

Indicador A6: Comunicação	A comunicação multidisciplinar integrada (envolve o que está sendo falado / linguagem corporal / gestos / jargões / o silêncio), deve ser consistente com as diretrizes para TI, e inclui comunicação bidirecional interativa e ininterrupta com a orientação antecipatória?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(DAY, D. 2010; SHIELDS, J.; OVERSTRE- ET, M; KRAU, S, D 2015)	A comunicação refere-se à troca de informações precisas e oportunas nas transcrições de atendimento entre profissionais para otimizar a segurança e a continuidade do atendimento ao paciente e inclui informações sobre o status do paciente e considerações específicas do paciente. Sem comunicação de informações do paciente e orientação antecipatória, podem ocorrer erros ou intervenções inadequadas.
-------------------------------------	--	--	---	--	--

COMENTÁRIO – Indicador A6

Dimensão B: ATENÇÃO	Como atributo da vigilância a deterioração fisiológica do paciente durante as transferências, a condição clínica do paciente, bem como o plano de cuidado precisa ser revisado constantemente?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(DAY, D. 2010; PAPSON; RUSSELL; TAYLOR, 2007)	A vigilância a deterioração clínica do paciente está vinculada ao surgimento de eventos adversos, definidos como o mau funcionamento do equipamento, declínio fisiológico da pressão arterial, frequência cardíaca ou saturação de oxigênio do paciente em comparação com antes do transporte, ou qualquer situação crítica que exija intervenção terapêutica urgente na unidade de origem.
--------------------------------	--	--	---	---	---

COMENTÁRIO – Indicador B1

Indicador B2: Continuidade do nível de monitoramento.	Proteger os pacientes em situação de TI por meio do monitoramento constante e intervenção imediata é uma responsabilidade primária da equipe?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(DAY, D. 2010; CHANG, Y. et. al., 2010)	A continuidade do nível de monitoramento refere-se à manutenção do mesmo nível de monitorização fisiológica do paciente antes de deixar o leito.
---	---	--	---	--	--

COMENTÁRIO – Indicador B2

Indicador B3: Suporte da unidade / acomodação	É necessária uma avaliação prévia do local do procedimento, o qual será encaminhado o paciente?		DP = 1 () DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	(BÉRUBÉ, M. et. al., 2013)	É preciso que a acomodação da unidade/setor destino esteja abastecida e em condições necessárias que garantam a manutenção do padrão de atendimento da unidade de origem e do transporte. Os destinos de transporte que recebem pacientes devem ter, no mínimo, sucção, uma fonte de oxigênio, tomadas elétricas acessíveis, monitores de igual calibre à unidade origem e um carro de emergência prontamente disponível.
---	---	--	---	----------------------------	---

COMENTÁRIO – Indicador B3

Dimensão C: MONITORA-	A avaliação do TI precisa ser	A documentação dos sinais vitais,	DP = 1 ()	(BÉRUBÉ, M. et. al.,	Entende-se que o registro é fundamental para a prática de
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	------------	----------------------	---

MENTO Indicador C1: Registro.	documentada, descrevendo o estado clínico do paciente e a tolerância ao transporte, com intervalos de 15 minutos, obrigatoriamente?	Glasgow, reação pupilar, PIC, pontuação de escala de dor, perviedade de todos os cateres/tubos, manutenção da imobilização da coluna (se necessário), medicamentos administrados ou qualquer mudança clínica, eventos que requerem intervenção e a resposta do paciente a intervenção precisam ser registrados pelo menos a cada 15 minutos (recomendações do grupo italiano SIAARTI)	DC = 2 () NDC = 3 () CO = 4 () CP = 5 ()	2013; JARDEN,, R, J; QUIRKE, S, 2010)	enfermagem.
COMENTÁRIO – Indicador C1					

APÊNDICE B – E-MAIL CONVITE PARA ESPECIALISTA DO PAINEL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA (UEFS)
Departamento de Saúde (DSAU)
Mestrado Profissional em Enfermagem
Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias, e
Segurança na Saúde (GESTIO)

Prezado (a) pesquisador (a),

Sou Endric Matos, enfermeiro, discente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - BA, desenvolvo a pesquisa "**Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar**", sob orientação da Prof.^a Dr^a Silvone Santa Bárbara e co-orientação do Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida. O referido estudo busca construir e validar indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar, para tanto, é necessário validar os indicadores construídos elencados em uma matriz de análise e julgamento proposta.

Dessa forma, estou elegendo um grupo de especialistas para solicitar que apreciem a matriz construída com seus respectivos indicadores, com a finalidade de verificar se os mesmos possuem clareza para avaliar a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. Considerando a sua *expertise* acerca do tema, gostaria de solicitar a sua preciosa colaboração, a qual consistirá no julgamento dos indicadores que constam na matriz e se possível a indicação de outras pessoas que também possam contribuir na pesquisa. Caso aceite em participar, estarei encaminhando um e-mail com mais informações, aguardo o seu retorno.

Atenciosamente,

Endric Passos Matos
Aluno do Mestrado Profissional em Enfermagem – UEFS
(75) 9 9166-9704
endric-matos@hotmail.com

APÊNDICE C – E-MAIL COM ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

Prezado (a) pesquisador (a),

A pesquisa intitulada “Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar”, trata-se de um estudo avaliativo, para tanto, é necessário alinhar e validar os indicadores elencados na matriz de análise e julgamento proposta. Sendo assim, será desenvolvida a técnica *Delphi*, que consiste, em sua essência, na realização de uma série de questionários ou “rodadas” sequenciais, intercaladas por *feedback* controlado, que buscam obter o mais confiável consenso de um grupo de especialista. É importante destacar que a sua participação poderá ocorrer em mais de uma fase, como preconiza a técnica *Delphi*.

Dessa forma, elegemos um grupo de *experts* para solicitar que apreciem a matriz de análise e julgamento construída, com seus respectivos indicadores, com a finalidade de verificar se os mesmos possuem clareza para avaliar a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar.

A construção da matriz tomou como base o modelo lógico, formulado com base na literatura, o qual possui três dimensões, conforme a tríade de Donabedian: estrutura, processo e resultado. Para cada dimensão foram construídos indicadores para avaliação da segurança do paciente no transporte intra-hospitalar, considerando todas as suas etapas.

Dessa maneira, você analisará a pergunta avaliativa relaciona a cada indicador e se o mesmo está adequadamente alocado na dimensão descrita, escolhendo uma das alternativas, assinalando com um X o campo correspondente. Para avaliação de conteúdo dos indicadores, será utilizado como critério a clareza. Como parâmetro conceitual, será considerado na avaliação da clareza: a redação do indicador, verificando se ele é bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir, nesse item também deverá escolher uma das alternativas, assinalando com um X o campo correspondente.

Para cada indicador será possível realizar comentários sobre sua resposta, bem como quaisquer outras sugestões ou orientações. O prazo de resposta é de 15 dias, a contar da data de confirmação de recebimento deste e-mail.

É necessário a leitura e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com a inclusão da assinatura digital ou *scanner* do termo assinado, em cumprimento às exigências éticas e científicas contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Por entender que esta tarefa lhe exigirá grande dedicação, desde já agradecemos imensamente a sua colaboração. Posteriormente, encaminharemos uma declaração relativa à sua contribuição ao trabalho como juiz (a) na apreciação da matriz de análise e julgamento. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Por favor, acuse o recebimento do e-mail.

Atenciosamente,

Endric Passos Matos (Mestrando)

Profa. Dra. Silvone Santa Bárbara da Silva (Orientadora)

Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida (Coorientador)

APÊNDICE D – E-MAIL LEMBRE PARA OS ESPECIALISTAS DO PAINEL

Prezado (a) pesquisador (a),

Esta mensagem é para lembrá-la do preenchimento do questionário pesquisa *Delphi: Construção e validação de indicadores para o transporte intra-hospitalar.*

Não desista, sua participação é fundamental, contamos com você. O prazo para reenvio do questionário respondido vai até _____.

Mais uma vez, agradecemos antecipadamente a sua participação.

Por favor, sinalize o recebimento do e-mail.

Atenciosamente,

Endric Passos Matos
Profa. Dra. Silvone Santa Bárbara
Prof. Dr Deybson Borba de Almeida

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “**Construção e validação de indicadores para segurança do paciente no transporte intra-hospitalar**”. Esta pesquisa se justifica por contribuir em novas reflexões e discussões sobre a temática, podendo assim, possibilitar o preenchimento de lacunas ainda existente sobre o tema. Também, poderá favorecer um repensar de ações que venham agregar valores para o planejamento e desenvolvimento de atribuições e de ações voltadas para a segurança do paciente, favorecendo o melhoramento na qualidade do cuidado prestado ao usuário. Os objetivos da pesquisa são: Construir indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar, a partir da literatura e validá-los por meio de especialistas. Trata-se de um estudo, avaliativo e metodológico. Para tanto, será desenvolvida a técnica *Delphi*, que consiste, em sua essência, na realização de uma série de questionários ou “rodadas” sequenciais, intercaladas por *feedback* controlado, que buscam obter o mais confiável consenso de um grupo de especialista. Nessa pesquisa utilizaremos uma matriz de julgamento com alguns questionamentos sobre o objeto de estudo, sobre os quais você responderá. É importante destacar que a sua participação poderá ocorrer em mais de uma fase, como preconiza a técnica *Delphi*, no entanto, será em momento oportuno, escolhido por você, para que tal atividade interfira o mínimo possível na sua rotina. A média de tempo para responder o instrumento é de 20 minutos, posteriormente o conteúdo das respostas será analisado para obtenção dos resultados da pesquisa. Os dados serão armazenados no Núcleo de Estudos em Gestão, Política, Tecnologias e Segurança na Saúde (GESTIO), por cinco anos, nesse período poderá ser utilizado em futuras pesquisas, porém, para que isso ocorra, um novo projeto de pesquisa, com TCLE, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), após esse prazo todos os arquivos serão destruídos. Solicitamos gentilmente que o (a) senhor (a) leia atentamente este TCLE, em toda sua íntegra, antes de decidir sobre a sua participação voluntária na pesquisa, para tanto, será concedido um prazo adequado, para que possa refletir ou consultar familiares, ou ainda terceiros, que possam ajudar na sua tomada de decisão. Gostaríamos de também informar que o (a) senhor (a) poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e caso desejar sair da pesquisa, tal fato não terá prejuízos para o (a) senhor (a). Informamos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo. Informamos que qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa será reembolsada e caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, o (a) senhor (a) será indenizado (a), conforme determina a lei. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Endric Passos Matos, Silvone Santa Bárbara da Silva e Deybson Borba de Almeida, respectivamente, estudante do Mestrado Profissional em Enfermagem e Professores do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O (A) senhor (a) poderá manter contato com eles pelo telefone (75) 3161-8161, pelo e-mail gestio-uefs@outlook.com ou no GESTIO localizado no Modulo VI, sala MT-64 da UEFS. Dúvidas do ponto de vista ético poderão ser esclarecidas junto ao CEP da UEFS, pelo telefone (75) 3161 - 8124, localizado no Módulo I da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), MA 17, Avenida Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, CEP 44036-900, Feira de Santana-BA. O risco da pesquisa seria a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012, alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento do participante em expor sua opinião sobre a temática) observados durante a pesquisa, e interferência da rotina. Esses riscos serão minimizados a partir da descrição previa feita pelo pesquisador sobre a pesquisa, a não interferência do pesquisador, fidelidade na coleta e interpretação dos dados, impossibilidade do pesquisador e espera do momento mais adequando para contribuição do participante. Em

relação aos benefícios, busca-se melhorar a qualidade da assistência na prática do transporte intra-hospitalar, contribuindo para a reflexão e tomada de decisão dos membros da equipe de saúde, fazendo com que adotem medidas específicas e seguras no gerenciamento do cuidado dos pacientes em situação de transporte. Após a conclusão do estudo, o(a) senhor(a) terá a devolutiva do mesmo por meio da defesa pública da dissertação ou por arquivo digital. Sendo assim, caso você concorde em participar, precisa autorizar por meio da assinatura de duas vias deste termo de consentimento livre e esclarecido. A primeira via ficará sob sua guarda e a outra com os pesquisadores do estudo. Desde já agradeço sua colaboração.

Feira de Santana - BA, 12 de setembro de 2019.

Nome e assinatura do (a) participante da pesquisa

Enf. Endric Passos Matos
(Pesquisador responsável)

Prof.^a Dr^a Silvone Santa Bárbara da Silva
(Pesquisador responsável)

Prof. Dr Deybson Borba de Almeida
(Pesquisador responsável)

ANEXO A – RESOLUÇÃO COFEN 588/2018

RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018

Posted By Secretaria-Geral On 15 de outubro de 2018 @ 15:18 In Legislação,Resoluções | No Comments

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 Julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012.

CONSIDERANDO a Lei Nº 7.498/86, artigos 2º, 3º, 4º, 11, 12 e 13, e no Decreto Nº 94.406/87, artigos 1º, 3º, 8º, 10 e 11;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen n 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico;

CONSIDERANDO a Resolução Cofen nº 543/2017, que dispõe sobre o Dimensionamento de Pessoal;

CONSIDERANDO a Portaria MS nº 2048/2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional;

CONSIDERANDO a Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA RDC nº 36, de 6 de julho de 2000, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

CONSIDERANDO a necessidade de atingir o padrão de excelência do cuidado de enfermagem e favorecer a segurança do paciente, do profissional e da instituição de saúde;

CONSIDERANDO as possíveis intercorrências que podem em risco a integridade do paciente durante o transporte em ambiente interno aos serviços de saúde.

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a normatização de atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, nos termos do Anexo que é parte integrante da presente Resolução.

Parágrafo único. O Anexo de que trata o caput deste artigo contém as normas para atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde e está disponível no site de Internet do Cofen (www.portalcofen.gov.br).

Art. 2º Os profissionais de Enfermagem participam do processo de transporte do paciente em ambiente interno aos serviços de saúde, obedecidas as recomendações insertas no anexo deste normativo.

Art. 3º O transporte do paciente hospitalizado faz parte das competências da equipe de enfermagem, devendo os serviços de saúde assegurar as condições necessárias para atuação do profissional responsável pela condução do meio (maca ou cadeira de rodas).

Art. 4º Todas as intercorrências e intervenções ocorridas durante o processo de transporte devem ser registradas no prontuário do paciente.

Art. 5º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 6º Esta Resolução entra em vigor após a sua publicação em Diário Oficial da União, revogando as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 376/2011.

Brasília, 3 de outubro de 2018.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA
COREN-RO Nº 63592
Presidente

LAURO CESAR DE MORAIS
COREN-PI Nº 119466
Primeiro-Secretário

ANEXO DE RESOLUÇÃO COFEN Nº 0588/2018

NORMAS PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRANSPORTE DE PACIENTES EM AMBIENTE INTERNO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

OBJETIVO

Estabelecer normas para a atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, uma vez que a assistência de enfermagem faz-se necessária para garantir a segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

REQUISITOS PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRANSPORTE SEGURO DE PACIENTES EM AMBIENTE INTERNO AOS SERVIÇOS DE

- b) manter a conexão de tubos endotraqueais, sondas vesicais e nasogástricas, drenos torácicos e cateteres endovenosos, garantindo o suporte hemodinâmico, ventilatório e medicamentoso ao paciente;
- c) utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente;
- d) redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes instáveis, obesos, inquietos, idosos, prematuros, crianças, politraumatizados, sob sedação.

2.1.3. Fase de estabilização pós-transporte – Observação contínua, da estabilidade clínica do paciente transportado, considerando que instabilidades hemodinâmicas podem ocorrer entre 30 minutos a 1 hora após o final do transporte.

2.2. DEFINIÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Por envolver a garantia da segurança do paciente, é mister compreender que o transporte do mesmo, carece de assistência contínua e que necessita da equipe de enfermagem, durante todo o seu processo. Para isso, deve-se assegurar a atuação de profissionais em quantitativo suficiente de acordo com o grau de complexidade que o caso requeria.

2.2.1. CONDUÇÃO DA MACA OU CADEIRA DE RODAS

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

2.2.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O TRANSPORTE DO PACIENTE

A designação do profissional de enfermagem que prestará assistência ao paciente durante o transporte, deve considerar o nível de complexidade da assistência requerida:

I – Paciente de cuidados mínimos (PCM): paciente estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem e autosuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas;

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

SAÚDE

2.1. ETAPAS DO TRANSPORTE:

2.1.1. Fase preparatória – Envolve a comunicação entre os locais de origem e destino; avaliação da condição atual do paciente; escolha da equipe que irá acompanhar o paciente; preparo dos equipamentos para o transporte. Nesta fase, a comunicação entre os setores é muito importante, antes da saída do paciente da unidade de origem. Essa comunicação deve considerar as informações sobre a situação clínica do paciente, continuidade da assistência de Enfermagem e liberação do setor de destino para o recebimento do mesmo.

Incumbe ao Enfermeiro da Unidade de origem:

avaliar o estado geral do paciente;
antecipar possíveis instabilidades e complicações no estado geral do paciente;
conferir a provisão de equipamentos necessários à assistência durante o transporte;
prever necessidade de vigilância e intervenção terapêutica durante o transporte;
avaliar distância a percorrer, possíveis obstáculos e tempo a ser despendido até o destino;
selecionar o meio de transporte que atenda as necessidades de segurança do paciente;
definir o(s) profissional(is) de Enfermagem que assistirá(ão) o paciente durante o transporte;
realizar comunicação entre a Unidade de origem e a Unidade receptora do paciente.

Incumbe ao Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem da Unidade de origem:

prestar assistência de enfermagem durante o transporte do paciente, considerando a legislação em vigor e processo de assistência de enfermagem previstos pelo Enfermeiro;
atuar na prevenção de possíveis instabilidades e complicações no estado geral do paciente;
comunicar ao Enfermeiro toda e qualquer intercorrência ou complicações ocorrida durante o transporte, assim como proceder com o registro no prontuário.

Incumbe ao Atendente de Enfermagem da Unidade de origem:

- a) auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de clientes de baixo risco;
- b) preparar macas e cadeiras de rodas.

2.1.2. Fase de transferência – É o transporte propriamente dito. Objetiva manter a integridade do paciente até o retorno ao seu local de origem. Compreende desde a mobilização do paciente do leito da Unidade de origem para o meio de transporte, até sua retirada do meio de transporte para o leito da Unidade receptora, incluindo:

- a) monitorar o nível de consciência e as funções vitais, de acordo com o estado geral do paciente;

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

IV – Paciente de cuidados semi-intensivos (PCSI): paciente passível de instabilidade das funções vitais, recuperável, sem risco iminente de morte, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada;

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

3 – BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALMEIDA, A. C. et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. São Paulo: Acta Paul Enferm, 2012.

BUENO, A.A.B.; FASSARELLA, C.S. Segurança do Paciente: uma reflexão sobre sua trajetória histórica. Rio de Janeiro: Revista Rede de Cuidados em Saúde, vol. 6, 2012.

LACERDA, M.A. et al. Transporte de pacientes: Intra-hospitalar e Inter hospitalar. São Paulo: FMRP/USP, cap. 6, 2008. 106 p.

MAZZA, B. et al. Segurança do transporte intra-hospitalar – avaliação dos parâmetros hemodinâmicos e respiratórios. São Paulo: São Paulo Medical Journal, 2008.

MORAIS, S.A.; ALMEIDA, L.F. Por uma rotina no transporte intra-hospitalar: elementos fundamentais para a segurança do paciente crítico. Rio de Janeiro: Revista Hupe, 2013.

NETO, A.Q. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. Porto Alegre: Rev. Adm. Saúde, vol 10, n. 41, 2008.

OLIVEIRA, N; RUIVO, A. A segurança das pessoas no transporte intrahospitalar para a realização de técnicas pneumológicas. Setúbal (Port): Escola Superior de Saúde, 2013.

PEREIRA J., Gerson et al. Transporte intra-hospitalar do paciente crítico. Medicina, Ribeirão Preto, 2007.

Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Enfermagem. Informações on-line sobre transporte intra-hospitalar de pacientes críticos adultos. Disponível em:
<http://www.unifesp.br/denf/NIE/transporte/> VASCONCELOS, A. L. de Souza et al. Transporte Intra-hospitalar de pacientes críticos. Disponível em:

ANEXO B - PROTOCOLO E DIRETRIZES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS

■ TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE DOENTES CRÍTICOS

1. Introdução

Os doentes críticos são frequentemente transportados de salas de emergência para unidades de cuidados intensivos, imagoiologia ou blocos operatórios e destes para salas de recobro ou para unidades de cuidados intensivos.

Os doentes com estas características ainda necessitam, por vezes, de ser transportados, dentro do hospital, a fim de serem submetidos a procedimentos terapêuticos e diagnósticos. Torna-se cada vez mais necessária a deslocação de doentes das unidades para outras áreas do hospital, onde as possibilidades de actuação em situações de emergência são muitas vezes inadequadas.

O período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas.

Se se presumir que um exame de diagnóstico não vai alterar a terapêutica ou o prognóstico do doente e se o transporte constitui um risco significativo, então a sua realização deve ser reavaliada e adiada.

2. Coordenação do transporte

- Confirmação prévia de que a área, para onde o doente vai ser transportado, está pronta para o receber, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido ou a terapêutica programada;
- O médico responsável deverá acompanhar o doente ou, quando a responsabilidade do transporte é assumida por uma equipa diferente, deve efectuar-se uma transmissão formal do caso, médico a médico e enfermeiro a enfermeiro, no que diz respeito à situação clínica do doente e terapêuticas em curso, antes e após o transporte;
- Determinação do risco de "inoculação" ou "contaminação" por sangue, secreções, excreções ou lesões cutâneas. Os doentes com estes riscos devem ficar para o fim dos procedimentos programados se a necessidade do exame não for emergente. Deve notificar-se o Serviço de modo a que todos os profissionais tenham protecção adequada à situação clínica em causa, antes da chegada do doente;
- Registo no processo clínico das indicações para o transporte e da evolução do estado do doente durante o mesmo.

3. Profissionais que acompanham o doente

- A determinação da necessidade e a composição da equipa de acompanhamento devem ser efectuadas em função de critérios objectivos, como o proposto no anexo 2;
- Idealmente, um dos acompanhantes deve ser o enfermeiro responsável pelo doente, com experiência em reanimação e com treino em transporte de doentes críticos;
- Um médico e um enfermeiro devem acompanhar o doente que apresente instabilidade fisiológica e que possa necessitar de intervenção emergente ou urgente;
- Quando, em quaisquer circunstâncias, a responsabilidade do doente não é transferida para o serviço destino / receptor (inexistência de profissionais treinados naquela área), a equipa de transporte deve permanecer com o doente até ao fim dos procedimentos.

4. Equipamento que acompanha o doente

- Monitor de transporte com alarmes, em conformidade com as exigências de monitorização;
- Material de intubação endotraqueal, com tubos traqueais adequados ao doente, e insuflador manual (com válvula de PEEP);
- Fonte de oxigénio de capacidade previsível para todo o tempo de transporte, com reserva adicional para 30 minutos;
- Ventilador de transporte com possibilidade de monitorização do volume/minuto e da pressão da via aérea, com capacidade de fornecer PEEP e F1O₂, reguláveis de forma fiável e com alarmes de desconexão e pressão máxima da via aérea;
- Fármacos de ressuscitação;
- Perfusiones administradas por seringas ou bombas infusoras com bateria, de modo a não interromper nenhuma das medicações já em curso;
- Medicações adicionais que possam ser administradas,间mitentemente, de acordo com prescrição médica;
- Os hospitais devem promover a existência de um conjunto de equipamento, em que se inclui uma mala de transporte, deseavelmente no local, onde se realiza o maior número de transportes intra-hospitalares. A carga da mala de transporte deve estar em condições de ser utilizada em qualquer altura.

Nota: Em qualquer ponto do trajecto, devem estar disponíveis um aspirador e um carro de emergência (com desfibrilador, num tempo médio de quatro minutos).

5. Monitorização durante o transporte

Níveis de monitorização, segundo a seguinte classificação:

Nível 1 - Obrigatório

Nível 2 - Fortemente recomendado

Nível 3 - Ideal

Nível 1 - Obrigatório

- Monitorização contínua com registo periódico
- Frequência respiratória
- FIO2
- Oximetria de pulso
- ECG contínuo
- Frequência cardíaca
- Pressão arterial (não invasiva)
- Pressão da via aérea (nos doentes ventilados mecanicamente)
- Capnografia (nos doentes ventilados mecanicamente). O reequipamento de unidades e serviços deve prever, desde já, a aquisição de capnógrafos, para a desejável monitorização do CO2 "end-tidal".

Nível 2 - Fortemente recomendado

- Medição contínua da pressão arterial invasiva (em doentes potencialmente instáveis)
- ECG com detecção de arritmias

Nível 3 - Ideal (em doentes seleccionados pelo seu estado clínico)

- Medição contínua ou intermitente da pressão venosa central
- Medição da pressão da artéria pulmonar
- Medição da pressão intracraniana

Avaliação para o transporte intra-hospitalar*

A avaliação deve ser efectuada no serviço de origem, previamente ao transporte. O resultado (em pontos atribuídos em função do estado clínico ou risco previsível) define as necessidades de recursos humanos para o acompanhamento, a monitorização e o equipamento, para qualquer nível de gravidade de doente, não desresponsabilizando o médico que toma a decisão de como deve ser efectuado o transporte.

1. VIA AÉREA ARTIFICIAL Não Sim (tubo de Guedel) Sim (se intubado ou com traqueostomia recente)	0 1 2	8. PACEMAKER Não Sim, definitivo Sim, provisório (externo ou endocavitário)	0 1 2
2. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA FR entre 10 e 14 / min FR entre 15 e 35 / min Apneia ou FR<10 / min ou FR>35 / min ou respiração irregular	0 1 2	9. ESTADO DE CONSCIÊNCIA Escala de Glasgow – 15 Escala de Glasgow >8 e <14 Escala de Glasgow ≤8	0 1 2
3. SUPORTE RESPIRATÓRIO Não Sim (Oxigenoterapia) Sim (Ventilação Mecânica)	0 1 2	10. SUPORTE TÉCNICO E FARMACOLÓGICO Nenhum dos abaixo indicados Grupo I: Naloxona Corticosteroides Manitol a 20% Analgésicos Grupo II: Inotrópicos Vasodilatadores Antiarrítmicos Bicarbonatos Trombolíticos Anticonvulsivante Anestésicos Gerais Dreno torácico	0 1 2
4. ACESSOS VENOSOS Não Acesso periférico Acesso central em doente instável	0 1 2		
5. AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA Estável Moderadamente instável (requer < 15mL/min) Instável (inotrópicos ou sangue)	0 1 2		
6. MONITORIZAÇÃO DO ECG Não Sim (desejável) Sim (em doente instável)	0 1 2		
7. RISCO DE ARRITMIAS Não Sim, baixo risco * (e EAM > 48 h) Sim, alto risco * (e EAM < 48 h)	0 1 2		TOTAL ...

* Baixo risco = sem risco imediato de vida ou sem necessidade de intervenção terapêutica imediata.

* Alto risco = risco imediato de vida ou necessitando de intervenção terapêutica imediata.

Pontos	Nível	Acompanhamento	Monitorização	Equipamento
0-2 (apenas com O2 e linha EV)	A	Auxiliar	Nenhum	Nenhum
3-6 (sem nenhum item com pontuação 2)	B	Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA não invasiva	Insuflador manual + Máscara + Guedel
≥ 7 ou < 7 se item com pontuação 2	C	Médico + Enfermeiro	Sat.O2, ECG, FC, TA e Capnografia se indicado	Monitor sinais vitais, Ventilador transporte, Material para a via aérea avançada.

Nos locais com transportes frequentes, o material clínico de transporte deve estar previamente organizado, segundo o definido pela instituição, armazenado em contentores/malas portáteis e com avaliação/controlo periódico, de acordo com procedimento de auditoria institucional, com registo e arquivo para posterior avaliação.

ANEXO C - ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTE PARA TRANSPORTE INTRAHOSPITALAR ELABORADO POR SILVA, R.; AMANTE, L. N. 2015.

Roteiro para avaliação de paciente para transporte intra-hospitalar		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		Leito:
Data TIH:		
Exame(s) solicitado(s):		
Confirmação local destino: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Comunicação local destino condições clínicas do paciente: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Comunicação local destino medidas de precaução de isolamento: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Destino TIH: <input type="checkbox"/> propedéutica (tomografia computadorizada; radiologia; ultrassonografia; endoscopia digestiva alta; colonoscopia; eletroencefalograma; arteriografia; cateterismo cardíaco) <input type="checkbox"/> centro cirúrgico <input type="checkbox"/> transferência interna <input type="checkbox"/> transferência externa		
Profissionais TIH: <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> técnico em enfermagem		<input type="checkbox"/> fisioterapeuta <input type="checkbox"/> residente enfermagem <input type="checkbox"/> residente fisioterapia <input type="checkbox"/> graduando de enfermagem
AVALIAÇÃO PRÉ-TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR		
DATA: _____ HORA: _____		
ESCALAS		
APACHE II:	COMA GLASGOW:	RAMSAY:
Sistema respiratório: <input type="checkbox"/> cateter de oxigênio <input type="checkbox"/> máscara de oxigênio <input type="checkbox"/> ventilação mecânica <input type="checkbox"/> ausculta de vias aéreas <input type="checkbox"/> aspiração secreções <input type="checkbox"/> posicionamento tubo traqueal ou traqueostomia <input type="checkbox"/> fixação tubo traqueal ou traqueostomia <input type="checkbox"/> Dreno torácico		
<input type="checkbox"/> frequência respiratória _____ <input type="checkbox"/> saturação de oxigênio _____ <input type="checkbox"/> Fio ₂ _____ <input type="checkbox"/> Peep _____ <input type="checkbox"/> Padrão ventilatório pós-conexão VT <input type="checkbox"/> Expansibilidade pulmonar pós-conexão VT		
Sistema circulatório: <input type="checkbox"/> Pressão arterial sistêmica _____ <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca _____ <input type="checkbox"/> Sinais de sangramento _____ <input type="checkbox"/> Necessidade de acesso venoso nos casos de exame contraste <input type="checkbox"/> Sinais de obstrução: <input type="checkbox"/> cateter venoso central <input type="checkbox"/> acesso venoso periférico <input type="checkbox"/> cateter arterial invasivo <input type="checkbox"/> Sinais de despositionamento: <input type="checkbox"/> cateter venoso central <input type="checkbox"/> acesso venoso periférico <input type="checkbox"/> cateter arterial invasivo <input type="checkbox"/> Fixação das linhas de acesso <input type="checkbox"/> Identificação da(s) linha(s) de acesso da(s) droga(s) em infusão.		
Sistema neurológico: <input type="checkbox"/> Nível de consciência: <input type="checkbox"/> consciente/ orientado <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> sedado <input type="checkbox"/> Sinais de dor <input type="checkbox"/> Estabilidade coluna cervical <input type="checkbox"/> Cabeceira no mínimo 30° se não houver contra-indicação <input type="checkbox"/> Sinais de obstrução dreno craniano <input type="checkbox"/> Sinais de despositionamento dreno craniano		
Sistema metabólico: <input type="checkbox"/> Teste glicêmico HGT _____		
Sistema digestivo: <input type="checkbox"/> Fixação de sondas <input type="checkbox"/> Esvaziar sondas <input type="checkbox"/> Drenos		
Sistema genitourinário: <input type="checkbox"/> Esvaziamento da bolsa coletora de urina		

<p>Drogas vasoativas:</p> <p><input type="checkbox"/> Noradrenalina Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cloridrato de dobutamina Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nitroglicerina Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nitroprussiato de sódio Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Vasopressina Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lactato de milrinona Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cloridrato de amiodarona Vazão: _____</p>
<p>Drogas sedativas:</p> <p><input type="checkbox"/> Cloridrato de midazolam Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fentanil Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dexmedetomidine Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Propofol Vazão: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cloridrato de cetamina Vazão: _____</p>
<p>Equipamentos:</p> <p><input type="checkbox"/> Alarme (bomba de infusão contínua; monitor multiparamétrico; ventilador de transporte; oxímetro de pulso) <input type="checkbox"/> Carga bateria (bomba de infusão contínua; monitor multiparamétrico; ventilador de transporte; oxímetro de pulso) <input type="checkbox"/> Infusão das drogas <input type="checkbox"/> Volume das drogas <input type="checkbox"/> Fixação bomba infusão contínua no suporte cama <input type="checkbox"/> Funcionamento do ambú <input type="checkbox"/> Estetoscópio e esfigmomanômetro <input type="checkbox"/> Tamanho e calibragem do esfigmomanômetro <input type="checkbox"/> Maleta de transporte (medicamentos e materiais para atendimento das eventualidades) <input type="checkbox"/> Laringoscópio <input type="checkbox"/> Fluxo cilindro de oxigênio</p>
<p>AVALIAÇÃO DURANTE O TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorizarão contínua dos equipamentos (verificar se estão em pleno funcionamento) <input type="checkbox"/> Pressão arterial sistêmica _____ <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca _____ <input type="checkbox"/> Frequência respiratória _____ <input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio _____ <input type="checkbox"/> Estabilização da coluna cervical no momento da transferência <input type="checkbox"/> Conexão do cilindro de oxigênio com a fonte de gases do setor <input type="checkbox"/> Manutenção da permeabilidade dos drenos, exceto nos casos de transferência de cama para mesa de exame <input type="checkbox"/> Checagem linhas de acesso durante transferência da cama para a mesa de exame <input type="checkbox"/> Funcionamento da bomba de infusão contínua <input type="checkbox"/> Posicionamento dos <i>display</i> dos equipamentos para visualização da equipe <input type="checkbox"/> Drogas sedativas _____ <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> diminuição <input type="checkbox"/> inalterada <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas _____ <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> diminuição <input type="checkbox"/> inalterada</p>
<p>AVALIAÇÃO DO RETORNO DO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR</p> <p>HORA DE RETORNO:</p> <p><input type="checkbox"/> Conexão do paciente ao ventilador mecânico <input type="checkbox"/> Monitorização do paciente <input type="checkbox"/> Pressão arterial sistêmica _____ <input type="checkbox"/> Frequência cardíaca _____ <input type="checkbox"/> Frequência respiratória _____ <input type="checkbox"/> Saturação de oxigênio _____ <input type="checkbox"/> Aspiração orotraqueal do paciente se necessário <input type="checkbox"/> Retornar medicação não transportada <input type="checkbox"/> Drogas sedativas _____ <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> diminuição <input type="checkbox"/> inalterada <input type="checkbox"/> início <input type="checkbox"/> Drogas vasoativas _____ <input type="checkbox"/> aumento <input type="checkbox"/> diminuição <input type="checkbox"/> inalterada <input type="checkbox"/> início <input type="checkbox"/> Registrar no prontuário o TIH <input type="checkbox"/> Registrar no prontuário se eventos adversos</p>

ANEXO D – PARECER DO LINGUISTA



PARECER

Tendo avaliado a estrutura gramatical da Matriz de Análise e Julgamento que consta da pesquisa *Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar*, executada pelo mestrando Endric Passos Matos, assinalo que, de modo geral, o texto é escorreito. Destaco, ainda, que todos os itens que compõem os indicadores – *pergunta avaliativa, parâmetro e premissa* – apresentam redação clara e objetiva.

Valença - BA, 08 de outubro de 2019

Fabrício da Silva Amorim

Fabrício da Silva Amorim

Professor de Língua Portuguesa do IFBA/Campus Valença (SIAPE: 1968180)

Doutor em Estudos Linguísticos (UNESP)

Mestre em Língua e Cultura (UFBA)

Licenciado em Letras: Português/Inglês (UNEBC)

ANEXO E - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE NO TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

Pesquisador: Endric Passos Matos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10705318.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.421.493

Apresentação do Projeto:

Cuida, à espécie, de "Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana para obtenção da qualificação da pesquisa", elaborado pelo discente Endric Passos Matos, sob orientação dos professores Silvone Santa Bárbara da Silva e Deybson Borba de Almeida.

De acordo com Arquivo de Informações Básicas (doravante AIB), trata-se de um "Estudo avaliativo e metodológico. Será realizado com a participação de especialistas de diferentes estados do país e por informantes-chaves de diferentes serviços hospitalares do Estado da Bahia. Segundo AIB, a hipótese do protocolo é a seguinte: "é possível avaliar a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar por meio de indicadores". Convém reforçar que existe "resolução 588/2018 do COFEN que trata de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde" assomado com "produções com abordagens diferentes da temática da segurança do paciente na literatura, no entanto, existe uma lacuna de conhecimento".

No tocante à metodologia, tendo em vista o número de 60 participantes, o AIB traz a seguinte notícia: "será realizado com a participação de especialistas de diferentes estados do país e por informantes-chaves de diferentes serviços hospitalares do Estado da Bahia. Após a construção do modelo lógico, que representa sistematicamente e visualmente as etapas que compõe o transporte

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-6124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.421.403

intra-hospitalar seguro de pacientes, por meio do referencial teórico previamente consultado, o mesmo subsidiou a elaboração de um plano de indicadores para avaliação desta ação a ser apreciado e validado por experts da área de segurança do paciente (SP) e trabalhadores do serviço por meio da técnica Delphi. Esta se caracteriza como uma forma de encontrar convergências entre respondentes sobre pontos relevantes de determinado assunto seguindo alguns procedimentos, a saber: 1 Rodadas – É necessário ter quantas rodadas forem necessárias para chegar a um consenso, considerando a existência dos feedbacks e a oportunidade de revisar as respostas anteriores. 2 Painel de Juízes – A seleção da amostra dos participantes que irão compor o painel de juízes será intencional, justificada pelo interesse de selecionar experts na temática de estudo e informantes-chaves nas instituições hospitalares que possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Entre os especialistas, será considerado os seguintes critérios de seleção: ser profissional de saúde, docente ou pesquisador e trabalharem com o tema SP. A seleção se iniciará com a busca na Plataforma Lattes, após selecionar o campo "assunto", inserir a palavra "segurança do paciente", a base de "Doutores", e nacionalidade "brasileira".

A seleção da amostra dos participantes que irão compor o painel de juízes será intencional, justificada pelo interesse de selecionar experts na temática de estudo. Entre os especialistas, serão considerados os seguintes critérios de seleção: ser profissional de saúde, docente ou pesquisador que trabalham ou pesquisam temas da segurança do paciente. A seleção se iniciará com a busca na Plataforma Lattes, por meio da ferramenta de busca simples, no modo de busca por "assunto", selecionando a base de "Doutores", e o campo nacionalidade "brasileira", e no campo de busca as palavras "segurança do paciente". Buscaremos incluir também experts da área da linguística. A partir daí, será encaminhado um e-mail convite, para o especialista ou profissional de saúde, selecionados previamente nessas buscas, solicitando a colaboração do mesmo no processo de validação dos indicadores e a possível indicação de outras pessoas que também possam contribuir na pesquisa. Esse processo de indicação cíclico é conhecido como bala-deneve (SCARPARO et al., 2012).

A pesquisa obedecerá a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, portanto, a participação na mesma está condicionada ao aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por todos os participantes do painel de juízes, logo na primeira rodada de mensuração da opinião. Tanto o TCLE como o instrumento elaborado para a consulta da opinião do painel de juízes será encaminhado pela plataforma eletrônica (SurveyMonkey®) que poderá ser

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Centraalblad der Pioniers - 3-421-403

acessada através de um link com endereço eletrônico que será adicionado em um segundo e-mail, que também apresentará informações mais detalhadas sobre a pesquisa, prazo e orientações para preenchimento do instrumento eletrônico. 3 Consenso – Não há também regras firmes para estabelecer quando o consenso é alcançado, sendo assim, fica estabelecido para o desenvolvimento dessa pesquisa o nível de 70% de consenso. Será realizado um pré-teste com 10 painelistas, a fim de avaliar a forma, conteúdo, tempo de preenchimento do instrumento e detectar defeitos, lacunas na utilização da Plataforma SurveyMonkey®. Por fim, utilizaremos análise estatística descritiva na tabulação e interpretação dos dados.

Dessa forma, com a interferência dos cálculos da estatística descritiva, buscaremos consolidar os dados obtidos nas rodadas da técnica Delphi e alcançar os resultados". No que concerne à estrutura das partes e suas articulações, pode-se perceber nos autos uma fundamentação bibliográfica, condizente com a singularidade da questão, o que denota, por sua vez, a validade científica. Além disto, dada "a lacuna" de estudos acerca do tema, afirmado acima, este empreendimento tem validade social do empreendimento. Soma-se a isto, a especificidade da formação da docente, o que garante a consecução da pesquisa. Em relação ao Cronograma, consta que a coleta de dados será entre 08/2019 a 09/06/2019. Quanto ao Orçamento, indica o AIB o valor de R\$ 3.558,50 (três mil, quinhentos e cinquenta e oito reais e cinquenta centavos).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Construir e validar um plano de indicadores de avaliação para a segurança do paciente no transporte intrahospitalar".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*Riscos: Os riscos seriam a divulgação dos dados sem respeito à Resolução 466/2012, e alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento dos participantes em expor suas opiniões sobre a temática) observados durante a pesquisa, bem como a interferência na rotina do mesmo. Esses riscos serão minimizados a partir da descrição previa feita pelo pesquisador sobre a pesquisa, a não interferência do pesquisador, fidelidade na coleta e interpretação dos dados, impossibilidade do pesquisador, e espera do momento mais oportuno para a contribuição do participante, preservando a sua autonomia de decidir sobre sua participação e garantindo-lhe o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e/ou organizacional.

Endereço: Avenida Transportista, s/n - Novo Horizonte - UEP

Balzo: Modulo I MA-17 GEP: 44.031-160

UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA

Telephone: (75) 3151-8124

E-mail: zen@bluefrogs.br



Continuação do Parecer: 3.421.493

Benefícios: Em relação aos benefícios, busca-se melhorar a qualidade da assistência na prática do transporte intra-hospitalar, contribuindo para a reflexão e tomada de decisão dos membros da equipe de saúde, fazendo com que adotem medidas específicas e seguras no gerenciamento do cuidado dos pacientes em situação de transporte." (informações básicas p. 4)

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto viável do ponto de vista ético, trabalha temática atual e relevante para melhoria do cuidado no ambiente intra-hospitalar. Informa que não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco.

O pesquisador informa que o contato com os participantes não será vinculado a instituições, justificando a não apresentação de autorização de instituição de coleta de dados.

Responde as pendências emitidas no parecer nº3.299.145.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo conforme resolução do CNS 466/2012 e norma operacional 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

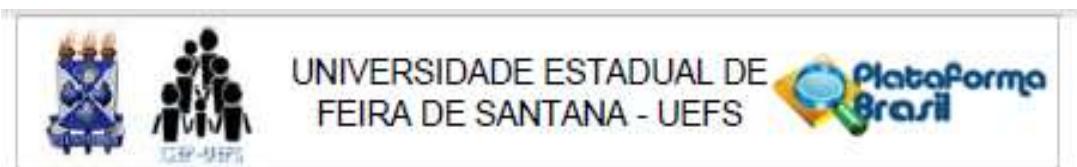
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460

UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 3.421.493

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1268541.pdf	08/06/2019 00:15:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tcle_Cep.pdf	08/06/2019 00:14:46	Endric Passos Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Cep.pdf	08/06/2019 00:08:48	Endric Passos Matos	Aceito
Outros	Oficio.pdf	08/06/2019 00:05:44	Endric Passos Matos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Dr.pdf	29/03/2019 13:37:49	Endric Passos Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Dd.pdf	29/03/2019 13:37:13	Endric Passos Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declarae.pdf	29/03/2019 13:36:46	Endric Passos Matos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ds.pdf	29/03/2019 13:36:20	Endric Passos Matos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/12/2018 22:48:39	Endric Passos Matos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/12/2018 22:29:05	Endric Passos Matos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/12/2018 00:02:41	Endric Passos Matos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 27 de Junho de 2019

Assinado por:
Polyana Pereira Portela
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS	
Bairro: Módulo I, MA 17	CEP: 44.031-460
UF: BA	Município: FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3151-8124	E-mail: cep@uefs.br