UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

UMA VISÃO SISTÊMICA DO TRANSPORTE DO PACIENTE CIRÚRGICO

Esc. Enfermagem da UFC, esperando que esta possa contribuir para o acervo desta escola e agradecendo às queridas amigas, companheiras dos diversos momentos, Raimunda, Nazaré, Violante, Socorro da UFC (Aquarela)
Um grande abraço da Tânia Chianca

Dissertação apresentada à Área de Enfermagem Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre.

Tânia Couto Machado Chianca

Orientador: Profa Dra Nilza Teresa Rotter Pelá

Ribeirão Preto

1992

Trabalho inserido na linha Assistência de Enfermagem e no projeto "Metodologia da Assistência de Enfermagem" do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

No desenvolvimento das atividades do Curso de Mestrado a aluna contou com o auxílio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Programa Institucional de Capacitação de Docentes (PICD).

Aos meus pais, minha gratidão
Ao Déo e nossos filhos Thomas e
Luana, pelo estímulo e companheirismo que só me fazem crescer...

Profª Drª Nilza Teresa Rotter Pelá

" Para chegar ao fim das coisas, o primeiro passo é crer que é possível"
(Luis XIV)

AGRADECIMENTOS

Durante meu percurso na carreira de enfermagem recebi várias manifestações de estima e atenção. Quero através de palavras, gestos e silêncio agradecer a todos.

Ao meu pai Jarbas, que a distância, através da saudade, me transporta a sua imagem.

A minha mãe Daisy, que no calor de seu ventre, me transportou para a vida.

A professora primária Nelise Lima, pelo estímulo às primeiras expressões de redação cursiva.

Aos professores do Colégio Loyola, Carlos Abdalla e Nyelda R. de Oliveira, pela condução nos primeiros passos para a pesquisa, os quais só agora posso avaliar.

Às colegas e amigas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Sônia Lúcia G. Pinheiro, Myriam Biaso, Adelaide de Mattia, Maria José Grillo C. Brant, Jane Saletti Teixeira e Marlene Natividade S. de Oliveira, pela caminhada que juntas nos propusemos a percorrer no campo da enfermagem.

Aos companheiros do curso de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Célia Antunes, Mariza Borges, Raimunda Magalhães, Francisco C. Félix Lanna, Maria Salete B. Jorge, Mara Garanhani, Cristine A. C. de Jesus, pelos diversos obstáculos que me ajudaram a transpor.

Às colegas e amigas Martha de C. Cardoso Salvarani, Maria Helena Caliri, Namie Sawada, Rosalina A. P. Rodrigues e Lina Maria de O. Azoubel, pelas contribuições técnicas, carinho e

atenção que me dispensaram durante a elaboração dessa dissertação.

Ao amigo Carlos Henrique Ferreira, pelas valiosas correções feitas.

Aos meus cunhados, Dr. Francisco Otávio C. Melo e Marylane Vaz, pelo preparo e confecção da arte fotográfica apresentada.

Aos professores Dr. José Augusto Dela Coleta, Drª Maria Cecília Manzoli e Drª Isabel Amélia Costa Mendes, pelas valiosas contribuições a esta produção científica.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Deolinda, Zeza, Maristela, Angélica, Marco e Rubens, por atenderem gentilmente às minhas solicitações.

A todos os elementos das equipes de enfermagem dos hospitais de Ribeirão Preto que tão prestativamente participaram como sujeitos desse estudo.

Ao Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade oferecida para cumprir o curso de Mestrado.

À Drª Nilza Teresa Rotter Pelá, pela disponibilidade, firmeza e competência com as quais me ajudou a ultrapassar mais esta etapa de minha vida...

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS

pág.

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

pág.

PREFÁCIO

O desejo de elaborar um trabalho que apreciasse o transporte do paciente cirúrgico dentro do hospital remonta do nosso ingresso na universidade na qualidade de professor. Naquele instante foi exigida a elaboração de um projeto de pesquisa, o qual foi desenvolvido com duas colegas docentes.

A consecução foi barrada pela falta de referências bibliográficas, pela nossa falta de experiência enquanto pesquisadoras, pelas divergências e atribuições nas áreas de trabalho.

Quando ingressamos no curso de pós-graduação, a vontade de trabalhar com o tema retornou e começamos, novamente, a realizar levantamentos bibliográficos, relacionadas ao assunto, nos onze últimos anos (1980-1991). Nenhuma referência foi encontrada relativa ao transporte de pacientes no período pré-operatório em hospital. Deparamos, então, com uma dúvida básica: seria o transporte do paciente cirúrgico uma atividade simplesmente técnica ou envolveria aspectos emocionais do paciente? Qual a importância do transporte para o paciente e para os profissionais envolvidos com a tarefa?

Na tentativa de descobrir o significado do transporte do paciente cirúrgico, realizamos uma colagem*, com a ajuda de colegas enfermeiras e uma psicóloga, em grupo de supervisão didática. A questão do transporte foi percebida como numa peça de teatro, onde cada pessoa tem um papel a executar, e o paciente

---

* colagem: utilizamos recortes de jornais e revistas que foram colocados numa cartolina de modo a mostrar o que significava, para nós, o transporte do paciente cirúrgico.

permanece solitário e indefeso diante do aparato imposto pela situação. Esta é representada pelo uso de gorros, máscaras, macas, cadeiras de rodas, barulhos e ruídos peculiares, além das conversas pouco dirigidas.

Segundo a colagem executada, descobrimos nosso desejo de equilíbrio entre as atividades técnicas e emocionais do transporte do paciente cirúrgico e o nosso desejo de produzir algo que contribuísse para a prática, enfim que chamasse a atenção de quem trabalha no ambiente cirúrgico.

Nossa experiência tem mostrado que, às vezes, o paciente é transportado como uma carga até um local muitas vezes desconhecido, pouco aconchegante e atemorizante, onde o horário e as normas devem ser obedecidos rigorosamente. Para se chegar até um centro cirúrgico a fim de resolver um problema de saúde, muitas portas precisam ser transpostas.

A importância do toque, da permanência e esclarecimento de dúvidas do paciente em um ambiente desconhecido, onde as pessoas têm inúmeras tarefas a realizar, e a necessidade de segurança e de certeza de sobrevivência são inquestionáveis. Acreditamos que o momento do transporte até o centro cirúrgico deva ser aproveitado pelos membros da equipe de enfermagem no sentido de oferecer cuidado que contemple os aspectos instrumentais e expressivos da assistência*.

Sentimos então, necessidade de resgatar o que nos fosse possível sobre o transporte, de forma a poder captar a

---

* Entendem-se por expressivas ou básicas, aquelas atividades relativas ao equilíbrio motivacional do paciente, e instrumentais ou técnicas, aquelas ligadas ao tratamento da doença. Os dois são papéis importantes do enfermeiro envolvido terapêuticamente com a assistência ao paciente (JOHNSON & MARTIN, 1958)

ideia, que os elementos da equipe de enfermagem têm dos comportamentos positivos e negativos do ato de transportar pacientes.

Temos consciência de que as pessoas não são submetidas ao transporte por livre opção, mas por necessidade. Todas as formas de transporte foram sendo elaboradas para atender ao ser humano em suas diversas necessidades. O ser humano transporta e é transportado, desde que nasce, para o colégio, para assistir a uma missa, para os sonhos. Transporta objetos e pessoas e deve refletir sobre essa ação, procurando garantir todos os aspectos de segurança de quem ou do que é transportado. Portanto, garantir a humanização dessa tarefa é uma das formas de oferecer segurança emocional a quem é transportado.

I- UMA VISÃO SISTÊMICA DO TRANSPORTE DO PACIENTE CIRÚRGICO

> ..."Então o espírito se apoderou de mim e ouvi atrás de mim uma vozeria de violento rumor: `Bendita seja a glória do Senhor, onde ela repousa! Ouvi o rumor do bater das asas dos seres vivos e o ruído de suas rodas ao lado deles, um barulho portentoso. O espírito, a seguir, me transportou e me levou. Eu ia, com o coração repleto de amargura e furor, desde que a mão do Senhor havia pesado sobre mim..." (Ezequiel 3, 12-14)

Na procura de uma maior compreensão do transporte de pacientes, procuramos analisá-lo sob uma visão holística; optamos então, pela da Teoria Geral dos Sistemas.

A Teoria Geral dos Sistemas originou-se da tentativa do homem de organizar sua realidade, conhecendo os elementos e suas relações com o meio.

Ludwig Bertallanffy foi um biólogo, precursor da teoria por volta dos anos compreendidos entre 1943 e 1947. BERTALLANFY (1977) aponta três princípios básicos para a mesma, a saber:

- o fenômeno se encontra inserido no ambiente e sofre influências sobre ele e em função dele;
- todo comportamento tem finalidade específica;
- as partes devem ser explicadas em função do todo.

Para BERTALLANFFY (1977), a teoria dos sistemas surgiu como uma proposta de organização e unificação do conhecimento científico existente, contrapondo-se à departamentalização do conhecimento. Ela possibilita a observação de um fenômeno complexo sob uma visão holística e a interpretação de uma maneira mais organizada. Além disso, permite uma melhor compreensão do todo e das relações entre suas partes.

A palavra syn (com, junto, ao mesmo tempo) associada a histanai (para manter) vem do grego e originou a palavra systema e se refere a combinar, trazer junto, significando uma unidade complexa, formada por diversos elementos subordinados a um objetivo comum. CHAVES (apud JOHNSON et al.,1972) conceitua sistema como " **um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo...**"(p.5)

Quanto à sua natureza, os sistemas podem ser abertos ou fechados. Os sistemas fechados são aqueles onde não se verificam trocas com o ambiente e tendem à morte por isolamento. Os sistemas abertos apresentam intercâmbio de matérias, informações e energia com o ambiente. Dependem, em grau variado, das condições do ambiente para sobreviverem. Para a sobrevivência é necessário que os sistemas se adaptem às necessidades e expectativas do ambiente, corrigindo as disfunções.

Consideramos o hospital como um macro-sistema aberto, pois recebe indivíduos com necessidades as mais variadas (entrada); estes são submetidos a ações de profissionais (processamento) nos diversos sistemas do hospital (clínicas cirúrgicas, médicas, pediátrica, ortopédica, pronto socorro, centro cirúrgico, entre outros), e retornam ao ambiente como pessoas tratadas (saída). O feedback no macro-sistema hospital constitui as condições de saúde do indivíduo.

O centro cirúrgico, visualizado aqui como um dos sistemas desse macro-sistema hospitalar, possui estruturas organizacional e administrativa variáveis, dependendo do tipo do hospital: público ou privado; geral ou especializado; de grande, médio ou de pequeno portes. Essas estruturas dependem, principalmente, dos recursos financeiros, humanos e materiais com que conta o hospital, para atender à demanda com qualidade.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1983) define centro cirúrgico como " **um conjunto de elementos destinados a atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata**"(p.10). Esse conjunto é composto por diversas equipes, entre elas a de enfermagem.

A Associação Americana de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (AORN, 1990) estabelece, para a enfermagem perioperatória, uma filosofia de trabalho onde o cuidado seja baseado na aplicação de conhecimentos, habilidades e competências interpessoais. Adiciona, ainda, que o objetivo da enfermagem perioperatória é a prestação de cuidados individualizados e com qualidade.

A prática da enfermagem em centro cirúrgico iniciou-se à medida em que houve necessidade de pessoas competentes para o processamento de materiais e equipamentos cirúrgicos. A limpeza, o acondicionamento, a esterilização, a guarda e o controle eram problemas encontrados no Brasil e nos outros países. Foi a necessidade de se ter uma pessoa responsável por essas tarefas que a área de enfermagem em centro cirúrgico começou a se desenvolver, muito mais voltada às exigências da equipe cirúrgica do que para os aspectos assistenciais ao paciente, durante o ato anestésico-cirúrgico. Esta informação demonstra que a assistência de enfermagem no período perioperatório é caracterizada,ainda hoje, como uma atividade predominantemente técnica (JOUCLAS, 1987).

O centro cirúrgico é um local que congrega vários elementos destinados a receber os pacientes que irão se submeter a atos cirúrgicos e que, necessariamente, irão passar por um período de recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata. Nele, a assistência é especializada e, o sistema, altamente complexo. Acreditamos que as pessoas, mesmo as que conhecem o sistema centro cirúrgico, ao experimentarem a sensação de se submeterem a um ato anestésico-cirúrgico, atemorizam-se com a expectativa de encontrar um ambiente fechado, imposto pela necessidade de um local asséptico, pelos riscos a que estarão expostos e pela necessidade de segurança física. A cirurgia constitui um risco para as pessoas que se submetem a ela, independente de seu estado físico. Esse risco é proveniente da anestesia, do ato cirúrgico propriamente dito, de sangramentos, de posicionamentos inadequados e também do transporte do paciente. O paciente chega à unidade trazendo consigo necessidades afetadas que deverão ser consideradas tanto na assistência médica como na de enfermagem a serem prestadas.

Os quatro subsistemas do centro cirúrgico apontados por JOUCLAS (1987) são:

> " o subsistema <u>ambiente</u>, abrangendo além do espaço físico, os materiais, os equipamentos e respectivos serviços de controle e manutenção; o subsistema <u>atividade</u>, que compreende a clientela, a equipe de saúde e os serviços de controle e assistência, o subsistema <u>comunicação</u>, constituído de equipamentos audiovisuais, monitorizados e arquivos, seus controles e manutenção; o subsistema <u>administração</u>, que coordena as atividades gerais do centro cirúrgico. O desenvolvimento harmônico desses quatro subsistemas é a base de apoio para o paciente submeter-se a um procedimento anestésico-cirúrgico"(p.1).

Baseamo-nos em JOUCLAS (1987) para representar o macro-sistema hospital e um de seus componentes, o sistema centro cirúrgico, apresentando os quatro subsistemas: Ambiente, Administração, Comunicação e Atividade. Essa representação pode ser vista na Figura 1.

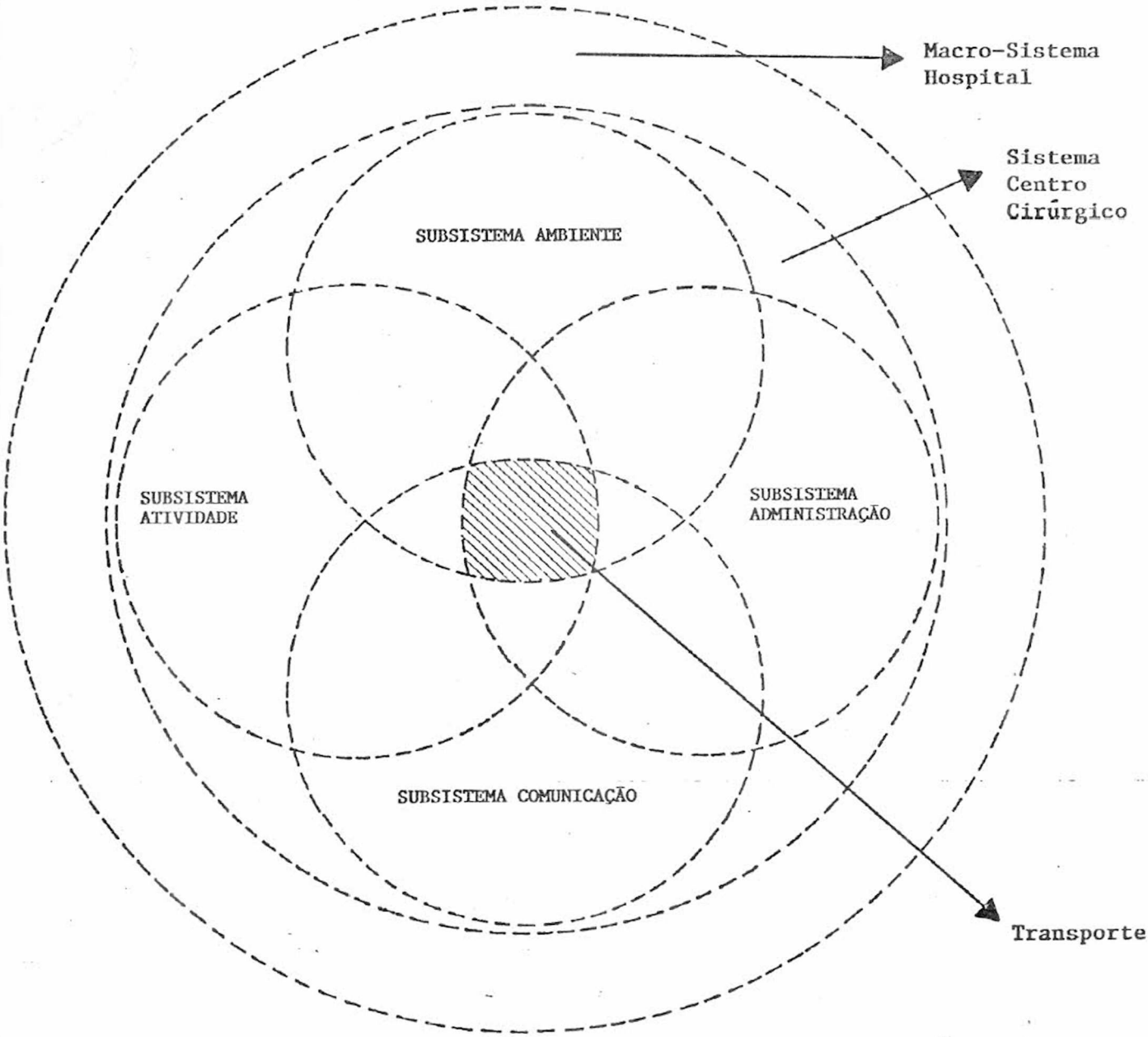


FIGURA 1 - Representação do macro-sistema Hospital e um de seus componentes, o Sistema Centro-Cirúrgico, apresentando os quatro subsistemas: Ambiente, Administração, Comunicação e Atividade. (Baseado em JOUCLAS, 1987).

Os subsistemas Ambiente, Administração, Comunicação e Atividade não são partes independentes; são interdependentes. A tarefa do transporte envolve o paciente cirúrgico e a equipe de enfermagem; por sua vez, ao ambiente relacionamos a qualidade do espaço físico, equipamentos tecnológicamente avançados em quantidade suficiente e manutenção apropriada para atender à demanda cirúrgica. A administração do centro cirúrgico deve fornecer supervisão e treinamento adequados, de modo a evitar prejuízos à recuperação do paciente, falta de materiais e conservação dos mesmos. A ocorrência destes promovem desconforto, medo e dores no paciente devido a posicionamentos inadequados, movimentações abruptas, riscos de insuficiência respiratória e de problemas circulatórios.

O subsistema comunicação mantém estreita ligação com os demais, à medida em que a equipe faz uso de impressos próprios, evita trocas de pacientes, possui dados que favoreçam respostas a questionamentos de pacientes e utiliza meios de controle de comunicação eficazes.

O transporte envolve predominantemente o subsistema atividade e o subsistema ambiente, conforme o representado na Figura 2.

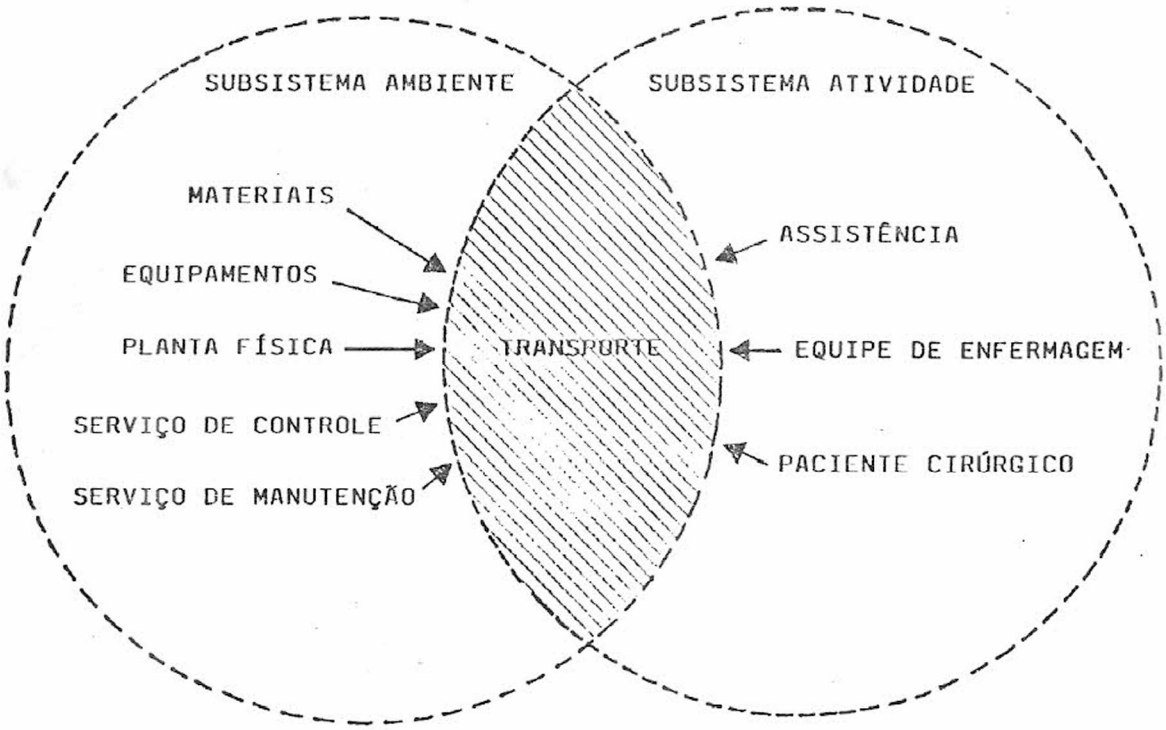


FIGURA 2 - A intersecção dos subsistemas ambiente e atividade influenciando o transporte do paciente cirúrgico.

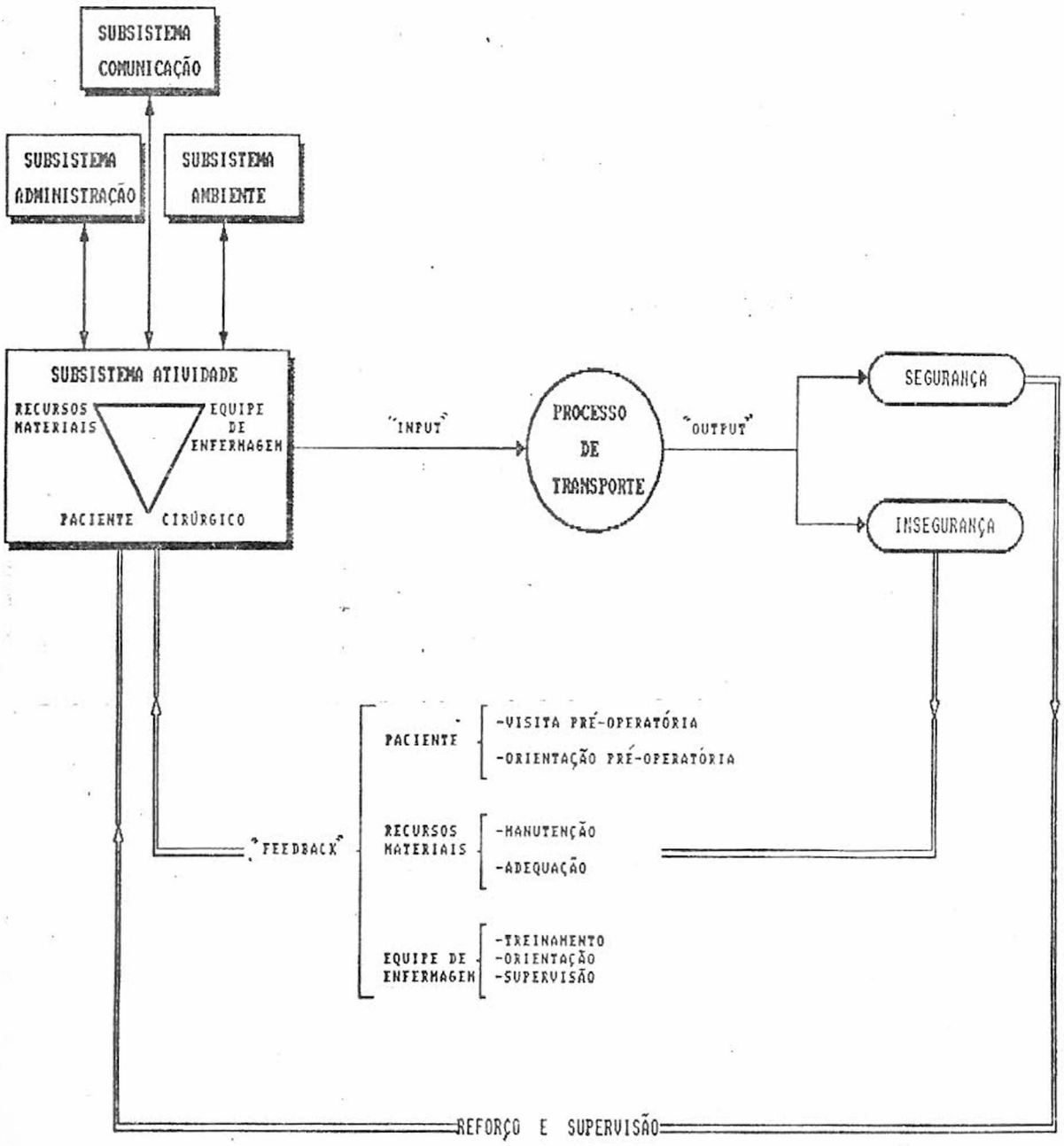
Analisando a Figura 2, observamos a intersecção entre as partes dos subsistemas, além das relações entre eles e cada parte, resultando no transporte do paciente que, por sua vez, apresenta relações com os demais. Eles se interagem no momento em que se desenvolve a tarefa.

Segundo nossa diretriz sistêmica, consideramos o paciente, a equipe de enfermagem e os recursos materiais como "inputs" do processo onde inúmeros fatores podem estar relacionados tanto ao paciente quanto à equipe de enfermagem, às caracte-

rísticas do ambiente e comunicação e às interferências da administração; estes podem ser tanto oponentes quanto promotores à concretização do processo de transporte, gerando segurança ou insegurança, e depende da importância que é dada à tarefa, à medida em que se promovem treinamentos, orientações e supervisão.

Na nossa concepção, a interação global desses fatores pode ser visualizada na Figura 3, apresentada a seguir.

FIGURA 3 - O PROCESSO DE TRANSPORTE DO PACIENTE CIRÚRGICO



Nesta figura, destacamos que tanto a equipe de enfermagem, como o paciente cirúrgico e os recursos materiais, com sua dinâmica específica, se interagem, criando áreas que contribuem para a eficiência, crescimento e qualidade dos mesmos. Se o "output" do processo de transporte for segurança, as medidas de reforço e supervisão serão o "feedback" do processo. Se, por outro lado, apresentarem disfunções que culminem em insegurança, será necessária a promoção de treinamento, orientação e maior supervisão do pessoal para a tarefa, manutenção e adequação dos recursos, visita e orientação pré-operatória do paciente no "feedback" do processo.

O que se tem visto até o momento são limitações dessas relações. Os elementos ("inputs") do processo de transporte têm apresentado disfunções e algumas destas foram detectadas por ALEXANDRE (1987), ao avaliar, entre o pessoal de enfermagem, determinados aspectos ergonômicos associados ao transporte de pacientes. A autora detectou:

- dificuldades com o transporte no elevador;
- escassez de pessoal para o transporte de pacientes;
- macas em número insuficiente quando não preparadas de forma adequada;
- irregularidades no piso do hospital;
- problemas da equipe da central de distribuição de transporte de pacientes;
- grandes distâncias a serem percorridas;
- presença de soro, sondas, dreno de tórax e, pessoas e objetos atrapalhando a passagem da maca pelo corredor;

. problemas com a porta de acesso às unidades;

. despreparo dos profissionais;

. ausência de equipamentos adequados;

. macas estreitas para pacientes obesos;

. falta de treinamento para atender intercorrências durante o percurso;

. presença de lixo, roupas e materiais contaminados no local de recebimento dos pacientes no centro cirúrgico;

. pacientes agitados;

. falta de sinalização que oriente o funcionário

Essas disfunções, associadas a muitas outras, prejudicam consideravelmente o transporte de pacientes pelo hospital, em uma maca.

Todos esses fatores descritos acima geram no paciente ansiedade, angústia, medo, entre outros. Contudo, mesmo sendo o transporte uma tarefa de natureza técnica (BAPTISTA,1979; FERREIRA-SANTOS & MINZONI,1968; TREVIZAN,1978), é possível, ao enfermeiro, tentar minimizar possíveis disfunções sobre o paciente, a partir do treinamento, orientação e supervisão da equipe de enfermagem, da visita e orientação pré-operatória ao paciente cirúrgico e, da manutenção e adequação dos recursos materiais. Ainda que não seja o enfermeiro quem transporta o paciente, cabe a ele a responsabilidade pela seleção e orientação do pessoal que executará a tarefa.

O transporte do paciente para o centro cirúrgico em nosso país é realizado por pessoas diversas, muitas vezes sem

preparo como os "maqueiros"* e atendentes de enfermagem. Ocasionalmente é executado por auxiliares e técnicos de enfermagem, discentes das escolas de enfermagem, ou seja, tem sido uma tarefa à qual é dada pouca importância. No entanto, o cuidado com o transporte de pacientes deve se pautar em questões de segurança física e emocional a ser fornecida ao paciente, resguardando, ao mesmo tempo, o respeito sobretudo à sua individualidade.

O treinamento das pessoas responsáveis pelo transporte de pacientes até o centro cirúrgico é ainda precário ou inexistente. Pouca atenção é dada à tarefa classificada por EASTAUGH (1990) como tarefa não própria do enfermeiro e, comumente, delegada a profissionais ou ocupacionais menos qualificados da equipe. Entretanto, é o enfermeiro o responsável pela avaliação e monitorização das condições físicas e emocionais do paciente que irá se submeter a uma cirurgia, o que o torna responsável pelo conhecimento que sua equipe deve demonstrar das técnicas de observação e segurança física.

As instituições de saúde têm se preocupado cada vez mais com o levantamento cuidadoso de áreas de risco de acidentes. Este é o primeiro passo para tentar minimizá-los, reduzindo os custos envolvidos nos acidentes e aumentando a responsabilidade de quem dirige e executa tarefas onde as pessoas estejam sujeitas a riscos acidentais. Todos os membros da equipe multiprofissional devem preparar-se para assumir suas parcelas de culpa em caso de eventuais danos físicos ou pessoais causados por acidentes, segundo OGUISSO (1987).

---

* maqueiros: elementos ligados administrativamente à equipe de enfermagem, sem qualquer exigência de formação profissional. Em alguns hospitais são também denominados como pessoal de "escolta". Sua função é a de transportar pacientes

O transporte de pacientes cirúrgicos é uma das tarefas nas quais os pacientes estão sujeitos a riscos, executado por elementos da equipe de enfermagem e considerado por BAPTISTA (1979); FERREIRA-SANTOS & MINZONI (1968) e TREVIZAN (1978) como atividade de cuidados diretos da área técnica de enfermagem. Para TREVIZAN (1978), é uma atividade que deve ser delegada pelo enfermeiro, entre outras, para o pessoal auxiliar e atendente de enfermagem, pois as funções de enfermagem vão desde aquelas de natureza doméstica, exigindo preparo em serviço, até aquelas de maior complexidade, onde o pessoal profissional precisa ter capacidade de julgamento, conhecimento e poder de decisão. As funções precisam ser hierarquizadas de tal forma que permita a utilização de pessoal de diferentes níveis de preparação.

Esse pessoal da equipe é preparado pelo enfermeiro, responsável pelo treinamento e pela qualidade do planejamento que deve incrementar. Para BAPTISTA (1979), os enfermeiros são os elementos com melhor formação e preparo para executar um bom planejamento da assistência. A autora encontrou, em seu estudo, que:

> "os auxiliares de enfermagem são os elementos da equipe responsáveis pela melhor qualidade da execução dos cuidados ao paciente. Ele é apontado, no estudo, como o elemento que melhor executa suas funções, pois é aquele que melhor se comunica com os pacientes, e estes com ele, é o que mais está fazendo o que deveria fazer; portanto, não está se afastando muito de suas verdadeiras funções" (p.128).

Sob o ponto de vista de BAPTISTA (1979), as atividades domésticas, como limpeza e ordem, deveriam ser deslocadas para os atendentes de enfermagem, pois estas são tarefas próprias de seu nível de preparo.

Essa preocupação com a delegação de funções em enfermagem vem acontecendo há muito tempo, e com isto corremos o risco de delegarmos a pessoas não preparadas funções sujeitas a riscos para os pacientes. FERREIRA-SANTOS & MINZONI (1968) estudando as atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental consideraram que o serviço de enfermagem estava deficiente devido à escassez de pessoal, atribuída à necessidade das enfermeiras delegarem a pessoas de formação profissional "inferior" muitas das tarefas que lhes competiam.

Tendo em vista nosso trabalho em instituições onde o objetivo máximo é a saúde dos indivíduos, a necessidade de segurança deve ser sempre considerada, analisada e a tomada de decisão implementada. Por isto, defendemos a preparação do pessoal para executar tarefas, mesmo sendo as mais simples e rotineiras. A segurança é imprescíndivel em tarefas executadas pela equipe multiprofissional em saúde.

TANNENBAUM (1976) entende por segurança como sendo:

> " um estado em que a maioria das necessidades realmente importantes de uma pessoa podem ser satisfeitas, e na qual o indivíduo tem razoavelmente assegurada sua satisfação constante. A insegurança implica em apreensão e ansiedade a respeito dessa satisfação, e pode estar associada a fatores econômicos, sociais ou psicológicos" (p.51).

Seguro é uma palavra de origem latina, "securus" e significa que todos os perigos ou ameaças foram afastados.

O transporte do paciente a ser operado é considerado pela AORN (1990) como atividade executada pela equipe de enfermagem, a qual se inicia na fase pré-operatória e termina na

fase intra-operatória do período perioperatório*. A filosofia da enfermagem perioperatória é estabelecida pela AORN (1990) como sendo:

> " a arte do cuidado baseada na aplicação do conhecimento, habilidades e competências interpessoais". Adiciona ainda que o "o objetivo de tal enfermagem é o fornecimento do cuidado individualizado e de qualidade ao paciente" (p.I:1-1).

Para tanto, a AORN (1990) estabelece recomendações para o transporte seguro através da identificação de riscos potenciais no ambiente cirúrgico.

Com relação aos riscos potenciais associados com as atividades de transporte e transferência de pacientes, a AORN (1990) faz as seguintes declarações:

- o paciente deverá ser sempre atendido, pois muitos problemas com o paciente podem ocorrer durante o transporte. A observação permite a identificação de problemas potenciais e implementação de intervenções apropriadas.

- durante o uso do veículo de transporte, observações devem ser feitas, das quais citamos as mais relevantes:

a. travas nas rodas;
b. medidas de contensão como grades laterais; berços com grades altas o suficiente para prevenir quedas;

---

* o transporte do paciente no período pós-operatório não será objeto deste estudo.

c. local padronizado para colocação de suportes de soro;

d. local seguro para cilindros de oxigênio;

e. permitir variações de posicionamentos;

f. controles de fácil operação e ao alcance do operador;

g. mobilidade suficiente;

h. tamanho suficiente;

i. cabeça removível e grades nos pés;

j. colchão com dispositivo de fixação;

l. superfícies de fácil limpeza.

Tais medidas de padronização promovem segurança e previnem ferimentos ao paciente durante o transporte.

- a pessoa que transporta o paciente deve demonstrar habilidades no manuseio do equipamento a ser usado, a fim de prevenir danos ao paciente e operador.

- o plano de assistência para a transferência do paciente e o número de elementos da equipe devem ser adequados para garantir a segurança do paciente durante as atividades de transporte/ transferência. O ideal é que se dispusesse de formas mecânicas para levantar o paciente. Se estas não são possíveis, pessoas extras podem ser necessárias. O estado do paciente, em particular, mostrará o número de pessoas exigido. Um mínimo de quatro pessoas é necessário para mover um paciente adulto inconsciente.

- as medidas de segurança a serem implementadas durante atividades de transporte/transferência deverão incluir, mas não se limitar a:

a. usar rodas com travas, equilibrando o veículo de transporte e o leito durante o transporte;
b. manter grades laterais elevadas e usar correias de segurança;
c. usar suportes de soro longe da cabeça do paciente e com suportes seguros;
d. proteger o corpo do paciente com especial atenção para cabeça, braços e pernas;
e. prestar cuidados ao paciente enquanto o transporta, dando atenção e permanecendo ao lado de sua cabeça (conduzir a maca pela cabeçeira);
f. puxar o paciente primeiro pelos pés, evitando movimentos rápidos pelo caminho e quando contorna cantos;
g. manter as infusões, catéteres, tubos, sistemas de drenagem, equipamentos e monitores íntegros e funcionando;
h. designar pessoas que possuam habilidades de assistência e instruções específicas para o transporte/transferência de pacientes com necessidades especiais.

As rodas com travas, veículos de transporte equilibrados, elevação de grades laterais e correias de segurança

protegem o paciente contra o perigo de quedas; suportes de soros seguros previnem a interrupção das infusões e protegem o paciente de danos; a proximidade da cabeça do paciente dá ao profissional acesso no caso de problemas respiratórios ou vômitos; movimentos rápidos podem causar desorientação espacial, naúsea e vertigem no paciente. Além disso, as necessidades específicas do paciente deverão ser avaliadas, e implementadas intervenções apropriadas, durante a fase de transporte.

- a manutenção de todos os veículos de transporte deve ser executada como medida preventiva e reparadora, para garantir o funcionamento com segurança.

A AORN (1990) apresentou as recomendações para a tarefa, cujo objetivo é a segurança do paciente, contribuindo para a descrição da mesma.

Entendemos que a segurança é essencial ao paciente que será submetido a uma cirurgia e consideramos que as afirmações empíricas, carentes de base experimental não se justificam.

Fica evidente que o processo do transporte do paciente será ou não seguro dependendo do resultado da intersecção dos elementos da equipe de enfermagem, paciente cirúrgico e recursos materiais, e que todos esses elementos são igualmente importantes.

No presente estudo, o elemento alvo de nossa investigação serão os elementos da equipe de enfermagem, da qual pretendemos obter os critérios para a execução da tarefa. Elegemos por metodologia de trabalho a Técnica dos Incidentes Críticos. A análise destes, o agrupamento dos comportamentos críticos e a classificação das exigências críticas, para DELA COLETA

(1974), poderão

> " fornecer sugestões aos processos de treinamento, recrutamento e seleção, e sobretudo à organização e distribuição das tarefas entre diferentes ocupações, permitindo, assim, otimizar a performance dos ocupantes de cada cargo" (p.48).

II. DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Embasados nas múltiplas questões que permeiam o transporte do paciente à unidade de centro cirúrgico, pretendemos, com este estudo, determinar as exigências críticas para a tarefa do transporte de pacientes da unidade de internação até o centro cirúrgico, a fim de garantir a eficácia e segurança na referida tarefa.

Nosso objetivo geral consiste em analisar o procedimento de transporte do paciente cirúrgico a partir de incidentes críticos relatados pelos elementos da equipe de enfermagem. Para tanto, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- identificar, nos relatos dos sujeitos, os incidentes críticos por eles considerados positivos e negativos;

- extrair, dos incidentes críticos relatados, os seguintes componentes: situações, comportamentos e conseqüências;

- categorizar as situações, comportamentos e conseqüências;

- relacionar as situações categorizadas aos comportamentos e às conseqüências também categorizados.

III- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como relatado anteriormente, pretendemos obter dos elementos da equipe de enfermagem os critérios para a execução da tarefa de transporte do paciente cirúrgico. A obtenção de dados que pudessem clarear nosso entendimento de como e em que circunstâncias a equipe atua no processo de transporte do paciente, remeteu-nos à coleta de dados que permitissem a obtenção de incidentes críticos, pois entendemos que os mesmos fornecem os comportamentos necessários para se analisar uma tarefa.

Realizamos uma pesquisa não-experimental, do tipo pós-facto-retrospectivo (POLIT & HUNGLER, 1991). Para a coleta de dados, optamos pela entrevista semi-estruturada, que pudesse nos fornecer relatos de incidentes críticos e por ser esta uma modalidade preconizada por POLIT & HUNGLER, 1983; 1991).

1. A TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO

Para LEPLAT (1985) os sistemas sócio-técnicos modernos condicionam o trabalho humano bem executado à noção de eficácia e confiabilidade. O autor associa a noção de confiabilidade dos referidos sistemas ao homem que os integra, além dos equipamentos que manipula. Ele articula a confiabilidade humana à técnica e à segurança. Logo, a ocorrência de incidentes determina a falta de confiabilidade. O incidente interrompe o funcionamento dos elementos de um sistema.

O papel do homem nesses sistemas é importante, pois muitas vezes está ligado ao grau de eficácia e segurança.

LEPLAT (1985) afirma que:

> " a noção de confiabilidade humana está estreitamente ligada a erro humano, falado frequentemente. É através dos erros que se determina o grau de confiabilidade humana" (p.17).

Chamamos sistema sócio-técnico aquele constituído por um conjunto de indivíduos de um setor e as instalações técnicas na qual se executam atividades.

Temos apenas dois caminhos para incrementar a confiabilidade humana:

a. tratar do aparato técnico e ,

b. assegurar uma melhor formação do trabalhador.

Certos acidentes são considerados por PETERSON (1986) como sintomas de que o sistema de administração de segurança tem falhas. Erros operacionais que resultam em acidentes deverão ser analisados cuidadosamente para determinar porque ocorrem e se poderiam ser prevenidos. Para o autor, as falhas podem ser tanto do sistema como por erro humano, mas ambos devem ser analisados pelo responsável pelo sistema de segurança.

A técnica do incidente crítico é um método indireto de análise do trabalho para DELA COLETA (1972).Para NOGUEIRA et al (1990), a análise de um determinado trabalho deve revelar tanto as obrigações e condições do serviço como também as qualificações que o funcionário deve possuir para executar com eficiência uma tarefa, ajustando-se também a ela.

Segundo NOGUEIRA et al (1990) a referida técnica é:

> " um método que visa a formular as exigências críticas para um eficaz desempenho no traba-

lho. Consiste em analisar incidentes relatados por pessoas qualificadas para fazer julgamento sobre a eficiência de determinado trabalho, e a partir da análise destes incidentes, extrair comportamentos eficientes ou não para o objetivo do trabalho" (p.11).

A técnica do incidente crítico foi utilizada pela primeira vez pelo psicólogo John C. Flanagan em 1941, ao participar do Programa de Psicologia da Aviação da Força Aérea dos Estados Unidos, na II Guerra Mundial. Os objetivos do pesquisador eram selecionar e classificar tripulações, bem como determinar as exigências críticas para o desempenho de uma atividade.

Para FLANAGAN (1973):

" esta técnica consiste em um conjunto de procedimentos para a coleta de observações diretas do comportamento humano, de modo a facilitar sua utilização potencial na solução de problemas práticos e no desenvolvimento de amplos princípios psicológicos, delineando, também, procedimentos para a coleta de incidentes observados, que apresentam significação especial, e para o encontro de critérios sistemáticamente definidos" (p.99).

FLANAGAN (1973) define incidente como:

" qualquer atividade humana observável que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões a respeito da pessoa que executa o ato" (p.100).

O incidente será "crítico" na medida em que pareça claro ao observador seu objetivo, suas conseqüências, deixando poucas dúvidas a seu respeito.

POLIT & HUNGLER (1983) consideram que:

> " a técnica, como o próprio nome sugere, enfoca o incidente factual, o qual pode ser definido como um episódio observável e completo do comportamento humano" (p.280).

FLANAGAN (1973) verificou a eficiência do procedimento de coleta de incidentes críticos na obtenção de informações dos próprios indivíduos, no que diz respeito a seus próprios erros; de subordinados, no que diz respeito aos erros de seus chefes, de supervisores no que diz respeito aos erros de seus subordinados.

Ao se utilizar a técnica solicita-se do observador ou dos sujeitos envolvidos em determinada tarefa, julgamentos ou relatos simples de situações ou fatos e o pesquisador os avalia em função da discordância e concordância desses julgamentos ou relatos de acordo com a natureza ou objetivo da atividade em estudo.

A técnica mostrou-se satisfatória em diversos estudos, como os já realizados por John Flanagan em 1947 e em 1949 no Instituto Americano para pesquisa, e os executados na Universidade de Pittsburg.

Com a aplicação da técnica, as variáveis envolvidas numa determinada atividade ficam evidenciadas, facilitando a definição das exigências críticas para a mesma. Para NOGUEIRA et al (1990)

> " estas exigências seriam aquelas que, na parte importante do trabalho, demonstraram diferença entre o sucesso e o fracasso na execução da atividade" (p.13).

DELA COLETA (1972) utilizou a técnica no Brasil para definir critérios de seleção e avaliação para ajudantes de eletricista em uma empresa distribuidora de energia. Em 1973 aplicou novamente a técnica para determinar as exigências críticas para a função de operador de usina hidroelétrica. Ao executar, em 1973, um trabalho com veterinários, constatou a aplicabilidade da técnica com pessoas de nível superior, que executam atividades menos rotineiras.

Segundo DELA COLETA (1973), esses passos devem ser seguidos para a aplicação da Técnica de Incidentes Críticos, com o objetivo de análise do trabalho:

1. Determinação dos objetivos da atividade a ser executada;
2. Confecção das perguntas a serem feitas às pessoas que fornecerão os incidentes críticos da atividade a ser analisada;
3. Delimitação da população e amostra;
4. Coleta dos incidentes críticos;
5. Análise do conteúdo dos incidentes coletados, bem como o isolamento dos comportamentos críticos emitidos;
6. Agrupamento e categorização dos comportamentos críticos;
7. Levantamento das freqüências dos comportamentos críticos positivos e negativos.

LEPLAT (1985) cita o método do incidente crítico para a coleta de incidentes relacionados a erro humano. Para o autor o método utiliza numerosas variações e ele distingue, em geral, três fases:

1ª fase - definição do objetivo geral da atividade observada com o propósito de julgar o caráter "crítico" da mesma. Quando várias pessoas relatam incidentes, definem a intenção da atividade e o pesquisador faz o julgamento da mesma como crítica.

2ª fase - estabelecimento de um plano de coleta, mencionando as situações a serem observadas.

3ª fase - análise baseada nas grandes categorias de fatores interrelacionados, apontados no quadro abaixo:

QUADRO 1 - Grandes categorias de fatores que entram na análise de erro

Condições da Atividade		
Internas	Externas	
relativo ao operador	relativo à tarefa	relativo ao ambiente
↓	↓	↓
mecanismo de disfunção →	modalidades internas de disfunção →	modalidades externas de disfunção

Fonte: RASMUSSEN, 1982 (apud LEPLAT, 1985)

O quadro é interpretado da direita para a esquerda. O autor parte, em geral, das manifestações do erro observadas para chegar à sua origem, privilegiando os fatores humanos do erro.

POLIT & HUNGLER (1983; 1991), ao comentarem sobre procedimentos de coleta de dados utilizados por enfermeiros pesquisadores, apontam a técnica dos incidentes críticos como um método de coleta de informações sobre o comportamento das pessoas. Os autores informam que os dados são coletados a partir de depoimentos obtidos através de entrevista ou questionário, podendo a observação ser também utilizada.

Para os autores, deve-se, primeiramente, coletar uma ou mais descrições de incidentes factuais esclarecedores das razões e em quais circunstâncias as pessoas agem. O pesquisador elabora questões apropriadas e não estruturadas, perseguindo o objetivo do estudo e conduzindo a entrevista para as discussões úteis. O entrevistador deve dispor de tempo, lápis e papel, além de ouvir atentamente.

POLIT & HUNGLER (1983; 1991) apontam como vantagens do método: ser flexível; fornecer informações úteis e compreensíveis sobre o assunto em estudo; basear-se mais no comportamento atual que em atitudes e planos e facilidade de coleta de dados através de entrevistas individuais. É importante que o entrevistador evite obter informações muito antigas, pois distorções de memória podem obscurecer fatos.

As desvantagens do método registradas por POLIT & HUNGLER (1983; 1991) estão relacionadas à grande quantidade de incidentes apropriados a serem coletados para que grandes categorias se tornem aparentes, e a dependência da qualidade dos dados às habilidades de comunicação do pesquisador ou de quem faz a entrevista.

A análise de um estudo de incidentes críticos é feita básicamente através da análise de conteúdo, onde os mesmos são lidos e classificados em categorias maiores.

POLIT & HUNGLER (1983; 1991) informam que várias pesquisas em enfermagem tem utilizado a técnica dos incidentes críticos devido ao interesse, na enfermagem, de maximização da eficiência da assistência prestada. Além disso, a técnica parece útil no esclarecimento de comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem.

Na enfermagem brasileira, RAMOS (1980) buscou subsídios para programas de treinamento em serviço para auxiliares de enfermagem, através da aplicação da técnica do incidente crítico como instrumento de pesquisa da interação entre os auxiliares de enfermagem e as tarefas executadas por eles.

NOGUEIRA (1988) utilizou a técnica do incidente crítico para analisar os comportamentos da equipe de enfermagem na passagem de plantão e, também a definiu como um método indireto de análise de uma tarefa, permitindo o registro de comportamentos específicos, favorecendo observações e avaliações de forma sistematizada.

SALVARANI (1991) estudou os padrões de interação entre a enfermeira e o paciente internado na clínica cirúrgica com o objetivo de identificar as situações nas quais a enfermeira se comunica com o referido paciente e seus comportamentos durante a interação. Para entender as expectativas do paciente naquele momento, a autora utilizou a técnica do incidente crítico, por meio de entrevista direta. Quanto à técnica utilizada, a autora afirma que favorece a visão holística da assistência, permitindo o estabelecimento da relação entre a teoria e a prática.

RAVAGNANI (1991) identificou as dificuldades e problemas vividos pelas pacientes submetidas ao tratamento de cesiomoldagem através da técnica do incidente crítico. Segundo a autora, essa técnica também permite a identificação de situações

reais do cotidiano e suas conseqüências.

Como analisado por NOGUEIRA et al (1990), julgamos a referida técnica aplicável a áreas cirúrgicas e neste contexto, o centro cirúrgico. A mesma possibilita a análise do transporte do paciente cirúrgico, executado pelo pessoal de enfermagem, permitindo-nos detectar situações que podem ou não estar interferindo na assistência de enfermagem e a partir dos incidentes relatados pelos enfermeiros de unidades cirúrgicas, centro cirúrgico e funcionários da equipe de enfermagem responsáveis pelo transporte de pacientes.

2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constituiu-se de enfermeiros de centro cirúrgico, de clínica cirúrgica e obstétrica e de unidade de emergência; técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem e maqueiros que transportam pacientes das respectivas unidades até o centro cirúrgico nas dez instituições hospitalares públicas e privadas de Ribeirão Preto, São Paulo. As instituições em análise atendiam aos critérios de possuir unidade de centro cirúrgico e pertencerem geográficamente à área urbana. As características das dez instituições estão apresentadas no Quadro 2.

QUADRO 2 - Caracterização das instituições propostas para o estudo

HOSPITAIS	TIPO	Nº DE LEITOS	AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA
A	Geral	152	não
B	Geral e Especializado	146	sim
C	Geral e Especializado	70	sim
D	Geral	110	sim
E	Geral e Especializado	250	sim
F	Especializado	76	sim
G	Geral e Especializado	67	sim
H	Geral e Especializado	443	sim
I	Geral	20	não
J	Geral e Especializado	205	sim

Neste quadro podemos observar que destas dez instituições, duas não foram incluídas, uma vez que não conseguimos o contato com a administração das mesmas para obter a autorização para a realização do estudo com a equipe de enfermagem que executa o transporte de pacientes.

Assim nossa amostra passou a constituir-se dos elementos da equipe de enfermagem envolvidos com a tarefa do transporte dos pacientes nos oito hospitais onde a autorização para o estudo foi obtida.

3. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

3.1. Os instrumentos de coleta de dados

A coleta de informações necessárias para resolvermos nosso problema levou-nos a optar por um roteiro de entrevista semi-estruturado. Queríamos estar certos de que os elementos da equipe de enfermagem nos forneceriam relatos completos de incidentes críticos positivos e negativos. Portanto, o roteiro deveria funcionar como um guia. A função do pesquisador seria a de estimular os elementos a falarem livremente sobre as questões que lhes eram feitas, registrando as respostas (POLIT & HUNGLER, 1983; 1991).

Nossos roteiros de entrevista constituiram-se de perguntas abertas. Apresentávamos o trabalho, qualificávamos o respondente como elemento capacitado a fornecer os incidentes desejados.

O elemento-alvo enfermeiro foi identificado pelos seguintes dados: sexo, função e tempo profissional. A solicitação

da descrição dos incidentes seguiu o modelo (anexo 1).

Os elementos-alvo técnico, auxiliar e atendente de enfermagem e os "maqueiros" foram identificados pelos seguintes dados: sexo, categoria profissional, tempo de serviço executando o transporte de pacientes até o centro cirúrgico e existência de treinamento para a função. A solicitação da descrição dos incidentes seguiu o modelo (anexo 2).

3.2. Teste dos instrumentos

O teste dos instrumentos foi realizado em maio e junho de 1991, quando os roteiros para a coleta de dados foram submetidos a teste com:

a. três enfermeiros de unidades de centro cirúrgico inscritos no Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP;

b. cinco auxiliares e atendentes de enfermagem responsáveis pelo transporte de pacientes cirúrgicos em um hospital universitário da cidade de Belo Horizonte.

Na ocasião, foi dada oportunidade para que cada entrevistado expressasse sua opinião quanto à compreensão, clareza e forma de redação de cada pergunta.

A partir das sugestões apresentadas pelos enfermeiros, auxiliares e atendentes, com os quais foi realizado o teste, foram reformulados os roteiros de entrevista (anexos 1 e 2).

Importante se faz ressaltar a dificuldade encontrada em formular as perguntas, de forma a ficarem suficientemente claras ao entrevistado, facilitando a coleta de informações apropriadas.

Após essa fase, partimos para a aplicação dos instrumentos.

3.3. Aplicação dos instrumentos de coleta de dados

Um primeiro contato, em visita e carta de apresentação, foi realizado antecipadamente com as chefias dos serviços de enfermagem pela pesquisadora onde foram explicados os propósitos do presente estudo (anexo 3).

Após aceitação por parte da administração e chefia de enfermagem dos hospitais, marcamos as entrevistas com os elementos da equipe de enfermagem envolvidos com o transporte de pacientes e indicados pelas chefias correspondentes.

A obtenção das informações e dados necessários ao estudo foi realizada pela pesquisadora, nos meses de novembro e dezembro de 1991 e janeiro de 1992, conforme datas e horários estabelecidos pelas chefias de enfermagem.

A pesquisadora identificou-se frente aos entrevistados como enfermeira afastada de atividades assistenciais e docentes, para a realização do curso de pós-graduação. Foi assegurado o sigilo para as declarações e solicitados relatos de incidentes críticos que interferiam no alcance do objetivo geral da tarefa, tanto positiva como negativamente. Foi também esclarecido que não importava a época em que os incidentes haviam acontecido, desde que a lembrança dos mesmos fosse clara, forte e completa.

Após os relatos dos incidentes, as anotações foram feitas pela própria pesquisadora e lidas para o entrevistado, para a validação através da confirmação e retificação.

4- TRATAMENTO DOS INCIDENTES CRÍTICOS

Visando à análise dos dados coletados, submetemos, inicialmente, os incidentes críticos coletados a um tratamento, seguido também por NOGUEIRA (1988), o qual abrangeu quatro momentos:

1º) leitura, derivação e arrolamento dos incidentes críticos;

2º) identificação das situações, comportamentos e conseqüências;

3º) agrupamento de relatos e

4º) categorização de situações, comportamentos e conseqüências.

Com o objetivo de extrair os incidentes críticos, submetemos os relatos obtidos a uma análise de conteúdo, proposta por LEPLAT (1985).

Após o levantamento dos incidentes, procedemos à análise dos mesmos com a finalidade de identificar as situações, comportamentos e conseqüências positivas e negativas do transporte de pacientes. Elaboramos, então, uma grade de descrições dos incidentes.

Foi analisado o conteúdo dos incidentes críticos coletados, constituindo este o quinto passo previsto por DELA COLETA (1974). Essa análise foi elaborada para todas as categorias de pessoal envolvidas direta ou indiretamente com o transporte de

pacientes até o centro cirúrgico.

Procedemos à análise da validade dos incidentes sob supervisão do Professor Dr. José Augusto Dela Coleta, pesquisador considerado "expert" na utilização da técnica no Brasil.

4.1. Validação das categorias

Criamos diversas categorias de situações, comportamentos e consequências, a partir dos incidentes críticos relatados pelos sujeitos. Procedemos, então, a uma validação das categorias criadas junto a três juízes enfermeiros, pesquisadores e verificamos o índice de fidedignidade (IF) entre cada juiz e a pesquisadora. Para o cálculo do referido índice, utilizamos a fórmula abaixo, proposta por BIJOU et al. (1969), onde o autor considera satisfatório um índice igual ou maior a 0,85.

$$IF = \frac{\text{número de acordos}}{\text{número de acordos} + \text{número de desacordos}}$$

Obtivemos índices de fidedignidade com os três juízes iguais a 0,96; 0,97 e 0,98, respectivamente. Consideramos, então, validadas as categorias criadas.

Devemos ressaltar que algumas sugestões dadas pelos juízes foram acatadas e submetidas novamente a eles, com o objetivo de verificar se acatavam as reformulações feitas. Após aprovação dos juízes, passamos à análise e discussão dos dados.

IV- RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA ESTUDADA

Os elementos da equipe de enfermagem das instituições analisadas, ligados à tarefa do transporte dos pacientes, fizeram relatos dos incidentes críticos relacionados à mesma. Na Tabela 1 apresentamos a distribuição dos elementos da equipe entrevistados, segundo a categoria profissional dos mesmos.

TABELA 1 - Distribuição dos elementos da equipe de enfermagem entrevistados, segundo suas categorias profissionais

ELEMENTOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	FREQÜÊNCIA
Enfermeiros	30
Técnicos de enfermagem	05
Auxiliares de enfermagem	25
Atendentes de enfermagem	19
"Maqueiros"	05
TOTAL	84

Nossa amostra constituiu-se de 84 elementos da equipe de enfermagem, entre eles, enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem e "maqueiros".

Os elementos "maqueiros", segundo informações das chefias dos hospitais, estão ligados administrativamente à chefia de enfermagem do centro cirúrgico, embora legalmente não sejam reconhecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem como profissionais de enfermagem (ABEn, 1986), e nem tenham feito qualquer curso de enfermagem que lhes garanta conteúdo suficiente para exercerem atividades de enfermagem. Esses elementos eram os executo-

res dos transportes dos pacientes em três dos hospitais.

Notamos, através da Tabela 1, que a maior parte dos profissionais entrevistados eram enfermeiros (30), seguidos pelos auxiliares (25) e atendentes de enfermagem (19). Observamos o pequeno número de técnicos de enfermagem (05), executando o transporte de pacientes. Consideramos que, entre os profissionais de nível técnico em enfermagem, os técnicos de enfermagem são os mais bem preparados para exercer tarefas que demandam observação apurada.

Quanto aos enfermeiros, 20 (67%) atuavam em Unidade de Centro Cirúrgico e os demais em Unidade Cirúrgica e de Emergência (33%). A maioria dos enfermeiros (28) era do sexo feminino (93%) e apenas 02 (7%) do sexo masculino.

Por outro lado, a maior parte dos profissionais enfermeiros (73%) trabalhava em tais unidades a menos de cinco anos e meio.

Quanto aos outros elementos ligados à equipe de enfermagem, 32 (59%) executavam o transporte há mais ou menos seis anos e 2 meses, os outros 22 (41%) realizavam transportes no hospital em um intervalo de tempo de seis anos e 2 meses a vinte e quatro anos. Entre esses elementos, 22 (41%) informaram ter recebido algum tipo de treinamento para executar o transporte de pacientes cirúrgicos, enquanto 32 (59%) disseram não terem recebido qualquer tipo de treinamento para a execução da tarefa. Diante de tal fato podemos inferir a pouca importância dada à tarefa. Entre os entrevistados, 43 (80%) eram do sexo feminino e, 11 (20%) do sexo masculino.

2- INCIDENTES CRÍTICOS

2.1. Casuística

Havia uma expectativa de se obter 168 incidentes críticos positivos e negativos; entretanto foram obtidos 109, uma vez que alguns elementos não se recordaram, outros relataram mais de um incidente e alguns incidentes foram invalidados por não conterem situação, comportamento ou consequência clara ou completa. A Tabela 2 é demonstrativa desta situação.

TABELA 2 - Distribuição dos elementos da equipe de enfermagem que relataram 1 ou mais incidentes críticos, não recordaram ou que tiveram seus relatos invalidados

ELEMENTOS DA EQUIPE	INCIDENTE CRÍTICO							
DE ENFERMAGEM	relatado		não recorda		inválido		+1 relato	
	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.	Pos.	Neg.
enfermeiros (30)	14	13	14	08	02	06	-	03
técnicos (5)	03	04	02	01	-	-	-	-
auxiliares (25)	15	13	08	06	01	01	01	05
atendentes (19)	06	10	11	06	-	01	02	02
"maqueiros" (5)	03	02	01	02	01	-	-	01

Dos indivíduos entrevistados 36 indivíduos (42,85%) responderam "não recordam" para incidentes críticos

positivos e 23 indivíduos (27,38%) para incidentes críticos negativos, evidenciando um alto percentual de "esquecimento".

Destacamos que, proporcionalmente ao número de indivíduos em cada categoria, quem mais "não se recorda" de incidentes críticos são os enfermeiros e os atendentes de enfermagem. É interessante observar tal fato, pois parece não ser possível propor medidas de reforço de comportamentos ou treinamentos de funcionários em tarefas que normalmente não se valorize ou que não se tome conhecimento da sua ocorrência, como pode estar sugerindo o "não recordo".

Entretanto, quando analisamos o relato de incidentes críticos válidos quem, proporcionalmente, mais fornece incidentes críticos positivos são os técnicos de enfermagem e os maqueiros, seguidos pelos enfermeiros. Entre os incidentes críticos negativos quem mais, proporcionalmente, forneceu os relatos válidos são os técnicos de enfermagem e os maqueiros, seguidos pelos auxiliares e atendentes de enfermagem. Os maqueiros foram os elementos que, proporcionalmente, relataram menos incidentes críticos negativos válidos.

Supõe-se que os técnicos de enfermagem são os profissionais da equipe mais bem preparados para executar atividades técnicas, tem mais conhecimento e habilidade, enquanto os "maqueiros" tentam valorizar a tarefa que executam, garantindo a importância nos relatos. Relataram, proporcionalmente, um menor número de incidentes críticos negativos, talvez por medo de se comprometerem fazendo os referidos relatos.

Os auxiliares e atendentes de enfermagem são os elementos mais comumente encontrados nos hospitais executando transportes de pacientes. Tal fato explica a maior lembrança de incidentes críticos negativos. Podemos pensar na possibilidade

positivos e 23 indivíduos (27,38%) para incidentes críticos negativos, evidenciando um alto percentual de "esquecimento".

Destacamos que, proporcionalmente ao número de indivíduos em cada categoria, quem mais "não se recorda" de incidentes críticos são os enfermeiros e os atendentes de enfermagem. É interessante observar tal fato, pois parece não ser possível propor medidas de reforço de comportamentos ou treinamentos de funcionários em tarefas que normalmente não se valorize ou que não se tome conhecimento da sua ocorrência, como pode estar sugerindo o "não recordo".

Entretanto, quando analisamos o relato de incidentes críticos válidos quem, proporcionalmente, mais fornece incidentes críticos positivos são os técnicos de enfermagem e os maqueiros, seguidos pelos enfermeiros. Entre os incidentes críticos negativos quem mais, proporcionalmente, forneceu os relatos válidos são os técnicos de enfermagem e os maqueiros, seguidos pelos auxiliares e atendentes de enfermagem. Os maqueiros foram os elementos que, proporcionalmente, relataram menos incidentes críticos negativos válidos.

Supõe-se que os técnicos de enfermagem são os profissionais da equipe mais bem preparados para executar atividades técnicas, tem mais conhecimento e habilidade, enquanto os "maqueiros" tentam valorizar a tarefa que executam, garantindo a importância nos relatos. Relataram, proporcionalmente, um menor número de incidentes críticos negativos, talvez por medo de se comprometerem fazendo os referidos relatos.

Os auxiliares e atendentes de enfermagem são os elementos mais comumente encontrados nos hospitais executando transportes de pacientes. Tal fato explica a maior lembrança de incidentes críticos negativos. Podemos pensar na possibilidade

desta ocasião ter lhes parecido oportuna, para denunciar problemas relacionados aos subsistemas ambiente, atividade, comunicação e administração, problemas estes, que afetavam a execução da tarefa.

Os valores apresentados na Tabela 3 permitem-nos observar a distribuição dos incidentes críticos relatados pelos sujeitos envolvidos com a tarefa de transporte de pacientes, considerando a execução da mesma quanto aos seus aspectos positivos e negativos.

TABELA 3 - Distribuição dos Incidentes Críticos positivos e negativos

	INCIDENTES CRÍTICOS					
	POSITIVOS		NEGATIVOS		TOTAL	
ELEMENTOS	f		f	%	f	%
Técnicos, auxiliares, atendentes de enfermagem e "maqueiros"	33	30%	44	40,5%	77	70,5%
Enfermeiros	13	12%	19	18,5%	32	30,5%
TOTAL	46	42%	63	58%	109	100%

Do total de incidentes relatados pelos sujeitos, 46(42%) eram positivos e 63(58%) negativos. Observamos uma tendência dos elementos a recordar com mais facilidade os incidentes negativos do que os positivos. A partir de uma visão geral, os incidentes relatados são, em grande parte, negativos, ressaltando as disfunções, que dizem respeito ao ambiente e aos recursos e o quanto estes dificultam a execução da tarefa. Notamos, também, a necessidade dos elementos em denunciar fatos nunca antes pesquisados, o que demonstra a pouca importância dada à tarefa.

Os relatos positivos facilitam uma abordagem sistêmica, onde o ambiente é visto dinamicamente, e analisá-lo esta-

ticamente culminará em uma análise inútil.

Encontramos que 58% dos incidentes eram negativos e 42%, positivos. Comparando estes resultados com os encontrados por GENDRE (1974) e RAMOS (1980), observamos que também coletamos aproximadamente 2\3 de incidentes críticos negativos (58%) e 1\3 de incidentes críticos positivos (42%). Essas proporções foram inversas nos resultados dos estudos, utilizando a técnica do Incidente Crítico, de NOGUEIRA (1988) e SALVARANI(1991).

2.2. Das categorias geradas

Conforme já descrito no capítulo III, entendemos por SITUAÇÃO a circunstância que leva o sujeito a emitir determinado comportamento; definimos COMPORTAMENTO, como a atitude ou reação do sujeito frente a determinada situação; finalmente, consideramos como CONSEQÜÊNCIA o efeito de determinada atitude, numa situação que se apresenta. A partir desta compreensão, analisamos todos os relatos, extraindo de cada um deles as situações, comportamentos e conseqüências que foram agrupados em categorias, considerando-se as semelhanças apresentadas.

Os incidentes agrupados em categorias foram submetidos a validação de seus conteúdos por três juízes e, após a concordância dos mesmos, realizamos o levantamento das freqüências.

Os 109 incidentes críticos relatados foram agrupados em 12 categorias para as SITUAÇÕES (Tabela 4), 19 para os COMPORTAMENTOS (Tabela 5) e as CONSEQÜÊNCIAS foram assim discriminadas: 27 categorias de CONSEQÜÊNCIAS para o paciente (Tabela 6); 13 para a equipe (Tabela 7); 5 para a família (Tabela 8) e 3 para os recursos (Tabela 9).

2.2.1. Situações

Descrevemos a seguir, as categorias criadas para as 12 SITUAÇÕES que estão apresentadas na Tabela 4.

TABELA 4 - Distribuição das situações

Nº	SITUAÇÃO	INCIDENTE CRITICO Pos.	Neg.	TOTAL
1	Medo e ansiedade	27	05	32
2	Recursos físicos inadequados	03	23	26
3	Recursos humanos inadequados	06	19	25
4	Preparo para cirurgia	10	09	19
5	Presença de familiares	10	04	14
6	Intercorrências clínicas	03	05	08
7	Dor	04	03	07
8	Presença de infusões, drenos e tubos	01	06	07
9	Usual de transporte	-	06	06
10	Erro humano	01	03	04
11	Aspectos éticos e legais	01	01	02
12	Recepção no centro cirúrgico	-	01	01
TOTAL		65	85	151

1- MEDO E ANSIEDADE - apresentou um total de 32 relatos de incidentes críticos, sendo 27 relatados como positivos e 5 como negativos. Entendemos que são sentimentos gerados por situação de ameaça, susto, pavor, temor, preocupação, culminando em insegurança. Esse estado de insegurança se mostrava através do choro, de problemas relacionados à auto-imagem, expectativa ante o desconhecido, vontade de obter informações. LUCKMANN & SORENSEN (1980) referem que o medo do desconhecido é uma das mais importantes causas da ansiedade pré-operatória em pacientes mentalmente sadios. Para os autores citados, os pacientes

reagem de diversas maneiras ao medo, permanecem silenciosos e introspectivos, desesperados e impotentes, infantís, belicosos, evasivos, tristes ou se agarram às pessoas. Além disso, muitas vezes o pessoal do hospital pode estar insensível aos medos de um paciente em pré-operatório.

Essa categoria de SITUAÇÃO foi a que apresentou maior número de relatos de incidentes, tanto positivos como na freqüência total, fazendo-nos supor que o pessoal da equipe de enfermagem detecta com facilidade situações de medo e ansiedade do paciente ou estas são mais comumentemente relatadas pelos pacientes. É importante que a familiaridade dos elementos da equipe com os riscos e outros aspectos relacionados ao ambiente cirúrgico não os deixe esquecer que a experiência da cirurgia é única para cada paciente e, saibam ajudar o paciente a se ajustar ao hospital e ao medo da cirurgia e anestesia. A alta incidência desta categoria nos relatos de incidentes estão de acordo com as observações de PANZA (1977); FONTES et al (1980); SILVA & SILVA (1989) E SAWADA (1990) que relatam que a proximidade da cirurgia aumenta os sentimentos de ansiedade e estresse do paciente.

2- <u>RECURSOS FÍSICOS INADEQUADOS</u>- Nesta categoria estão incluídos 26 incidentes críticos relatados, sendo 3 como positivos e 23 como negativos referentes ao prontuário que não estava na unidade no momento do transporte; a colocação de tala de gesso para apoiar a fratura no momento da transferência do leito para a maca; à maca que não encaixava no suporte; à presença de rampa; ao piso desnivelado e que acabara de ser lavado; ao número insuficiente de macas; às macas quebradas, sem grades e estreitas; às rodas das macas somente encaixadas no suporte;

ao elevador estragado, sem ascensorista, antigo, sem dispositivo automático para fechar a porta. Como podemos observar, são várias as situações relacionadas a problemas de planta física e recursos inadequados, que interferem na segurança física dos pacientes e elementos da equipe que executa o transporte.

3- RECURSOS HUMANOS INADEQUADOS- Nesta categoria foram incluídos 25 incidentes relatados como positivos (6) e negativos (19). As situações mencionadas nos incidentes críticos relatados como positivos se referem a uma situação considerada pela AORN (1990) como negativa: o transporte de paciente executado por uma só pessoa. Entre os relatos, encontramos várias referências a transportes/transferências realizados por uma só pessoa; transporte de paciente grave, inconsciente, realizado por apenas duas pessoas; falta de preparo técnico do elemento da equipe, desconhecendo até mesmo o mecanismo de funcionamento do equipamento que ele opera. Estes últimos relatos são situações graves que denunciam o descompromisso, por parte das chefias e administração dos nossos hospitais, com a segurança dos pacientes e funcionários, além da pouca importância dada à tarefa.

4- PREPARO PARA CIRURGIA- com 19 incidentes críticos relatados, sendo 10 positivos e 9 negativos, esta categoria incluiu a ausência de medicação pré-anestésica; necessidade de apoio espiritual e familiar; atraso para início da cirurgia; pudor; colocação do paciente sedado na maca, muito tempo antes do transporte; ausência de jejum para a cirurgia; transporte do paciente com prótese dentária e outras; desconhecimento do que

seria feito na cirurgia; não esvazimento da bexiga antes de iniciar o transporte e a execução do transporte com vestuário inadequado. O preparo de pacientes, no momento do transporte dos mesmos até o centro cirúrgico, deve incluir atividades básicas como conferência de prontuários; identificação do paciente, da cirurgia, das salas de operações, jejum; apresentação do funcionário do transporte, ao paciente e aos elementos da equipe da unidade onde será buscado o paciente; não utilização de esmalte escuro nas unhas (dificultam a visualização de cianose) e nem de jóias, relógios, meias e roupas íntimas (estas contêm nylon, que é condutor de eletricidade); esvaziamento da bexiga; esclarecimento de dúvidas que o paciente e familiares possam apresentar. Tais condutas garantem a diminuição da ansiedade e do medo além de oferecer maior segurança física, juntamente com a utilização de equipamentos adequados. Todo esse preparo para o transporte do paciente cirúrgico deve ser supervisionado pela enfermeira da unidade que deve transmitir informações, a partir do plano de cuidados, ao elemento da equipe de transporte. A partir do momento da transferência do paciente do leito para a maca, a responsabilidade para com o paciente passa a ser da equipe do centro cirúrgico (SHAFER et al, 1975).

5- PRESENÇA DE FAMILIARES- com 14 incidentes críticos relatados, sendo 10 como positivos e 4 como negativos, englobou todos os relatos envolvendo SITUAÇÕES nas quais haviam familiares presentes durante o transporte do paciente, ou nas quais o paciente solicitava a presença dos mesmos para conversar, tranquilizar-se. SHAFER et al (1975) informa que se os familiares estão preparados, através de informações acerca do que irá

acontecer ao paciente, o nível de ansiedade, tanto para o paciente como para a família, será diminuído no período pós-operatório imediato.

6- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS- esta categoria, com 8 incidentes críticos relatados, sendo 3 positivos e 5 negativos, incluiu SITUAÇÕES nas quais o paciente estava sangrando, era hipertenso, politraumatizado, apresentou crise convulsiva, parada respiratória, ou uma criança nasceu na maca, durante o trajeto até o centro cirúrgico. Consistem em SITUAÇÕES que devem ser previstas e o treinamento da equipe deve apresentar conteúdos e prática em atendimento a tais emergências. O paciente é o maior prejudicado quando os transportes são executados por pessoas não preparadas e em número insuficiente.

7- DOR- teve um total de 7 incidentes críticos relatados (4 positivos e 3 negativos). Em todos eles a dor sentida pelo paciente chama a atenção de quem o transporta. SALVARANI & CHIANCA (1992) relatam que a dor não é compreendida por muitas pessoas, mas é vivida e conhecida universalmente. MOSS & MEYER (1966) descrevem, em seu estudo três condições necessárias para o alívio da dor durante uma interação enfermeiro-paciente. Uma delas consiste em caminhar ao lado do paciente, olhando-o, estimulando-o a revelar seus sentimentos e, ao mesmo tempo mostrando-lhe sua disponibilidade. A dor relatada nos incidentes se referem a agentes etiológicos comuns como fratura e contrações uterinas.

8- PRESENÇA DE INFUSÕES, DRENOS E TUBOS- com 7 incidentes críticos relatados, sendo 1 positivo e 6 negativos, abrangem SI-

TUAÇÕES nas quais o paciente estava entubado, com drenos abdominal, torácico e em soroterapia. Uma das medidas de segurança a ser implementada no transporte/transferência de pacientes é a exigência, segundo a AORN (1990), de manter as infusões, catéteres, tubos e sistemas de drenagem íntegros e em perfeito funcionamento. Para tanto, o número de elementos da equipe, envolvidos com o transporte, não pode ser insuficiente e deve valer-se dos acessórios de macas como suportes de soro, grades laterais nos pés e cabeceiras das macas (principalmente se o hospital possui rampas), bem como de correias de contenção, a fim de garantir a segurança física do paciente e da equipe.

9- USUAL DE TRANSPORTE- apresentou um total de 6 relatos em incidentes críticos relatados como negativos. Estes incidentes se caracterizavam por terem ocorrido em condições normais, que a princípio obedeciam aos padrões de uma prática cotidiana. Para SHAFER et al (1975), é o transporte realizado normalmente em maca, em boas condições de funcionamento, limpa, com grades laterais de proteção. Para o transporte de crianças, as macas devem ter grades também nos pés e na cabeceira. O paciente é identificado, colocado confortávelmente na maca, coberto, e sua cabeça deve descansar sobre um travesseiro. Além disto, as duas pessoas, no mínimo, que transportam este paciente, se apresentam a ele, evitam o barulho, conversas inconvenientes e perturbação física durante o trajeto. Se o paciente está inconsciente, seu transporte ou transferência exigem, no mínimo, quatro pessoas, segundo as recomendações da AORN (1990).

10- ERRO HUMANO- Nesta categoria foram registrados apenas 4 incidentes críticos (1 positivo e 3 negativos). Incluíu SITUAÇÕES onde, o sangue ligado pelo anestesista no paciente, tinha a identificação de outro paciente; o paciente encaminhado ao centro cirúrgico era o paciente errado e houve troca de sala de operações. Tais SITUAÇÕES constituem a negligência. Para HANN (1990) a:

> " negligência é causada por desvio do dever, intencional ou não intencional, que causa prejuízo a alguém... O desvio pode ser de regras, procedimentos, padrões, normas ou leis" (p.15).

11- ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS- Nesta categoria foram incluídos apenas 2 incidentes críticos relatados, sendo 1 positivo e 1 negativo; o primeiro se refere à "tentativa do cirurgião de enganar o paciente" pois o anestesista seria outro que não o escolhido pelo paciente; o outro diz respeito à atitude do elemento da equipe que transportava certo paciente, perguntando-lhe se ele "não queria entrar na faca". HANN (1990) caracteriza "três tipos de responsabilidades legais associadas ao risco: profissional, pública e do hospital"(p.15). Na responsabilidade legal profissional, cita a negligência profissional, caracterizada por conduta anti-ética ou falta de habilidade,em que o comportamento da pessoa resulta em prejuízo ou dano para o paciente. A autora se refere, ainda, ao desvio dos padrões, regras e procedimentos dos profissionais de saúde quando executam cuidados. Esses padrões devem ser mais desenvolvidos e conhecidos pelos profissionais da área, na opinião da autora.

10- ERRO HUMANO- Nesta categoria foram registrados apenas 4 incidentes críticos (1 positivo e 3 negativos). Incluíu SITUAÇÕES onde, o sangue ligado pelo anestesista no paciente, tinha a identificação de outro paciente; o paciente encaminhado ao centro cirúrgico era o paciente errado e houve troca de sala de operações. Tais SITUAÇÕES constituem a negligência. Para HANN (1990) a:

> " negligência é causada por desvio do dever, intencional ou não intencional, que causa prejuízo a alguém... O desvio pode ser de regras, procedimentos, padrões, normas ou leis" (p.15).

11- ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS- Nesta categoria foram incluídos apenas 2 incidentes críticos relatados, sendo 1 positivo e 1 negativo; o primeiro se refere à "tentativa do cirurgião de enganar o paciente" pois o anestesista seria outro que não o escolhido pelo paciente; o outro diz respeito à atitude do elemento da equipe que transportava certo paciente, perguntando-lhe se ele "não queria entrar na faca". HANN (1990) caracteriza "três tipos de responsabilidades legais associadas ao risco: profissional, pública e do hospital"(p.15). Na responsabilidade legal profissional, cita a negligência profissional, caracterizada por conduta anti-ética ou falta de habilidade,em que o comportamento da pessoa resulta em prejuízo ou dano para o paciente. A autora se refere, ainda, ao desvio dos padrões, regras e procedimentos dos profissionais de saúde quando executam cuidados. Esses padrões devem ser mais desenvolvidos e conhecidos pelos profissionais da área, na opinião da autora.

12- RECEPÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO- apresentou apenas um incidente crítico relatado como negativo, quando dois funcionários conversavam entre si, na presença do paciente, no momento em que este chegava ao centro cirúrgico. Um dos fatores, encontrados por CHIANCA & GARANHANI (1992) em seu estudo, que afastam os elementos dos pacientes, no momento em que eles chegam à recepção do centro cirúrgico, são as conversas entre os membros das equipes. É necessário estabelecer um nível de comunicação que atenda às expectativas do paciente e não contribua para a elevação do nível de ansiedade e medo.

2.2.2. Comportamentos

Apresentamos, a seguir, a Tabela 5, mostrando os COMPORTAMENTOS extraídos dos relatos dos incidentes críticos feitos pelos sujeitos, bem como a freqüência com que ocorreram.

TABELA 5 - Distribuição dos comportamentos

Nº	COMPORTAMENTO	INCIDENTE CRITICO Pos.	INCIDENTE CRITICO Neg.	TOTAL
1	Procedimentos técnicos inadequados	02	39	41
2	Interação positiva	35	03	38
3	Tomada de decisão em benefício do paciente	25	12	37
4	Procedimentos técnicos adequados	09	11	20
5	Desrespeito ao paciente	-	11	11
6	Atendimento a solicitação do paciente	05	03	08
7	Solicitação da ajuda de terceiros	-	07	07
8	Falta de observação	-	07	07
9	Tomada de decisão em prejuízo do paciente	-	06	06
10	Comunicação deficiente	-	06	06
11	Observação apurada	05	-	05
12	Não atendimento a solicitação do paciente	-	04	04
13	Tomada de decisão em benefício dos familiares	02	02	04
14	Interação negativa	-	04	04
15	Solicitação da ajuda do paciente	02	01	03
16	Tomada de decisão pelo médico em prejuízo do paciente	-	02	02
17	Tomada de decisão pela equipe em prejuízo do paciente	-	02	02
18	Médico não acata a sugestão da da equipe de enfermagem	-	01	01
19	Notificação à chefia	-	01	01
TOTAL		65	124	189

Os incidentes críticos relatados pelos elementos da equipe de enfermagem geraram 189 COMPORTAMENTOS agrupados em 19 categorias as quais apresentamos a seguir:

1- PROCEDIMENTOS TÉCNICOS INADEQUADOS- esta categoria apresentou o maior número de relatos nos incidentes críticos relatados (41), sendo 2 em incidentes críticos relatados como positivos e 39 em negativos. Os comportamentos incluídos nesta categoria diziam respeito a: não verificar o uso de próteses pelo paciente; não retirar próteses antes de transportar o paciente; descuidadosamente colocar a prótese retirada no hamper; não registrar a retirada e o local onde foi colocada a prótese; empurrar a maca com velocidade excessiva; colocar o soro sobre o abdome do paciente; deixar que a maca sofra solavancos; deixar que a maca vire na rampa e o leito vire sobre o paciente; prender a fita de drenos na maca; puxar o dreno na transferência do paciente; esquecer de colocar as grades na maca; deixar as grades descidas; deixar o paciente sózinho; conversar distraídamente ao lado do paciente; carregar o paciente no colo; permitir que o paciente seja transportado sentado na maca; não segurar o paciente; não apoiar a maca durante a transferência do paciente; deixar que as grades da maca se prendam na porta do elevador, ao entrar nele, com o paciente; não controlar a maca ao movimentá-la; deixar que o colchão escorregue ao transferir o paciente; deixar o carrinho da maca ir e o leito ficar, ao empurrar a maca; fechar o "three-way", deixando apenas um soro conectado à veia do paciente; puxar a maca para que o colega que caiu se levante; não puxar a maca pelo leito; colocar o paciente na maca no momento em que lhe é administrado o pré-anestésico; executar a transferência do pa-

ciente, sendo as pernas transferidas por um funcionário sem que o outro faça o mesmo com o tronco simultaneamente; não nivelar manualmente o elevador, no caso de ser um elevador antigo.

2- INTERAÇÃO POSITIVA- foi também uma das categorias com o maior número de comportamentos relatados a partir dos incidentes críticos (35 positivos e 3 negativos), revelando a importância dada pelos elementos da equipe de enfermagem em executar o transporte conversando ou tentando conversar, interagindo, procurando tranquilizar, animando, estimulando, acalmando, apresentando-se, apresentando o centro cirúrgico, dizendo ao paciente que ele "não sentirá dor, pois será anestesiado", tentando compreender e distrair o paciente, passando a mão no rosto (importância do toque),explicando o que será feito, cumprimentando o paciente, chamando-o pelo nome, perguntando se está pronto para que possa iniciar o transporte, esclarecendo dúvidas, tentando entender o que o paciente quer dizer...

3- TOMADA DE DECISÃO EM BENEFICIO DO PACIENTE- dos incidentes críticos relatados, extraímos 37 comportamentos deste tipo (25 relatados em incidentes positivos e 12 em negativos). Eles eram referentes a orientar os demais membros da equipe sobre o problema do paçiente; informar ao paciente sobre as atitudes tomadas; esperar para que o familiar possa acompanhar; permitir o acompanhamento de familiares; fechar a infusão de sangue; entrar com o paciente rapidamente para o centro cirúrgico em situação de emergência; apoiar o paciente; permitir que o paciente vá andando para o centro cirúrgico; esperar que o paciente possa ler o evangelho; comunicar e conversar com a en-

fermeira, anestesista e demais membros da equipe cirúrgica sobre necessidades do paciente; chamar o cirurgião e/ou outros membros da equipe, se necessário; fazer acordos com o paciente; pedir ao médico que suspenda a cirurgia, se julgar necessário; colocar o paciente na mesa cirúrgica; permitir que o paciente fique sentado na maca; apertar a campainha de emergência; permitir que os pais permaneçam ao lado da criança e esperar para que o paciente urine antes de ser encaminhado ao centro cirúrgico. O grande número de comportamentos como esses relatados nos incidentes nos leva a pensar em como a equipe de enfermagem os valoriza e considera o paciente, que irá se submeter a uma cirurgia, indefeso ante o aparato cirúrgico que lhe é imposto, e a necessidade de se submeter a ele.

4- PROCEDIMENTOS TÉCNICOS ADEQUADOS- incluímos nesta categoria 20 comportamentos relatados em incidentes críticos (9 positivos e 11 negativos) relacionados a: proteger o paciente para que ele não caia da maca; limpar secreções do paciente; colocar e segurar o lençol móvel para facilitar a transferência; colocar um lençol na boca do paciente, prendendo seus braços durante uma crise convulsiva; encaminhar rapidamente a maca para o centro cirúrgico; guardar próteses do paciente; posicionar o paciente adequadamente na maca; evitar a transferência realizada por uma só pessoa; colocar os recipientes de soro e sangue no suporte de soros; puncionar a veia do paciente; retirar pertences e entregar a familiares; orientar os familiares; segurar o paciente e a maca; pedir auxílio; segurar a porta do elevador no momento de entrar nele com a maca.

5- DESRESPEITO AO PACIENTE- apresentou um total de 11 casos de comportamentos relatados em incidentes críticos considerados negativos e constitui-se de: colocar o recipiente de soro sobre o abdome do paciente; não cobrir o paciente; encaminhar a maca com velocidade excessiva; reclamar, discutir, chamar a atenção de funcionários e falar em voz alta, usando, inclusive, termos grosseiros na frente do paciente; funcionários conversando entre si e comentando sobre cirurgias de outros pacientes, na frente do paciente que será operado.

6- ATENDIMENTO À SOLICITAÇÃO DO PACIENTE- apresentou um total de 8 relatos em incidentes críticos (5 positivos e 3 negativos). Este comportamento, por si só, indica atitude positiva, embora em duas situações tenha sido relatado como uma atitude negativa, na opinião do elemento da equipe de enfermagem. São os comportamentos relativos a trazer o paciente de volta ao quarto, solicitar a presença do médico, fornecer a toalha pedida pelo paciente, permitir que os familiares acompanhem durante o transporte, oferecer o papagaio e colocar o paciente sentado. Tal comportamento promove o bem-estar do paciente, levando-o a sentir que se preocupam com ele, desejam solucionar seus problemas e prestam atenção nele.

7- SOLICITAÇÃO DA AJUDA DE TERCEIROS- nesta categoria foram agrupados 7 comportamentos apresentados pelos entrevistados quando relataram incidentes críticos considerados negativos e englobou: pedir a terceiros para que ajudassem a empurrar a maca, a recolocar o leito com o paciente sobre o suporte da maca e a transferir a maca para outro elevador.

8- FALTA DE OBSERVAÇÃO- foram incluídos, nesta categoria, comportamentos relatados em 7 incidentes críticos, todos contados como negativos pelos sujeitos, que foram: não perceber que o paciente estava tendo uma parada respiratória; constatar que as pernas do paciente estavam traumaticamente amputadas, no momento da transferência; não conferir para qual sala de operações deverão levar o paciente; não verificar se o leito do paciente está travado para iniciar a transferência para a maca; ter atitudes que revelam falta de cuidado para com o paciente.

9- TOMADA DE DECISÃO EM PREJUIZO DO PACIENTE- esta categoria, com 06 relatos de incidentes críticos contados como negativos, englobou: permitir que o paciente vivenciasse uma situação de falta de maca; exigir e tomar a criança de sua mãe; levar o paciente mais cedo que o previsto para o centro cirúrgico; levar o paciente andando; não reversão do quadro de parada respiratória; colocar o paciente em maca comum e ter que transferí-lo novamente para uma maca do tipo "transfer". Em todos esses relatos, podemos observar que a execução da tarefa prevalece sobre o atendimento ao paciente.

10- COMUNICAÇÃO DEFICIENTE- nesta categoria foram registrados 6 relatos de incidentes críticos negativos, incluíndo: o cirurgião informa o leito do paciente errado; o funcionário não confirma no prontuário, nem com a enfermeira da unidade e nem com o próprio paciente a sua identificação ; não confere para qual sala de operações deverá levar o paciente; não registra a retirada de prótese e o local onde a mesma foi guardada e não pergunta ao paciente se ele quer um travesseiro.

11- OBSERVAÇÃO APURADA- com apenas 5 relatos de incidentes críticos relatados como positivos, relativos à observação de problema de surdez apresentado pelo paciente; identificação do nome de outro paciente na bolsa de sangue; conferência no prontuário e observação de uma anotação de aceitação de dieta pelo paciente e a detecção do sentimento de vergonha apresentado pelo paciente.

12- NÃO ATENDIMENTO A SOLICITAÇÃO DO PACIENTE- teve um total de 4 comportamentos desse tipo nos incidentes relatados, todos como negativos. Esse comportamento foi relacionado a quando se dizia ao paciente que não havia tempo disponível para esperar que ele urinasse, tentava convencer o paciente a retirar meias e a necessidade de seguir prescrições médicas e, por isto, não poder atendê-lo.

13- TOMADA DE DECISÃO EM BENEFÍCIO DE FAMILIARES- com 4 relatos em incidentes críticos relatados pelos elementos da equipe de enfermagem (2 positivos e 2 negativos), incluindo esperar e permitir que o familiar acompanhe o transporte do paciente e retirar seus pertences, entregando-os aos familiares.

14- INTERAÇÃO NEGATIVA- nesta categoria obtivemos 4 relatos de incidentes críticos contados como negativos, relacionados aos seguintes comportamentos: explicar ao paciente que faltava funcionário no hospital para auxiliar no transporte; o funcionário estar de mal-humor; perguntar ao paciente se ele "não quer entrar na faca" e a tentativa de desculpar o número insuficiente de pessoal no hospital.

15- SOLICITAÇÃO DA AJUDA DO PACIENTE- com apenas 3 relatos de incidentes críticos apresentados como negativos pelos sujeitos, sendo 2 positivos e 1 negativo, incluindo perguntar ao paciente se ele pode dobrar a perna ou esperar para que o colchão seja ajeitado, facilitando a transferência do leito para a maca e da maca para a mesa cirúrgica.

16- TOMADA DE DECISÃO PELO MÉDICO EM PREJUIZO DO PACIENTE- nesta categoria, obtivemos apenas 2 relatos de incidentes críticos contados como negativos, referentes ao profissional médico reclamar na frente do paciente (criança) e familiares por causa da permissão concedida pelos funcionários aos mesmos.

17- TOMADA DE DECISÃO PELA EQUIPE EM PREJUIZO DO PACIENTE- com apenas um relato de incidente crítico relatado como negativo, referente ao pouco caso por parte da enfermeira e médico quanto ao estresse apresentado pelo paciente, querendo levá-lo direto para o centro cirúrgico.

18- MÉDICO NÃO ACATA A SUGESTÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM- apresentou apenas 1 relato de incidente crítico contado como negativo relativo ao médico não atender à sugestão da enfermeira de suspender a cirurgia. Embora a equipe de enfermagem faça com mais freqüência seu auto-julgamento, apareceu comportamento do médico sendo apontado como crítico pelo pessoal da equipe.

19- NOTIFICAÇÃO À CHEFIA- nesta categoria, obtivemos apenas 1 relato de incidente crítico apresentado como negativo, referente a comunicação à enfermeira da ocorrência do incidente.

2.2.3. Conseqüências

2.2.3.1. Conseqüências para o paciente

Apresentamos, a seguir, a Tabela 6, mostrando as CONSEQÜÊNCIAS PARA O PACIENTE, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos sujeitos, bem como a freqüência com que ocorreram.

TABELA 6- Distribuição das conseqüências para os pacientes

Nº	CONSEQUÊNCIAS	INCIDENTE CRITICO Pos.	Neg.	TOTAL
1	Segurança emocional	42	-	42
2	Medo e ansiedade	-	30	30
3	Queda do paciente	-	18	18
4	Trauma	-	14	14
5	Risco de queda	-	11	11
6	Manutenção da integridade física do paciente	08	03	11
7	Sentimento de prejuízo	-	10	10
8	Segurança física	06	01	07
9	Insegurança	-	07	07
10	Desconforto	-	05	05
11	Atendimento à necessidade do paciente	04	-	04
12	Dor	-	04	04
13	Agravamento do estado geral do paciente	-	03	03
14	Perda material	-	03	03
15	Assistência qualificada	02	-	02
16	Estresse	-	02	02
17	Perda de confiança na equipe	-	02	02
18	Risco de vida	-	02	02
19	Morte	-	02	02
20	Exposição desnecessária do paciente	-	02	02
21	Diminuição da dor	02	-	02
22	Atendimento tardio	-	01	01
23	Manipulação excessiva	-	01	01
24	Intercorrência clínica	-	01	01
25	Agravamento da dor	-	01	01
26	Risco de agravamento do estado do geral do paciente	-	01	01
27	Manutenção de seus pertences	01	-	01
TOTAL		65	124	189

Os conteúdos das CONSEQÜÊNCIAS PARA O PACIENTE (189), relatadas pelos elementos da equipe nos incidentes críticos relatados foram agrupadas em 27 categorias que estão discriminadas abaixo:

1- SEGURANÇA EMOCIONAL- apresentou um total de 42 relatos em incidentes críticos positivos. Esta categoria obteve o maior número de conteúdos categorizados, mostrando a importância dada pela equipe à segurança emocional, retratando sua compreensão do ser enquanto ser, com necessidades psico-emocionais. Esta categoria englobou os seguintes relatos feitos nos incidentes críticos: a cirurgia foi suspensa; o paciente ficou satisfeito, tranquilizou-se, acalmou-se, foram diminuídos o estresse, a tensão e o medo; o paciente foi preparado psicológicamente; aparentou estar mais seguro; chegou tranquilo ao centro cirúrgico; parou de chorar, descontraiu-se, despreocupou-se, sentiu-se informado ou se tranquilizou com as informações; foi dada atenção ao paciente; transmitiu-se confiança, segurança, tranquilidade e o paciente agradeceu pelo apoio recebido.

2- MEDO E ANSIEDADE- apresentou 30 relatos em incidentes críticos negativos, constituindo-se uma das maiores categorias de conseqüências para o paciente. Incluiu os seguintes relatos referentes a conseqüências para o paciente: estresse; susto; ansiedade; trauma; pânico; nervosismo; tensão; pavor; medo de não ir para o centro cirúrgico, de cair; medo e ansiedade resultante de três transferências em um mesmo transporte, que culminou com o paciente ir em silêncio para o centro cirúrgico.

3- QUEDA DO PACIENTE- com 18 relatos em incidentes críticos negativos, constituídos de: o leito da maca caiu com o paciente; o paciente caiu da maca ou mesmo sobre a maca, ou ainda, escorregou até o chão. Em 9,5% de todas as conseqüências, o paciente sofreu uma queda. Tal porcentagem nos remete à preocupação com a cifra, na medida em que mais atenção deva ser dada à tarefa, aos elementos que a executam e aos equipamentos e planta física dos nossos hospitais, a fim de garantir a segurança do paciente durante transportes.

4- TRAUMA- teve 14 relatos em incidentes críticos contados como negativos, englobando: drenos que foram retirados; veias que foram transfixadas; o paciente teve fratura craniana, ferimento na cabeça, sofreu uma pancada, uma torção; a porta do elevador bateu contra a maca; o paciente ficou preso entre a maca e a parede e a maca virou.

5- RISCO DE QUEDA- esta categoria, com 11 relatos em incidentes críticos contados como negativos, incluiu: risco de sofrer uma queda e de cair da maca; o paciente escorregou e ficou preso entre a maca e a parede.

6- MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE FÍSICA DO PACIENTE- apresentou 11 relatos em incidentes críticos, sendo 8 positivos e 3 negativos, englobando: protegeu o paciente; manteve vias aéreas desobstruídas; quatro dias depois, o paciente estava andando; evitou a queda do paciente; a cirurgia foi transferida de horário para cumprir o período de jejum e evitou-se ferir o paciente.

7- SENTIMENTO DE PREJUÍZO- nesta categoria, foram registrados 10 relatos em incidentes críticos relatados como negativos, e foram relativos a: reclamação com a enfermeira após a cirurgia; o paciente reclamou, ficou triste e ficou irritado.

8- SEGURANÇA FÍSICA- com 7 relatos apresentados nos incidentes críticos relacionados sendo 6 positivos e 1 negativo, relativos a um erro que foi corrigido; a diminuição da dor do paciente por causa de uma transferência apropriada; o paciente não caiu da maca e foi oferecido conforto ao paciente.

9- INSEGURANÇA- com 7 relatos contados nos incidentes críticos negativos, incluindo os sentimentos de insegurança apresentados pelos pacientes.

10- DESCONFORTO- com 5 relatos apresentados nos incidentes críticos negativos, incluindo situações onde não foi oferecido conforto ao paciente, tais como: um parto realizado na maca durante o transporte; cobrir o paciente; oferecer um travesseiro.

11- ATENDIMENTO À NECESSIDADE DO PACIENTE- os relatos de incidentes críticos, considerados como positivos, ofereceram 4 referências deste tipo, englobando as seguintes conseqüências para o paciente: o anestesista comunicou-se com o paciente antes de sedá-lo; respeitou-se a crença religiosa do paciente; obteve-se a concordância do paciente para encaminhá-lo até o Centro Cirúrgico e permitiu-se a presença de familiares para que o paciente se acalmasse.

12- DOR- nesta categoria incluímos 4 relatos de incidentes críticos, contados como negativos, onde o paciente sentiu dor; sua dor foi aumentada ou ele gritou de dor.

13- AGRAVAMENTO DO ESTADO GERAL DO PACIENTE- nesta categoria foram incluídos 3 relatos, apresentados nos incidentes críticos contados como negativos, onde o estado geral do paciente piorou e o paciente, que já estava fraco, cansou-se.

14- PERDA MATERIAL- apresentou 3 relatos em incidentes críticos relatados como negativos, referentes a: a prótese dentária do paciente foi encontrada uma semana depois de perdida, na lavanderia; a prótese sumiu e o paciente a perdeu.

15- ASSISTÊNCIA QUALIFICADA- apresentou apenas 2 relatos de incidentes críticos, contados como positivos, relacionados ao tipo de atendimento, de qualidade, recebido, e um outro em que a paciente teve uma criança, em local apropriado, equipado, e com pessoal treinado.

16- ESTRESSE- apresentou 2 relatos em incidentes críticos, relatados como negativos, que foram relativos a situações que geraram estresse para a paciente e, entre elas, quando o paciente se colocou no lugar de outro, também paciente cirúrgico.

17- PERDA DE CONFIANÇA NA EQUIPE- com 2 relatos em incidentes críticos, apontados como negativos, relacionados à perda de confiança na equipe.

18- RISCO DE VIDA- com 2 relatos de incidentes críticos contados como negativos, cujas conseqüências demandaram risco de vida para o paciente: ele teve uma parada respiratória, que foi corrigida a tempo.

19- MORTE- houve 2 relatos de incidentes críticos negativos onde os elementos da equipe registraram a morte dos paciente durante o transporte.

20- EXPOSIÇÃO DESNECESSÁRIA DO PACIENTE- apresentou 2 relatos de incidentes críticos, contados como negativos, relativos a não cobrir o paciente ao colocá-lo na maca para ser encaminhado ao centro cirúrgico.

21- DIMINUIÇÃO DA DOR- teve 2 relatos em incidentes críticos, contados como positivos, relacionados à diminuição da dor do paciente por causa de uma transferência mais apropriada.

22- ATENDIMENTO TARDIO- apareceu em 1 relato de incidente crítico, registrado como negativo, onde a enfermeira do centro cirúrgico detectou o problema apresentado pelo paciente na recepção do mesmo, iniciou a ventilação e o anestesista entubou o paciente. Os funcionários não tinham observado a necessidade de atendimento até aquele momento.

23- MANIPULAÇÃO EXCESSIVA- teve 1 relato em incidente crítico, contado como negativo, em que o paciente foi transferido de maca por três vezes durante um mesmo transporte.

24- INTERCORRÊNCIA CLÍNICA- esta categoria, enquanto conseqüência relatada nos incidentes críticos negativos pelos sujeitos, apresentou 1 relato relacionado a um infarto que o paciente teve, devido a descarga de adrenalina decorrente do medo da cirurgia e da anestesia.

25- AGRAVAMENTO DA DOR- com 1 relato em incidente crítico, relatado como negativo, referente ao comportamento de não atendimento à solicitação do paciente por parte do sujeito, culminando em aumento da dor do paciente.

26- RISCO DE AGRAVAMENTO DO ESTADO GERAL DO PACIENTE- teve 1 relato em incidente crítico negativo quando a enfermeira chamou a atenção dos funcionários, pois o estado do paciente era grave e a funcionária havia deixado apenas um soro conectado à veia e desligado os outros cinco, que continham medicamentos imprescíndiveis ao equilíbrio hidro-eletrolítico daquele paciente.

27- MANUTENÇÃO DE SEUS PERTENCES- nesta categoria foi incluído apenas 1 relato de incidente crítico, contado como positivo, onde o paciente recebeu, satisfeito, sua prótese de volta, pelas mãos da funcionária a quem ele a havia confiado.

2.2.3.4. Conseqüências para a equipe

Embora nosso instrumento não solicitasse as conseqüências para a equipe, família e recursos, nós as detectamos e julgamos ser relevante para a análise sistêmica da tarefa, que ora desenvolvemos. Procedemos, então, à sua apresentação, análise

e discussão.

Apresentamos agora a Tabela 7, com as CONSEQÜÊNCIAS PARA A EQUIPE, extraídas dos incidentes críticos relatados pelos sujeitos, bem como a freqüência com que ocorreram.

TABELA 7- Distribuição das conseqüências para a equipe

Nº	CONSEQÜÊNCIAS	INCIDENTE CRÍTICO Pos.	Neg.	TOTAL
1	Valorização da equipe	13	-	13
2	Advertência verbal	-	07	07
3	Execução de atendimento de urgência	01	05	06
4	Constrangimento	-	06	06
5	Perda de confiança	-	04	04
6	Experiência traumatizante	-	03	03
7	Confiança na equipe	02	-	02
8	Impetração de processo legal	-	02	02
9	Desvalorização da equipe pelos seus pares	-	02	02
10	Reposição de perda material	-	01	01
11	Desentendimento da equipe	-	01	01
12	Risco de trauma	-	01	01
13	Sentimento de atendimento à necessidade do paciente	01	-	01
	TOTAL	17	32	49

Os conteúdos das CONSEQÜÊNCIAS PARA A EQUIPE (49), relatadas nos incidentes críticos descritos pelo sujeitos, foram agrupadas em 13 categorias, a saber:

1- <u>VALORIZAÇÃO DA EQUIPE</u>- apresentou 13 relatos em incidentes, críticos positivos, incluindo a valorização da equipe pelos seus pares e o agradecimento e reconhecimento do paciente pela ação do elemento ou da equipe como um todo.

2- ADVERTÊNCIA VERBAL- teve 7 relatos em incidentes críticos, descritos como negativos, englobando: chamar a atenção das funcionárias verbalmente, realizada tanto pela enfermeira como pelo médico.

3- EXECUÇÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA- esta categoria abrangeu 6 relatos de incidentes críticos (1 positivo e 5 negativos), onde o paciente foi medicado; teve de ser atendido em caráter de urgência; a cabeça do paciente teve que ser suturada; a criança nasceu na maca.

4- CONSTRANGIMENTO- apresentou 6 relatos de incidentes críticos negativos incluíndo a sensação de mal-estar para o paciente e equipe; incômodo para o paciente e equipe ao ter que remover o paciente de sala; desrespeito à autoridade da funcionária pelo anestesista; sensação de constrangimento por ser uma situação desagradável.

5- PERDA DE CONFIANÇA- esta categoria contou com 4 relatos extraídos dos incidentes críticos contados como negativos, onde o paciente perdeu a confiança ou não confiou na equipe ou funcionário e o familiar ou paciente reclamou na hora.

6- EXPERIÊNCIA TRAUMATIZANTE- nesta categoria, obtivemos 3 relatos, a partir dos incidentes críticos contados como negativos e que resultaram em experiência traumática para as funcionárias

7- CONFIANÇA NA EQUIPE- com 2 relatos em incidentes críticos apontados como positivos relativos à confiança do paciente no funcionário ou na equipe.

8- IMPETRAÇÃO DE PROCESSO LEGAL- obtivemos 2 relatos nos incidentes críticos, percebidos como negativos, pelos elementos onde o paciente abriu processo legal contra o funcionário, alegando negligência.

9- DESVALORIZAÇÃO DA EQUIPE PELOS SEUS PARES- nesta categoria, relacionamos 2 relatos a partir dos incidentes críticos relatados como negativos, onde a equipe foi classificada como negligente pelos seus colegas.

10- REPOSIÇÃO DE PERDA MATERIAL- foi incluído nesta categoria 1 relato em incidente crítico, relatado como negativo, onde o pessoal de enfermagem do transporte comprou nova prótese para o paciente, pois, por displicência, a do paciente foi perdida.

11- DESENTENDIMENTO DA EQUIPE- com 1 relato a partir dos incidentes críticos negativos apresentados pelos sujeitos, referindo-se à reclamação da equipe do centro cirúrgico com o funcionário que transportou o paciente, pois a sala de operações não estava preparada ainda para recebê-lo. O referido desentendimento ocorreu na frente do paciente, havendo um desrespeito para com o mesmo.

12- RISCO DE TRAUMA- com 1 relato apontado na descrição dos incidentes críticos negativos, onde a porta do elevador bateu contra a funcionária. Tal conseqüência mostra que ocorrem acidentes com funcionários durante transportes de pacientes e estes já foram apontados por ALEXANDRE (1987).

13- SENTIMENTO DE ATENDIMENTO À NECESSIDADE DO PACIENTE- com 1 relato contado em incidente crítico, relatado como positivo, relacionado a tentativa para acalmar a situação de medo e ansiedade vivida tanto pelo paciente como pela equipe durante o atendimento.

2.2.3.3. Conseqüências para a família

Apresentamos, a seguir, a Tabela 8, onde ilustramos as CONSEQÜÊNCIAS PARA A FAMÍLIA, extraídas a partir dos relatos de incidentes críticos, bem como a freqüência com que ocorreram.

TABELA 8- Distribuição das conseqüências para a família

Nº	CONSEQÜÊNCIAS	INCIDENTE CRÍTICO Pos.	Neg.	TOTAL
1	Segurança emocional	03	-	03
2	Medo e ansiedade	-	03	03
3	Atendimento a necessidade do familiar	02	-	02
4	Sentimento de prejuízo	-	02	02
5	Confiança na equipe	02	-	02
TOTAL		07	05	12

Os conteúdos das CONSEQÜÊNCIAS PARA A FAMÍLIA (12), extraídos a partir dos incidentes críticos relatados pelos elementos da equipe de enfermagem, foram agrupadas em 5 categorias, a saber:

1- SEGURANÇA EMOCIONAL- esta categoria contém 3 relatos, apresentados nos incidentes críticos positivos relatados e incluiu o apoio e atenção fornecido aos familiares dos pacientes.

2- MEDO E ANSIEDADE- apresentamos 3 relatos retirados dos incidentes críticos, contados como negativos,. onde os familiares se assustaram ante a iminência de queda de seu parente.

3- ATENDIMENTO À NECESSIDADE DO FAMILIAR- Nesta categoria, obtivemos, dos incidentes críticos relatados como negativos, 2 relatos englobando a presença do familiar tranquilizando o paciente, e o próprio familiar, por poder estar alí presente. Além disto, o familiar sentiu-se mais à vontade com a autorização recebida.

4- SENTIMENTO DE PREJUÍZO- incluimos nesta categoria, 2 relatos, a partir dos incidentes críticos relatados como negativos englobando a reclamação feita pelo familiar ao funcionário, demonstrando sentimento de perda de algo que lhe era caro naquele momento: o conforto e a segurança de sua esposa e bebê.

5- CONFIANÇA NA EQUIPE- incluimos, nesta categoria, 2 relatos extraídos dos incidentes críticos relatados como positivos, onde a família confiou na equipe de enfermagem que transportava o paciente.

2.2.3. Conseqüências para os recursos

Apresentamos, a seguir, a Tabela 9 mostrando as CONSEQÜÊNCIAS PARA OS RECURSOS apresentados nos incidentes críticos relatados.

TABELA 9 - Distribuição das conseqüências para os recursos

Nº	CONSEQÜÊNCIAS	INCIDENTE CRÍTICO Pos.	Neg.	TOTAL
1	Manutenção das normas do serviço	03	-	03
2	Queda de equipamentos	-	02	02
3	Não manutenção das normas do serviço	-	02	02
TOTAL		03	04	07

Os conteúdos das CONSEQÜÊNCIAS PARA OS RECURSOS (07) foram agrupados em 3 categorias, descritas abaixo:

1- MANUTENÇÃO DAS NORMAS DO SERVIÇO- tem 3 relatos de incidentes críticos, relatados como positivos, incluindo a agilização da cirurgia; a obediência ao horário para início da cirurgia; a possibilidade de indução anestésica suave e a aceitação, por parte do paciente, em se submeter à cirurgia.

2- QUEDA DE EQUIPAMENTOS- com apenas 2 relatos em incidentes críticos, contados como negativos, onde os entrevistados contam que a maca virou e o recipiente com o soro caiu.

3- NÃO MANUTENÇÃO DAS NORMAS DO SERVIÇO- esta categoria contou com 2 relatos, a partir de incidentes críticos contados como negativos, relacionados à não obediência, por parte do anestesista, às normas estabelecidas de preparo para a cirurgia, normas estas que zelam pela segurança do paciente, e ao fato de deixar o pessoal da equipe de cirurgia esperando pela chegada do paciente para dar início à cirurgia. Com o atraso, todas as cirurgias do dia também se atrasam.

3- ANÁLISE SISTÊMICA DA TAREFA DE TRANSPORTE

A partir da compreensão sistêmica apresentada na figura 3 (pág. 8), cada situação categorizada foi considerada como "input" do sistema, gerando um processo (comportamentos) e "outputs" (conseqüências).

Apresentamos, a seguir, a análise sistêmica para cada uma das situações categorizadas. Para tanto, elaboramos 12 tabelas (de 10 a 21) e 12 figuras (de 4 a 15) representativas do processo de transporte para cada situação.

As tabelas demonstram as freqüências dos comportamentos e conseqüências extraídas e categorizadas a partir dos incidentes críticos (positivos e negativos), relatados pelos sujeitos envolvidos com a tarefa de transporte, em cada situação, também categorizada.

Na elaboração das figuras, procuramos relacionar os comportamentos e conseqüências provenientes dos relatos dos incidentes críticos feitos pelos sujeitos, em cada situação, partindo da premissa de que os comportamentos dos elementos da equipe, que executam o transporte do paciente cirúrgico, em cada uma delas, é um processo.

Quando da elaboração das tabelas, observamos que alguns comportamentos relatados, com cunho essencialmente positivo, apareciam ligados a incidentes críticos relatados como negativos.

Aprofundando a análise dos dados observamos que aqueles comportamentos adequados sempre ocorreram junto com outro(s) evidentemente conflitante(s) e, dependendo do comportamento que prevaleceu, o incidente teve conseqüência negativa ou positiva. Essa peculiariedade é apontada em nota de rodapé e entra

na figura como "comportamentos conflitantes".

Após a apresentação de cada figura, procedemos a uma síntese acerca das EXIGÊNCIAS CRITICAS para a execução do transporte, em cada situação. Entendemos por EXIGÊNCIAS CRITICAS os comportamentos eficientes em determinada tarefa e que determinam um padrão de desempenho. Para DELA COLETA (1974) são:

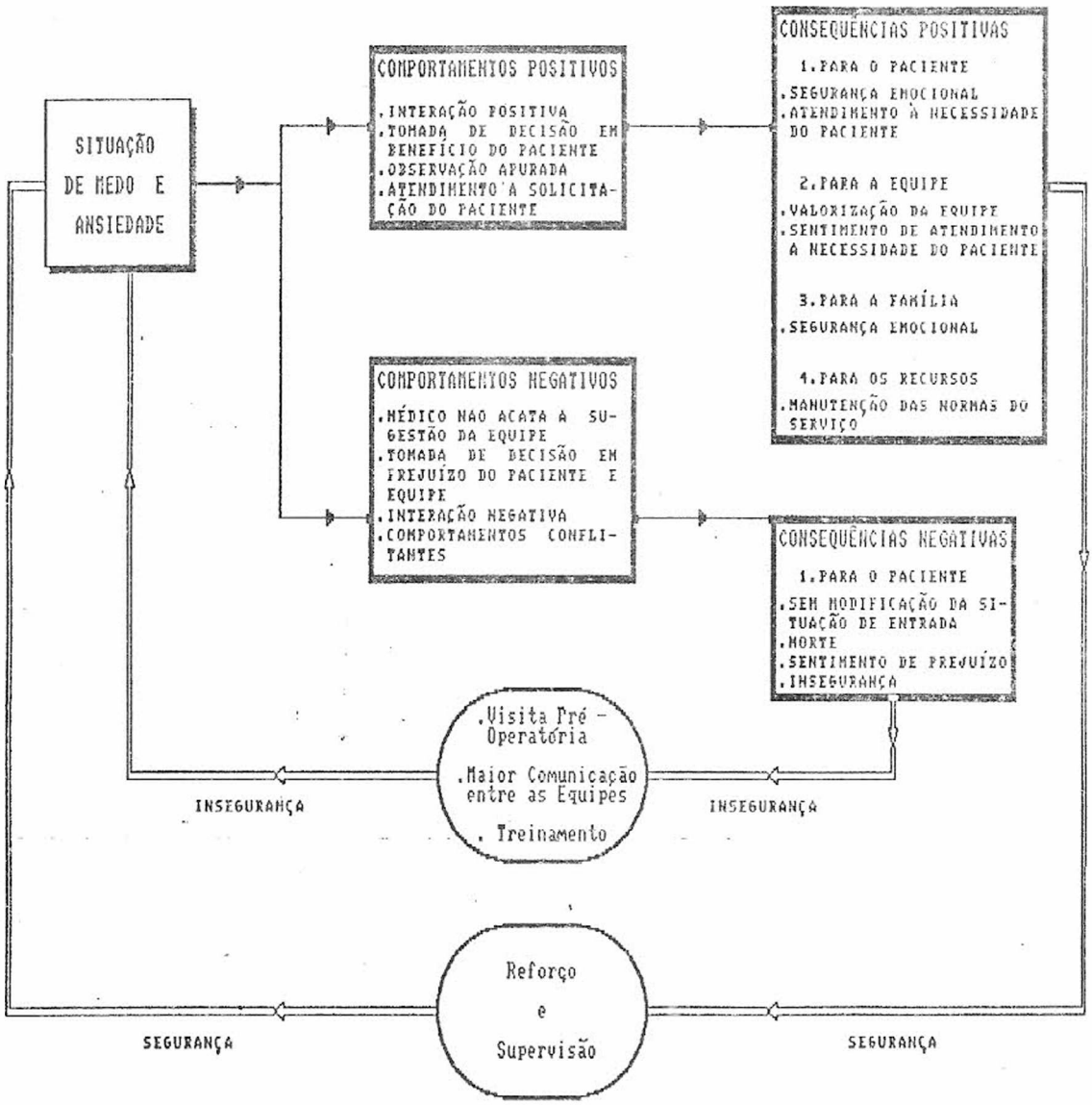
> " os comportamentos positivos ou negativos de uma dada categoria. Não se pode falar em exigências críticas positivas ou negativas, mas, sim, em exigências críticas que compreendem comportamentos críticos positivos e/ou negativos " (p.40).

TABELA 10 - Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de MEDO E ANSIEDADE.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIA	Pos.	Neg.	TOTAL
. observação apurada	01	-	01	PARA O PACIENTE:			
				. segurança emocional	22	-	22
. tomada de decisão em benefício do paciente	08	03*	11	. atendimento à necessidade do paciente	02	-	02
				. intercorrência clínica	-	01	01
. interação Positiva	20	-	20	. morte	-	01	01
				. medo e ansiedade	-	02	02
				. insegurança	-	01	01
. atendimento a solicitação do paciente	01	-	01	. sentimento de prejuizo	-	02	02
. médico não acata a sugestão da equipe de enfermagem	-	01	01	PARA A EQUIPE:			
				. valorização da equipe	08	-	08
. tomada de decisão em prejuizo do paciente	-	01	01	. sentimento de atendimento à necessidade do paciente	01	-	01
				PARA A FAMILIA:			
. interação negativa	-	01	01	. segurança emocional	01	-	
				PARA OS RECURSOS:			
. tomada de decisão pelo médico em prejuizo do paciente	-	01	01	. manutenção das normas do serviço	02	-	02
. tomada de decisão pela equipe em prejuizo do paciente	-	01	01				
TOTAL	30	08	38		35	07	42

* 1. Conflitante com o médico não acata a sugestão da enfermagem e o paciente morre.
2. Conflitante com a tomada de decisão, por parte da equipe, em prejuizo do paciente, gerando medo e ansiedade no paciente.
3. Conflitante com a atitude tomada pelo médico, gerando prejuizo ao paciente levando-o a sentir-se prejudicado.

FIGURA 4 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE MEDO E ANSIEDADE



As exigências críticas, para o elemento da equipe de enfermagem, que executa o transporte seguro de pacientes cirúrgicos, em SITUAÇÃO DE MEDO E ANSIEDADE, são: interação positiva com o paciente; observação apurada e atendimento à solicitação do paciente. Tais comportamentos devem ser reforçados e supervisionados.

Os comportamentos, em SITUAÇÃO DE MEDO E ANSIEDADE que geram insegurança são: o médico não acata sugestões da equipe; tomada de decisão em prejuízo do paciente; interação negativa e comportamentos conflitantes. Com o objetivo de corrigir a insegurança gerada propomos a visita pré-operatória aos pacientes, executada pela enfermeira de centro cirúrgico; treinamento da equipe e maior comunicação entre as equipes das unidades de internação e do centro cirúrgico.

TABELA 11 - Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências na situações de RECURSOS FISICOS INADEQUADOS.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. tomada de decisão em benefício do paciente	02	03¶	05	PARA O PACIENTE:			
. procedimentos técnicos adequados	01	04+	05	. segurança emocional	01	-	01
. solicitação da ajuda do paciente	01	-	01	. assistência qualificada	01	-	01
. tomada de decisão em benefício dos familiares	-	01‡	01	. diminuição da dor	01	-	01
. procedimentos técnicos inadequados	-	14	14	. segurança física	02	-	02
. solicitação da ajuda de terceiros	-	03‡‡	03	. manutenção da integridade física do paciente	-	01	01
. tomada de desição em prejuizo do paciente	-	02	02	. risco de queda	-	03	03
. desrespeito ao paciente	-	01	01	. queda do paciente	-	08	08
. falta de observação	-	02	02	. medo e ansiedade	-	12	12
. interação positiva	-	01@	01	. agravamento do estado geral do paciente	-	02	02
. interação negativa	-	01	01	. insegurança	-	02	02
				. trauma	-	05	05
				. perda de confiança na equipe	-	01	01
				. dor	-	01	01
				. sentimento de prejuizo	-	01	01
				PARA A EQUIPE:			
				. execução de atendimento de urgência	-	01	01
				. constrangimento	-	02	02
				. experiência traumatizante	-	01	01
				. perda de confiança	-	01	01
				PARA OS FAMILIARES:			
				. medo e ansiedade	-	01	01
				. sentimento de prejuizo	-	01	01
				PARA OS RECURSOS:			
				. manutenção das normas do serviço	01	-	01
				. não manutenção das normas do serviço	-	01	01
				. queda de equipamentos	-	01	01
TOTAL	04	32	36		06	45	51

¶ Tomada de decisão em benefício do paciente foi conflitante:
1. com a falta de observação e procedimentos técnicos inadequados, gerando experiência traumatizante para a equipe.
2. pois os comportamentos positivos não foram suficientes para compensar recursos físicos inadequados, gerando medo e ansiedade.
3. pois os comportamentos positivos não foram suficientes para compensar recursos físicos inadequados, gerando medo e ansiedade.

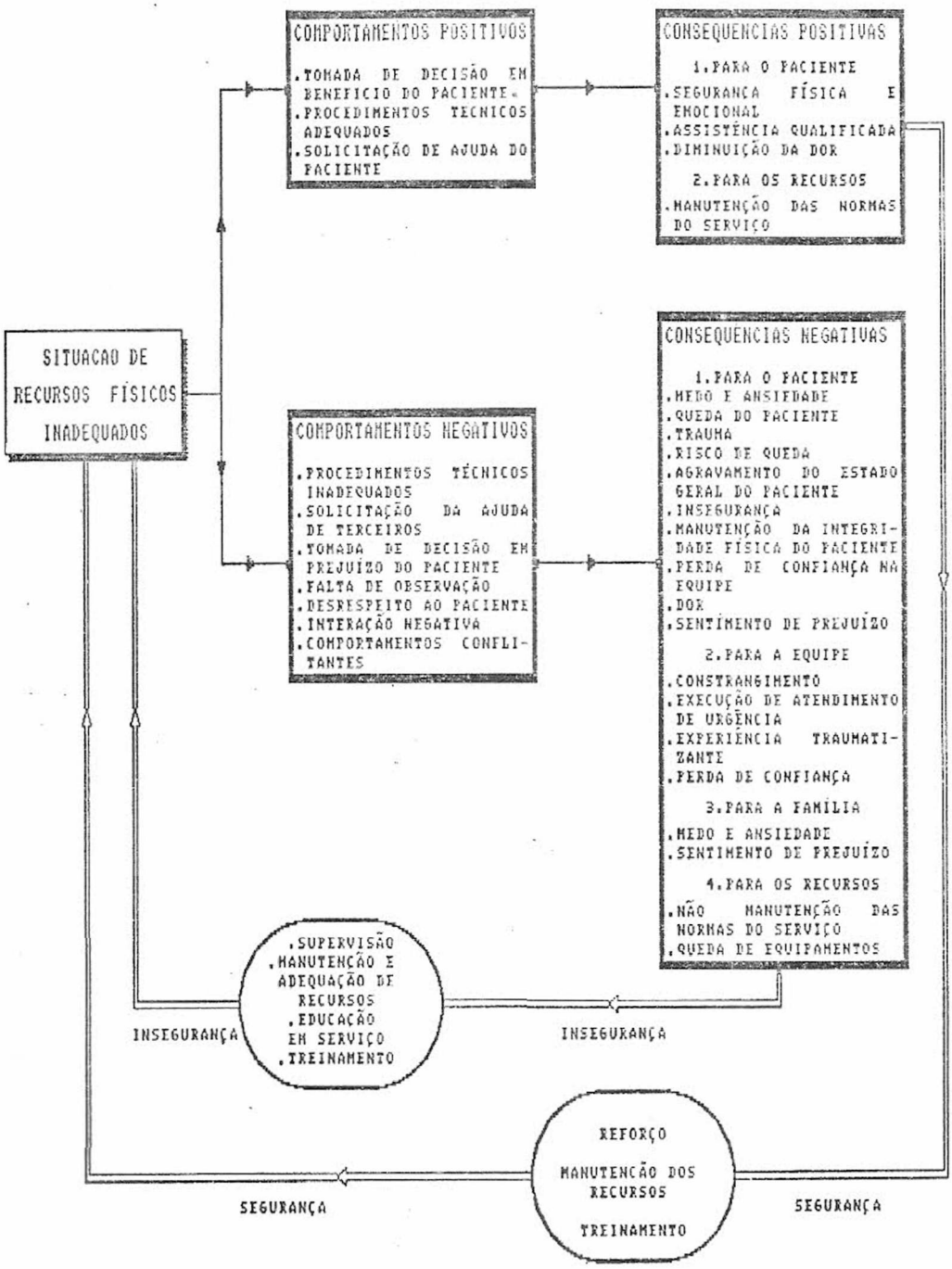
+ Procedimentos técnicos adequados conflitantes:
1. com outros procedimentos técnicos inadequados que prevalecem culminando em queda do paciente.
2. pois não foram suficientes para corrigir recursos físicos inadequados, gerando medo e ansiedade.
3. com inadequados recursos humanos, gerando risco de trauma para a equipe e medo e ansiedade no paciente.
4. com inadequados recursos físicos, gerando trauma no paciente.

‡ Conflitante pois a tomada de decisão em benefício de familiares ocorreu com procedimento técnicos inadequados, gerando risco de queda.

‡‡Solicitação de ajuda de terceiros é conflitante com:
1. procedimentos técnicos inadequados, gerando medo e ansiedade.
2. pois os comportamentos positivos não resolveram recursos físicos inadequados, gerando medo e ansiedade.
3. pois os comportamentos positivos não resolveram recursos físicos inadequados, gerando medo e ansiedade.

@ Conflitante pois a interação positiva foi acompanhada de procedimentos técnicos inadequados, resultando em experiência traumatizante.

FIGURA 5 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE RECURSOS FÍSICOS INADEQUADOS



Em SITUAÇÃO DE RECURSOS FISICOS INADEQUADOS, as exigências críticas para a tarefa de transporte, são: tomada de decisão em benefício do paciente; procedimentos técnicos adequados e solicitação da ajuda do paciente, devendo-se evitar procedimentos técnicos inadequados; solicitação de ajuda de terceiros; falta de observação; desrespeito ao paciente; interação negativa e comportamentos conflitantes. Tais comportamentos, devem ser supervisionados, procedendo-se ainda à manutenção e adequação dos recursos, além do treinamento e educação em serviço.

TABELA 12 -Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de RECURSOS HUMANOS INADEQUADOS.

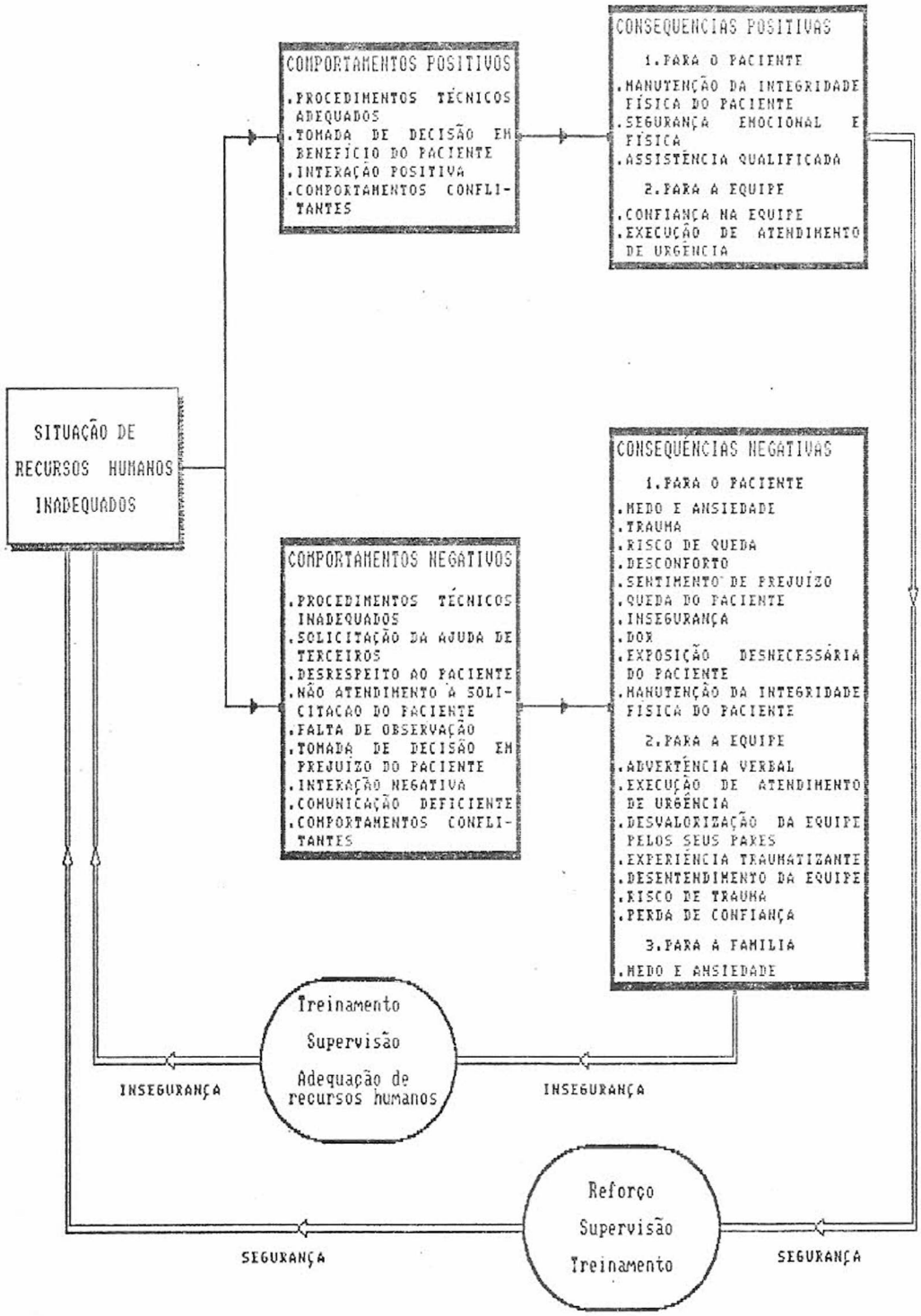
INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. interação positiva	01	-	01	PARA O PACIENTE:			
				. segurança emocional	01	-	01
. procedimentos técnicos adequados	02	01‡	03	. manutenção da Integridade física do paciente	03	01	04
. tomada de decisão em benefício do paciente	02	02‡‡	04	. assistência qualificada	01	-	01
				. segurança física	01	-	01
				. sentimento de prejuízo	-	02	02
. procedimentos técnicos inadequados	01‡	12	13	. queda do paciente	-	02	02
				. medo e ansiedade	-	07	07
. não atendimento à solicitação do paciente	-	01	01	. exposição desnecessária do paciente	-	01	01
				. trauma	-	03	03
				. dor	-	01	01
. solicitação da ajuda de terceiros	-	02	02	. insegurança	-	02	02
				. risco de queda	-	03	03
. desrespeito ao paciente	-	02	02	. desconforto	-	03	03
. falta de observação	-	01	01				
				PARA A EQUIPE:			
. tomada de decisão em prejuizo do paciente	-	01	01	. confiança na equipe	01	-	01
				. execução de atendimento de urgência	01	02	03
				. advertência verbal	-	03	03
. interação negativa	-	01	01	. desvalorização da equipe pelos seus pares	-	01	01
. solicitação da ajuda do paciente	-	01	01	. experiência traumatizante	-	01	01
				. desentendimento da equipe	-	01	01
. comunicação deficiente	-	01	01	. risco de trauma	-	01	01
				. perda de confiança	-	01	01
				PARA A FAMILIA:			
				. medo e ansiedade	-	01	01
TOTAL	06	25	31		08	36	44

‡ Conflitante pois o comportamento positivo não resolveu a inadequação, gerando prejuizo da integridade física, medo e ansiedade.

‡‡Tomada de decisão em benefício do paciente foi conflitante:
1. pois ocorrem falta de observação e procedimento técnico inadequado concomitantemente, gerando experiência traumatizante para a equipe.
2. é um comportamento positivo, mas não resolveu a inadequação, culminando em um atendimento de urgência e desconforto.

‡ Conflitante pois o procedimento foi inadequado, porém o funcionário o considerou positivo.

FIGURA 6- PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS HUMANOS INADEQUADOS



A partir da SITUAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS INADEQUADOS, as exigências críticas para o transporte de pacientes cirúrgicos, são: procedimentos técnicos adequados; tomada de decisão em benefício do paciente e interação positiva, comportamentos estes que devem ser supervisionados, reforçados e, treinamentos periódicos devem ser previstos.

Os comportamentos, a serem evitados, são: procedimentos técnicos inadequados; solicitação da ajuda de terceiros; desrespeito ao paciente; falta de observação; tomada de decisão em prejuízo do paciente; interação negativa; comunicação deficiente e comportamentos conflitantes. Para tanto, supervisão, treinamento da equipe e adequação de recursos humanos em qualidade e quantidade são necessários.

TABELA 13 - Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de PREPARO PARA CIRURGIA.

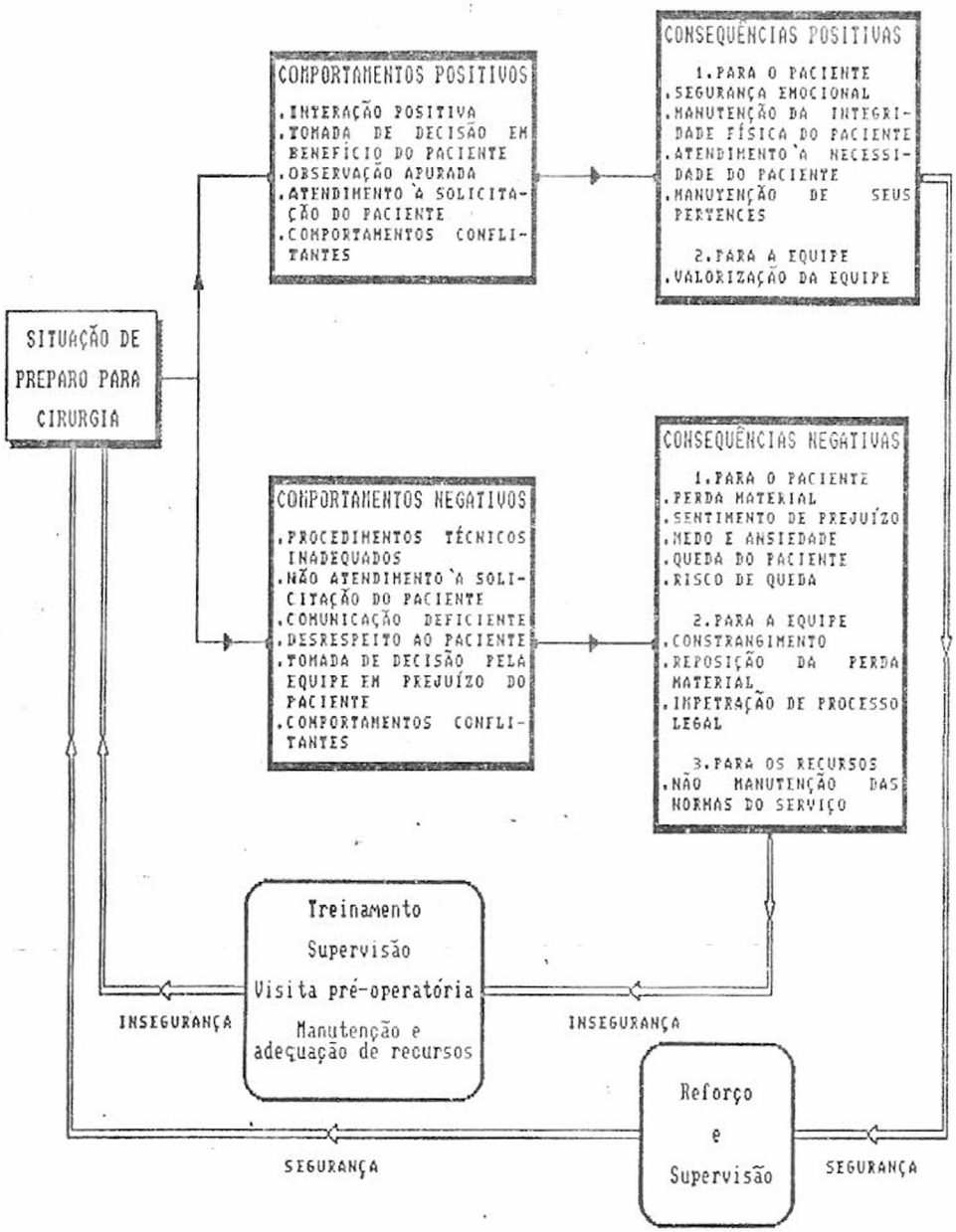
INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. interação positiva	06	-	06	PARA O PACIENTE:			
				. segurança emocional	05	-	05
. tomada de decisão em benefício do paciente	06	01‡	07	. atendimento à necessidade do paciente	02	-	02
				. manutenção de seus pertences	01	-	01
. procedimentos técnicos adequados	01	-	01	. manutenção da integridade física do paciente	03	-	03
. atendimento à solicitação do paciente	01	02‡‡	03	. perda material	-	03	03
				. medo e ansiedade	-	02	02
				. sentimento de prejuizo	-	03	03
. procedimentos técnicos inadequados	01§	05	06	. risco de queda	-	01	01
				. queda do paciente	-	02	02
. observação apurada	02	-	02	PARA A EQUIPE:			
				. valorização da equipe	02	-	02
. não atendimento à solicitação do paciente	-	02	02	. constrangimento	-	01	01
				. reposição da perda material	-	01	01
. desrespeito ao paciente	-	01	01	. impetração de processo legal	-	01	01
. tomada de decisão pela equipe em prejuizo do paciente	-	01	01	PARA OS RECURSOS:			
				. não manutenção das normas do serviço	-	01	01
. comunicação deficiente	-	02	02				
TOTAL	17	14	31		13	15	28

‡ Conflitante com o comportamento de tomada de decisão, por parte da equipe, em prejuizo do paciente, gerando medo, ansiedade e sentimento de prejuizo no paciente.

‡‡1. conflitante com o comportamento de não atendimento à solicitação do paciente, gerando constrangimento na equipe e não manutenção das normas do serviço.
2. conflitante pois, pelas características do caso, a solicitação do paciente não poderia ter sido atendida.

§ Conflitante pois o procedimento foi inadequado, porém o funcionário o considerou positivo.

FIGURA 7 - PROCESSO DE TRANSPORTE NA SITUAÇÃO DE PREPARO PARA A CIRURGIA



As exigências críticas, para os elementos da equipe, que transportam o paciente cirúrgico, em SITUAÇÃO DE PREPARO PARA CIRURGIA são as seguintes: interação positiva; tomada de decisão em benefício do paciente; observação apurada; procedimentos técnicos adequados; atendimento à solicitação do paciente e alguns comportamentos conflitantes podem ocorrer. No entanto, tais comportamentos devem ser reforçados e supervisionados.

Devem ser evitados: procedimentos técnicos inadequados; não atendimento à solicitação do paciente; comunicação deficiente; desrespeito ao paciente; tomada de decisão pela equipe em prejuízo do paciente e comportamentos conflitantes. Para tanto, medidas de treinamento, supervisão, visita pré-operatória e, manutenção e adequação de recursos devem ser previstas.

TABELA 14 - Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de PRESENÇA DE FAMILIARES.

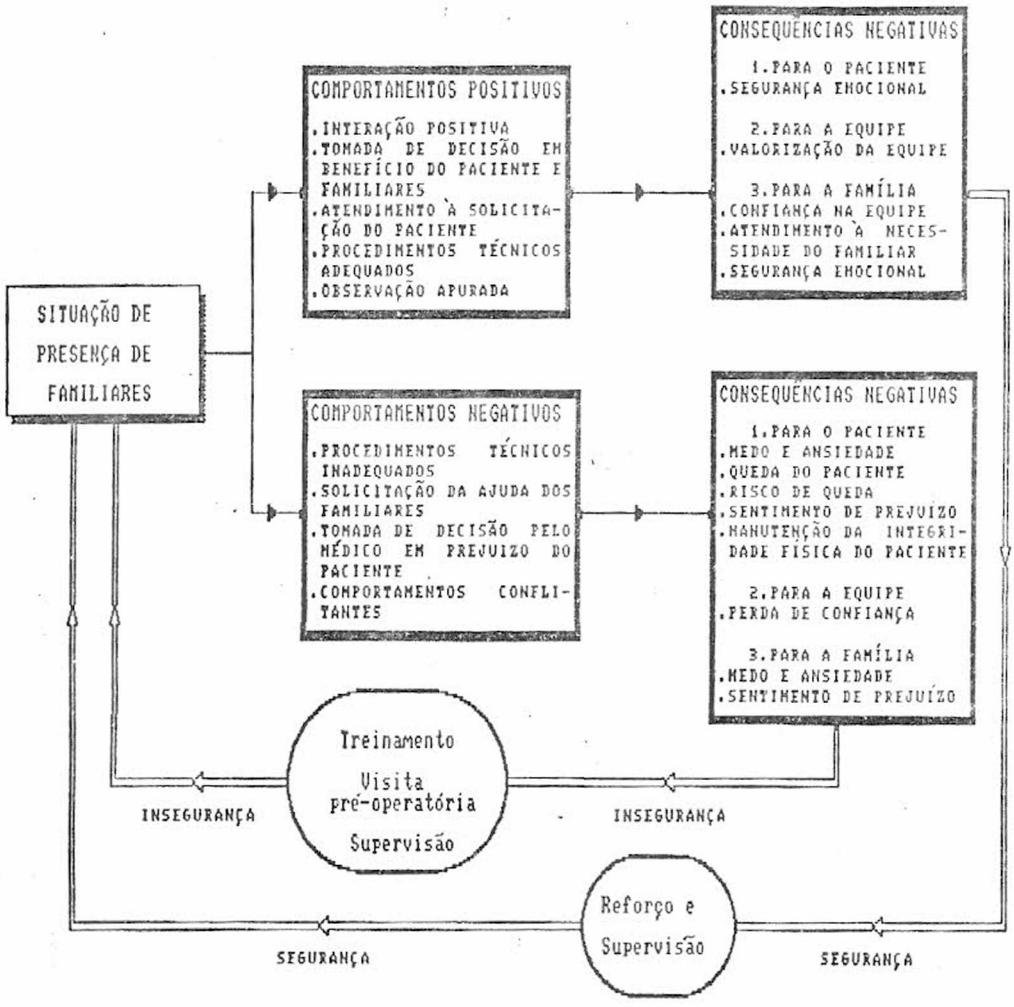
INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. interação positiva	05	-	05	PARA O PACIENTE:			
				. segurança emocional	08	-	08
. tomada de decisão em benefício do paciente	05	01‡	06	. manutenção da integridade física do paciente	-	01	01
				. risco de queda	-	01	01
. tomada de decisão em benefício dos familiares	02	01+	03	. queda do paciente	-	02	02
				. medo e ansiedade	-	02	02
				. sentimento de prejuizo	-	01	01
. procedimento técnico adequado	01	01‡	02				
				PARA A EQUIPE			
. atendimento à solicitação do paciente	02	-	02	. valorização da equipe	03	-	03
				. perda de confiança	-	01	01
. observação apurada	01	-	01	PARA A FAMILIA			
				. confiança na equipe	01	-	01
. procedimentos técnicos inadequados	-	02	02	. atendimento à necessidade do familiar	02	-	02
. solicitação de ajuda de familiares	-	01	01	. segurança emocional	01	-	01
				. medo e ansiedade	-	01	01
. tomada de decisão pelo médico em prejuizo do paciente	-	01	01	. sentimento de prejuizo	-	01	01
TOTAL	16	07	23		15	10	25

‡ Conflitante com a execução de procedimentos técnicos inadequados, gerando risco de queda para o paciente.

+ Conflitante com a execução de procedimentos técnicos inadequados, gerando risco de queda para o paciente.

‡ Conflitante com a execução de procedimentos técnicos inadequados, gerando risco de queda para o paciente.

FIGURA 8 - PROCESSO DE TRANSPORTE NA SITUAÇÃO DE PRESENÇA DE FAMILIARES



Em SITUAÇÃO DE PRESENÇA DE FAMILIARES, as exigências críticas para o transporte, são: interação positiva; tomada de decisão em benefício do paciente e familiares; atendimento à solicitação do paciente; procedimentos técnicos adequados e observação apurada.

Os comportamentos a serem evitados são: procedimentos técnicos inadequados; solicitação da ajuda de familiares; tomada de decisão pelo médico, em prejuízo do paciente, além de comportamentos considerados conflitantes. Para se corrigir tais comportamentos são necessários: treinamento e supervisão dos elementos da equipe e, a visita pré-operatória executada pela enfermeira do centro cirúrgico, aos pacientes.

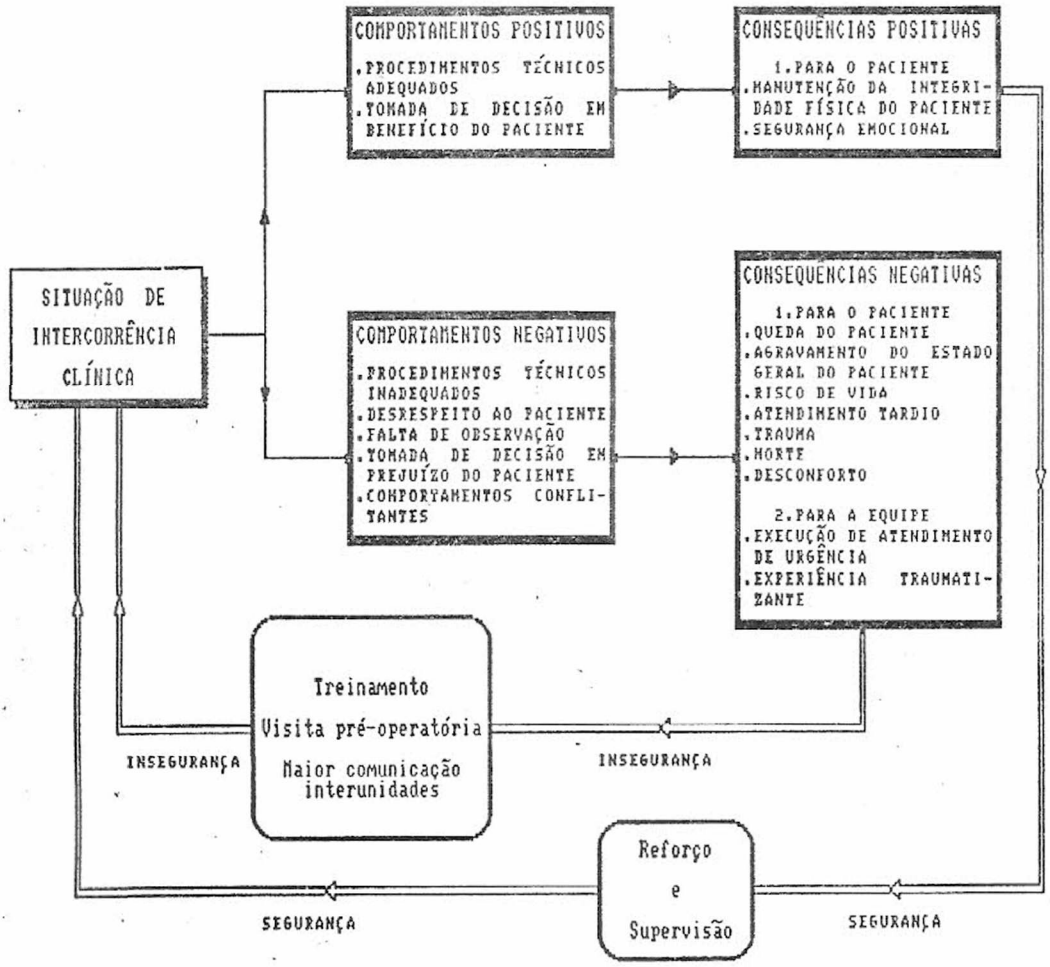
TABELA 15 -Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de INTERCORRÊNCIAS CLINICAS.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜÊNCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. procedimentos técnicos adequados	02	-	02	PARA O PACIENTE:			
. tomada de decisão em benefício do paciente	01	02‡	03	. manutenção da integridade física do paciente	02	-	02
. procedimentos técnicos inadequados	-	03	03	. segurança emocional	01	-	01
. desrespeito ao paciente	-	01	01	. queda do paciente	-	02	02
. falta de observação	-	01	01	. agravamento do estado geral do paciente	-	01	01
. interação positiva	-	01§	01	. risco de vida	-	01	01
. tomada de decisão em prejuizo do paciente	-	01	01	. atendimento tardio	-	01	01
				. trauma	-	01	01
				. morte	-	01	01
				. desconforto	-	01	01
				PARA A EQUIPE:			
				. execução de atendimento de urgência	-	02	02
				. experiência traumatizante	-	01	01
TOTAL	03	09	12		03	11	14

‡ 1. conflitante com os procedimentos técnicos inadequados, gerando experiência traumatizante para a equipe.
2. o comportamento não foi suficiente para atender a intercorrência gerando desconforto e atendimento de urgência.

§ Conflitante com procedimentos técnicos inadequados, gerando experiência traumatizante para a equipe.

FIGURA 9 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇAO DE INTERCORRÊNCIA CLÍNICA



As exigências críticas, para garantir a segurança dos pacientes, em SITUAÇÃO DE INTERCORRÊNCIA CLÍNICA são: procedimentos técnicos adequados e tomada de decisão em benefício do paciente, comportamentos estes que devem ser reforçados e supervisionados.

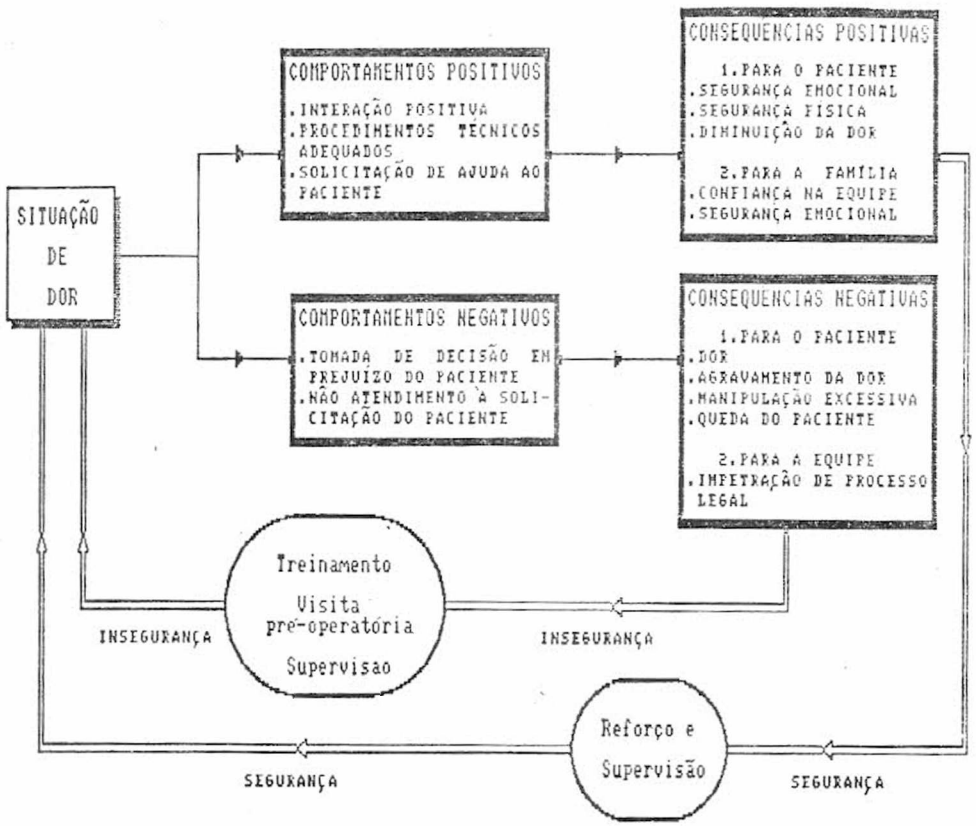
Os comportamentos a serem evitados, que geram insegurança, são: procedimentos técnicos inadequados; desrespeito ao paciente; falta de observação; tomada de decisão em prejuízo do paciente e comportamentos considerados conflitantes. Para correção destes propomos treinamento das equipes; visita pré-operatória pela enfermeira de centro cirúrgico aos pacientes e, maior comunicação entre as unidades de internação e o centro cirúrgico.

TABELA 16 - Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de DOR.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQUENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. interação positiva	03	-	03	PARA O PACIENTE:			
				. segurança emocional	03	-	03
. procedimentos técnicos adequados	01	-	01	. diminuição da dor	01	-	01
				. segurança física	-	01	01
. solicitação da ajuda do paciente	01	-	01	. dor	-	01	01
				. manipulação excessiva	-	01	01
. tomada de decisão em prejuizo do paciente	-	01	01	. agravamento da dor	-	01	01
				. queda do paciente	-	01	01
. não atendimento à solicitação do paciente	-	01	01	PARA A EQUIPE . impetração de processo legal	-	01	01
. atendimento à solicitaçao do paciente	-	01*	01	PARA A FAMILIA . confiança na equipe	01	-	01
				. segurança emocional	01	-	01
TOTAL	05	03	08		07	05	12

* Pelas característica do caso, a solicitação do paciente não poderia ser atendida.

FIGURA 10 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE DOR



São exigências críticas, para os elementos da equipe de enfermagem, durante os transportes de pacientes, em SITUAÇÃO DE DOR: interação positiva; procedimentos técnicos adequados e solicitação da ajuda do paciente. Estes comportamentos devem ser reforçados e supervisionados.

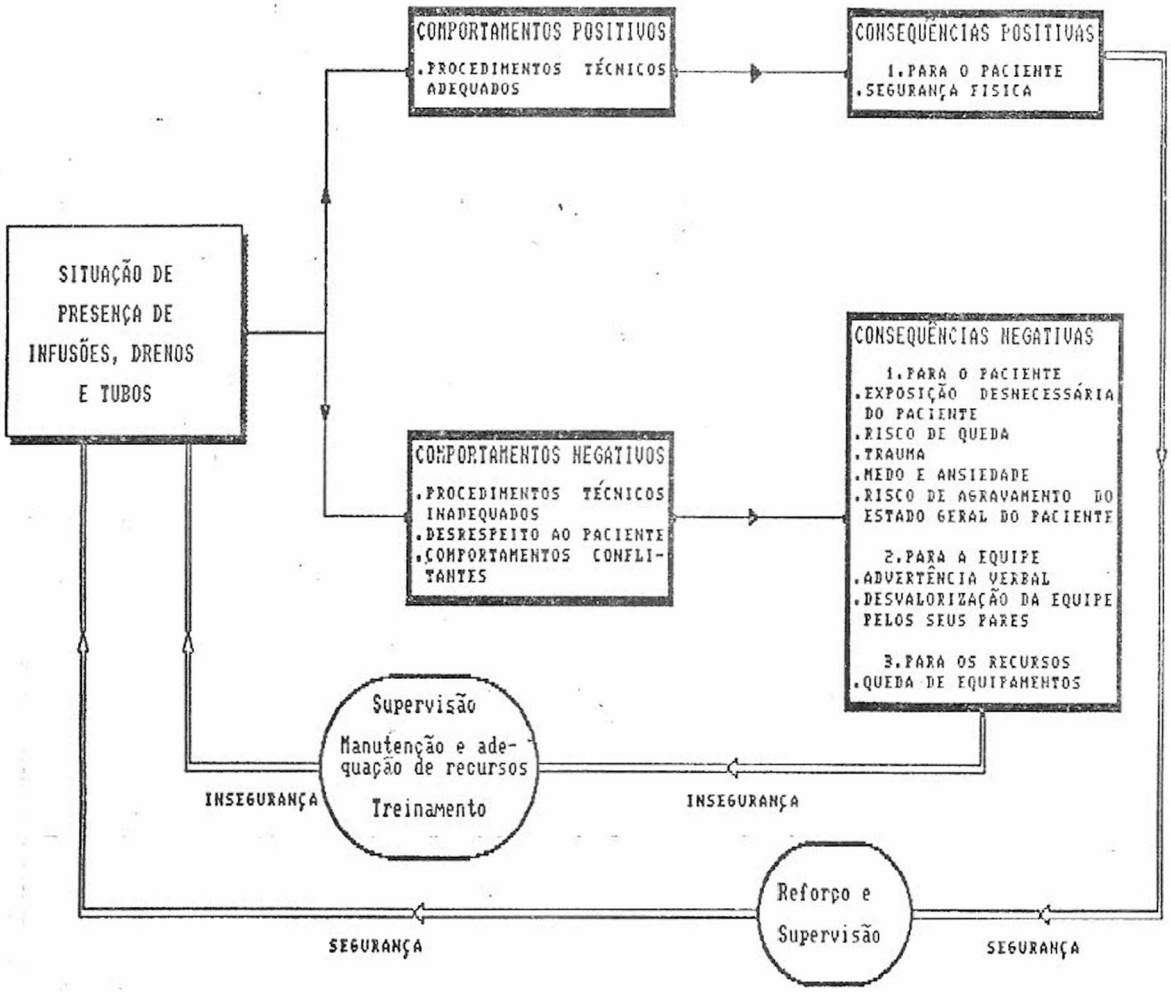
Os comportamentos geradores de insegurança, para o paciente com dor que é transportado, são: tomada de decisão em prejuízo do paciente; não atendimento à solicitação do paciente e a ocorrência de comportamentos conflitantes. Para correção de comportamentos que conduzem à insegurança consideramos que o treinamento e supervisão dos elementos da equipe, além da visita pré-operatória ao paciente cirúrgico, realizada pela enfermeira, são medidas eficientes.

TABELA 17 - Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de PRESENÇA DE INFUSOES, DRENOS E TUBOS.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQUENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. procedimentos técnicos adequados	01	01*	02	PARA O PACIENTE:			
				. segurança física	01	-	01
. desrespeito ao paciente	-	02	02	. exposição desnecessária do paciente	-	01	01
				. risco de queda	-	01	01
. procedimentos técnicos inadequados	-	03	03	. trauma	-	03	03
				. medo e ansiedade	-	01	01
				. risco de agravamento do estado geral do paciente	-	01	01
				PARA A EQUIPE:			
				. advertência verbal	-	02	02
				. desvalorização da equipe pelos seus pares	-	01	01
				PARA RECURSOS:			
	-			. queda de equipamentos	-	01	01
TOTAL	01	06	07		01	11	12

* O comportamento de procedimento técnico adequado não foi suficiente para manter a integridade das infusões, drenos e tubos, gerando prejuizo da integridade física, medo e ansiedade no paciente.

FIGURA 11 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE PRESENÇA DE INFUSÕES, DRENOS E TUBOS



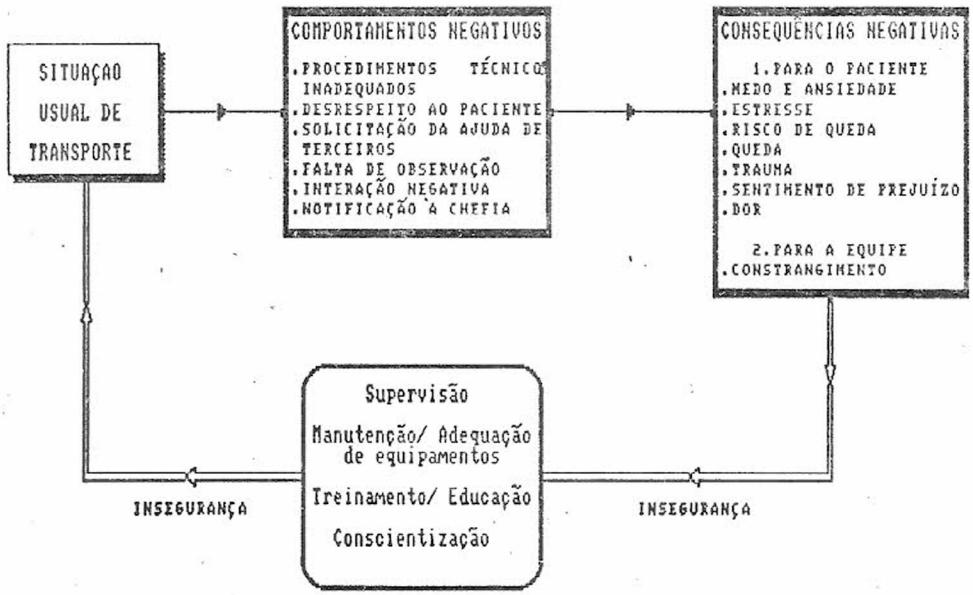
As exigências críticas, para o funcionário que executa transportes de pacientes cirúrgicos, em SITUAÇÃO DE PRESENÇA DE INFUSÕES, DRENOS E TUBOS são: os procedimentos técnicos adequados, que devem ser supervisionados e reforçados.

Os comportamentos que geram insegurança quando o paciente porta infusões, drenos e/ou tubos são os procedimentos técnicos inadequados; desrespeito ao paciente e comportamentos conflitantes. Para corrigir tais comportamentos propomos a realização de manutenção reparadora e preventiva, além da adequação dos recursos, bem como o treinamento e supervisão dos elementos que executam a tarefa.

TABELA 18- Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações USUAIS DE TRANSPORTE.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. desrespeito ao paciente	-	02	02	PARA O PACIENTE:			
				. medo e ansiedade	-	02	02
. procedimento técnico inadequado	-	04	04	. estresse	-	01	01
				. queda do paciente	-	02	02
. solicitação de ajuda de terceiros	-	01	01	. risco de queda	-	01	01
				. trauma	-	02	02
. notificação à chefia	-	01	01	. sentimento de prejuizo	-	01	01
				. dor	-	01	01
. falta de observação	-	01	01				
				PARA A EQUIPE:			
. interação negativa	-	01	01	. constrangimento	-	01	01
TOTAL	-	10	10		-	11	11

FIGURA 12 - PROCESSO DE TRANSPORTE NA SITUAÇÃO USUAL



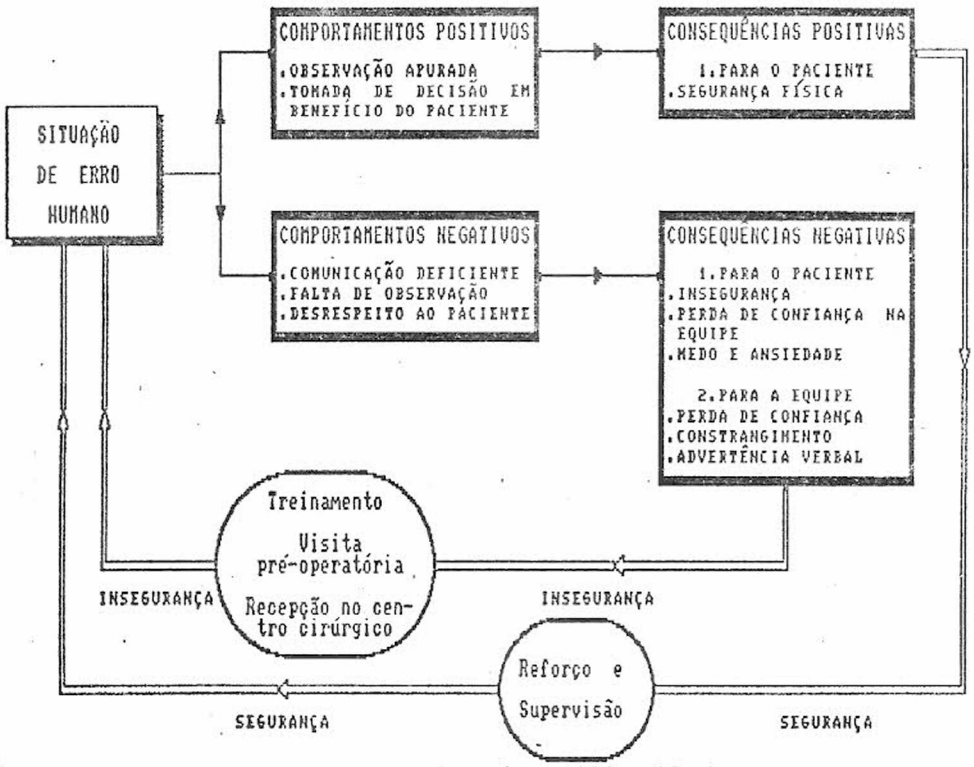
Como obtivemos apenas comportamentos negativos, para SITUAÇÕES USUAIS DE TRANSPORTE, podemos inferir que as exigências críticas para os elementos da equipe são: procedimentos técnicos adequados, respeito ao paciente, não solicitação da ajuda de terceiros, observação apurada, interação positiva e comportamentos conflitantes. Entre estes, vale ressaltar que a "notificação à chefia" foi considerado pelos elementos da equipe como comportamento negativo do funcionário. Podemos compreender tal entendimento, pois a notificação pode lhe gerar prejuízo, embora para o serviço, seja um comportamento adequado.

Para garantir a segurança do paciente, deve ser realizada manutenção e adequação de equipamentos; treinamento; educação e conscientização dos elementos da equipe além da supervisão dos mesmos.

TABELA 19- Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de ERRO HUMANO.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. observação apurada	01	-	01	PARA O PACIENTE:			
				. segurança física	01	-	01
. tomada de decisão em benefício do paciente	01	-	01	. insegurança	-	02	02
				. perda de confiança na equipe	-	01	01
				. medo e ansiedade	-	01	01
. comunicação deficiente	-	03	03				
				PARA A EQUIPE			
. falta de observação	-	02	02	. perda de confiança	-	01	01
				. constrangimento	-	02	02
. desrespeito a paciente	-	01	01	. advertência verbal	-	01	01
TOTAL	02	06	08		-	04	04

FIGURA 13 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE ERRO HUMANO



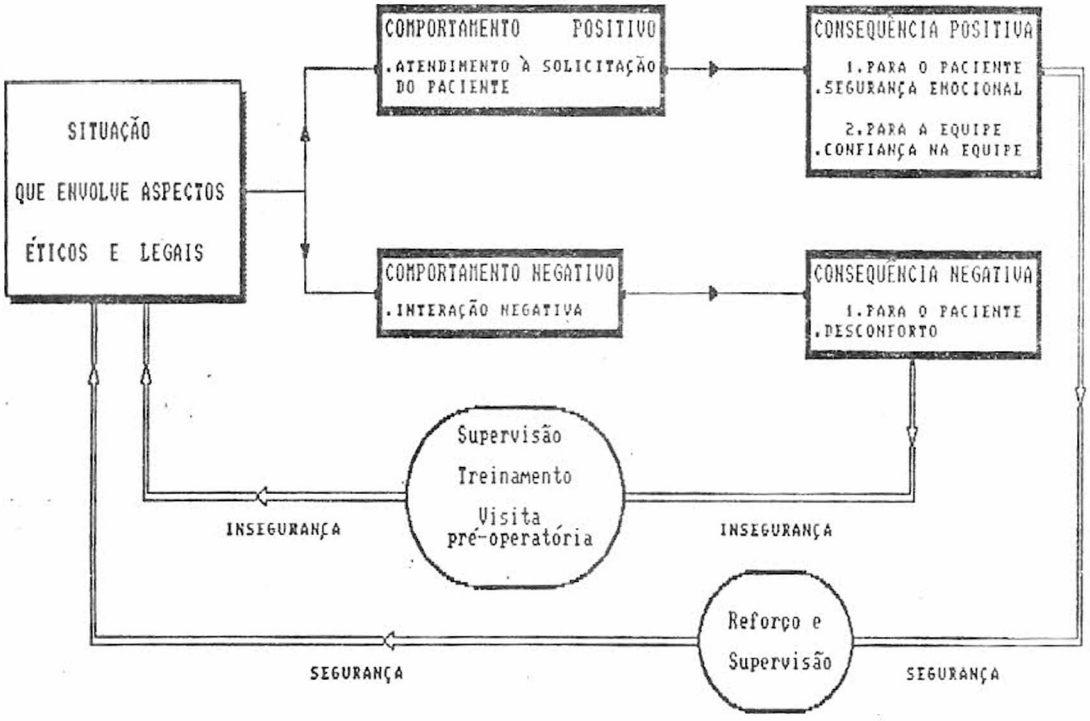
As exigências críticas, que os elementos da equipe responsáveis pelos transportes de pacientes devem possuir, são: observação apurada e tomada de decisão em benefício do paciente, comportamentos estes que devem ser reforçados e supervisionados.

Devem ser evitados comportamentos que geram insegurança, e as SITUAÇÕES DE ERRO HUMANO levam a ela. Geralmente tais situações ocorrem por causa de comportamentos como: comunicação deficiente; falta de observação e desrespeito ao paciente. Para isto a execução de treinamentos do pessoal; visita pré-operatória ao paciente e recepção deste no centro cirúrgico, pela enfermeira podem retroalimentar o processo, corrigindo disfunções.

TABELA 20- Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de ASPÉCTOS ÉTICOS E LEGAIS.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. atendimento à solicitação do paciente	01	-	01	PARA O PACIENTE: . segurança emocional	01	-	01
				. desconforto	-	01	01
. interação negativa	-	01	01				
				PARA A EQUIPE . confiança na equipe	01	-	01
TOTAL	01	01	02		02	01	03

FIGURA 14 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUACAO QUE ENVOLVE ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS



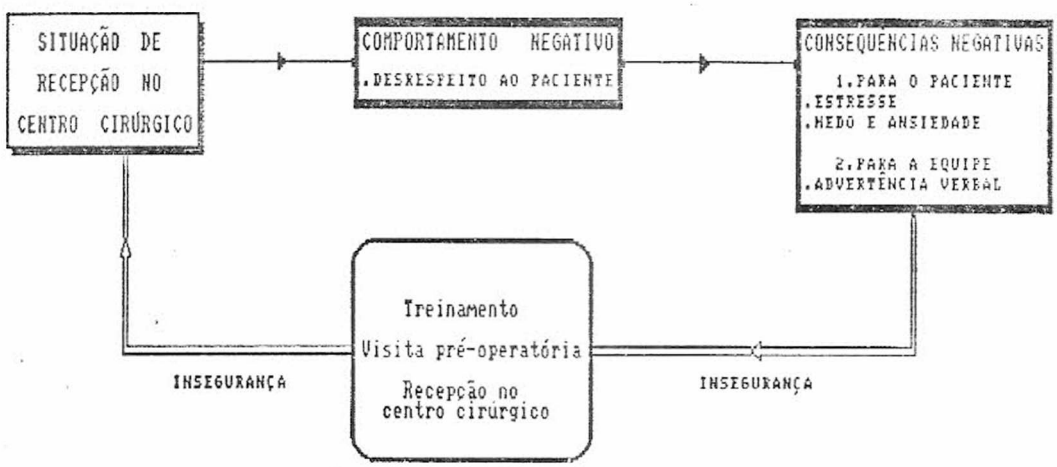
Em SITUAÇÕES, que envolvem ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS, o pessoal, que executa os transportes de pacientes cirúrgicos, deve atender à solicitação do paciente, na medida do possível e, tal comportamento deve ser reforçado e supervisionado.

Um comportamento a ser evitado é a interação negativa. Para revertê-lo propomos treinamento e supervisão da equipe, além da realização da visita pré-operatória ao paciente, pela enfermeira, através da qual problemas podem ser detectados e, muitos deles solucionados, naquele momento.

TABELA 21- Comportamentos dos elementos da equipe de enfermagem e suas respectivas conseqüências nas situações de RECEPÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO.

INCIDENTE CRITICO COMPORTAMENTOS	Pos.	Neg.	TOTAL	INCIDENTE CRITICO CONSEQÜENCIAS	Pos.	Neg.	TOTAL
. desrespeito ao paciente	-	01	01	PARA O PACIENTE:			
				. estresse	-	01	01
				. medo e ansiedade	-	01	01
				PARA A EQUIPE			
				. advertência verbal	-	01	01
TOTAL	-	01	01		-	03	03

FIGURA 15 - PROCESSO DE TRANSPORTE EM SITUACAO DE RECEPÇÃO NO CENTRO CIRÚRGICO



Durante SITUAÇÕES DE RECEPÇÃO DE PACIENTES NO CENTRO CIRÚRGICO, o pessoal responsável pelos transportes, deve respeitar o paciente. Para isto treinamentos da equipe devem ser planejados e, a visita pré-operatória deve ser realizada a fim de minimizar medo e ansiedade.

V- CONCLUSÕES

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Fornecer um ambiente seguro envolve um grande número de recursos tanto físicos como humanos, e deve incluir tanto o paciente, como os familiares destes, além dos profissionais da saúde.

Uma das mais importantes funções do enfermeiro consiste em providenciar um ambiente livre de situações de riscos, além de educação suficiente sobre medidas de segurança e comportamentos adequados para se obtê-la. Segundo SMITH & DUELL (1982), os pacientes são transportados para um ambiente não familiar e freqüentemente tenebrosos, podendo apresentar comportamentos diferentes do seu normal.

Uma situação amedrontadora pode modificar a adaptação do indivíduo ao meio-ambiente e esta nem sempre é relatada pelos elementos da equipe de enfermagem.

Para SMITH & DUELL (1982):

> " os relatos de incidentes têm três objetivos: ajudar a documentar a qualidade do cuidado, identificar áreas onde se precisa de educação em serviço e registrar detalhes de um incidente para possível utilização legal" (p.110).

É importante que os enfermeiros criem mecanismos de comunicação escrita de incidentes, além de se interessarem em participar de novas instalações, aquisição de novos equipamentos, planejar tarefas que visem à segurança, tanto quanto de métodos

que incorporem os efeitos dos erros humanos em medidas quantitativas de erros.

Pudemos observar que a variabilidade humana é um ingrediente importante na aprendizagem de habilidades, que adaptem pecularidades para o desempenho no sistema, e a otimização da interação pessoa-pessoa é a melhor razão para se ter pessoas em um sistema.

Com razão, as diretorias de nossos hospitais têm uma filosofia capitalista de gerenciar, embora a preocupação em baixar os custos hospitalares não deva ser em detrimento da segurança física e emocional de nossos pacientes.

A tentativa de baixar custos hospitalares é observada na presença de rampas, elevadores antigos, sem ascensoristas, sem mecanismos para abrir e fechar portas através de célula foto-elétrica e falta de elevadores exclusivos para pacientes.

As macas, em muitos casos, são as mais rudimentares possíveis, pois são as mais baratas. Se o hospital adquire alguma maca mais moderna, com algum dispositivo tecnológico mais avançado, o treinamento é imprescíndivel.

Observamos, em relatos de funcionários, que alguns acidentes ocorreram porque não sabiam manusear as macas.

Quando se projeta uma maca, deveriam ser consultadas as pessoas que as utilizam, bem como fazer uma análise do local onde será utilizada. Uma maca que sobe ou desce rampas, obrigatóriamente, deverá possuir grades laterais, correias de contenção, grades nos pés e cabeceira, dispositivos para mudanças de posicionamentos básicos, locais para colocar suportes de soros e cilindro de oxigênio, além de ter largura suficiente para deitar confortavelmente pacientes obesos.

Hospitais que atendem a demandas emergenciais não podem possuir pequeno número de macas por causa de possíveis atendimentos em catástrofes. Deve ser previsto um número mínimo de macas para que se possam evitar situações, no mínimo, desagradáveis.

Além disto, temos observado que os enfermeiros não conduzem programas de treinamentos periódicos para pessoas que transportam pacientes. Grande parte dessas pessoas adquire habilidade praticando, executando os transportes, mas alguns não possuem qualificação suficiente, como é o caso dos indivíduos denominados "maqueiros", com primeiro grau incompleto, que, embora atenciosos com os pacientes, não possuem conhecimentos básicos de enfermagem para atender a uma intercorrência clínica.

Nos dias de hoje os erros médicos são mais divulgados, levando a população a procurar melhores esclarecimentos e não aceitar "resignadamente" danos físicos e pessoais devidos a acidentes. Diante dessa realidade é necessário que os membros da equipe multiprofissional criem mecanismos e se preparem para assumir a respectiva responsabilidade na ocorrência dos referidos acidentes (OGUISSO, 1987).

Um dos mecanismos a ser criado é a instalação de relatórios de acidente e/ou incidentes, onde os indivíduos assumam a parcela de responsabilidade que a profissão lhes confere. Estes evitarão crimes como os de falsidade ideológica ou lesão corporal (física ou mental), por omissão (quando se omite uma declaração que deverá ser feita). Nestes casos, fornecerão amparo legal, tanto para os pacientes como para os membros da equipe. Temos consciência da dificuldade de implantação de tais relatórios. No entanto, como referido por OGUISSO (1987):

"o público saberá certamente reconhecer sempre e valorizar cada vez mais a Enfermagem se os seus profissionais assumirem efetivamente a responsabilidade que a titulação lhes confere" (p.10).

2- CONCLUINDO SISTÊMICAMENTE

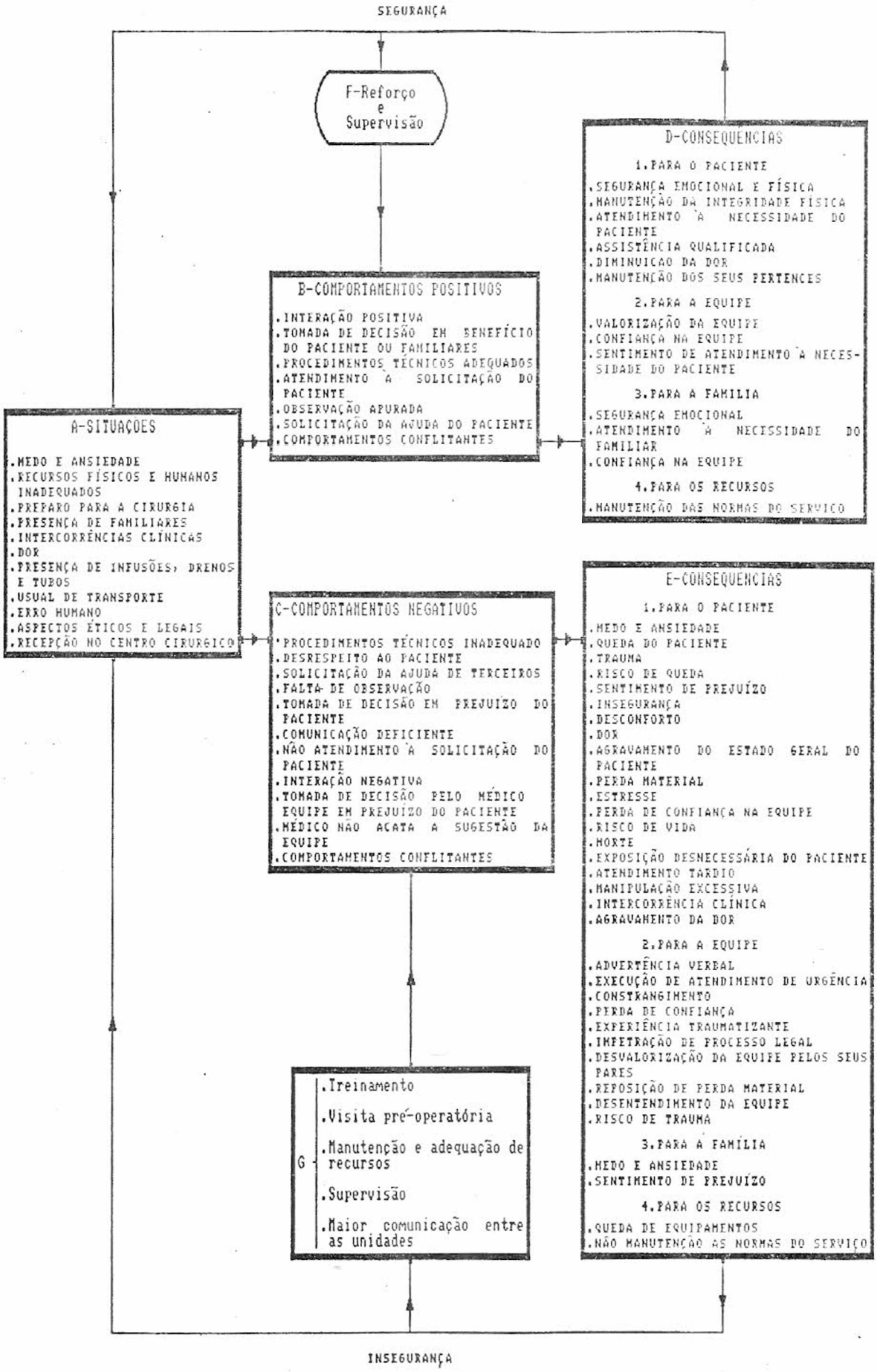
Por isto, de acordo com o já exposto anteriormente, consideramos o transporte do paciente cirúrgico como um processo sistêmico, onde muitos fatores interagem mais do que um produto de um comportamento individual de quem executa o transporte. Existe um processo de "feedback", que estimula o transporte seguro e um que interrompe o processo, conduzindo à insegurança durante o transporte. Mudanças devem ocorrer de forma a modificar a maneira de se executar os transportes de pacientes, levando-os da unidade até o centro cirúrgico e garantindo a segurança física e emocional dos mesmos.

"Pensar sistemicamente é essencial, se mudanças na execução da tarefa são desejadas"(BENTOVIM, 1976, p.160).

2.1. Diagrama em bloco para o transporte do paciente cirúrgico

O primeiro passo para se construir um sistema consiste em estabelecer as interrelações coletadas a partir dos incidentes críticos relatados em um diagrama de bloco, tipo o proposto por BENTOVIM (1976), como na Figura 16, descrevendo os resultados categorizados e fornecendo os muitos elementos envolvidos e suas interrelações.

FIGURA 16 - DIAGRAMA EM BLOCO APRESENTANDO O PROCESSO DE TRANSPORTE DO PACIENTE CIRURGICO



O bloco A contem as diversas situações relacionadas ao paciente que é transportado, informadas pelos elementos da equipe de enfermagem. Essas situações constituem as circunstâncias do paciente, da equipe de enfermagem ou dos recursos que levaram os elementos a emitir determinados comportamentos durante o transporte dos pacientes. Essas situações foram as de: medo e ansiedade; recursos físicos e humanos inadequados; preparo para cirurgia; presença de familiares; intercorrências clínicas; dor; presença de infusões, drenos e tubos; situações usuais de transporte; erro humano; aspectos éticos e legais; recepção no centro cirúrgico.

As situações ("inputs") descritas no bloco A determinam os comportamentos por parte dos elementos da equipe, e estes são as condutas apresentadas pelos sujeitos devido às circunstâncias que influenciam diretamente no processo de transporte do paciente cirúrgico (bloco B). Esses comportamentos constituem as exigências críticas para a execução da tarefa de transporte. Muitos desses comportamentos são previstos pela AORN (1990), e em nosso estudo, encontramos os seguintes comportamentos (exigências críticas) relatados em incidentes críticos positivos: interação positiva; tomada de decisão em benefício do paciente e familiares; procedimentos técnicos adequados; atendimento à solicitação do paciente; observação apurada; solicitação da ajuda do paciente. Encontramos, também, alguns comportamentos que julgamos conflitantes (vide Tabelas 10 e 11).

Entre os comportamentos relatados em incidentes críticos considerados negativos (exigências criticas) e associados à tarefa de transporte, apresentados no bloco C, encontramos: procedimentos técnicos inadequados; desrespeito ao paciente; solicitação da ajuda de terceiros; falta de observação; tomada de

O bloco A contem as diversas situações relacionadas ao paciente que é transportado, informadas pelos elementos da equipe de enfermagem. Essas situações constituem as circunstâncias do paciente, da equipe de enfermagem ou dos recursos que levaram os elementos a emitir determinados comportamentos durante o transporte dos pacientes. Essas situações foram as de: medo e ansiedade; recursos físicos e humanos inadequados; preparo para cirurgia; presença de familiares; intercorrências clínicas; dor; presença de infusões, drenos e tubos; situações usuais de transporte; erro humano; aspectos éticos e legais; recepção no centro cirúrgico.

As situações ("inputs") descritas no bloco A determinam os comportamentos por parte dos elementos da equipe, e estes são as condutas apresentadas pelos sujeitos devido às circunstâncias que influenciam diretamente no processo de transporte do paciente cirúrgico (bloco B). Esses comportamentos constituem as exigências críticas para a execução da tarefa de transporte. Muitos desses comportamentos são previstos pela AORN (1990), e em nosso estudo, encontramos os seguintes comportamentos (exigências críticas) relatados em incidentes críticos positivos: interação positiva; tomada de decisão em benefício do paciente e familiares; procedimentos técnicos adequados; atendimento à solicitação do paciente; observação apurada; solicitação da ajuda do paciente. Encontramos, também, alguns comportamentos que julgamos conflitantes (vide Tabelas 10 e 11).

Entre os comportamentos relatados em incidentes críticos considerados negativos (exigências criticas) e associados à tarefa de transporte, apresentados no bloco C, encontramos: procedimentos técnicos inadequados; desrespeito ao paciente; solicitação da ajuda de terceiros; falta de observação; tomada de

decisão em prejuízo do paciente; comunicação deficiente; não atendimento à solicitação do paciente; interação negativa; tomada de decisão pela equipe e pelo médico em prejuízo do paciente; médico não acata a sugestão da equipe, alguns comportamentos conflitantes (vide Tabelas 10 a 15).

As conseqüências de tais comportamentos constituem-se os "outputs" do processo e foram discriminadas nos blocos D e E, como conseqüências para o paciente, equipe, família e recursos.

No bloco D estão relacionadas as conseqüências relatadas pelos elementos da equipe nos incidentes críticos positivos. As conseqüências positivas para o paciente são: segurança emocional e física; manutenção da integridade física; atendimento à necessidade do paciente; assistência qualificada; diminuição da dor; manutenção dos seus pertences.

As conseqüências positivas para a equipe, relacionadas no bloco D são: valorização da equipe; confiança na equipe, sentimento de atendimento à necessidade do paciente.

As conseqüências positivas para a família, descritas no bloco D são: segurança emocional; atendimento à necessidade do familiar e confiança na equipe.

A conseqüência positiva para os recursos é a manutenção das normas do serviço.

No bloco E estão relacionadas as conseqüências apresentadas pelos elementos da equipe durante os relatos de incidentes críticos negativos. As conseqüências negativas para o paciente são: medo e ansiedade; queda do paciente; trauma; risco de queda; sentimento de prejuízo; insegurança; desconforto; dor; agravamento do estado geral do paciente; perda material; estresse; perda de confiança na equipe; risco de vida; morte; exposição

desnecessária do paciente; atendimento tardio; manipulação excessiva; intercorrência clínica; agravamento da dor, risco de agravamento do estado geral do paciente.

As conseqüências negativas para a equipe, descritas no bloco E, são: advertência verbal; execução de atendimento de urgência; constrangimento; perda de confiança; experiência traumatizante; impetração de processo legal; desvalorização da equipe pelos seus pares; reposição de perda material; desentendimento da equipe e risco de trauma.

As conseqüências negativas para a família, apresentadas no bloco E, são: medo e ansiedade e sentimento de prejuízo.

As conseqüências negativas, para os recursos, relacionadas no bloco E, são: queda de equipamentos e não manutenção das normas do serviço.

Devemos considerar, no processo de transporte do paciente cirúrgico, dois mecanismos de "feedback". Um fornece SEGURANÇA ao sistema e pode ser observado no bloco F. Consideramo-lo de relevada importância, pois o reforço e supervisão da tarefa servem para estimular comportamentos que geram conseqüências consideradas positivas pelos elementos da equipe de enfermagem ligados à tarefa do transporte de pacientes cirúrgicos.

O outro "feedback" é aquele que determina INSEGURANÇA no processo de transporte se os comportamentos forem os considerados como negativos. Para evitá-los, propomos as medidas descritas no bloco G, que são as seguintes: a visita pré-operatória ao paciente cirúrgico, executada pela enfermeira de centro cirúrgico, a fim de minimizar o medo, ansiedade, dor, detectar problemas clínicos; estabelecer medidas que previnam intercorrências clínicas no paciente durante o transporte, além de favorecer

uma interação positiva. Propomos ainda, supervisão e treinamento da equipe periodicamente, o que pode garantir que aspectos éticos e legais sejam respeitados e discutidos; adequação dos recursos humanos; observação e correção de problemas relacionados a preparo físico e emocional do paciente para a cirurgia.

Os enfermeiros devem, ainda, supervisionar os equipamentos, no que tange à adequação e manutenção preventiva e reparadora, a fim de garantir a segurança física dos pacientes e elementos que executam o transporte.

A partir de problemas detectados, os enfermeiros devem encaminhar aos representantes de equipamentos e administração do hospital sugestões para a construção e aquisição de novos equipamentos, de maneira a tentar sanar problemas decorrentes dos mesmos. A adaptação de tais equipamentos aos diversos tipos de plantas físicas dos hospitais pode também ser garantida, não se esquecendo de que o tipo de piso do hospital, a presença de rampas, elevadores antigos, corredores estreitos, entre outros, interferem na tarefa de transporte de pacientes, podendo prejudicar os pacientes que são transportados.

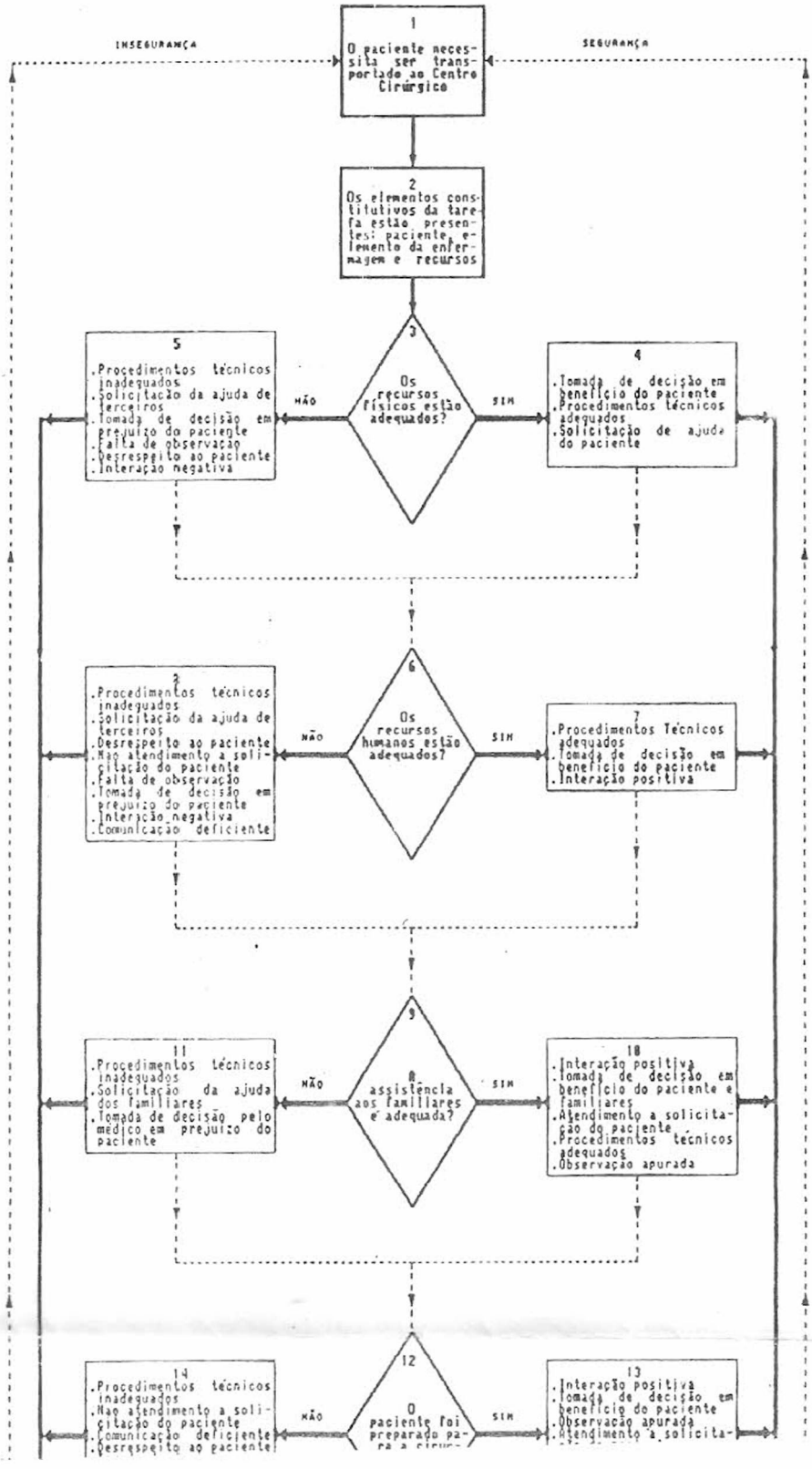
2.2-O procedimento de tomada de decisão para o transporte do paciente que será operado

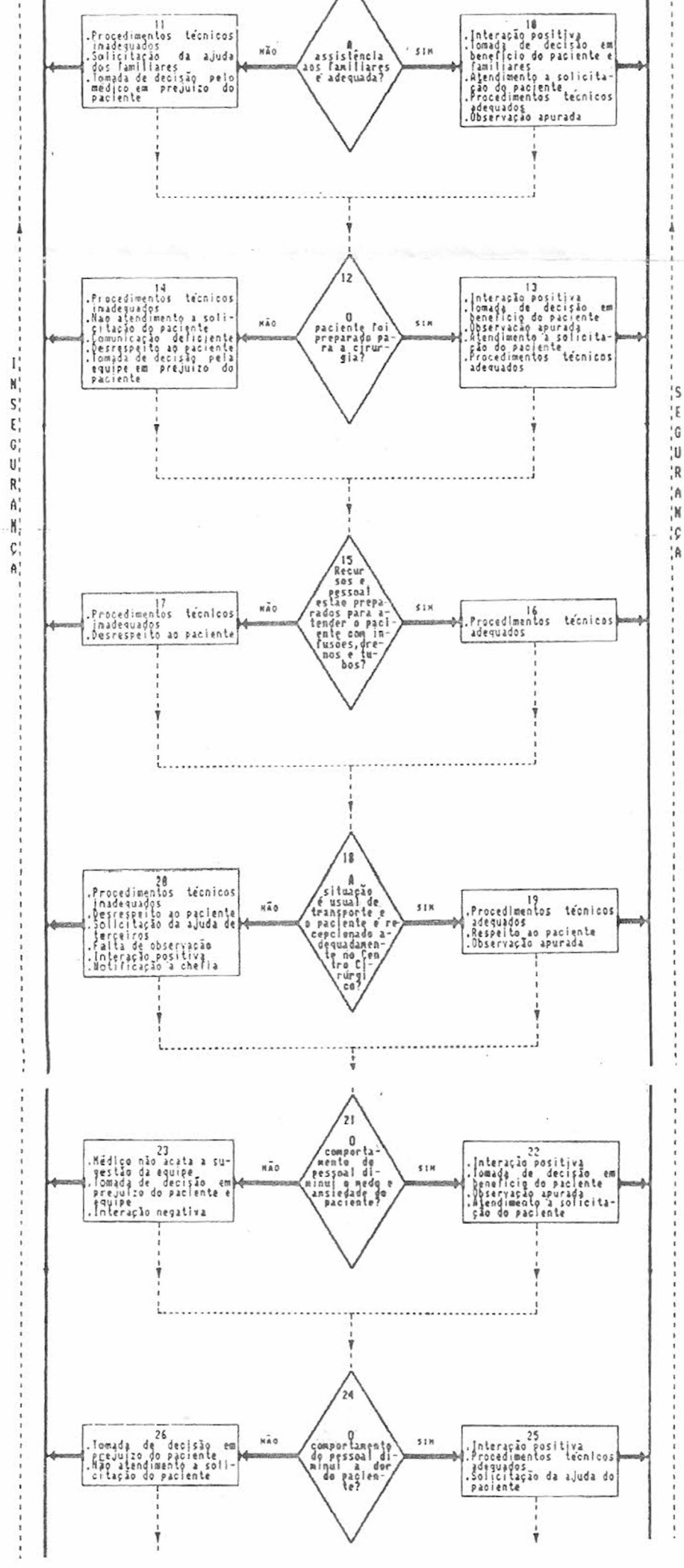
Como já afirmado anteriormente, consideramos o transporte, executado de forma segura, uma responsabilidade de todos que trabalham no sistema centro cirúrgico. Mas, embora seja um processo de decisão a ser incoorporado por todos os elementos que, direta ou indiretamente, estejam envolvidos com a tarefa, é a enfermeira do centro cirúrgico a responsável pelos comportamentos que o pessoal de enfermagem apresenta, bem como pelo treinamento e supervisão dos mesmos.

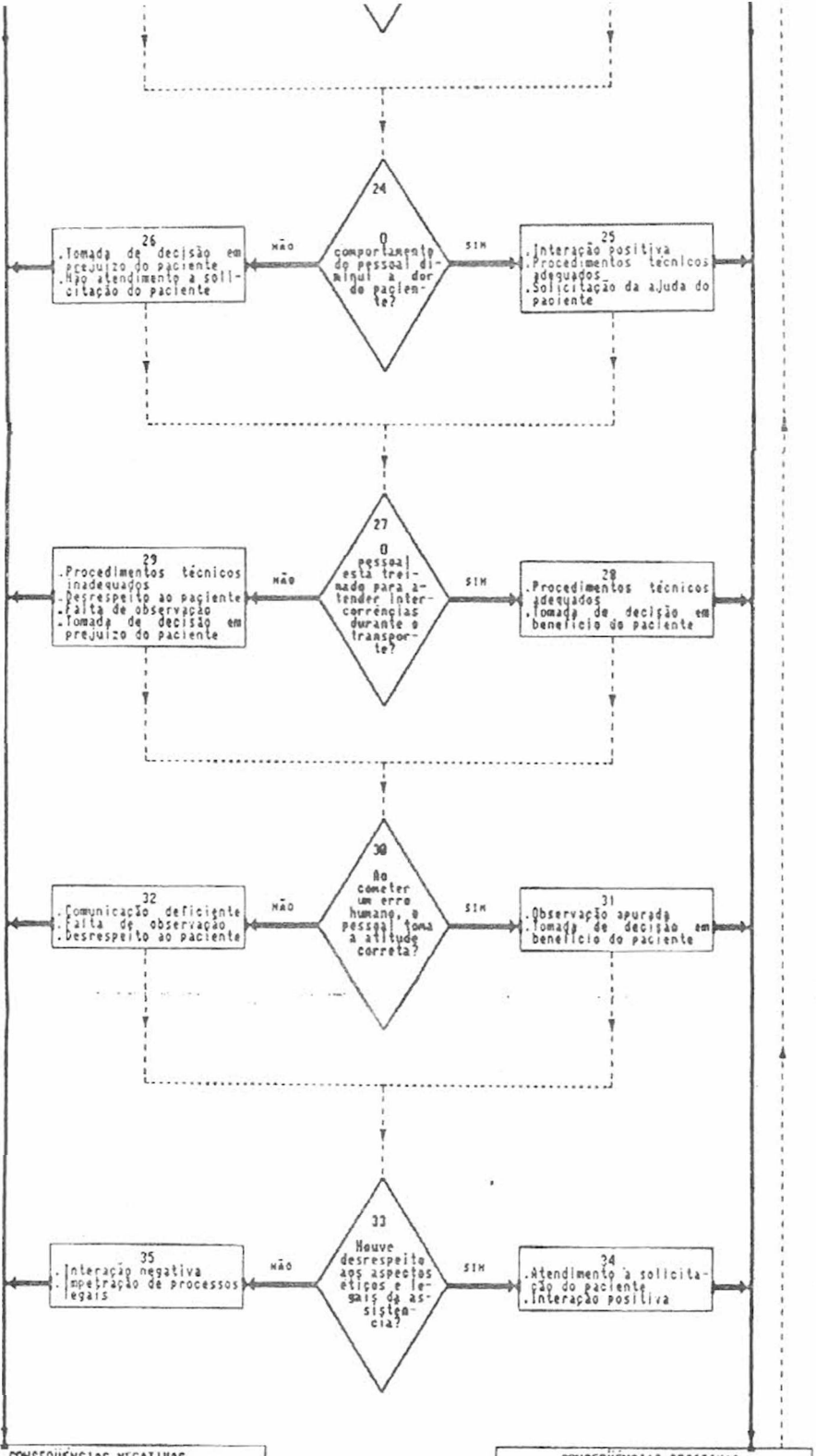
Com nosso estudo pretendemos fornecer subsídios para que a enfermeira possa analisar a tarefa de transporte, executada em seu local de trabalho, através das exigências críticas encontradas e apresentadas na Figura 16.

Para tanto, apresentamos na Figura 17 nossa proposta de tomada de decisão para o transporte do paciente cirúrgico, partindo da unidade de internação e indo para o centro cirúrgico.

FIGURA 17- FLUXOGRAMA DE TOMADA DE DECISÃO NO TRANSPORTE DO PACIENTE CIRÚRGICO




11
.Procedimentos técnicos inadequados
.Solicitação da ajuda dos familiares
.Tomada de decisão pelo medico em prejuizo do paciente
NÃO
A assistência aos familiares é adequada?
SIM
10
.Interação positiva
.Tomada de decisão em benefício do paciente e familiares
.Atendimento a solicitação do paciente
.Procedimentos técnicos adequados
.Observação apurada
14
.Procedimentos técnicos inadequados
.Não atendimento a solicitação do paciente
.Comunicação deficiente
.Desrespeito ao paciente
.Tomada de decisão pela equipe em prejuizo do paciente
NÃO
12
O paciente foi preparado para a cirurgia?
SIM
13
.Interação positiva
.Tomada de decisão em benefício do paciente
.Observação apurada
.Atendimento à solicitação do paciente
.Procedimentos técnicos adequados
17
.Procedimentos técnicos inadequados
.Desrespeito ao paciente
NÃO
15
Recursos e pessoal estão preparados para atender o paciente com infusões, drenos e tubos?
SIM
16
.Procedimentos técnicos adequados
28
.Procedimentos técnicos inadequados
.Desrespeito ao paciente
.Solicitação da ajuda de terceiros
.Falta de observação
.Interação positiva
.Notificação à chefia
NÃO
18
A situação é usual de transporte e o paciente é recepcionado adequadamente no Centro Cirúrgico?
SIM
19
.Procedimentos técnicos adequados
.Respeito ao paciente
.Observação apurada
23
.Médico não acata a sugestão da equipe
.Tomada de decisão em prejuizo do paciente e equipe
.Interação negativa
NÃO
21
O comportamento do pessoal diminui o medo e ansiedade do paciente?
SIM
22
.Interação positiva
.Tomada de decisão em benefício do paciente
.Observação apurada
.Atendimento à solicitação do paciente
26
.Tomada de decisão em prejuizo do paciente
.Não atendimento à solicitação do paciente
NÃO
24
O comportamento do pessoal diminui a dor do paciente?
SIM
25
.Interação positiva
.Procedimentos técnicos adequados
.Solicitação da ajuda do paciente
INSEGURANÇA
SEGURANÇA



CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS

1.PARA O PACIENTE
.Medo e ansiedade
.Queda do paciente
.Trauma
.Risco de queda
.Sentimento de prejuizo
.Insegurança
.Desconforto
.Dor
.Agravamento do estado geral do paciente
.Perda material
.Estresse
.Perda de confiança na equipe
.Risco de vida
.Morte
.Exposição desnecessária do paciente
.Atendimento tardio
.Manipulação excessiva
.Intercorrencia clinica
.Agravamento da dor

2.PARA A EQUIPE
.Advertencia verbal
.Execução de atendimento de urgência
.Constrangimento
.Perda de confiança
.Experiência traumatizante
.Impetração de processo legal
.Desvalorização da equipe pelos seus pares
.Reposição de perda material
.Desentendimento da equipe
.Risco de trauma

3.PARA A FAMÍLIA
.Medo e ansiedade
.Sentimento de prejuízo

CONSEQUÊNCIAS POSITIVAS

1.PARA O PACIENTE
.Segurança física e emocional
.Manutenção da integridade física
.Atendimento à necessidade do paciente
.Assistência qualificada
.Diminuição da dor
.Manutenção de seus pertences

2.PARA A EQUIPE
.Valorização da equipe
.Confiança na equipe
.Sentimento de atendimento à necessidade do paciente

3.PARA A FAMÍLIA
.Segurança emocional
.Atendimento à necessidade do familiar
.Confiança na equipe

4.PARA OS RECURSOS
.Manutenção das normas do serviço

A partir da decisão que o paciente necessita ser operado e, precisa ser transportado até o centro cirúrgico(1), é preciso averiguar se os elementos constitutivos da tarefa (paciente, elemento da equipe de enfermagem e recursos) estão presentes(2). É imprescíndivel que recursos físicos e humanos sejam utilizados, a fim de se proceder à condução do paciente. No entanto, várias perguntas deverão ser formuladas para detectar situações-problema, corrigir disfunções e, assegurar a segurança do paciente que é transportado.

Podemos notar que para cada pergunta apresentada, dois tipos de respostas podem ser fornecidas. Se for positiva, corresponderá à segurança que está sendo dispensada, relativa à situação-problema formulada. Se for negativa, corresponderá à insegurança que está sendo dispensada, relativa à situação-problema formulada. As respostas às questões apresentadas fornecerão os "feedbacks" para as decisões a serem tomadas. O objetivo destes é fornecer energia ao sistema, mantendo e estabilizando a execução da tarefa, de maneira a reduzir ou aumentar as chances de fornecer segurança ao paciente, através das exigências críticas obtidas para a tarefa do transporte.

Com o fluxograma de tomada de decisão no transporte do paciente cirúrgico não pretendemos exaurir nossa discussão sobre o mesmo, mas contribuir para o planejamento de intervenções e estratégias, que possam alterar ou reforçar os comportamentos exigidos para a tarefa, de forma a garantir a segurança dos pacientes e elementos da equipe de enfermagem durante o transporte, oferecendo as exigências críticas para o mesmo, obtidas em nosso estudo.

RESUMO

A presente investigação é um estudo não experimental, do tipo pós-facto-retrospectivo, sobre o transporte do paciente cirúrgico da unidade de internação até o centro cirúrgico, executado por elementos da equipe de enfermagem. Teve como objetivo geral analisar a tarefa do transporte a partir dos incidentes críticos relatados pelos referidos elementos, em entrevista semi-estruturada. O transporte é visto como um processo a partir dos pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas. Identificamos nos relatos os incidentes críticos, extraímos, categorizamos e relacionamos as situações, comportamentos e conseqüências. Obtivemos, dos 109 incidentes críticos relatados, 151 situações, 207 comportamentos positivos e negativos e 257 conseqüências positivas e negativas para o paciente, equipe de enfermagem, família e recursos. As exigências críticas foram formuladas a partir dos comportamentos obtidos em cada situação. Finalmente propusemos um diagrama em bloco, mostrando as exigências críticas para o processo, e um fluxograma de tomada de decisão para garantir a segurança durante o transporte do paciente cirúrgico.

ABSTRACT

The present investigation is a nonexperimental study with a retrospective ex-post fact design about surgical patient transportation from the unit to the operation room, done by nursing personnel. The study's main goal was to analyse the transportation from the critical incidents as narrated by the personnel in semistructured interview. The transportation is viewed as a process using General System Theory framework. Critical incidents were identified in the personnel reports, categorized and the situations, behaviors and consequences were related. From the 109 critical incidents we obtained 151 situations, 207 positive and negative behaviors, and 257 positive and negative consequences to the patient, family, nursing team and resources. The critical requirements were formulated starting with the behaviors obtained in each situation. Finally, we proposed a diagram showing the critical requirements to the process and one flow chart of decision making process to assure safety during the surgical patient transportation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICA

ALEXANDRE, N.M.C. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. Ribeirão Preto, 1987. 114p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

AORN. ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSE, New Orleans. Standards and Recommended Practices for Perioperative Nursing. New Orleans. House of Delegates, 1990.

_____. Recommended Practices - Safe care through identification of potential hazards in the surgical enviromment. Aorn Journal, Denver, v.51, n.4, p.1050-58, april, 1990.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Texto da Lei nº 7498 (LEP). Anexo I. In: A "nova"lei do exercício profissional da enfermagem. Brasília, ABEn, junho de 1986, p. 20-23. (Caderno de Legislação/ Documentos I, Comissão de Legislação).

BAPTISTA, W.A. Contribuição ao estudo da assistência de enfermagem. Análise de alguns fatores relacionados à administração em enfermagem que podem interferir na assistência ao paciente. Ribeirão Preto, 1979. 183p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

BENTOVIM, A. Shame and other anxieties associated with breastfeeding: a systems theory and psychodynamic approach. Cisa Foundation Symposium, v.45, p. 159-78, 1976.

BERTALLANFY, L.V. Teoria Geral dos Sistemas. 3.ed., Rio de Janeiro, Vozes, 1977.

BIJOU, S.W. et.al. Methodology for experimental studies of children in natural settings. The Psychological Record, v.19, p. 177-20, 1969.

CHAVES, M.M. Saúde e Sistemas. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1972.

CHIANCA, T.C.M.; GARANHANI, M.L. Próximo ou distante do paciente na sala de pré-anestesia? Elaboração, validação e aplicação de um instrumento de imediacidade. IN: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3º, Ribeirão Preto-SP, 13 a 15 de maio de 1992, Anais. Ribeirão Preto, ABEn-SP, 1992, p. 30-44.

DELA COLETA, J.A. A análise do trabalho e a determinação de critérios em psicologia aplicada. Arq. Bras. Psic. Aplicada, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.71-82, jul/set, 1972.

_____. A técnica dos incidentes críticos - Aplicação e resultados. Arq. Bras. Psic. Aplicada, v.26, n.2, p.35-58, abr/jun, 1974.

EAUSTAUGH, S.R. Hospital Nursing Techinical Efficiency Nurse Extenders and enhanced Productivity. Hospital & Health Services Administration, v.35, n.4, p.561-73, Winter, 1990.

FERREIRA-SANTOS, C.; MINZONI, M.A. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. Rev. Bras. Enf., Rio de Janeiro, v.21, n.5, p. 396-442, outubro, 1968.

FLANAGAN, J.C. A técnica do incidente crítico. Arq. Bras. Psic. Aplicada, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.99-141, abr/jun, 1973.

FONTES, M.C.C. et.al. O trauma cirúrgico - Importância da orientação pré-operatória. Rev. Bras. Enf., v.33, p.194-200, 1980.

GENDRE, F. Les critères de réussite dans la mecanique ("un essai d'application de la technique des incidents critiques"). In:DELA COLETA, J.A. A técnica dos incidentes críticos - aplicações e resultados. Arq. Bras. Psic. Aplicada, v.26, n.2, p. 35-58, abr/jun, 1974.

HANN, C.J. The relationship of care planning to risk management and quality assurance. IN: ROTHROCK, J.C. Perioperative Nursing Care Planning. Saint Louis, Mosby Company, 1990.

JOHNSON, M.M.; MARTIN, M.J. A sociologycal analysis of the nurse role. Am. J. Nurs., v.58, n.3, p.373-7, mar., 1958.

JOUCLAS, V.M.G. Análise da função do circulante de sala de operações de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos. São Paulo, 1987. 214 p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

LEPLAT, J. Erreur Humaine, Fiabilité Humaine Dans Le Travail. Paris, Armand Colin, 1985.

LUCKMANN, L; SORENSEN, K.C. Medical - surgical Nursing. A psychophysiologic Approach. 2ªed. Philadelphia, Saunders Company, 1980.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA NACIONAL DE AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE. Normas e padrões de construção e instalações de serviços de saúde. 2.ed., MS/ Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde, 1983.

MOSS, F.T.; MEYER, B. The effects of nursing interaction upon pain relief in patients. Nursing research, v.15, n.4. p.303-6, Fall, 1966.

NOGUEIRA, M.S. Incidentes críticos da passagem de plantão. Ribeirão Preto, 1988. 109 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

NOGUEIRA, M.S. et al. Técnica dos incidentes críticos - uma alternativa metodológica para análise do trabalho em áreas cirúrgicas. Medicina, Ribeirão Preto, v.23, n.1, p.18, jan/mar, 1990.

OGUISSO, T. Implicações ético-legais no exercício da enfermagem em centro cirúrgico. Enfoque, São Paulo, v.15, n.1, p.7-10, 1987.

PANZA, A.M.M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira de centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, no dia da cirurgia e no pós-operatório. São Paulo, 1977. 75p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

PETERSON, D. Safety Programs. IN: LaDOU, J. Introduction to Occupational Health and Safety. Chicago, National Safety Council, 1986.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.B. Nursing research - Principles and Methods. 3.ed., New York, Lippincott Company, 1983.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.B. Nursing research - Principles and Methods. 4.ed., New York, Lippincott Company, 1991.

RAMOS, D.S. A técnica do incidente crítico: uma aplicação em administração de enfermagem. Rio de Janeiro, 1980. 64p. Dissertação (Mestrado). Escola Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RAVAGNANI, M.J.C. Vivências de mulheres submetidas à cesiomoldagem. Ribeirão Preto, 1991. 132p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

SALVARANI, M.C.C. O paciente cirúrgico e suas expectativas de comunicação com a enfermeira. Ribeirão Preto, 1991. 94p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

_____; CHIANCA, T.C.M. Os efeitos da interação entre enfermeira e paciente na situação de dor. IN: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 3º, Ribeirão Preto-SP, 13 a 15 de maio de 1992, Anais. Ribeirão Preto, ABEn-SP, 1992, p.481-91.

SAWADA, N. Dimensão não-verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória. Ribeirão Preto, 1990. 97p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

SMITH,S; DUELL,D. Nursing skills and evaluation- A nursing process approach, St. Louis, C.V. Mosby Company, 1982.

SHAFER, K.N. et. al. Medical Surgical Nursing, 6ª ed., Saint Louis, Mosby Company, 1975.

SILVA, R.F.; SILVA, T.M. Implantação de uma sistemática de assistência de enfermagem no perioperatório. Proposta preliminar. IN: JORNADA DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 3ª, Ribeirão Preto-SP, 05 a 07 de julho de 1989. Anais. Ribeirão Preto, ABEn-SP, 1989, p.72-91.

TREVIZAN, M.A. Estudo das atividades dos enfermeiros-chefes de unidades de internação de um hospital-escola. Ribeirão Preto, 1978. 117p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

TANNEMBAUM, A.S. Psicologia Social da Organização do Trabalho. São Paulo, Atlas, 1976.

ANEXO 3

Ribeirão Preto, de de 199 .

Caro Sr(a).

Estamos realizando uma pesquisa sobre o TRANSPORTE DO PACIENTE CIRÚRGICO. Solicitamos, de V.Sa., autorização para entrevistarmos enfermeiros do hospital e funcionários da equipe de enfermagem ligados à tarefa de transportes do paciente da Unidade de Internação até o Centro Cirúrgico.

Aguardamos deferimento e aproveitamos a oportunidade para antecipadamente agradecermos.

Atenciosamente,

TÂNIA COUTO MACHADO CHIANCA
Aluna do Curso de Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 4

Ribeirão Preto, de de 199 .

Prezada colega,

Estamos atualmente desenvolvendo uma pesquisa sobre o transporte do paciente da Unidade até o Centro Cirúrgico.

Nosso objetivo é determinar as exigências críticas para a tarefa do transporte, a fim de garantir a eficiência e segurança na referida tarefa.

Coletamos incidentes críticos de enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem, ligados à tarefa, através de entrevista semi-estruturada. Analisamos os dados pelo seu conteúdo, agrupamo-los e os categorizamos.

Como parte deste trabalho, solicitamos a sua colaboração, como interessado que é na área de enfermagem cirúrgica, para validar as categorias que criamos. Para tanto, verificamos o índice de concordância, ou seja, se os relatos são classificados na mesma categoria pelo juiz e o pesquisador.

Para isso, assinale no C (se concorda) ou D (se discorda). No rodapé, deixamos espaços para as observações e sugestões que julgar necessárias.

Reconheço seus múltiplos compromissos, mas a sua participação em meu trabalho é imprescindível.

Desde já agradeço a sua compreensão e peço o grande favor de entregar sua apreciação até o dia / /199 .

Cordialmente,
