

Responsabilidade Profissional: *cinco estrelas e bandeira azul*.

Dos conceitos a um relanceio ao contexto de enfermagem perioperatória

Lucília Nunes¹

Este² é um assunto acerca do qual se poderiam escrever muitos livros e, decerto, ainda ficariam coisas importantes por abordar. Por isso, o presente artigo só pode ter a pretensão de apontar e sugerir alguns aspectos, como contributos ao pensamento ou subsídios ao caminho. Está estruturado em três *blocos* articulados: o primeiro, que se refere à conceptualização da responsabilidade, o segundo que se debruça sobre a responsabilidade profissional do enfermeiro e, o terceiro, reportando ao contexto específico da enfermagem perioperatória.

1 – DA RESPONSABILIDADE

§ Atentando à etimologia, **responsabilidade** deriva do latim *re-spondere*, comprometer-se (*spondere*) perante alguém, e é usado como “a capacidade-e-obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências”⁽³⁾, mas, conforme os contextos - jurídico, ético, psicológico, sociológico, religioso... - pode adoptar diferentes significações. Inclui assim, e simultaneamente, as ideias de uma **capacidade** - a responsabilidade é função do nível de discernimento de que se pode fazer prova - e de uma **obrigação** - a de responder pelos actos praticados e pelos compromissos

¹ Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem e em História Cultural e Política. Licenciada e doutorada em Filosofia.

² A escolha dos termos do título: *cinco estrelas* para reportar à excelência (utilizado no artigo «*Cinco estrelas*»: *acerca das competências morais no exercício de enfermagem*. Revista Nursing, Novembro 2002) e a *bandeira azul* como símbolo de qualidade, que distingue o esforço de várias entidades no sentido da melhoria do ambiente, da informação e da segurança dos cidadãos.

³ Cf. CABRAL, Roque – «Responsabilidade», in Logos, vol. 4: 724.

assumidos. Quando se evoca a responsabilidade, a ideia que surge é a de que se pretende reconhecer como responsável aquele que é o autor dos seus actos – ou seja, um acto pode ser atribuído a alguém. Mas a responsabilidade é também a que se exerce no compromisso assumido ou perante uma missão que nos é atribuída; quando a obrigação é de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos; portanto, quando se trata de responder por algo que nos foi confiada ou por alguém que temos ao nosso cuidado. A forma desta ideia, na deontologia de enfermagem, é concretizada no dever de «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega»⁴.

§ Seguimos⁵ o pensamento de Ricœur quando afirma que a responsabilidade sofre de ambiguidade e a apresenta em **dois sentidos**: no mais débil, diz-se responsável o que é o autor dos seus actos (aqui recomenda utilizar o termo *imputação*) e no, sentido mais forte, a “verdadeira responsabilidade não é senão a que se exerce a respeito de alguém ou alguma coisa frágil, que nos será confiada”⁶. Neste sentido, é preciso que alguma coisa ou alguém me seja confiado, por Outro, para que eu possa ser tido por responsável. “A ideia de “tomar a cargo” é absolutamente central: algo ou alguém “tem de ser posto à minha guarda, sob a minha protecção”⁷. Trata-se de um “jogo entre estrutura pessoal e alteridade dado que é sempre por um Outro que sou responsável, um Outro que, em acréscimo, poderá eventualmente pedir-me contas”⁸.

§ **Ser responsável** ultrapassa, desta forma, a capacidade de designar a si mesmo como o «verdadeiro autor» de uma acção cometida ou de assumir a acção realizada – delineia-se “como ter a cargo uma certa zona de eficácia, onde a fidelidade à palavra dada é posta à prova”⁹. Equacionar a eficácia aponta para os resultados tal como a eficiência resulta do processo no cumprimento da tarefa.

⁴ Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), artº 79, alínea b).

⁵ Cf. *Justiça, Poder e Responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2005. Note-se que esta análise de conceito se baseia exactamente neste livro, Parte I, capítulo 3, Responsabilidade.

⁶ AESCHLIMANN, J-C – Entretien. In *Éthique et responsabilité*. Paul Ricœur, p.25.

⁷ Idem, p.25.

⁸ Idem, p.25.

⁹ Ibid, p.31.

Ter a seu cargo “uma zona de eficácia”, de certa forma espacializa a missão, fazendo-nos reencontrar a questão de delimitar, estabelecer fronteiras, dos limites, e igualmente dos resultados. A noção de compromisso, retomada a partir de uma ética da promessa¹⁰, filia-se à palavra dada e ao empenhar-se a si mesmo por um Outro, que se confia¹¹ ao cuidado, pelo qual se é responsável. Um Outro, com implícita vulnerabilidade ou incapacidade, um Outro que pode pedir(-me) contas, um Outro em relação ao qual me comprometi.

§ Será elementar a afirmação de que a vida em sociedade pressupõe um complexo de relações, algumas das quais **juridicamente** ordenadas. A figura e a noção de responsabilidade assumiu contornos reguladores, assentes no princípio de reparar o prejuízo causado, pois quando se fere um interesse protegido torna-se imperioso o seu ressarcimento por parte de quem o lesou. Se a natureza do ressarcimento é patrimonial, configura-se a responsabilidade civil, duplamente baseada em não lesar o próximo e em reparar o dano causado¹². A responsabilidade civil supõe necessariamente este dever de reparação, por razões de pleno interesse individual e social - se um determinado comportamento de uma pessoa (agente) contribui para o prejuízo sofrido por outra (vítima), não é qualquer acto humano (como, por exemplo, pedir desculpa) que é considerado apto a gerar o efeito ressarcitório. Se somos responsáveis pelas consequências dos nossos actos, a noção de imputação leva-nos à de retribuição, quer enquanto obrigação de reparar o mal, quer a de cumprir uma pena, e tem grande relevância no plano jurídico, quer no direito penal (uma vez que é pela imputação da falta ao seu autor que se chega à punição) quer no direito civil, embora aqui ressalte a obrigação de reparar o mal - a indemnização. Em **direito civil** a responsabilidade define-se pela obrigação de reparar o dano que se causou por um erro ou falta cometida nos casos definidos pela lei e, em **direito penal**, a responsabilidade é definida pela obrigação de suportar o castigo. Também no

¹⁰ Ibid., p.31.

¹¹ Na relação que o enfermeiro estabelece com o seu cliente, a confiança se estabelece a entrega e a aceitação de encargo (por isso, confiado), pelo que estaremos na esfera da responsabilidade fiduciária, exactamente assente sobre os vínculos que a confiança entretece. E esta é uma das bases da nossa esfera profissional.

¹² Cf. RANGEL, Rui Manuel de Freitas - *A reparação judicial dos danos na responsabilidade civil : um olhar sobre a jurisprudência*. Coimbra: Almedina, 2002.

plano disciplinar está subjacente a identificação da falta e da consequente punição, deixando de igual modo para o plano do direito civil a reparação.

§ Considerar a questão dos actos ilícitos reconduz-nos à imputabilidade face ao que é contrário ao direito (com salvaguarda, da objecção de consciência) sendo possível que um agente viole uma norma, tenha culpa e possa fazê-lo com dolo ou negligência. Assim, o **dolo** e a **negligência**, enquanto modalidades da culpa para o Direito civil, diferem porque, no primeiro, o acto é praticado com a intenção de produzir um resultado danoso e, na segunda, existe falta de cuidado sem intenção, por exemplo, por não se prever e, em consequência, não se tomar as devidas precauções. A partir da figura da culpa evidenciam-se diversas raízes para a **acção negligente**, de que decorre o incumprimento ou o cumprimento defeituoso da obrigação: a) a imprudência, quando se procede de uma forma precipitada ou sem prever os resultados, portanto, inadvertidamente; b) a omissão, no sentido da falta de algo cuja realização teria evitado o dano e c) a imperícia, quando existe inaptidão, inabilidade ou inexperiência para a prática de determinado acto (do que resulta fazer mal feito ou fazer errado).

Apesar de podermos entender próximas estas categorias, consideramos que uma acção faltosa ou não conforme ao dever pode surgir por uma delas ou mais do que uma, em simultâneo: por exemplo, é possível associar a imperícia a uma acção imprudente, pois a primeira se reporta à incompetência no processo e a segunda à não-previsão de resultado.

§ Os **requisitos da responsabilidade**, na perspectiva jurídica são que: a) exista uma conduta contrária à ordem (civil, criminal ou deontológica) constituída em facto; b) uma violação da obrigação contratual ou a violação de um direito de outrem, algo que não foi o que deveria ter sido; c) a imputação do acto ao agente, considerado seu verdadeiro autor; d) o dano ou prejuízo causado; e) o nexo de causalidade entre a conduta e o dano.

Assim, a configuração da responsabilidade exige três elementos objectivos, a saber, um fato ilícito, um prejuízo causado e um nexo causal entre os dois. A questão do **nexo causal** é importante, estabelecendo a relação entre o resultado e a acção e permitindo afirmar que *esta* acção produziu *aquele* resultado. O dano,

que engloba o mal ou ofensa que uma pessoa cause a outra, aparece como resultado de uma causa ou cadeia causal, tendo de existir um vínculo (o nexo causal) entre ambas. Assim, para que seja exigível a responsabilidade civil não basta que alguém tenha agido com culpa, nem que outro alguém tenha sofrido um prejuízo; deve reunir-se a existência de um vínculo de causa-efeito entre a culpa e o dano, isto é, considera-se necessário que o dano sofrido seja a consequência da culpa cometida¹³. Do ponto de vista jurídico, o ponto nuclear da culpa parece ser a previsibilidade, pois esta capacidade de previsão dos eventos passíveis de ocorrerem, segundo as regras técnicas ou as da experiência, condiciona a ilicitude (costuma ser definida como a censurabilidade) da acção culposa.

2 – DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

§ Data de 21 de Abril de 1998 a publicação do documento legislativo que criou a **Ordem dos Enfermeiros**, em cujo Preâmbulo se declara que “as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente”¹⁴. Esta noção de desenvolvimento de um determinado tipo de *praxis*, descrita como complexa, diferenciada e exigente, foi permitindo assumir elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população. A relevância dos enfermeiros é enquadrada no “funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”. Nos Estatutos¹⁵, afirma-se o desígnio fundamental da Ordem: “promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de

¹³ MAZEAUD; TUNC - *Tratado Teórico y Práctico de Ia Responsabilidad Civil, Delictual y Contractual*. Buenos Aires, EJE, 1977, t. II, v. 2, p.1.

¹⁴ Preâmbulo do Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril.

¹⁵ Cf. Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril (Estatutos da Ordem dos Enfermeiros), Artigo 3º, nº 1.

ética e deontologia profissional”. Assim, a profissão de enfermeiro é regulada, no modelo de auto-regulação.

§ Entende-se¹⁶ a **auto-regulação** como uma garantia da protecção do interesse público e do bem comum, tanto (1) no acesso à prática profissional, como (2) na monitorização e desenvolvimento da prática e (3) na regulamentação e controle do exercício. Mais entendemos que a auto-regulação permite o desenvolvimento de ganhos em saúde, é parte integrante do desenvolvimento da qualidade, guia o planeamento dos cuidados, assegura uma gestão racional e adequada às necessidades dos cidadãos em cuidados de enfermagem, protege valores éticos e deveres deontológicos, clarifica a missão e o contributo para a saúde das pessoas.

§ É essencial conhecer e respeitar as normas que regem a profissão, mais concretamente, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996) e o Código Deontológico (publicado com o Estatuto da Ordem, 1998) - constituem a **moldura reguladora da profissão**. Decorrentes da existência da Ordem, hoje, inclui-se o Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência (REDOC, 2000), o enquadramento conceptual e Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem (2003), bem como as competências do enfermeiro de cuidados gerais (2003) e as orientações emanadas pela Ordem (como a da não substituição de enfermeiros por não enfermeiros ou das atribuições da enfermeira circulante).

§ É reconhecido à Ordem o poder de instaurar **procedimento disciplinar**, quando esteja em causa a dignidade ou o prestígio da profissão¹⁷, ou a saúde dos indivíduos, ou sejam susceptíveis de violar as normas legais do exercício da profissão¹⁸ - assim se entende que quaisquer pessoas, singulares ou colectivas, possam dar conhecimento à Ordem da prática, por enfermeiros nela inscritos, de factos susceptíveis de constituir infracção disciplinar¹⁹. As diferentes atribuições

¹⁶ NUNES, Lucília – *Da regulação profissional ou a missão das folhas*. Revista Enfermagem em Foco, 2007.

¹⁷ EOE, alínea 1), 1/art.º 76.

¹⁸ EOE, 3/ art.º 53.

¹⁹ EOE, 2/art.º 55. Considera-se infracção disciplinar “toda a acção ou omissão que viole, dolosa ou negligentemente, os deveres” (Regimento Disciplinar, art.º 5º)

da Ordem são concretizadas através das competências dos diversos órgãos, no respeito pela separação de poderes que a lei exige – assim, o poder disciplinar é exercido pelo Conselho Jurisdicional²⁰.

§ Sabemos hoje que os percursos deontológicos foram consagrando uma codificação convencional, com feição imperativa, na lógica de que um dos traços da autonomia profissional advém exactamente de se estabelecer a própria disciplina. Existe a consciencialização da utilidade social da profissão (chamamos-lhe, mais frequentemente, *mandato social*) e dos inerentes **deveres profissionais**. Assume-se que, ao inscrever-se na Ordem, isto é, ao solicitar autorização para o exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”²¹ e a partir daqui, reflecte-se sobre o próprio conceito de responsabilidade, sobre a responsabilidade pelos actos praticados e delegados bem como sobre a responsabilidade pelos outros, especificamente por aqueles que se confiam aos nossos cuidados. Releve-se que o articulado dos nossos deveres constitui também e simultâneamente, porque fomos nós que decidimos acerca deles, a marca da nossa autonomia.

§ Ser responsável significa responder pelos nossos actos - pelas decisões, que os antecedem, e pelas consequências, que se sucedem. Todavia, a partir do momento em que a responsabilidade é assumida como **função**, também é necessário responder pelos actos de outros, pelos quais somos responsáveis, em virtude de pertencerem a um território sobre o qual exercemos poder - é o caso do responsável hierárquico. Por isso, é sempre útil (para não dizer indispensável) fixar as responsabilidades *á-priori*, esclarecê-las o melhor possível para que cada

²⁰ EOE, artº 54. Sendo o poder disciplinar exercido relativamente a todos os membros da Ordem, reforce-se que só os membros são enfermeiros e “estão sujeitos à jurisdição disciplinar da Ordem” (EOE, 1/ do art.º 53), podendo a responsabilidade disciplinar perante a Ordem coexistir com quaisquer outras previstas por lei. A responsabilidade disciplinar pode prescrever de duas formas: por decorrerem “três anos após a finalização dos actos ou omissões que a constituíram” (EOE, artº 56, nº 1), se não houve lugar a quaisquer diligências visando o respectivo apuramento ou se, tendo sido apresentada queixa à Ordem, “não for desencadeado procedimento disciplinar ou de inquérito no prazo de quatro meses” (EOE, artº 56, nº 2). Mesmo que o membro inscrito solicite o cancelamento da inscrição, tal não fará “cessar a responsabilidade disciplinar por infracções anteriormente praticadas” (EOE, artº 56, nº3).

²¹ EOE, Artigo 79, alínea b).

um possa formular as suas obrigações num quadro definido. É por isto, também, que é importante a descrição de funções atribuídas, do que cabe a cada um. O encadeamento da responsabilidade é a base de toda a hierarquia, muito mais que o ajustamento dos poderes.

§ Existem intervenções de enfermagem **autónomas e interdependentes**²².

Partindo do REPE, julgo que o que mais as distingue é a figura de Quem prescreve a intervenção (o prescritor, diria) – ou se trata do enfermeiro, por sua iniciativa e única responsabilidade, ou do enfermeiro age na sequência de outro profissional, de planos ou de orientações previamente definidas, em que ajuíza e realiza a execução técnica, de acordo com o juízo que realizou, para *aquela* caso concreto. E é responsável pela sua acção. Usualmente, considero que a expressão «está prescrito, está prescrito» é um bom exemplo dos tempos em que o enfermeiro considerava ter acções dependentes – um outro profissional prescreve e assume tudo, incluindo o que designava que fosse feito – e não é assim: o enfermeiro não é o profissional que age sob a responsabilidade de outrem. Intervenções interdependentes não significam que o enfermeiro não precisa de assumir os actos que pratica, mesmo que realizados na sequência da iniciativa de outro profissional. Por isso, cabe ao enfermeiro garantir que os seus actos visam sempre o interesse do doente, no respeito pela deontologia e no quadro legal em vigor.

§ A responsabilidade é sempre individual. Ou seja, e apesar de falarmos muito em equipa e trabalho de equipa, não existe um conceito reconhecido de *responsabilidade em equipa*, nas esferas da responsabilidade disciplinar, civil e penal. Notemos, porém, o aspecto particular da responsabilidade das instituições

²² Conforme Artigo 9.º do REPE - Intervenções dos enfermeiros – “1 - As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. 2 - Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. 3 - Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril)

e, sobretudo, no serviço público – pois que têm uma missão e uma identidade de instituição pública. E o dever da instituição é responder perante o público pela missão que tem e pelos modos como gere os meios e recursos de que dispõe.

3 – DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: O TEATRO DE OPERAÇÕES

§ Aparentemente, o **Bloco Operatório** pode ser definido como “o local funcional onde um número grande de indivíduos, representando três grupos diferentes – enfermagem, anestesia e cirurgia – presta cuidados a um todo, holístico e central: o doente. Essas três disciplinas têm diferentes formações, objectivos, incentivos e culturas. O ambiente ideal do Bloco Operatório realçaria as interacções colegiais e recompensaria eficiência.”²³.

§ Há quem considere, indevida e inadequadamente, que o paradigma do “capitão do navio”²⁴ ainda se aplica, hoje, aos enfermeiros em Bloco Operatório - com esta expressão estou a usar a ideia de que o cirurgião seria o responsável do que acontece na sala, e o enfermeiro não. Notaria que a ideia do “capitão do navio” não tem a força do passado, quando se considerava que o cirurgião era o responsável técnico e legal pelo trabalho de toda a equipa “sob o seu comando”. Aliás, esta ideia encontra-se ligada à análise sociológica da *instituição totalitária*²⁵,

²³ “The operating room is the functional location where a large group of individuals representing three diverse groups—nursing, anesthesia, and surgery—deliver care to the common, unifying, and key individual: the patient. These three disciplines have disparate training, goals, incentives, and cultures. The ideal operating room environment would enhance collegial interactions and reward efficiency. Unfortunately, this is rarely obtained or appreciated.” Robert Udelsman, *The Operating Room: War Results in Casualties*. <http://www.anesthesia-analgesia.org/cgi/content/full/97/4/936?ck=nck> (28.06.2007, 22h)

²⁴ “*Captain of the Ship*” or Nursing Liability? Clinical Information, Hotline, Vol. 7, Fev. 2002. http://www.valleylab.com/education/hotline/pdfs/hotline_0202.pdf (28.06.2007, 22h15).

²⁵ Um dos sinais, seria, por exemplo, as barreiras que se levantam às trocas ou transacções com o exterior, tanto ao nível das entradas como das saídas. Essas barreiras podem ser físicas (sob a forma de muros altos, arame farpado, janelas gradeadas, guichets ou balcões de atendimento, biombos, pessoal e sistemas mais ou menos sofisticados de vigilância e segurança, áreas de acesso interditas ao público, etc.), culturais ou simbólicas (regulamentos, valores, práticas, ritos, vestuário, normas de acesso, sistemas de sinalização). Servem fundamentalmente para demarcar as fronteiras do sistema de acção interno e definir a identidade organizacional. Cf. Graça, L. - *Evolução do Sistema Hospitalar: uma Perspectiva Sociológica*. 2000. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos92.html> (28.06.2007, 23h).

e o hospital foi claramente, durante séculos, uma instituição totalitária²⁶, com maior ou menor convivência dos profissionais de saúde. Não é por acaso que ainda hoje se continua a falar tanto da *humanização* do hospital, o que não deixa de ser sintomático da persistência histórica de certos traços 'totalitários' da sua organização e funcionamento²⁷ - "Pode-se mesmo dizer que o hospital de hoje conserva certos *traços* do sistema *tradicional* e do sistema *profissional liberal*."²⁸ Mas, reforce-se, hoje as coisas não são assim. Não obstante o cirurgião ser o responsável técnico pelo tratamento dos doentes, pela cirurgia, cada profissional é responsável pelo exercício do seu trabalho. Muito mais tratando-se de profissões auto-reguladas, como é o caso de enfermagem e da medicina. E tem igual dignidade, bem como o dever de "trabalhar em articulação e complementaridade"²⁹, para o objectivo comum.

§ No Bloco Operatório, as **diferentes actividades** são reagrupadas segundo um plano concebido expressamente para responder ao fim ou missão do próprio Bloco. Por exemplo, as relações entre as pessoas, numa sala, organizam-se em torno de um plano, tendo cada interveniente a sua esfera de acção. Quem assume o quê? depende do cargo e do conteúdo funcional. Como? Em ligação ao processo de gestão de equipas e actividades. Quando? De acordo com os tempos do processo. Quem assume os actos que realiza? Cada profissional. Os resultados? Cada profissional, enquanto consequência das suas acções, ou a organização, no que tiver relação com os sistemas e as decisões de administração. E se bem que, em termos operativos, a acção seja decidida e

²⁶ Em síntese, as características, da instituição totalitária são: 1) as pessoas estão colocadas sob uma única e mesma autoridade (são exemplos o director do hospital psiquiátrico, o capitão do navio da marinha mercante, o comandante do aquartelamento militar, a madre superiora do convento, o reitor do seminário, o director do estabelecimento prisional); 2) cada fase da actividade quotidiana desenrola-se, para cada indivíduo, numa relação de grande promiscuidade com um elevado número de outros indivíduos, submetidos às mesmas regras, procedimentos, deveres e obrigações; 3) todos os períodos de actividade são regulados segundo um programa estrito, isto é, todas as tarefas estão "encadeadas", obedecem a um plano imposto "de cima" por um sistema explícito de regulamentos; 4) as diferentes actividades assim impostas são reagrupadas segundo um plano único e racional, concebido expressamente para responder ao fim ou missão oficial da instituição. O traço essencial destas instituições é a aplicação ao indivíduo dum tratamento colectivo, de acordo com um sistema burocrático. Vidé GRAÇA, Luis, Idem, <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos85.html> (29.06.2007, 21h)

²⁷ WALTON, E. - *L'hôpital et le modèle théorique de l'institution totalitaire*. Gestions Hospitalières, 276 (1998) 341-345.

²⁸ GRAÇA, Luis. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos92.html> (29.06.2007, 21h30).

²⁹ CF. Deveres para com outras profissões, EOE, Artigo 91.

construída nesse especial *teatro de operações* contando com os factores de incerteza e de complexidade, parece certo que cada um sabe do seu papel e da sua área de competência. De onde, a importância do trabalho em equipa multiprofissional.

§ A **equipa**, conceito que mereceria, por si só, múltiplas análises, “é um grupo organizado ligado por uma tarefa comum definida pela instituição. Trata-se, assim, de um conjunto intersubjetivo em estado de tensão entre três pólos: o grupo, a instituição e a organização.”³⁰

Sigamos esta ideia. Por um lado, a equipa (pólo de agregação e de investimento dos profissionais, campo intersubjectivo, sustentado por vínculos interpessoais e pela crença de ter uma entidade - fantásmica, diria Decobert - própria) inscreve-se num enquadramento institucional (que define uma missão, representações e objectivos comuns, coloca limites e regras, modelando uma forma de mentalidade e legitimando certos tipos de práticas). Ademais, os modelos instituídos transparecem e tornam-se enunciados quase indiscutíveis com a expressão «aqui, fazemos desta forma», de tal modo que uma parte da prática e as respectivas representações não podem ser verdadeiramente pensadas ou postas em causa. Além do pólo da equipa e do pólo institucional, insere-se o terceiro pólo, o organizacional, que confere a cada um dos membros da equipa o seu lugar próprio, determinados papéis e vínculos de trabalho, pois é o que fixa os dispositivos de continuidade das práticas. Três pólos, como afirma Pinel³¹, sempre em tensão, que se constituem como eixos em que um pode predominar sobre os outros, fazendo aparecer traços³² diferentes.

§ A **enfermagem perioperatória** constitui-se como um processo sistemático, com uma série de passos interligados, seguindo um *roteiro* para assegurar cuidados de

³⁰ Cf. PINEL, Jean-Pierre - *Ensinar e educar em instituições especializadas: abordagem clínica dos vínculos de equipe*. <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/epc/v23n4/v23n4a08.pdf> (30.06.2007, 23h)

³¹ Cf. PINEL, idem.

³² Por exemplo, se o pólo do grupo predomina, a equipa é mais coesa, e os profissionais tendem a libertar-se dos limites e das regras da instituição. Se o pólo institucional predomina, o conjunto tende a um funcionamento ideológico de fechamento e, algumas vezes, um fanatismo de contorno sectário. Quando o pólo organizacional predomina, a característica mais evidente é do desvio burocrático dos papéis. Certas características institucionais aumentam os riscos de desvinculação profissional, ao constituírem ou preferirem grupos ou profissionais com percursos aleatórios.

de enfermagem, adequados e individualizados, desde o período pré ao pós operatório. O período pré-operatório inicia-se no momento em que o cliente é informado da necessidade do procedimento cirúrgico e as acções de enfermagem neste período visam objectivar as condições físicas e psicológicas mais adequadas - a figura paradigmática deste período é a **visita pré-operatória** tendo, entre outros objectivos, a finalidade de esclarecer dúvidas, com vista a evitar enganos ou atrasos e a reduzir a ansiedade dos clientes. A base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem perioperatória centra-se nesta visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro. Todo o percurso da pessoa, desde a entrada à saída do Bloco, é acompanhado pelos enfermeiros, e, hoje, realiza-se em alguns locais a **visita pós-operatória** na lógica de avaliar o realizado e recolher elementos que permitam melhorar a qualidade dos cuidados e da intervenção.

§ Dentro da sala, e de acordo com as recomendações³³, no que se refere à **dotação** adequada de pessoal de enfermagem identificam-se classicamente três figuras: o enfermeiro de anestesia, o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro circulante. Este é um aspecto acerca do qual não sobram dúvidas: a dotação de pessoal é relevante para assegurar qualitativamente os cuidados e os *ambientes favoráveis à prática*³⁴ são uma necessidade incontestável para a persecussão dos múltiplos objectivos das organizações de saúde e para a satisfação dos cidadãos.

§ Considerem-se as **orientações da Ordem dos Enfermeiros face às atribuições do enfermeiro circulante** - transcrevemos alguns excertos do documento:

³³ Orientações da Ordem (www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/13_sup13.pdf) e da AESOP, nesta matéria.

³⁴ Expressão que foi lema do Dia Internacional do Enfermeiro, ICN, 2007 - www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/13_sup13.pdf. De acordo com o ICN, ambientes desfavoráveis à prática afastam os enfermeiros, limitam o seu desempenho e prejudicam a qualidade dos cuidados e, pelo contrário, "ambientes favoráveis à prática" promovem a excelência dos cuidados, captam e retêm enfermeiros (daí, a designação de «hospitais-imân»). Na análise do ICN à crise na força de trabalho na enfermagem - Global Nursing Review Initiative - os ambientes favoráveis à prática e o desempenho organizacional emergiram, em conjunto, como uma das propostas globais para a acção. Ao examinar os ambientes favoráveis à prática emergem duas considerações: a identidade profissional dos enfermeiros e as características dos próprios ambientes. Os enfermeiros são profissionais que perfilham uma filosofia holística de cuidados, característica esta que modela as suas expectativas e torna os ambientes de trabalho desafiadores.

- 1 – o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório;
- 2 – por manutenção e segurança do ambiente cirúrgico entende-se o conjunto de intervenções que se tornam a garantia da observância de todas as medidas ambientais e de segurança:

- para o doente, que se submete a cirurgia invasiva e procedimentos anestésicos, cujas necessidades estão devidamente identificadas;

- para os restantes profissionais da equipa, para quem o foco de atenção é o conjunto dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos que garantam ao doente cirúrgico o usufruto do melhor que a cirurgia a que se submete pode proporcionar.

É neste escopo que assentam as atribuições do enfermeiro circulante, sendo este o profissional que, no conjunto da equipa cirúrgica, **tem como atribuições específicas a redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no bloco operatório, pela promoção da segurança do doente e dos restantes profissionais e o suporte necessário à qualidade do acto cirúrgico no que ao ambiente diz respeito.** O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que, no desempenho das suas competências, tem como foco de atenção as necessidades do doente cirúrgico, e assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos que lhe permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente em que desenvolve as suas intervenções, incluindo em situações de emergência ou de limite.”³⁵

§ Com base nestes pressupostos, apontam-se as atribuições próprias do enfermeiro circulante:

- “- identificar as necessidades individuais do doente, em contexto peri-operatório, e intervir em conformidade;
- planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as actividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes;
- gerir e partilhar informação necessária e pertinente relativa ao doente e ao ambiente, com a restante equipa multiprofissional;
- controlar o tempo (*turnover*), garantindo que este recurso seja utilizado em função das necessidades e no sentido da rentabilização máxima dos recursos existentes;

³⁵ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Orientações para as atribuições do enfermeiro circulante. Lisboa, 2004. (negrito nosso)

- controlar e limitar a circulação de pessoas no decurso do acto cirúrgico;
- providenciar materiais adequados e o equipamento necessário ao tipo de cirurgia, e verificar a correcta funcionalidade.”³⁶

§ Assim, e de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, **a função de manutenção da segurança do doente e do ambiente necessário ao acto cirúrgico só pode ser assegurada por enfermeiros** e a **responsabilidade de assegurar tal função cabe ao enfermeiro circulante**. A finalidade última é a protecção da pessoa submetida a cirurgia ou a procedimentos anestésicos, na perspectiva de garantir a confiança na segurança e na qualidade dos cuidados de enfermagem em Bloco Operatório – aquilo a que, em última instância, todos os cidadãos têm o direito de esperar quando recorrem aos serviços.

§ É do mais elementar senso comum a constatação de que a pessoa, inconsciente, anestesiada, fica totalmente entregue, à mercê da acção dos profissionais. A situação de **vulnerabilidade** reforça o **dever de protecção e de cuidado** (juridicamente designado «dever de garante») que se aplica de modo peculiar, pois o próprio não pode tomar conta de si, assegurar os seus direitos ou proteger-se. Quando se pensa que esta *posição de garante* visa impedir o dano ou a possibilidade de lesar um bem, percebe-se que pode ser imputada apenas àqueles que, em virtude da sua qualidade própria ou da sua especial proximidade, estejam em posição de agir. Se quisermos, o *dever de garante* decorre do princípio de protecção, pois atende a um imperativo de agir na prevenção de um risco, e cabe aos que tenham obrigação de cuidado, que assumiram a responsabilidade do cuidado, e tenham real poder de agir (poder enquanto *capacidade para*).

§ Num certo ambiente enquadrador, que existe para dar resposta às necessidades da pessoa a ser submetida a intervenção ou a acto cirúrgico, toda uma equipa age e interage, no **sentido de assegurar a segurança**. A segurança do acto cirúrgico, cabe ao cirurgião e a quem o ajuda. A segurança da assépsia na técnica, cabe à enfermeira instrumentista. A segurança da pessoa, desde o

³⁶ Idem.

acolhimento e identificação à administração de fármacos anestésicos, cabe à enfermeira de anestesia. A segurança da sala e dos factores externos à pessoa e à técnica, cabem à enfermeira circulante. E assim por diante, cada um dos intervenientes tem um papel próprio, interagindo todos em sinergia. “O que é claro é que o Bloco Operatório representa uma unidade funcional única onde anestesistas, os cirurgiões, e os enfermeiros devem desenvolver as relações de sinergia necessárias para prestar um cuidado eficiente, compassivo, rentável e seguro”³⁷.

§ A preparação e a divulgação de **práticas recomendadas**³⁸ pode ser lida exactamente nesta linha de pensamento de promover a qualidade e aumentar a segurança. Mais ainda, quando as recomendações se reportam à **segurança** – uma ampla área de intervenção, pois trata-se de reforçar o uso correcto das barreiras universais, do respeito pelas regras de segurança (considerando o ambiente, a preparação da sala e dos sistemas e equipamentos, entre outros), da realização correcta dos cuidados perioperatórios (utilização única dos dispositivos de uso único, normas de reutilização dos dispositivos reutilizáveis, contagem do instrumental cirúrgico e dos materiais textéis e não-textéis, entre outros), do adequado acompanhamento no trajecto do doente (visita pré-operatória, acolhimento no Bloco, chegada à sala, transferência no pós-operatório imediato), da verificação dos elementos essenciais da relação com os profissionais (informação, validação da compreensão, consentimento, relação de ajuda e atitude de escuta), dos procedimentos de respeito pela dignidade da pessoa (respeito pelo pudor, ou o acompanhamento de pessoa significativa, por exemplo) ou da documentação rigorosa dos cuidados (o registo do que aconteceu na sala, incluindo os presentes, por exemplo).

§ Tal como a AESOP (Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses), outras organizações se pronunciaram e deram enfoque à

³⁷ Idem, “What is clear is that the operating room represents a unique functional unit where anesthesiologists, surgeons, and nurses must develop synergistic relationships designed to deliver efficient, compassionate, cost-effective, and safe care to patients.” (tradução livre).

³⁸ IFPN / EORNA- *Recomendações para o desenvolvimento de padrões de boa prática. Segurança dos doentes – o nosso primeiro objectivo*. Em <http://www.aesop-enfermeiros.org>

segurança. Foi o caso da AORN (Association of periOperative Registered Nurses) e da sua tomada de posição³⁹ sobre a segurança dos doentes, considerando que esta é a responsabilidade primária da enfermeira perioperatória, que a relação com o cliente tem o laço da confiança na enfermeira e na equipa cirúrgica e que proteger a segurança e promover resultados óptimos mais fortalecerá esse laço.

§ Não restam dúvidas que a equipa multiprofissional tem, no Bloco Operatório, uma relevância particular e que a comunicação é vital. Assim como a entreaajuda, sendo que um dos problemas que pode, eventualmente, surgir no desempenho das actividades de enfermagem, e que afecta evidentemente a segurança, é, no seio da equipa presente na sala, confundir-se *colaboração* com *substituição* de outros profissionais. Sendo certo que existe o **dever de complementaridade**, isso é bastante diferente de substituir outro profissional o que, em última instância, pode conferir um perfil de usurpação de funções.

§ Outra das dimensões decorrentes do contexto do Bloco Operatório reporta à **responsabilidade ambiental**. A produção elevada de lixos, a utilização de agentes de esterilização e desinfeção, papéis, resíduos orgânicos, etc, tanto tem um impacto económico como ecológico. Os enfermeiros têm a responsabilidade ética de proteger o ambiente, de participar e promover a conservação dos recursos, de seguir as regras da triagem de resíduos e as políticas referentes à saúde ambiental.

§ As condições latentes, criadas por sistemas ou processos com imperfeições, podem combinar-se com falhas dos profissionais e produzir acidentes e erros. E é reconhecido que os erros em contexto de Bloco Operatório resultam de múltiplos factores.

“Entre os **factores que contribuem** estão: a) comunicação inadequada entre os membros da equipa, b) dados incompletos sobre a saúde dos clientes, c) culturas tradicionais, hierárquicas e autocráticas, d) decisões relacionadas com os clientes tomadas apenas pelos médicos, e) mudanças rápidas e frequentes da tecnologia utilizada, f) estilos de gestão intimidatórios, g) ausência ou inconsistência das políticas e procedimentos, h) a fadiga, i) a realização de multi-funções, j) pressão do tempo e constrangimentos, k) cirurgia de emergência, l) diferenças culturais entre os clientes e

³⁹ http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_PatientSafe

os membros da equipa ou entre os membros da equipa, m) equipas com dotação reduzida, n) cultura de culpa, o) arrumação confusa de medicação e materiais, p) instruções pouco claras, q) treino e orientação insuficiente, r) características dos clientes, requerendo procedimentos pouco habituais, s) falhas em incluir o cliente e família na avaliação e tomada de decisão.”⁴⁰

§ A redução de erros e a protecção da segurança implicam algumas estratégias⁴¹, e aspectos a ter em conta, de entre os quais enunciamos:

- a) incluir, sempre que possível, o cliente e os seus significantes, encorajando a participar activamente no processo de cuidados (e aqui, naturalmente, toda a intervenção desde a visita pré-operatória, o consentimento livre e esclarecido, até à manutenção da informação para o *exterior da sala* enquanto decorre e após o acto cirúrgico);
- b) melhorar o acesso à informação sobre os clientes (potenciado pela passagem de informação entre o enfermeiro do serviço de internamento e o do Bloco, assim como da sala do Bloco para o recobro, ou a unidade de recuperação post-anestésica, ou o serviço de internamento);
- c) reduzir a necessidade de confiança na memória (pela utilização de checklists, pela utilização de protocolos validados, pela marcação do local operatório, pela sinalização de alguma alteração ao procedimento habitual – como do membro a punccionar por rotina, entre outros);
- d) promover os aspectos relacionados com a segurança clínica – na confirmação da identidade, na validação do procedimento cirúrgico e do local correcto, no estado de funcionamento do instrumental cirúrgico, na disponibilidade dos equipamentos e materiais necessários ou potencialmente necessários em caso de intercorrência previsível ou possível, na contagem e recontagem dos

⁴⁰ http://www.aorn.org/PracticeResources/AORNPositionStatements/Position_PatientSafe. Tradução livre de: “Among contributing factors are inadequate communication among team members, incomplete review of patient health records and diagnostic studies, traditional hierarchical and autocratic cultures, patient-related decisions made only by physicians, rapidly and frequently changing technology, intimidating management styles, absent or inconsistently applied policies and procedures, fatigue, multitasking, time pressures and constraints, emergency surgery, cultural differences between patients and staff members and among staff members, staffing shortages, a blaming culture, confusing packaging of medications and supplies, unclear instructions, insufficient orientation and training, patient characteristics requiring unusual setup or requirements, and failure to include the patient and family members in assessment and decision making.”

⁴¹ As fontes de algumas destas estratégias são IFPN / EORNA- *Recomendações para o desenvolvimento de padrões de boa prática. Segurança dos doentes – o nosso primeiro objectivo*. Em <http://www.aesop-enfermeiros.org> e a *Position Statement* da AORN, *Patient safety*, <http://www.aorn.org>.

- materiais, na validação ou verificação das etapas anteriores (ou seja, pressupôr o mínimo para reduzir a possibilidade de incorrer em erro);
- e) considerar, na aquisição ou contratação de novas tecnologias, as cláusulas que incluam o apoio à formação do pessoal (considerar sempre como essencial assegurar a formação do pessoal que vai manusear e colaborar na utilização dos equipamentos ou materiais);
 - f) normalizar procedimentos tanto quanto possível (e mantê-los actualizados e de acordo com os mais recentes resultados da investigação);
 - g) documentar as observações, as intervenções e os resultados, cumprindo o dever de registar e assegurar a continuidade dos cuidados e possibilitando o estudo posterior das situações, a recolha de evidências;
 - h) participar em processos de garantia e melhoria da qualidade – em ligação a desenvolver políticas e procedimentos dirigidos a identificar e corrigir práticas inseguras (pode abarcar os aspectos da segurança na selecção e aquisição dos produtos e materiais, o correcto armazenamento e identificação dos fármacos, a análise dos circuitos e dos próprios procedimentos);
 - i) manter zelosamente as melhores condições de funcionamento, não facilitando nos processos, o que pode ser potenciado por uma liderança assertiva da equipa e na sala.

§ Um dos aspectos relevantes é o clima de trabalho na equipa, no geral, e dentro da sala, em particular. Estabelecer uma **cultura de segurança e de profissionalismo** é um modo eficaz de reduzir erros e prevenir danos. A sala de Bloco Operatório é um local de acesso restrito, em segurança, com permanência dos profissionais que asseguram os cuidados e se responsabilizam pela sua área de competência. Naturalmente, o sucesso na criação e manutenção deste clima depende do envolvimento de todos os membros da equipa - requer-se, pelo menos, sentido de confiança entre os profissionais, a disseminação e verificação da informação a todos os níveis de equipa e gestão, uma actuação proactiva e um compromisso com a qualidade. E a avaliação sistemática do que foi realizado, do que correu bem e é de repetir, do que não correu bem e há que melhorar. Se pensarmos em termos de princípios, e ressaltadas as diferenças de cada contexto, a responsabilidade profissional dos intervenientes, no sentido de

responder pelos actos e consequências, na esfera das atribuições de cada um, e em articulação e complementaridade, pode ser desenvolvida e acautelada por processos de gestão do risco⁴².

Em conclusão, a assunção fundamental é que o enfermeiro tem obrigações para com a sociedade e para com os clientes em ordem a prestar cuidados de elevada qualidade, na melhor gestão dos meios e recursos de que dispõe e considerando-se a si mesmo como primeiro recurso. A pessoa sujeita a intervenção cirúrgica confia-se, espera e tem direito a cuidados de qualidade. E o enfermeiro em contexto perioperatório segue os princípios orientadores da actividade profissional⁴³ - age no respeito pelos direitos humanos, busca a excelência do exercício e assume a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade - e cumpre os seus deveres, conforme a moldura reguladora da profissão, decidindo com prudência e cuidado. Apetece evocar Unamuno e dar enfoque a que, hoje, *“Somos mais pais do nosso futuro do que filhos do nosso passado”*.

⁴² Controlar o risco, na prática, promove a prestação de cuidados de qualidade, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação para com a sociedade. O objectivo da gestão do risco enquanto processo que identifica, analisa e trata potenciais perigos num contexto de prática circunscrita é identificar e eliminar riscos potenciais antes que alguém seja ferido ou lesado e desenvolver e avaliar políticas e procedimentos que definam guidelines na instituição e para a prática directa. Estas actividades são úteis na protecção da organização, em caso de processo legal mas, mais importante do que isto, servem para proteger o público tanto quanto os profissionais.

⁴³ EOE, Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 78, nº 3.