

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 275/2023

Assunto: Responsabilidade do enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

1. QUESTÃO COLOCADA

"Necessito esclarecimento sobre de quem é a responsabilidade da passagem de informações do utente no recobro após a realização da cirurgia."

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. Da Regulação da Profissão

A regulação das intervenções e das competências dos Enfermeiros nos vários contextos do exercício profissional é uma das atribuições da Ordem dos Enfermeiros. Assim, o quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de trabalho encontra-se plasmado, entre outros, nos seguintes documentos:

- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado no Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril;
- Deontologia Profissional, publicado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro;
- Regulamento do Ato do Enfermeiro, publicado no Regulamento n.º 613/2022, de 8 de Julho;

No âmbito da regulação da profissão de enfermeiro, além dos documentos legislativos citados, a Ordem dos Enfermeiros publicou em Diário da República vários regulamentos, nomeadamente:

- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Regulamento n.º 190/2015);
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019);
- Regulamentos das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas nas várias áreas de Especialidade.

Além disso, publicou os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em cada área de especialidade.

2.2. Da Competência Profissional

A Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

Dessa forma, o título profissional de **enfermeiro** reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais e o título profissional de **enfermeiro especialista** reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros.

O enfermeiro detém, portanto, conhecimentos que lhe permitem decidir e usar meios e técnicas próprias da profissão, potenciando e rentabilizando os recursos existentes. Fá-lo com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente, respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade.

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 275/2023

Num contexto de actuação multiprofissional, aos enfermeiros são reconhecidos dois tipos de intervenção:

- Intervenções autónomas – As realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção;
- Intervenções interdependentes – As intervenções dos enfermeiros realizadas de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros profissionais, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multiprofissionais em que se encontrem integrados, cabendo-lhe, no respeito pela sua autonomia, a responsabilidade de decidir sobre a sua implementação, assegurando a continuidade de cuidados e a avaliação dos resultados, de acordo com as respectivas competências e qualificações profissionais.

Em ambas as intervenções, os enfermeiros têm autonomia para decidir sobre a sua implementação, tendo por base os conhecimentos técnico-científicos que detêm, a identificação da problemática da pessoa, os benefícios, os riscos e os problemas potenciais que da implementação podem advir, actuando no melhor interesse da pessoa cuidada. Assim, o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, trabalha em articulação com os restantes profissionais de saúde, integra a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços e co-responsabiliza-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento.

O enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Deste modo, o enfermeiro deve assegurar a actualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de acções de qualificação profissional para desenvolver competências e aperfeiçoamento profissional.

Compete, igualmente, às organizações e serviços de saúde proporcionar estratégias de formação em serviço que promovam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar às pessoas.

2.3 Da responsabilidade do enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

A segurança do doente é um elemento fulcral da qualidade em saúde, sendo reconhecida como área prioritária de intervenção nos cuidados de saúde universais e modernos (1).

A prestação de cuidados seguros deve constituir uma preocupação primária para os seus profissionais e responsáveis pelas instituições de saúde, porque é assumido como um direito da pessoa doente e sua família, no qual a sua promoção e consolidação é da responsabilidade da equipa saúde, onde o enfermeiro é parte integral (2).

As falhas na comunicação têm vindo a ser identificadas, como um dos fatores promotores de incidentes nas pessoas submetidas a cuidados de saúde, especificamente na comunicação interprofissional (3–5).

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 275/2023

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, identifica a Comunicação como um dos referenciais de promoção e estabilização da segurança do doente, reconhecendo a pertinência da comunicação eficaz em todos os momentos de prestação de cuidados, mas com especial importância nos momentos de transição de cuidados. Momentos, onde são realizadas as transferências de responsabilidade e da informação, entre todos os profissionais incluídos na prestação de cuidados de saúde. Mas reconhecidos, pela presença de alto risco para o desenvolvimento de falhas na comunicação, pondo em causa a garantia da transmissão da informação pertinente, potenciando as quebras na continuidade dos cuidados de saúde e expondo a pessoa doente a uma elevada vulnerabilidade (6,7).

A pessoa a necessitar de intervenção cirúrgica encontra-se submetida a inúmeras transições, desde o momento pré-operatório até ao pós-operatório (8). O Bloco operatório é considerado um ambiente de prática clínica de alto risco, pela sua complexidade, potencialidade para desenvolvimento de erros clínicos e exigência pelo trabalho de equipa eficaz (9).

O enfermeiro que presta cuidados a uma pessoa no período perioperatório é um enfermeiro que mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar essa pessoa e sua família/pessoa significativa, que vivenciam processos de saúde/doença que implicam a realização de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório. Esse enfermeiro participa no processo de cuidados contribuindo para a promoção da compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitação para o autocuidado e reintegração familiar e social. A sua intervenção pode ocorrer em cinco áreas de atuação (consulta perioperatório, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos) e dividida em três períodos: pré, intra e pós -operatório, iniciando este último, com a entrada da pessoa na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), e terminando quando está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (10).

A UCPA é um dos locais do bloco operatório, mais suscetíveis para o desenvolvimento de falhas na comunicação interprofissional, encontrando-se associado a transferências de baixa qualidade comunicacional (11-16), por ser um local com processos dinâmico e complexo, com múltiplas funções, profissionais e especialidades, expondo a equipa de saúde à exigência do desenvolvimento de um trabalho em equipa e uma comunicação eficaz (14,16,17).

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória encontram-se regulamentadas num quadro de referência orientador dos principais domínios de competência para este enfermeiro especialista. Cada uma integra unidades de competência, onde se insere o desenvolvimento da intervenção orientada para uma perspetiva interprofissional e onde é reconhecido a sua habilidade para comunicar de forma eficaz, promovendo a segurança cirúrgica (10).

A transição de cuidados seguros deve ser realizada com base numa comunicação eficaz entre os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados, sendo seu dever assegurar uma comunicação “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida (...)” (7, pg.4).

O recurso a uma transição estruturada, tem o potencial de melhorar a qualidade das transições pós-operatórias e a segurança das pessoas sujeitas a uma intervenção cirúrgica, devendo seguir um conjunto de recomendações, como a realização de processos padronizados, a presença e a atenção de todos os membros relevantes da equipa durante a transição, a promoção de uma “comunicação aberta”, onde todos os membros têm a oportunidade de falar ou questionar e o treino em competências na comunicação e no trabalho em equipa (16).

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 275/2023

A existência de um modelo padronizado é relevante para a gestão da segurança do doente (14), sendo reconhecidos os ganhos em saúde, quando implementadas políticas e estratégias que reduzam a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde associados à comunicação, mas que requerem o envolvimento, a responsabilidade estruturada e persistente de todas as partes interessadas (6).

A AORN (*Association of PeriOperative Registered Nurses*) recomenda a instituição do processo de transição padronizado, e a escolha da equipa interdisciplinar para a realização do mesmo, devem ser realizadas pela organização de saúde (18). Devendo existir um esforço para envolver todas as disciplinas envolvidas na transição do cuidado (8). A equipa deve incluir enfermeiros circulantes, de anestesia e de UCPA, que no momento da transição de cuidados conferem as seguintes diretrizes: seguir a atribuição de funções e responsabilidades de cada membro da equipa previamente atribuídas; limitar a comunicação, apenas a informações específicas sobre a pessoa doente; permitir que apenas um elemento da equipa perioperatório, fale de cada vez; limitar distrações e interrupções ao mínimo possível; utilizar documentação de apoio; facilitar a oportunidade de todos os elementos da equipa, expressarem suas preocupações e realizarem questões (18).

Contudo, a escolha de quem é a responsabilidade de transição dos cuidados deve ficar bem definida, de forma a evitar a falhas na comunicação e comprometer a segurança do doente (14). Por isso, seguindo as orientações da “International Federation of Perioperative Nurse”, relativamente ao ano de 2019, a responsabilidade pela transição de informação no período pós-operatório, recai sobre a enfermeiro de anestesia. Estas recomendações serão revistas em maio de 2023, sendo as disponíveis atualmente (19). Sendo sustentadas também, pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (AESOP), embora deixando abertura para a colaboração do enfermeiro circulante, durante a transmissão de ocorrências pertinentes (20). Contudo, tendo em conta, que uma cultura de segurança do doente bem desenvolvida, se encontra associada a resultados positivos para a pessoa doente, reconhece-se a possibilidade de participação de todas as partes na tomada de decisão, bem como a oportunidade de abertura na comunicação (21).

Durante o momento de transição de cuidados, recorda-se ainda a necessidade de recorrer às recomendações da DGS, em relação ao recurso da metodologia ISBAR, por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Permitindo a perceção das mensagens, através do recurso a um instrumento padronizado, que possibilita a troca de informações de forma simples, flexível, concisa e clara, sobre os cuidados de saúde no contexto perioperatório (6,7).

3. CONCLUSÃO

Face ao exposto considera o Conselho de Enfermagem que:

- 3.1. A qualidade e segurança na prestação dos cuidados de saúde, deve ser uma preocupação fundamental, não só, dos profissionais mas também dos gestores das instituições de saúde.
- 3.2. Em termos legais, os enfermeiros respeitam os deveres previstos na Deontologia Profissional e nos regulamentos do exercício da profissão, que enfocam a boa prática dos cuidados de Enfermagem.
- 3.3. No exercício profissional dos enfermeiros, a execução de procedimentos diferenciados, dentro de um contexto legalmente enquadrado, deve ocorrer no âmbito de um processo claro, normalizado e monitorizado a nível institucional, acompanhado de formação e experiência devidamente documentadas.
- 3.4. Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional.

PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM N.º 275/2023

- 3.5. Em suma, não obstante, estarem em processo de revisão, devem seguir-se as orientações internacionais que atribuem a responsabilidade pela transição de informação no período pós-operatório ao enfermeiro de anestesia.
- 3.6. Todavia, uma cultura de segurança do doente bem desenvolvida, que se encontra associada a resultados positivos para a pessoa doente, deve reconhecer-se a possibilidade de participação de todas as partes na tomada de decisão, bem como a oportunidade de abertura na comunicação.
- 3.7. Evidencia-se que, no momento de transição de cuidados, se recorra às recomendações da DGS, em relação ao recurso da metodologia ISBAR, por parte de todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021 - 2030, Towards Eliminating Avoidable Harm in Health care. 2021;03(01):1–109.
2. Despacho n.º 5613/2015. Ministério da Saúde. Diário da República, II série - nº 102. 2015;8174–5.
3. Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker GR, Reznick R, et al. Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Qual Saf Heal Care*. 2004;13(5):330–4.
4. The Joint Commission. Sentinel Event Data Event Type by Year. 2016; Available from: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/
5. Syyrilä T, Vehviläinen-Julkunen K, Härkänen M. Communication issues contributing to medication incidents: Mixed-method analysis of hospitals' incident reports using indicator phrases based on literature. *J Clin Nurs*. 2020;29(13–14):2466–81.
6. Despacho n.º 9390/2021. Gabinete do Secretário de estado Adjunto e da Saúde. Diário da República, II série N.º 187 ,24 setembro 2021 [Internet]. 2021;96–103. Available from: <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
7. DGS. Norma DGS n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção Geral da Saúde [Internet]. 2017;8. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
8. Methangkool E, Tollinche L, Sparling J, Agarwala A V. Communication: Is There a Standard Handover Technique to Transfer Patient Care? *Int Anesthesiol Clin*. 2019;57(3):35–47.
9. Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Error. In *Treasure Island (FL)*; 2021.
10. Ministério da Saúde. Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2ª Série [Internet]. 2018;N.º 135:19359–70. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>
11. Alain-S Eichenberger 1, Guy Haller, Nicole Cheseaux, Vincent Lechappe, Philippe Garnerin BW. No TitleA clinical pathway in a post-anaesthesia care unit to reduce length of stay, mortality and unplanned intensive care unit admission. *Eur J Anaesthesiol*. 2011;28:859–66.
12. Smith AF, Pope C, Goodwin D, Mort M. Interprofessional handover and patient safety in anaesthesia: Observational study of handovers in the recovery room. *Br J Anaesth* [Internet]. 2008;101(3):332–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aen168>
13. Siddiqui N, Arzola C, Iqbal M, Sritharan K, Guerina L, Chung F, et al. Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: An analysis of patient handover. *Eur J Anaesthesiol*. 2012;29(9):438–45.
14. Wang X li, He M, Feng Y. Handover Patterns in the PACU: A Review of the Literature. *J Perianesthesia Nurs* [Internet]. 2021;36(2):136–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.005>
15. Milby A, Böhmer A, Gerbershagen MU, Joppich R, Wappler F. Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: A prospective analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58(2):192–7.

**PARECER DO CONSELHO DE ENFERMAGEM
N.º 275/2023**

16. Noa Segall, PhD*, Alberto S. Bonifacio, BSNT, Rebecca A. Schroeder, MD*,†, Atilio Barbeito, MD*,†, Dawn Rogers, BSNT, Deirdre K. Thornlow, RN, PhD‡, James Emery, PhD, Sally Kellum, RN-BC, MSN||, Melanie C. Wright, PhD and Jonathan B. Mark, MD* O behalf of, *Department the DVPSC of I. Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Anesth Analg.* 2012;115(1):102–15.
17. Preckel B, Staender S, Arnal D, Brattebo G, Feldman JM, Ffrench-O’Carroll R, et al. Ten years of the Helsinki Declaration on patient safety in anaesthesiology An expert opinion on peri-operative safety aspects - Chapter 8: Care transitions, handovers and continuity of peri-operative medical care: recent developments and how to train resi. Vol. 37, *European Journal of Anaesthesiology.* 2020. 521–610 p.
18. AORN. Guideline for team communication IN: *Guidelines for perioeprative practice.* AORN J. 2018;108(2):745–72.
19. International federation of perioperative nurses. *Guideline for Patient Safety* [Internet]. 2019. Available from: https://www.ifpn.world/application/files/2415/7951/7009/1011_Patient_Safety_.pdf
20. ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS. *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA- Da Filosofia à Prática de Cuidados.* Lusodidacta., editor. 2012. 110–145 p.
21. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: Systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(11):1–11.

Data de emissão: 31/03/2023

Pe’O Conselho de Enfermagem



Ana Maria Leitão Pinto da Fonseca
(Presidente)