

Protocolo assistencial de transporte intra-hospitalar de pacientes em cuidados críticos: pesquisa-ação*

Clinical protocol of intra-hospital transport of critical care patients: action research*

Ana Paula Gomes da Cruz¹
ORCID: 0000-0002-0913-8060

Eliane de Fátima Almeida Lima¹
ORCID: 0000-0001-5128-3715

Verônica Rita Dias Coutinho²
ORCID: 0000-0001-8073-4562

Greyce Pollyne Santos Silva Minarini¹
ORCID: 0000-0003-0935-9098

Karla Crozeta Figueiredo³
ORCID: 0000-0003-3544-5643

Cândida Caniçali Primo¹
ORCID: 0000-0001-5141-2898

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Vitória, Espírito Santo, Brasil

² Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEC), Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Coimbra, Portugal

³ Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Paraná, Brasil

Editores:

Ana Carla Dantas Cavalcanti
ORCID: 0000-0003-3531-4694

Paula Vanessa Peclat Flores
ORCID: 0000-0002-9726-5229

Barbara Pompeu Christovam
ORCID: 0000-0002-9135-8379

Autor Correspondente:

Cândida Caniçali Primo
E-mail: candidaprmo@gmail.com

Submissão: 18/07/2024

Aprovado: 13/01/2025

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de elaboração e validação de um protocolo assistencial de transporte intra-hospitalar de pacientes críticos. **Método:** Pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, realizada em um hospital universitário público do Sudeste do Brasil, com trinta e nove membros da equipe multidisciplinar em saúde que formaram o Grupo de Planejamento. A coleta de dados ocorreu durante os nove seminários, por meio de um roteiro flexível e não-linear. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo categorial e por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Foi elaborado um protocolo de transporte intra-hospitalar de pacientes críticos, cinco fluxogramas e um checklist de transporte. **Conclusão:** O processo ocorreu com participação ativa e colaborativa. O protocolo possibilitará padronizar as tarefas e condutas, garantindo uma assistência mais segura e de melhor qualidade.

Descritores: Protocolos Clínicos; Segurança do Paciente; Cuidados Críticos; Transferência de Pacientes; Gestão da Qualidade Total.

ABSTRACT

Objective: To describe the process of developing and validating an intra-hospital transport protocol for critically ill patients. **Method:** Action research with a qualitative approach, conducted in a public university hospital in Southeast Brazil, with thirty-nine members of the multidisciplinary healthcare team who formed the Planning Group. Data collection occurred over nine seminars, using a flexible and non-linear script. Data were analyzed through categorical content analysis and descriptive statistics. **Results:** An intra-hospital transport protocol for critically ill patients was developed, along with five flowcharts and a transport checklist. **Conclusion:** The process was carried out with active and collaborative participation. The protocol will standardize tasks and procedures, ensuring safer and higher-quality care.

Descriptors: Clinical Protocols; Patient Safety; Critical Care; Patient Transfer; Total Quality Management.

INTRODUÇÃO

A qualidade e a segurança do paciente têm sido um desafio para os gestores da saúde, sendo a gestão da qualidade uma ferramenta essencial, que quando aplicada de forma satisfatória, pode contribuir para uma assistência mais segura⁽¹⁻²⁾.

A segurança do paciente é parte essencial da gestão da qualidade e para melhoria de resultados na saúde. Dentre as ações de cuidado nas instituições de saúde interligadas com a segurança do paciente e com a exposição a riscos de eventos adversos (EAs), está a realização do Transporte Intra-Hospitalar (TIH), que requer condutas padronizadas, com vista a garantir procedimentos seguros⁽²⁻⁴⁾.

O TIH é definido como a transferência do paciente de um setor do hospital para outro por profissionais de saúde tais como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, para realização de exames diagnósticos, intervenções terapêuticas, internações ou transferências

entre unidades⁽⁴⁻⁷⁾. Esse processo envolve riscos à saúde dos pacientes quando não acontece de forma sistematizada e planejada. Estes riscos podem ser reduzidos mediante a aplicação de itens de segurança, os quais podem incluir a escolha de uma equipe adequada e o cumprimento de recomendações para cada etapa do transporte^(5,8-9).

Para que se possa garantir a segurança do paciente, torna-se necessário recorrer ao uso de ferramentas para a organização do serviço, dentre as quais os protocolos assistenciais. Entende-se por protocolo assistencial uma prática pautada em evidências científicas, assegurando melhor qualidade da assistência com objetivo de auxiliar na organização do trabalho, constituindo-se em um instrumento de gerenciamento em saúde que, uma vez utilizado, atua em prol da excelência dos serviços e garantia da segurança dos profissionais e usuários⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Os protocolos assistenciais precisam ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, construídos a partir de princípios da prática baseada em evidências, e possibilitam aprimorar a assistência, reduzir discrepâncias na tomada de decisão, reduzir a demanda por serviços ou exames desnecessários, e minimizar a variabilidade de informações e condutas⁽¹⁰⁻¹⁶⁾. Assim, é necessário implementar protocolos assistenciais para transportar o paciente com base em planejamento e comunicação eficientes, de forma a reduzir a ocorrência de EAs⁽¹¹⁻¹⁸⁾.

Diante do exposto, e considerando que a instituição em estudo não possui protocolo assistencial para padronizar o TIH de pacientes críticos, este estudo teve como objetivo descrever o processo de elaboração e validação de um protocolo assistencial de TIH de pacientes críticos.

MÉTODO

Pesquisa-ação de abordagem qualitativa, operacionalizada pelas doze fases propostas por Thiollent⁽¹⁹⁾. O relatório do estudo seguiu as orientações do guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽²⁰⁾.

Estudo desenvolvido em um hospital universitário público, de médio porte, da rede da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSERH), localizado no estado do Espírito

Santo, na região sudeste do Brasil, cujo atendimento é 100% realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Participaram do estudo trinta e nove profissionais que compuseram o Grupo de Planejamento, sendo vinte e três membros da equipe multidisciplinar em saúde: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, assistente social, técnicos de enfermagem, de diferentes setores, incluindo unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, unidade de internação, unidade de regulação assistencial; e dezesseis profissionais convidados, vinculados a setores estratégicos com foco na gestão do serviço (enfermeiros, médicos, fisioterapeuta, engenheiro clínico, farmacêutico, profissional de logística e infraestrutura, de diferentes setores, incluindo pronto-socorro, gestão de unidades de paciente crítico, gestão da qualidade e segurança do paciente, controle de infecção hospitalar, divisão de enfermagem, hotelaria, gerência de atenção à saúde, farmácia, unidade de engenharia clínica e infraestrutura, centro cirúrgico, unidade de internação e unidade de terapia intensiva).

Esses profissionais foram selecionados por conveniência, de forma a compor um grupo multiprofissional representativo de diversos setores do hospital.

Para organização desse Grupo, os critérios de inclusão utilizados foram: ter interesse na temática e em participar do estudo, ser membro da equipe multiprofissional ou atuar em cargos com foco na gestão do serviço, ter no mínimo seis meses de atuação no hospital em estudo, possuir experiência com pacientes graves ou na elaboração de protocolos e possuir alguma relação direta ou indireta com o processo de transporte de pacientes deste hospital. Os critérios de exclusão foram: falta de participação em três ou mais momentos dos seminários realizados nas modalidades presencial, misto e online e profissionais afastados por licença médica.

A coleta de dados ocorreu durante os seminários realizados entre janeiro/2022 e março/2023, com base nas doze fases da pesquisa-ação (Figura 1). O desenvolvimento da pesquisa-ação ocorreu por meio de um roteiro flexível e não linear, e levou em consideração as circunstâncias e as peculiaridades da situação investigada.

ETAPA	OPERACIONALIZAÇÃO
1. Fase exploratória	O problema foi trazido pelo setor de Gestão da Qualidade e Segurança do paciente. Realizado contato com os participantes e apresentado objetivos da pesquisa. Caracterização dos participantes por meio de um questionário. Levantamento e discussão do problema por meio de brainstorming, realização do diagnóstico situacional e revisão de escopo (Protocolo com o DOI 10.17605/OSF.IO/F3DPY).
2. Tema da pesquisa	TIH de pacientes críticos.
3. Colocação dos problemas	Problemas foram detalhados durante o desenvolvimento dos seminários. Incluiu apresentação da pesquisa, do tema e explanação do problema, do conhecimento prévio dos participantes, discussão dos achados na literatura sobre o que é TIH, riscos envolvidos, benefícios e segurança do paciente com a implantação de um protocolo.
4. O lugar da teoria	Apresentação e discussão de artigos científicos e resoluções sobre o TIH e debate sobre os papéis da equipe multiprofissional, tais como médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, no TIH. A literatura científica utilizada foi adaptada conforme o saber prático dos profissionais e realidade da instituição, para a construção conjunta do protocolo.
5. Hipóteses	Diante do problema de ausência de padronização do transporte e do aprofundamento teórico sobre o assunto, o Grupo estabeleceu hipóteses que foram respondidas durante os seminários.
6. Seminário	Realizado nove seminários com o Grupo nos formatos presencial, online e misto, para a elaboração e validação do protocolo de TIH de pacientes críticos. Seminário 1- apresentação do tema, discussão e planejamento; Seminário 2- utilização da técnica de brainstorming para discussão da situação problema e realização de diagnóstico situacional; Seminários de 3 a 7 - apresentação da versão preliminar do protocolo e elaboração conjunta, com realização de adequações necessárias; Seminário 8- apresentação do protocolo já com ajustes sugeridos; Seminário 9- validação por consenso da versão final do protocolo e avaliação da metodologia.
7. Campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa	Equipe multiprofissional em saúde representada por profissionais do Grupo.
8. Coleta de dados	Realização de seminários, cujo conteúdo foi gravado e, assim como as contribuições que chegaram por e-mail, transcritas, com posterior registro em diário de campo em formato de ata, para análise.
9. Aprendizagem	Revisão de escopo e discussões nos seminários, realizadas presencialmente e a distância com os participantes, sendo que a aprendizagem perpassa todas as etapas da pesquisa.
10. Saber formal e saber informal	Representado pela revisão de escopo, brainstorming para o diagnóstico situacional, interação e compartilhamento de experiência entre participantes, resoluções, discussões e elaboração do protocolo com o Grupo.
11. Plano de ação	Desenvolvido de forma coletiva entre o Grupo e a pesquisadora.
12. Divulgação externa	Apresentação à comunidade científica por meio da elaboração de dissertação, artigo e apresentação de trabalho em congresso. Divulgação da versão final do protocolo aos gestores e coordenadores do hospital e aos setores parceiros que irão contribuir com a sua posterior operacionalização e implantação.

Figura 1 - Etapas da pesquisa-ação para a construção do “Protocolo de transporte intra-hospitalar de pacientes críticos”. Vitória, ES, Brasil, 2024

O roteiro funcionou como ponto de partida, que se iniciou na "fase exploratória" e terminou na "divulgação dos resultados". Na fase exploratória, foi realizada uma revisão de escopo e a formação do Grupo de Planejamento.

A revisão de escopo serviu de base para a estruturação preliminar do protocolo do TIH, e identificar na literatura nacional e internacional, os principais elementos para compor um protocolo de TIH de pacientes críticos, agrupados nas categorias: a) condições clínicas do paciente, b) equipe de transporte e c) estrutura organizacional e infraestrutura. A seguir, estruturou-se a versão inicial do protocolo de TIH, seguindo como referência o documento padrão fornecido pelo setor de qualidade do hospital.

O Grupo de Planejamento foi convidado para participar da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preencheu o instrumento de caracterização dos participantes.

Na sequência, houve a realização de nove Seminários com o Grupo de Planejamento para a elaboração e validação do protocolo de TIH do paciente crítico, realizados presencialmente (1 a 8), pela plataforma Teams (9), e em formato misto (1 e 2).

Os seminários, inicialmente, foram planejados para durar em torno de 60 a 90 minutos, mas em consenso com o Grupo, foram estendidos para durar até 150 minutos, frente à contribuição e envolvimento dos participantes.

Por fim, a etapa de Divulgação contemplou o envio do Protocolo assistencial de TIH com os cinco fluxogramas e o *checklist* de TIH ao setor de qualidade do hospital para registro e divulgação à comunidade hospitalar e científica. Também, os pontos principais do protocolo foram organizados em formato de banners e cartazes, para serem expostos nas unidades que prestam atendimento a pacientes críticos.

O *checklist* de TIH foi testado por enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, como forma de avaliar a sua aplicabilidade prática. A UTI adulto foi o setor escolhido por concentrar o maior número de transporte de pacientes críticos, direcionado para exames, transferência entre unidades, admissões de diferentes setores, incluindo, hemodinâmica, centro cirúrgico, pronto socorro e unidade de internação. O teste do *checklist* ocorreu durante um mês. Após os primeiros quinze dias de uso, os enfermeiros deram um feedback à pesquisadora sobre as necessidades de ajuste, e assim, foram feitas correções. O *checklist* corrigido foi

aplicado durante mais quinze dias e não houve novos ajustes.

Análise dos dados

Durante os seminários, os dados gerados foram gravados em sistema MP3 por gravador digital, e utilizou-se um diário de campo para as anotações gerais da pesquisadora. Os dados das gravações foram transcritos e lidos exaustivamente, e os resultados submetidos a análise de conteúdo de Bardin⁽²¹⁾.

Os participantes do Grupo de Planejamento, foram identificados como: participante P, seguindo a sequência P1, P2, P3...P39. Os participantes da etapa de teste do checklist de transporte, foram identificados como participante E1, E2, E3... e a pesquisadora, como PE. A codificação [...] significa que parte da fala foi omitida.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em estudo, sob CAAE nº 40480020.0.0000.5071.

RESULTADOS

O grupo de planejamento foi formado por (N=39; 100%) integrantes, os quais tinham média de idade de 39,9 anos (\pm 5,4 anos), sendo a maioria do sexo feminino (N=24; 61,5%), comparado ao masculino (N=15; 38,5%). Referente à titulação máxima, (N=17; 43,6%) haviam cursado especialização, (N=16; 41%) tinham mestrado, (N=2; 5,1%) possuíam nível técnico, (N=1; 3%), doutorado e (N=1; 2,6%) eram graduados. A média de tempo de serviço no hospital em estudo foi de 8,6 anos (\pm 5,9 anos).

As discussões nos seminários foram analisadas e agrupadas em quatro categorias: Construção do protocolo; Elaboração dos fluxogramas, Elaboração do checklist e Pesquisa-ação como estratégia coletiva para elaboração de protocolo.

Construção do protocolo de TIH

O protocolo de TIH do paciente crítico foi estruturado seguindo documento padrão da instituição. Além do material da revisão de escopo^(5-10,14-18,22-23), foram utilizados manuais técnicos do Ministério da Saúde⁽²⁾, da Anvisa⁽⁵⁾ e resoluções do Conselho Federal de Enfermagem⁽²⁴⁾ e de Medicina⁽²⁵⁾.

O protocolo abordou as principais atribuições, competências e responsabilidades de cada categoria profissional e setores envolvidos direta e indiretamente no TIH do paciente crítico. O protocolo orientou e direcionou as atividades desenvolvidas a esse perfil de paciente, durante

as quatro etapas de organização do transporte (classificação, planejamento, execução e avaliação) e suas três fases (preparação, transferência e estabilização). Apresentou ainda, cinco fluxogramas de transporte para direcionamento e organização do trabalho dos profissionais e um checklist de transporte.

Ao iniciar os seminários, os participantes foram orientados a manter grupos formados por diferentes profissionais, para que houvesse a possibilidade de abordagens mistas, com diferentes visões do processo de trabalho e para a construção do protocolo com um olhar sistêmico.

Os participantes apontaram a necessidade de definição de paciente crítico grave no protocolo. Esses termos, muitas vezes, geram confusão por inexistência de um consenso na literatura científica.

[...] quem vai ler o protocolo é quem está na assistência, e vão ter que definir se o paciente é grave ou não para seguir o protocolo, então tem que ter uma definição assistencial. (P8)

[...] existe uma portaria do CRM que define níveis de cuidados, nível 1, nível 2, nível 3 [...] nessa portaria vem dizendo quem é o paciente gravemente enfermo. (P27)

Durante as discussões do tópico paciente crítico grave, foi possível abordar outros assuntos, como: definição de TIH, classificação das etapas do TIH, classificação do TIH e indicação e contra-indicação do transporte. Sobre as contra-indicações, foi sugerido contemplar as variáveis de ambiente, e não apenas a variável fisiológica do paciente, sendo incluído este tema no protocolo.

[...] eu acho interessante incluir no protocolo a análise do ambiente no momento do transporte, para contribuir na decisão do médico. Do aparelho, se é o momento, que horas, se tem energia ou se não tem, se tem rampa ou se não tem. Uma série de questões ambientais que, pode auxiliar ao médico ao avaliar, naquele momento ali, antes de tomar a decisão se vai ou não transportar o paciente. (P28)

Definiu-se que a equipe para um transporte seguro, deve conter, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Discutiu-se a participação do fisioterapeuta, que não tinha até então, uma atribuição clara e definida no transporte de pacientes críticos.

Vai precisa ir junto o fisioterapeuta pela gravidade, às vezes está com muitas drogas e cada profissional precisa estar concentrado em uma determinada ação nesse transporte, o médico e o fisioterapeuta vão definir em conjunto, se tem a necessidade ou não dele participar. (P13)

Sobre a participação de outras categorias profissionais, com definição de atribuição, competências e responsabilidades, a equipe entrou em consenso e definiu um quadro com as atribuições de cada um dos profissionais envolvidos no transporte do paciente crítico.

[...] você está em um ambiente onde se tem dúvidas, você pega o protocolo e fala 'Pelo protocolo, nessas condições eu preciso que o médico vá' e então, você estabeleceu quem é a sua equipe, 'eu preciso que tenha a maleta aérea' e aí você já estabeleceu o recurso. Acho que isso é interessante no protocolo. (P7)

Algumas particularidades em relação às atribuições dos profissionais nas fases do transporte foram destacadas. Fato que na realidade prática, em muitas situações, as atribuições da equipe especificamente pós-transporte, não são observadas.

E a fase de estabilização, que é o pós-transporte, a literatura traz que nos primeiros 30 min - 1 hora pós-transporte, esse paciente ainda pode estar suscetível à instabilidade hemodinâmica. Então, no pós-transporte deve-se ter uma atenção em preparar o paciente, organizar, ver se as drogas estão acabando ou não, e posicionar o paciente no pós-transporte.

O grupo forneceu, ainda, sugestões referentes à etapa pós-elaboração do protocolo, já pensando no seu processo de implantação no hospital. Colocaram ainda a possibilidade de reajustá-lo, de forma a torná-lo referência para a elaboração de um protocolo institucional que atendesse todos os perfis de pacientes e todas as áreas do hospital:

A proposta é que depois da entrega desse protocolo, seja criado um grupo só para discutir dentro do que ficou resolvido [...] fica mais fácil vendo o escopo, montar e implantar de fato o protocolo. (P13)

[...] focado no paciente grave [...] que a gente pegou um nível mais alto de gravidade, então para ajustar num nível mais baixo e para inserir em outros setores, como neonatologia e pediatria, se torna um pouco mais fácil com o escopo já formado. (P18)

Elaboração dos fluxogramas

Os fluxogramas se referem à representação gráfica da sequência operacional do desenvolvimento do processo ou de uma rotina de trabalho⁽¹¹⁾.

Conforme definido pelos participantes as principais informações do protocolo deveriam estar organizadas em fluxogramas para um processo de comunicação clara entre as equipes dos setores de origem e destino.

[...]o fluxograma irá facilitar a comunicação da equipe, as informações se perdem com facilidade. (P37)

O fluxograma apresenta quem ou quais serão os profissionais responsáveis pelo aceite do paciente. (P16)

Considerando a adaptação dos serviços de saúde após à pandemia da Covid-19, e no atendimento de pacientes portadores de vários outros microrganismos multirresistentes, foram propostos fluxogramas que abordassem essas questões.

Foram produzidos cinco fluxogramas e um checklist, conforme Figuras 2, 3 e 4 sendo eles: 1) Fluxograma de comunicação do TIH do paciente crítico; 2) Fluxograma de comunicação do TIH do paciente crítico com Covid-19 e/ou microrganismo multirresistente; 3) Fluxograma de TIH unidirecional do paciente crítico; 4) Fluxograma de TIH bidirecional do paciente crítico; 5) Fluxograma de TIH do paciente crítico com Covid-19 e/ou microrganismo multirresistente; e 6) Checklist de TIH do paciente crítico.

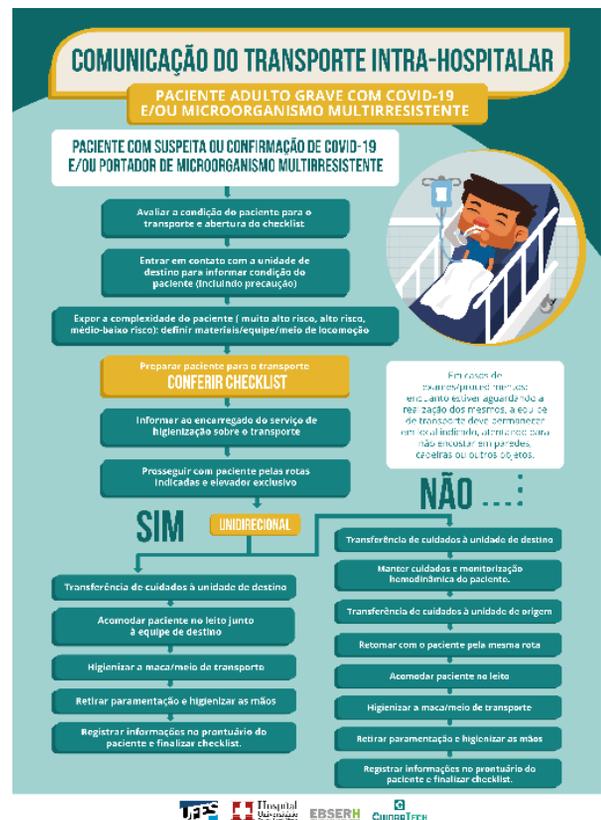


Figura 2 - Fluxograma de comunicação do TIH do paciente crítico. Fluxograma de comunicação do TIH do paciente crítico com Covid-19 e/ou microrganismo multirresistente. Vitória, ES, Brasil, 2024

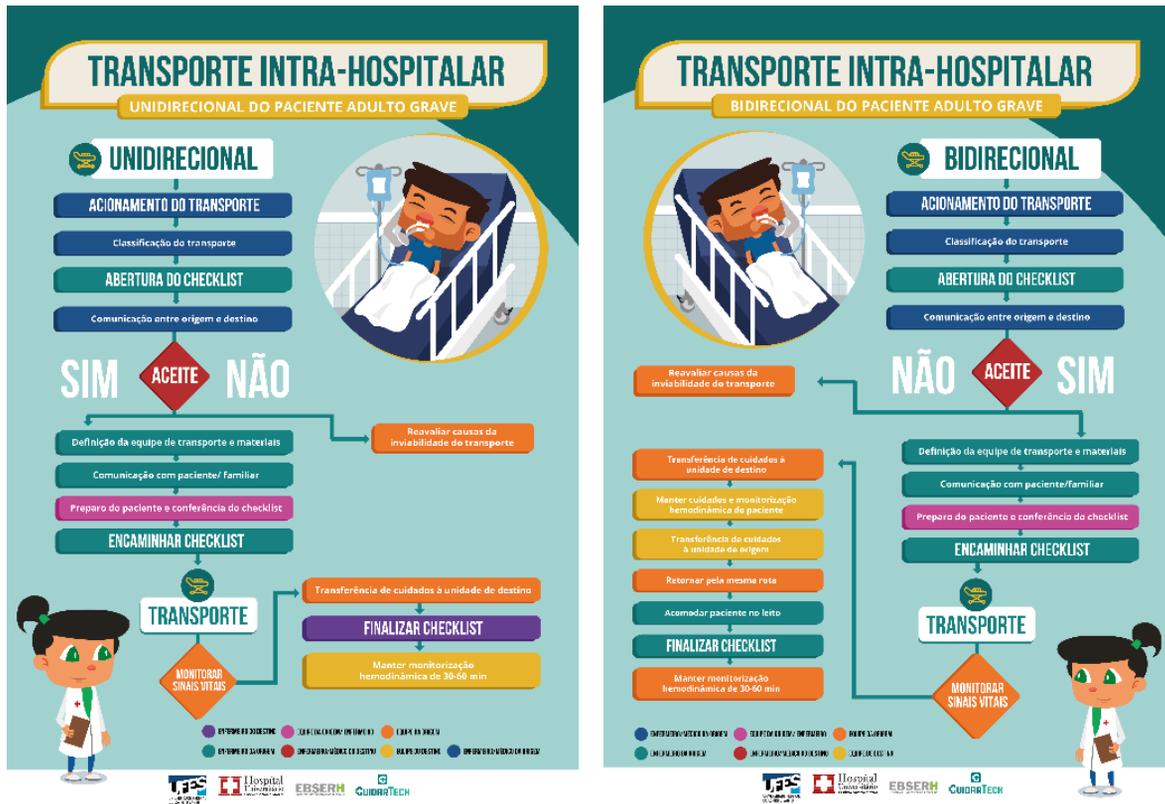


Figura 3 - Fluxograma de TIH unidirecional do paciente crítico. Fluxograma de TIH bidirecional do paciente crítico. Vitória, ES, Brasil, 2024

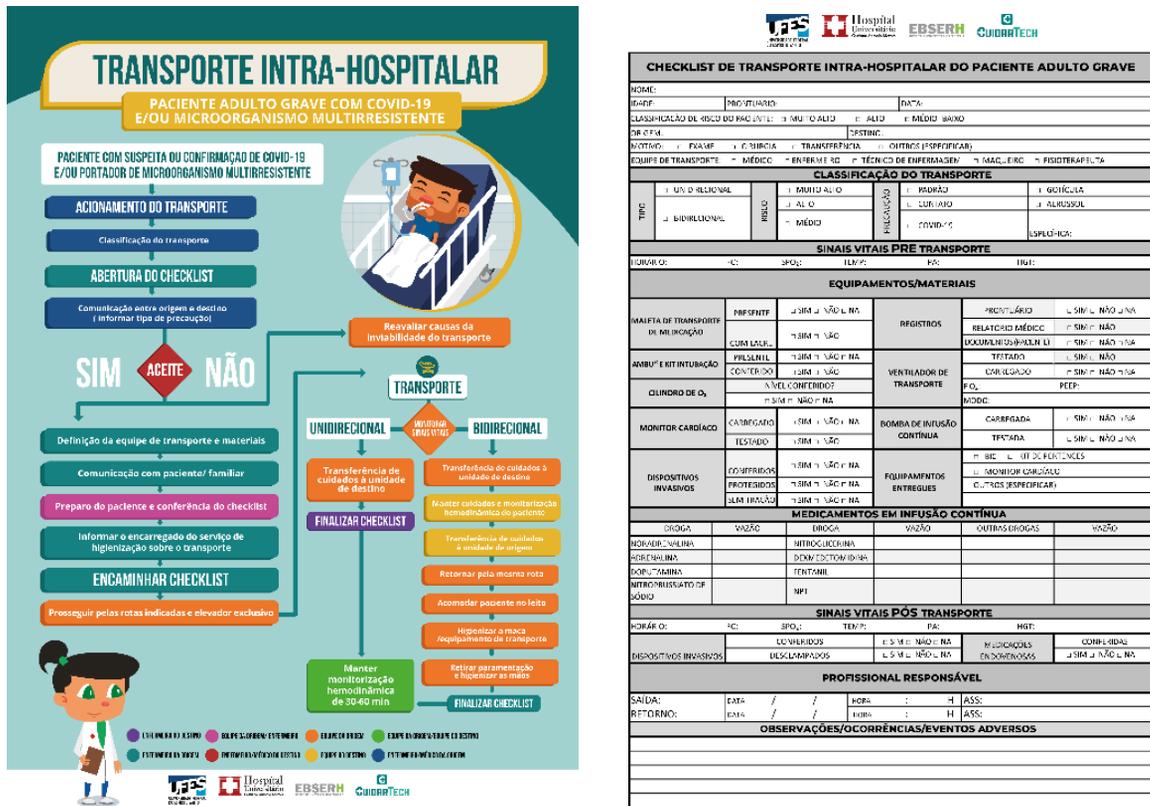


Figura 4 - Fluxograma de TIH do paciente crítico com Covid-19 e/ou microorganismo multirresistente. Checklist de TIH do paciente crítico. Vitória, ES, Brasil, 2024

Elaboração do checklist

A versão preliminar do *checklist* tinha duas laudas e foi simplificado para uma lauda após discussões nos seminários.

[...] o checklist tem muitos itens aqui que são desnecessários. (P8)

[...] eu sugiro que o checklist seja aplicado pelos enfermeiros em uma unidade de pacientes graves, para saber se realmente o que reduzimos e melhoramos será aplicável na prática. (P13)

Durante o teste do *checklist*, os enfermeiros da UTI adulto destacaram pontos de melhoria na sua estruturação.

[...] acho desnecessário o item diagnóstico, a ideia seria coletar os dados todos beira leito do paciente [...] geralmente esses dados de diagnóstico estão no prontuário e demanda tempo da equipe em buscá-lo, podendo até atrasar no preenchimento do instrumento.' (E5)

Eu acho importante o campo para o ventilador mecânico, o modo e os parâmetros que o paciente está sendo transportado, os sinais vitais antes do transporte são fundamentais, as bombas de infusão. (E2)

[...] prefiro o campo observação no final do formulário do checklist [...] podemos colocar todas as intercorrências e alguma especificidade do transporte, incluindo o que não coube nos campos de marcar. (E6)

Após as correções e validação no seminário, o *checklist* ficou com 27 itens dos quais incluí dados clínicos do paciente, materiais e procedimentos do transporte, observações/ocorrências/EAs. Ficou definido pelos participantes, que o enfermeiro seria o profissional responsável pelo seu preenchimento, abertura e fechamento.

Pesquisa-ação como estratégia coletiva para elaboração de protocolo

Na visão dos participantes em relação a pesquisa, destacou-se a oportunidade de produzir co-

nhecimento de forma coletiva, a integração, o reconhecimento e a valorização da equipe no desenvolvimento do projeto e a produção das ferramentas de gestão da segurança do paciente.

Discussão ampliada trazendo reflexão aplicada à realidade e possibilidade de discussão multiprofissional. (P27)

[...] oportunidade de trocar informações sobre o transporte com outros setores, além do que atuo. (P21)

Envolvimento da equipe para chegar a um processo que atende a realidade da instituição. (P22)

Integração da equipe da assistência e gerencial. (P18)

DISCUSSÃO

Os protocolos para a segurança do paciente precisam ser adequados conforme o perfil de pacientes e a realidade da instituição⁽¹¹⁻¹³⁾. O protocolo TIH desenvolvido incluiu os principais itens de segurança, definição das tarefas e atribuições para cada profissional envolvido no processo de transporte, e levou em consideração os fatores relacionados ao próprio paciente (condição orgânica), à equipe de transporte (capacitação/treinamento) e aos equipamentos e estrutura (recursos físicos, materiais e humanos/processos de trabalho) do serviço oferecido pela instituição de saúde^(4,6-10).

Dentre as implicações do TIH, está a ocorrência de EAs, que incluem falta de recursos humanos e materiais em bom funcionamento, e sugerem a padronização das ações da equipe envolvida no transporte e a provisão de equipamentos necessários para a monitorização hemodinâmica do paciente, na busca de minimizar casos de EAs^(3-4,7-9,22-23).

O protocolo TIH é um instrumento gerencial do serviço de saúde que quando aplicado, se direciona à produção da excelência dos serviços e garantia da segurança de pacientes e profissionais^(2,11-13).

Em relação à equipe mínima para um transporte seguro, existe um consenso na literatura de que a equipe deve conter, no mínimo, um médico, de preferência, com experiência em suporte cardiovascular avançado e gestão de vias aéreas, e um enfermeiro com experiência em cuidados intensivos^(5,7,10).

Também se recomenda que um maqueiro e um técnico de enfermagem devem acompanhar o transporte quando disponíveis e, ainda, que mais dois profissionais de saúde, além destes, devem acompanhar o médico e o enfermeiro^(5,8-9,17). Pesquisa aponta que em 73% o time de transporte foi composto por três ou quatro profissionais e apenas 24% contaram com um ou dois profissionais⁽¹⁶⁾.

Planejar o quantitativo de profissionais envolvidos para a transferência do paciente é fundamental, para que ocorra de forma segura e sejam evitados EAs.

comuns, como perda de cateteres, desconexão de sonda e tubo orotraqueal, retirada de cateter de O₂ e sonda vesical de demora^(3-4,16-18,22).

A capacitação e o treinamento possibilita que cada profissional esteja preparado para intervir nos possíveis EAs a que está sujeito um paciente crítico, melhorando a eficácia no transporte⁽⁶⁻⁹⁾.

A comunicação efetiva entre os membros das equipes de transporte com a equipe dos outros setores é fundamental para o sucesso do processo, facilitando o planejamento do setor de destino e evitando deslocamento desnecessário e exposição do paciente a riscos^(3-4,9-10,16).

O protocolo levou em consideração a interferência de fatores externos, que caracterizam situações que aumentam o risco de ocorrência de incidentes e relacionam-se a fatores que estão fora da governabilidade do gestor^(4,6-7).

Os fatores ambientais que mais impactam na segurança do paciente são os elevadores (pequenos, com problemas, sem manutenção), espaço do corredor, piso irregular, espaço na porta para passagem da cama/maca, espaço nos quartos para transferência do leito para maca, maca de transporte inadequada (existência de camas ou portas incompatíveis com o setor de destino), distância entre os setores e preparação inadequada no setor de destino^(3-4,16).

Visando sistematizar esse processo, os checklists contribuem para garantir que a avaliação das condições clínicas seja feita de forma mais eficaz na etapa Pré-transporte. A utilização de documentos padronizados melhora o cuidado em saúde, a comunicação das equipes, reduz variabilidade de condutas, reduzindo erros técnicos e iatrogenias^(14-18,26).

O uso de documentos padronizados mostra-se efetivo para a prevenção de incidentes e EAs e, por consequência, aumento da segurança no transporte dos pacientes e para os profissionais da equipe multidisciplinar envolvida^(2,4,7,10,13,15-18). Quanto às limitações do estudo, ressalta-se

que o protocolo precisa ser implantado e a sua aplicabilidade e impacto no serviço devem ser avaliados. Outra limitação foi não considerar as preferências do paciente, uma vez que não foi validado pelos usuários.

No que diz respeito às implicações do estudo para o avanço na área da saúde e enfermagem, essa pesquisa permitiu demonstrar a importância da integração ensino-pesquisa-prática, na construção e translação do conhecimento, na troca de experiências entre pesquisadores e clínicos, na busca de soluções de problemas práticos embasadas nas melhores evidências científicas, que melhorem a segurança nos serviços de saúde, de forma a garantir uma melhor experiência para pacientes, familiares e profissionais.

CONCLUSÃO

Este estudo elaborou e validou um protocolo institucional de TIH com checklist de TIH de paciente crítico e cinco fluxogramas. A pesquisa-ação permitiu a participação ativa e colaborativa de todos os integrantes do estudo e possibilitou importante troca de saberes formais e informais entre pesquisador e pesquisados, por meio de um rico compartilhamento de experiências da prática de diferentes profissionais, com distintas especialidades e inseridos em diversos setores de atuação.

O protocolo com seus fluxogramas e checklist estão em processo de implantação na instituição, e irão padronizar as tarefas e condutas, auxiliando e direcionando os profissionais na tomada de decisão e execução de rotinas de trabalho, e garantindo uma assistência mais segura e de melhor qualidade no TIH de pacientes críticos.

* Artigo extraído da Dissertação de Mestrado "Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos graves: elaboração de protocolo", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil, em 2022.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES). Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Arlotta C, Meza EBM, Cardoso R. Uma análise bibliométrica sobre a qualidade do atendimento em serviços de saúde. *Journal of Lean Systems* [Internet]. 2021 [citado 2023 Set 11];6(2):168-88. Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/lean/article/view/4592>
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2023 Jan 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
3. Germack HD, Fekieta R, Britton MC, Feder SL, Rosenberg A, Chaudhry SI. Cooperation and conflict in intra-hospital transfers: A qualitative analysis. *Nurs Open*. 2019;7(2):634-41. <https://doi.org/10.1002/nop2.434>
4. Putra KR, Wulandari I, Suharsono T, Hany A. Adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients: an observational study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2022;13(3):699-706. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2022.13.0012>
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução-RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília: Anvisa; 2010 [citado 2022 Dez 22]. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/resolucao-07-anvisa-uti.htm>
6. Abraham J, Burton S, Gordon HS. Moving patients from emergency department to medical intensive care unit: Tracing barriers and root contributors. *Int J Med Inform*. 2020; 133:104012. <http://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104012>
7. Santos BS, Bueno CKS, Bizinelli TSQ, Ribeiro ER. A segurança no transporte do paciente crítico em ambiente intra-hospitalar: uma revisão integrativa. *Espaço para a Saúde* [Internet]. 2021 [citado 2024 Jul 10];20(2):9-101. Disponível em: <https://espacoparasaudefpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/666>
8. Sharafi RA, Ghahramanian A, Sheikhalipour Z, Ghafourirfard M, Ghasempour M. Improving the safety and quality of the intra-hospital transport of critically ill patients. *Nurs Crit Care*. 2021;26(4):244-52. <https://doi.org/10.1111/nicc.12527>
9. Esmail AM, Mohamed WY, Ali FS. Intra-hospital transport related health consequences among critically ill patients. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*. 2019 [citado 2024 Jul 10];6(3):679-91. Disponível em: <https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/Intrahospital%20transport%20related-2079.pdf>
10. Martins JB, Wansing GB, Viegas K, Blatt CR. Prevenção de eventos adversos no transporte intra-hospitalar: revisão integrativa. *Res Soc Dev*. 2022;11(10):e272111032700. <http://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32700>
11. Ministério da Saúde (BR). Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2023 Dez 11]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1178284>
12. Hu Y, Shi D, You L, Li W. Intrahospital transport of critically ill patients: A survey of emergency nurses. *Nurs Crit Care*. 2021;26(5):326-32. <https://doi.org/10.1111/nicc.12601>
13. Nisha S, Sariga JT. Risk factors and adverse events during intra hospital transportation among critically ill with a view to develop patient transport checklist. *International Journal of Nursing Education*. 2022;14(3):111-7. <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i3.18361>
14. García PN, Avi6n RC, Ruiloba MSL, Pérez JR, Dobarro AB, García AR. Estudio retrospectivo de la seguridad en el traslado de los pacientes críticos tras aplicación de la metodología para la gestión de riesgo. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2020;67(3):119-29. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2019.10.003>
15. Williams P, Karuppiyah S, Greentree K, Darvall J. A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. *Australian Critical Care*. 2020;33(1):20-4. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.02.004>

16. Bergman L, Pettersson M, Chaboyer W, Carlström E, Ringdal M. Improving quality and safety during intrahospital transport of critically ill patients: A critical incident study. *Australian Critical Care*. 2020;33(1):12-9. <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.12.003>
17. Garfinkel E, Lopez S, Troncoso R, Leon D, Hubble H, Bowman C, et al. A Critical Care Transport Program's Innovative Approach to Safety During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Air Med J*. 2021;40(2):112-4. <http://doi.org/10.1016/j.amj.2020.12.002>
18. Geldenhuys L, Wise R, Rodseth R. The impact of a bundled intrahospital transfer protocol on the safety of critically ill patients in a South African Metropolitan Hospital System. *SAJAA*. 2020;26(3):139-48. <http://doi.org/10.36303/SAJAA.2020.26.3.2343>
19. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18th ed. São Paulo: Cortez; 2022.
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Lin SJ, Tsan CY, Su MY, Wu CL, Chen LC, Hsieh HJ, et al. Improving patient safety during intrahospital transportation of mechanically ventilated patients with critical illness. *BMJ Open Qual*. 2020;9(2):e000698. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000698>
23. Veiga VC, Postalli NF, Alvarisa TK, Travassos PP, Vale RT da S, Oliveira CZ de, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(1):15-20. <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20190003>
24. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 588, de 15 de outubro de 2018. Atualiza e normativa a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde [Internet]. Brasília: Cofen; 2018 [citado 2021 Nov 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html
25. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução 2.077, de 16 de setembro de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho [Internet]. Brasília: CFM; 2014 [citado 2021 Nov 02]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>
26. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [citado 2022 Jul 13]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240032705>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do projeto: Cruz APG, Lima EFA, Primo CC.

Obtenção de dados: Cruz APG, Lima EFA, Primo CC.

Análise e interpretação dos dados: Cruz APG, Lima EFA, Primo CC.

Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Cruz APG, Lima EFA, Coutinho VRD, Minarini GPSS, Figueiredo KC, Primo CC.

Aprovação final do texto a ser publicada: Cruz APG, Lima EFA, Coutinho VRD, Minarini GPSS, Figueiredo KC, Primo CC.

Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Cruz APG, Lima EFA, Coutinho VRD, Minarini GPSS, Figueiredo KC, Primo CC.



Copyright © 2025 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.