

A PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA URGENTE/EMERGENTE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

THE PERSON UNDERGOING URGENT/EMERGENT SURGERY IN THE CONTEXT OF AN INTENSIVE CARE UNIT: THE PREVENTION OF ADVERSE EVENTS

[10.29073/jim.v4i1.754](https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.754)

Receção: 11/05/2023 Aprovação: 04/06/2023 Publicação: 30/06/2023

Rubina Jesus ^a; Maria Santos ^b; Abel Viveiros ^c; Luís Gomes ^d; Cláudia Gouveia ^e; Lara Fernandes ^f; Noélia Gomes ^g;

^a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; rubinaa_5@hotmail.com; ^b Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; marialuisavasantos@gmail.com; ^c Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; abelviveiros@gmail.com; ^d Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; lfjgomes@gmail.com; ^e Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; claudia.gouveia@sesaram.pt; ^f Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM; larafonsecafernandes@gmail.com; ^g Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; npimenta@esesjcluny.pt;

RESUMO

Introdução: As intervenções cirúrgicas emergentes correspondem a situações imprevisíveis que requerem atenção imediata, pois ameaçam a vida. Os doentes em unidades de cuidados intensivos (UCI), por vezes têm de ser submetidos a cirurgia urgente/emergente, devido a complicações e/ou agravamento do seu estado. Pela complexidade inerente ao período perioperatório e a condição crítica dos doentes, estão mais vulneráveis para a ocorrência de eventos adversos (EA).

Objetivo: Contribuir para a prevenção de EA no período perioperatório da pessoa em situação crítica numa UCI com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Material e Método: Estudo diagnóstico e intervenção sobre a preparação perioperatória da pessoa internada numa UCI de um Hospital de nível III. Os dados foram colhidos através de um questionário. Assegurámos, a participação voluntária, o direito à recusa e garantimos a privacidade e a confidencialidade. A intervenção consistiu numa formação e a conceção de uma proposta de Algoritmo de atuação dos enfermeiros perante uma situação crítica com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Resultado: Obtivemos 40 respostas ao questionário. Todos os enfermeiros já haviam presenciado um EA durante o perioperatório, com gravidade ameaçadora de vida, sendo a maioria evitável. O cenário urgente/emergente foi considerado o fator que mais contribuiu para a ocorrência de EA, assim como as falhas de comunicação e a ausência de um método de organização.

Conclusão: Evidenciámos, que a segurança do doente é um dever de todos os profissionais de saúde, em que o enfermeiro possui um papel primordial na prevenção da ocorrência dos EA, planeando e implementando cuidados de enfermagem personalizados e individualizados no perioperatório.

Palavras-Chave: Cirurgia Emergente; Cuidados Perioperatórios; Eventos Adversos; Pessoa em Situação Crítica; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Emerging surgical interventions correspond to unpredictable situations that require immediate attention, as they are life threatening. Patients in intensive care units (ICU) sometimes have to undergo urgent/emergent surgery due to complications and/or worsening of their condition. Due to the inherent complexity of the perioperative period and the critical condition of patients, they are more vulnerable to the occurrence of adverse events (AE).

Objective: To contribute to the prevention of AE in the perioperative period of the person in a critical situation in an ICU in need of urgent/emergent surgery.

Material and Method: Diagnostic and intervention study on the perioperative preparation of the person hospitalized in an ICU of a Level III Hospital. Data were collected through a questionnaire. We ensure voluntary participation, the right to refuse and guarantee privacy and confidentiality. The intervention consisted of training and the design of an Algorithm proposal for nurses to act in a critical situation requiring urgent/emergent surgery.

Result: We obtained 40 responses to the questionnaire. All nurses had already witnessed an AE during the perioperative period, with life-threatening severity, most of which were preventable. The urgent/emerging scenario was considered the factor that most contributed to the occurrence of AE, as well as communication failures and the absence of an organization method.

Conclusion: We showed that patient safety is a duty of all health professionals, in which the nurse has a key role in preventing the occurrence of AE, planning and implementing personalized and individualized nursing care in the perioperative period.

Keywords: Emergent Surgery; Perioperative Care; Adverse Events; Person in Critical Situation; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

A atualidade evidencia-se por constantes mudanças decorrentes do processo de globalização, sendo que as novas tecnologias e os sistemas de informação apurados coadunam com uma evolução exponencial ao nível científico e tecnológico, advindo novos desafios na garantia da qualidade e na segurança dos cuidados (Relvas, 2018).

A segurança do doente constitui um dos alicerces indissociáveis da qualidade em saúde, particularmente no que concerne à prestação de cuidados, já que tem como finalidade a “redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Carvalho, 2020).

A importância do tratamento cirúrgico tem sido cada vez mais reconhecida a nível mundial em virtude dos grandes benefícios proporcionados aos doentes, como a cura de diversas patologias e a redução da morbimortalidade, conferindo um aumento da longevidade e da qualidade de vida (Faria et al., 2022).

As complicações decorrentes dos cuidados cirúrgicos tornaram-se numa das principais causas de morte e incapacidade no mundo, surgindo o conceito de evento adverso, definido pela Organização Mundial de Saúde como qualquer incidente que resultou em dano para o utente, estimando-se que quase metade dos EA são evitáveis (Batista et al., 2019).

Anualmente são realizados mais de 300 milhões de procedimentos cirúrgicos em todo o mundo, em que a taxa de ocorrência de complicações *major* provocadas por EA é de 3 a 22%, com uma taxa de mortalidade de 0,4 a 0,8% (McNamara et al., 2022).

A incidência dos efeitos adversos consiste numa problemática que coloca em causa a qualidade dos cuidados de saúde, sendo um fator determinante no sofrimento do doente, aos quais se associam os custos elevados para as instituições de saúde. Os EA são indesejáveis, prejudiciais e desfavoráveis, traduzindo-se no aumento de complicações cirúrgicas. A sua ocorrência resulta da interação de diversos fatores, precisamente: os que são intrínsecos ao doente (idade, comorbilidades), a patologia de base e os que se relacionam diretamente com a prestação de cuidados de saúde. Por conseguinte, os eventos adversos têm vários níveis de gravidade, nomeadamente: fatal — óbito (se outra causa não for determinada); ameaçadora de vida — necessidade de suporte vital e/ou re-intervenção cirúrgica emergente para ressuscitação do doente; moderado — necessidade de recurso a outras medidas mais invasivas e leve — se afetou apenas o conforto físico e/ou psíquico do doente (Lelis et al., 2017).

Os EA cirúrgicos mais frequentemente citados na literatura são: óbito, infeção, hemorragia, relacionados com a incisão cirúrgica, associados aos dispositivos médicos

(extubação acidental, exteriorização de cateteres...), erros de medicação, quedas, úlceras por pressão, *Delirium*, stress pós-traumático, disfunção sistêmica e identificação incorreta do utente/procedimento cirúrgico a ser efetuado. De igual forma, os mesmos autores complementam que existem alguns fatores descritos como contributivos para a ocorrência de eventos adversos, designadamente: interrupções/distração; profissionais inadequados para as tarefas; cenário emergente; falta de vigilância; problemas ergonómicos (iluminação, ruído...); falhas de comunicação; falta de supervisão de elementos em integração; complexidade administrativa/burocrática; falha de equipamentos; protocolos inadequados; inexperiência; erro de julgamento; fadiga e sobrecarga de trabalho; falta de organização; horário do dia e falhas de memória (Lelis et al., 2017).

Pela complexidade inerente ao período perioperatório e à condição crítica dos doentes internados numa UCI, caracterizam-se por serem contextos propícios ao erro e à ocorrência de EA. Na circunstância de uma pessoa em situação crítica ter necessidade de ser submetida a cirurgia urgente/emergente, a cadeia do erro pode ser despoletada por pequenas falhas que, em conjunto se traduzem em efeitos nefastos para o doente, para os profissionais e para a própria instituição de saúde (Lelis et al., 2017).

Assim sendo, este estudo teve como objetivo de contribuir para a prevenção de eventos adversos (EA) no período perioperatório da pessoa em situação crítica internada numa UCI de nível III, com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

2. MÉTODO

Estudo diagnóstico e intervenção sobre a preparação perioperatória da pessoa internada numa UCI de um Hospital de nível III. Para o diagnóstico da situação, conhecer a

cultura de segurança dos profissionais de saúde, no que concerne à preparação dos doentes para uma cirurgia urgente/emergente, construímos um questionário intitulado: “Promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/emergente”, que foi validado por dois docentes de enfermagem com conhecimentos na área da investigação e no tema em estudo e dois enfermeiros da prática de cuidados perito na área. O questionário foi constituído por 21 questões e dividido em três partes: caracterização sociodemográfica; caracterização profissional e académica e perceção sobre a segurança do doente cirúrgico e da prevenção dos eventos adversos. Assegurámos, a participação voluntária, sendo que os participantes foram informados da finalidade do inquérito e importância da sua participação, salvaguardando o direito à recusa. No sentido de garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, o nome das participantes não ficou associado à resposta nos questionários e tratamento dos dados.

Tendo por base os resultados, a fase de intervenção consistiu numa formação teórica, onde foi possível expor os dados recolhidos através do questionário, bem como partilhar conhecimentos e refletir sobre as estratégias promotoras de cuidados seguros e de qualidade, no cuidado à pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/emergente e a conceção de uma proposta de Algoritmo de Atuação dos Enfermeiros perante uma pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia urgente/emergente, que foi apresentado e refletido no momento da formação.

3. RESULTADOS

Obteve-se 40 respostas, ao questionário aplicado. No que se refere à caracterização da nossa população, apresentamos na tabela nº. 1 os dados obtidos.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica e Caracterização Profissional e Académica

Género	
Feminino	56%
Masculino	44%
Idade (anos)	
> 50	8%
41–50	10%
31–40	69%
20–30	12%
Grau académico	
Licenciatura	63%
Mestrado	37%
Enfermagem Médico-Cirúrgica	86%
Enfermagem de Reabilitação	14%
Experiência Profissional em Cuidados Intensivos (anos)	
0–5	44%
6–10	25%
11–15	17%
16–20	8%
> 21	6%

A maioria dos enfermeiros que responderam ao inquérito tinham entre 31 e 40 anos de idade, sendo que 56% são do género feminino. Dos 48 enfermeiros, 37% têm o grau académico correspondente ao Mestrado em Enfermagem, 86% em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 14% em Enfermagem de Reabilitação. É de salientar que a maioria dos

enfermeiros têm menos de cinco anos de experiência profissional em Cuidados Intensivos.

Na tabela 2 apresentamos os dados referentes às questões colocadas sobre a Perceção da Segurança do doente cirúrgico e da prevenção dos Eventos Adversos.

Tabela 2 – Perceção da Segurança do Doente Cirúrgico e da Prevenção dos Eventos Adversos

“Já preparou algum doente internado na UCI para ser submetido a cirurgia?”	
Sim	87%
Não	13%
Principais dificuldades na preparação pré-operatória da PSC internada em UCI	
Métodos de organização	28,6%
Comunicação	34,4%
Estabelecimento de prioridades	5,8 %
Transferência do doente	12%
Checklist Cirúrgica	8,6%
Equipamentos	2,9%
Contexto Emergente	2,9%
Disposição do Material	2,9%
Nada a reportar	2,9%
“Alguma vez presenciou um evento adverso no pós-operatório?”	
Sim	100%
“Tratou-se de um evento adverso evitável?”	
Sim	52%

Não	48%
Gravidade do evento adverso	
Fatal	11%
Ameaçadora de Vida	55%
Moderada	19%
Ligeira	15%
Fatores que contribuíram para a ocorrência de eventos adversos	
Problemas ergonómicos	4,2%
Protocolos inadequados	6,3%
Falha mecânica/tecnológica	10,4%
Fadiga	12,5%
Distração/falta de concentração	12,5%
Complexidade burocrática	14,6%
Falhas de comunicação	14,6%
Ambiente de stress	22,9%
Sobrecarga de trabalho	35,4%
Cenário urgente/emergente	77,1%

Uma das questões do inquérito prendia-se com as principais dificuldades na preparação de um doente internado na UCI para ser submetido a cirurgia (tabela 2), ao que a maioria aludiu à comunicação (34,4%), ao método de organização (28,6%) e aos momentos da transferência do doente para o BO (22,9%). Do mesmo modo, apurou-se que a totalidade dos enfermeiros já havia presenciado um evento adverso no pós-operatório, em que a maioria era evitável (52%) e com gravidade ameaçadora de vida (55%). O cenário urgente/emergente foi considerado o fator que mais contribuiu para a ocorrência dos eventos adversos, assim como as falhas na comunicação, essencialmente na transferência do doente da unidade de cuidados intensivos para o bloco operatório, e as falhas na organização.

4. DISCUSSÃO

A aplicação do questionário intitulado: “Promoção da segurança e prevenção de eventos adversos na pessoa em situação crítica submetida a cirurgia urgente/emergente, foi utilizado com o objetivo de realizar um diagnóstico da situação sobre a preparação perioperatória da pessoa internada numa UCI de um Hospital de nível III, mais concretamente conhecer a cultura de segurança dos profissionais de saúde, no que concerne à preparação dos doentes para uma cirurgia urgente/emergente e através dos

achados implementar intervenções de enfermagem com o objetivo de contribuir para a prevenção de eventos adversos (EA) no período perioperatório da pessoa em situação crítica internada numa UCI com necessidade de cirurgia urgente/emergente.

Assim, de acordo com os dados obtidos, podemos aferir que encontramos outros estudos/evidência científica que corroboram com os nossos resultados. Lelis et al. (2017), através de um estudo exploratório sobre a prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico, procurou identificar os cuidados de enfermagem essenciais para a maximização da segurança cirúrgica, ao que aludiram que os principais fatores contributivos para a ocorrência de eventos adversos são: o cenário emergente, as falhas de comunicação e a falta de organização.

As emergências cirúrgicas são imprevisíveis podendo ocorrer em qualquer momento do período perioperatório. Em 2011, um estudo levado a cabo pelo *The Royal College of Surgeons of England* já afirmava que a prestação de cuidados cirúrgicos de emergência se encontrava num nível inferior ao ideal, como consequência da escassez de investimento, da pouca compreensão dos riscos inerentes, assim como dos seus efeitos associados, pelo que a morbimortalidade aumenta duas vezes mais neste tipo de cirurgia, comparativamente à cirurgia

programada. Do mesmo modo, em 2016, a *American College of Healthcare Executives* concluía que as situações de emergência conferiam um potencial acrescido de evento adverso, devido à pressão do tempo, à necessidade de multitarefa, às quebras de protocolos e ao stress provocado aos profissionais envolvidos no período perioperatório.

Também as falhas de comunicação são uma causa frequente de erros médicos e EA, sendo os períodos com maior criticidade, os momentos de transição dos cuidados. Assim, a uniformização da comunicação dentro da instituição, constitui um papel fundamental para assegurar a continuidade dos cuidados. (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Perante estes factos, urge a obrigatoriedade de implementar estratégias eficazes para minimizar os riscos e garantir a segurança do doente, enaltecendo a importância da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em todo o período perioperatório Smith et al. (2016).

De acordo com Sandelin et al. (2019), a preparação pré-operatória é fundamental para o sucesso de toda a intervenção, isto porque contribui para a minimização de eventos adversos, de complicações e da morbimortalidade cirúrgica. Deve ser aplicada em todos os tipos de cirurgia, inclusive nos doentes em situação urgente/emergente, pelo maior risco de desenvolvimento de complicações no período perioperatório. No entanto, o autor sublinha que os cuidados pré-operatórios nestas situações devem ser semelhantes ao contexto eletivo, o que muitas vezes se encontram limitados pela escassez de tempo.

Para uma maior segurança perioperatória, a uniformização dos cuidados pré-operatórios trata-se de uma estratégia eficaz, principalmente nos grupos mais vulneráveis, como os idosos, doentes críticos instáveis, entre outros, tornando-se essencial a adoção de estratégias que permitam uma atuação organizada e sistematizada (Oodit et al., 2022).

Os algoritmos de atuação estão descritos como uma estratégia de padronização dos cuidados, uma vez que funcionam como fluxogramas de decisão sobre as opções clínicas a seguir, com uma sequência de pontos chave e de informação importante sumarizada, por forma a orientar a atuação de um profissional (Degasperi et al., 2020). Consoante o Instituto Nacional de Emergência Médica ([INEM], 2012), o doente instável requer intervenções céleres, precisas e organizadas, pelo que independentemente de ser uma situação de doença súbita ou de trauma, a base da abordagem destes doentes deve consistir na sequência ABCDE (A — Via Aérea; B — Ventilação; C — Circulação; D — Disfunção Neurológica; E — Exposição com controlo de temperatura), possibilitando a identificação e priorização de lesões ameaçadoras de vida.

Neste sentido, e face à necessidade premente de desenvolvimento de um método de organização da preparação do doente crítico para cirurgia urgente/emergente e pela inexistência de fluxogramas alusivos a esta temática na literatura, construímos uma proposta de algoritmo de atuação dos enfermeiros (Figura 1) perante uma PSC com necessidade de cirurgia urgente/emergente, adaptado à realidade da UCI, sustentado na evidência científica, principalmente no que concerne à abordagem ABCDE e aos princípios básicos de preparação perioperatória.

Além da falta de organização dos cuidados, a comunicação ineficaz foi também eleita como um dos principais fatores para a ocorrência de EA na UCI em estudo. A transmissão de informação em enfermagem tem como objetivo a continuidade dos cuidados ao doente, através da transferência de informações relevantes e precisas sobre a situação clínica do doente, tratamentos instituídos, cuidados de saúde necessários, avaliação e evolução clínica, assim como o planeamento, antecipando riscos ou focos de instabilidade. A informação irrelevante, repetitiva ou perdida, tem sido identificada como dos principais fatores associados a uma comunicação ineficaz (Caselhas, 2020).

Segundo a The Joint Commition (2017), os EA são uma realidade e a comunicação ineficaz é um dos principais fatores. O relatório emitido aponta a comunicação como um pilar crucial para a segurança do doente e recomenda a utilização de um sistema padronizado de transmissão de informação, para minimizar erros e melhorar os outcomes dos doentes.

Em 2017, através da Norma n.º 001/2017, a DGS esclarece que as instituições de saúde devem cumprir com a mnemónica de comunicação ISBAR, que consiste num auxiliar de memória, de fácil execução, em que a partir de formas simples permite memorizar construções complexas. É também considerada uma estratégia de compreensão de mensagens, pela sua metodologia simples, flexível, concisa e clara, além de contribuir para uma rápida tomada de decisão, para o desenvolvimento do pensamento crítico, reduzindo o tempo na transferência de informação.

Esta mnemónica é recomendada por diversas organizações de saúde como *The Agency for Healthcare Research and Quality*, *Institute for Healthcare Improvement* e *Institute of Medicine* pois permite ser utilizada em diferentes contextos, no entanto tem especial prioridade os momentos críticos ou

vulneráveis da prestação de cuidados, uma vez que são momentos de alto risco e de grande exigência em relação a uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).

Assim, a mnemónica ISBAR trata-se de uma fórmula estruturada em 5 secções que possibilitam que a informação seja transmitida de modo conciso e focado, com o nível certo de detalhe, contribuindo para uma comunicação efetiva (NHS Improvement, 2018).

Desta forma, a mnemónica ISBAR pode ser agrupada ao algoritmo de preparação da PSC submetida a cirurgia urgente/emergente, já que facilita a sumarização de eventos ocorridos, de cuidados prestados, além a identificação correta de todos os intervenientes, no momento da transferência do doente para o Bloco Operatório, somente através da memorização das letras que compõem a referida mnemónica. Desta forma, apresenta-se uma adaptação da mnemónica ISBAR descrita na Norma n.º 001/2017, sob a forma de um quadro ajustado à necessidade de transferência de uma pessoa em situação crítica da Unidade de Cuidados Intensivos para o Bloco Operatório (Figura 2).

Figura 1 – Algoritmo de atuação do enfermeiro para preparação da pessoa em situação crítica, para ser submetida a cirurgia urgente/emergente

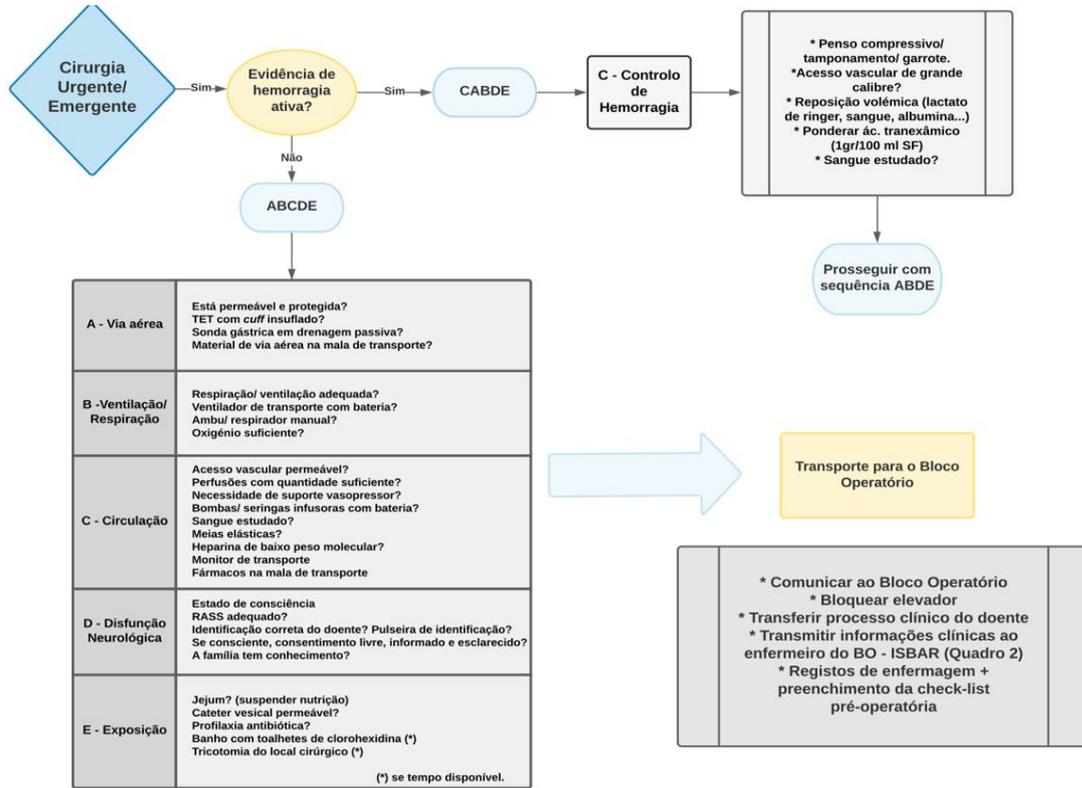


Figura 2 – Mnemónica ISBAR para transferência da pessoa em situação crítica da Unidade de Cuidados Intensivos para o Bloco Operatório

	I - Identificação	S – Situação Atual	B – Antecedentes/ Background	A - Avaliação	R - Recomendações
	Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor), assim como do doente a que se refere a comunicação.	Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.	Sumarização de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes.	Informações sobre o estado do doente, terapêutica farmacológica e não farmacológica instituída, estratégias de tratamento, alterações do estado saúde significativas.	Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.
Mnemónica ISBAR	<ul style="list-style-type: none"> Identificação do doente; Nome e função do profissional de saúde do SMI; Nome e função do profissional de Saúde do Bloco Operatório; Serviço de origem/destinatário; Identificação da pessoa significativa/ cuidador informal. 	<ul style="list-style-type: none"> Data e hora de admissão no SMI; Diagnóstico de admissão no SMI; Meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizados ou a realizar; Procedimento cirúrgico a ser realizado. 	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes pessoais e clínicos, terapêutica de ambulatório; Níveis de dependência; Existência de diretivas antecipadas de vontade; Alergias conhecidas; Hábitos relevantes (tabágicos, etilismo, etc) Técnicas invasivas realizadas, suporte vasopressor, medidas de estabilização efetuadas (penso compressivo/ imobilização, etc); Preparação pré-operatória: jejum, profilaxia antibiótica, etc... 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas ativos; Terapêutica farmacológica e não farmacológica administrada; Alterações do estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Indicação do plano de continuidade de cuidados; Informação sobre a existência de sangue estudado; Referenciação da necessidade de monitorização e/ ou vigilância de alguma alteração do estado clínico do doente (ex: diurese, ferida, etc...).

5. CONCLUSÃO

No período perioperatório, torna-se importante ressaltar que o doente é o protagonista, ou seja, o centro de toda a prestação de cuidados, uma vez que se encontra temporariamente vulnerável, devido ao stress inerente a toda complexidade do ambiente cirúrgico. Deste modo, é imperativo que sejam implementadas estratégias eficazes para minimizar os riscos e garantir a segurança do utente, pelo que os profissionais devem aprimorar a eficácia da prestação de cuidados, através de uma abordagem colaborativa entre uma equipa multidisciplinar, o qual a comunicação e a prática devem ser combinadas com os conhecimentos técnicos e científicos, contribuindo para melhores outcomes cirúrgicos. Ao concluir este estudo estamos cientes que os objetivos propostos foram alcançados. Foi evidenciado que a segurança do doente é um dever de todos os profissionais de saúde, em que o enfermeiro possui um papel primordial na prevenção da ocorrência dos eventos adversos, isto porque é o profissional responsável pela preparação perioperatória, planeando e implementando cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade de cada doente. A proposta de algoritmo aliado à mnemónica ISBAR, pretende constituir um instrumento facilitador das boas práticas em Enfermagem, sendo uma mais-valia para a orientação da atuação do enfermeiro perante pessoa em situação crítica com necessidade de cirurgia emergente.

REFERÊNCIAS

American College of Healthcare Executives (2016). Leading a culture of safety: a blueprint for success. *Recommended Practices for Safety and Health Programs*. <https://www.osha.gov/shpguidelines/docs/Leading a Culture of Safety A Blueprint for Success.pdf>

Batista, J., Cruz, E., Alpendre, F., Rocha, D., Brandão, M. & Maziero, E. (2019). Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. 1–9. DOI: 10.1590/1518-8345.2939.3171

Carvalho, C. (2020). *Segurança do Doente Crítico: Notificação de Eventos Adversos* [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Caselhas, S. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande (Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Degasperi, A.; Lohmann, P.; Costa, A. & Lavall, E. (2020). O uso de protocolos nas unidades de urgência e emergência: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9 (11). DOI: 10.33448/rsd-v9i11.10140

Direção-Geral da Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* (Norma n.º 001/2017). DGS.

Faria, L., Moreira, T., Carbogim, F. & Bastos, R. (2022). Effect of the Surgical Safety Checklist on the incidence of adverse events: contributions from a national study. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 49. 1–12. DOI: 10.1590/0100-6991e-20223286

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). *Emergências. Trauma — Manual TAS* (1.ª ed.). INEM.

Lelis, L., Amaral, M. & Oliveira, F. (2017). Prevenção de Eventos Adversos relacionados ao procedimento cirúrgico: uma prática da enfermagem. *Revista Científica FacMais*, 11 (4). 174–195.

McNamara, C., Markey, K., O'Donnell, C., Murphy, J. & O'Brien, B. (2022). Factors that enhance compliance with the surgical safety checklist. *British Journal of Nursing*, 31 (21). 1080–1086. DOI: 10.12968/bjon.2022.31.21.1080

Nel, D., Kloppers, C.; Rayamajhi, S. & Klopper, J. (2020). Logistical Factors associated with adverse outcomes following emergency surgery in an acute care surgical unit. *European Journal of Trauma and Emergency*

Surgery, 46. 377–382. DOI: 10.1007/s00068-018-01064-3

NHS Improvement. (2018). *Service Improvement and Redesign tools SBAR communication* *too—situation, <https://improvement.nhs.uk/resources/qualityservice-improvement-and-redesign-qsir-tools/>*

Oodit, R.; Biccard, B.; Panieri, E.; Alvarez, A.; Sioson, M.; Maswime, S. et al (2022). Guidelines for Perioperative Care in Elective Abdominal and Pelvic Surgery at Primary and Secondary Hospitals in Low– Middle-Income Countries (LMIC's): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation. *World Journal of Surgery*, 46. 1826–1843. DOI: 10.1007/s00268-022-06587-w

Relvas, R. (2018). *Implementação e organização na formação em serviço na USF SALUS* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Sandelin, A.; Kalman, S. & Gustafsson, B. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses' perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, 28 (13–14). 2635–2643. DOI: 10.1111/jocn.14850

Smith, A., Kisiel, M. & Radford, M. (2016). *Oxford handbook of surgical nursing*. Oxford University Press.

The Joint Commission. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1–6. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf>

The Royal College of Surgeons of England (2011). *Emergency Surgery—standards for unscheduled surgical care*. Hobbs the Printers.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Conflito de interesses: Nada a declarar. **Financiamento:** Nada a declarar. **Revisão por pares:** Dupla revisão anónima por pares.



Todo o conteúdo do JIM – Jornal de Investigação Médica é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.