

Intervenções do enfermeiro no atendimento seguro ao paciente crítico na emergência: uma revisão integrativa*Nurses' interventions in the safe care of critical patients in the emergency room: an integrative review**Intervenciones de enfermeros en el cuidado seguro de pacientes críticos en urgencias: una revisión integradora***Resumo**

Objetivou-se identificar na literatura as intervenções do enfermeiro relacionadas a assistência segura ao paciente crítico na Unidade de Emergência. Estudo de revisão integrativa em base de dados científicas nos meses de fevereiro a abril de 2021, com análise de dados descritiva. Em 25 artigos incluídos na amostra final, foram identificadas intervenções relacionadas a três categorias: 1) identificação do paciente e prática segura na administração segura de medicamentos; 2) Comunicação efetiva com a equipe de atendimento pré-hospitalar (APH) e intra-hospitalar; 3) gestão do enfermeiro e desempenho organizacional da equipe na qualidade do atendimento. Entretanto, não foram encontrados estudos sobre cirurgia segura e a maioria considerada era do tipo descritivo e não de análise da efetividade das intervenções. Faz-se necessários estudos que apontem à efetividade de intervenções relacionadas ao atendimento do paciente crítico em emergência, bem como propostas organizacionais de estruturação da equipe de enfermagem nesses serviços.

Descritores: Segurança do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermagem em Emergência; Assistência ao Paciente.

Abstract

The aim was to identify in the literature the interventions of nurses related to safe care for critical patients in the Emergency Unit. Integrative review study based on scientific data from February to April 2021, with descriptive data analysis. In 25 articles included in the final sample, interventions related to three categories were identified: 1) patient identification and safe practice in the safe administration of medications; 2) Effective communication with the pre-hospital care team (APH) and intra-hospital care; 3) nurse management and organizational performance of the team in the quality of care. However, no studies on safe surgery were found and the majority considered were of the descriptive type and did not analyze the effectiveness of interventions. Studies are needed that point to the effectiveness of interventions related to the care of critically ill patients in emergencies, as well as organizational proposals for structuring the nursing team in these services.

Descriptors: Patient Safety; Nursing Care; Emergency Service, Hospital; Emergency Nursing; Patient Care.

Resumén

El objetivo fue identificar en la literatura las intervenciones de los enfermeros relacionadas con el cuidado seguro del paciente crítico en la Unidad de Emergencia. Estudio de revisión integrativa basado en datos científicos de febrero a abril de 2021, con análisis descriptivo de datos. En 25 artículos incluidos en la muestra final, se identificaron intervenciones relacionadas con tres categorías: 1) identificación del paciente y práctica segura en la administración segura de medicamentos; 2) Comunicación efectiva con el equipo de atención prehospitalaria (APH) y atención intrahospitalaria; 3) gestión de enfermería y desempeño organizacional del equipo en la calidad del cuidado. Sin embargo, no se encontraron estudios sobre cirugía segura y la mayoría considerados fueron de tipo descriptivo y no analizaron la efectividad de las intervenciones. Son necesarios estudios que apunten a la efectividad de las intervenciones relacionadas con el cuidado del paciente crítico en urgencias, así como propuestas organizativas para la estructuración del equipo de enfermería en estos servicios.

Descriptores: Seguridad del Paciente; Atención de Enfermería; Servicio de Urgencia en Hospital; Enfermería de Urgencia; Atención al Paciente.

Graziele Ribeiro Bitencourt¹

ORCID: 0000-0002-9130-9307

Luana Camacho de Oliveira²

ORCID: 0000-0002-0723-4665

Ruth Francisca de Souza²

ORCID: 0000-0002-3122-5662

Allan Peixoto de Assis²

ORCID: 0000-0002-1362-8855

Lucia Helena Oliveira da Costa²

ORCID: 0000-0003-2528-476X

Genesis de Souza Barbosa²

ORCID: 0000-0002-1839-0890

Iuri Bastos Pereira²

ORCID: 0000-0002-6323-2883

¹Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Bitencourt GR, Oliveira LC, Souza RF, Assis AP, Costa LHO, Barbosa GS, Pereira IB. Intervenções do enfermeiro no atendimento seguro ao paciente crítico na emergência: uma revisão integrativa. Glob Acad Nurs. 2022;3(4):e309. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200309>

Autor correspondente:

Graziele Ribeiro Bitencourt

E-mail: gra_uff@yahoo.com.br

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimaraes da Fonseca

Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

Submissão: 02-05-2022**Aprovação:** 19-06-2022

Introdução

Os serviços de emergência são destinados aos atendimentos imediatos e tem como objetivo a redução das taxas de morbimortalidade de pacientes que podem dar entrada por diversas razões na unidade, incluindo o risco iminente de morte. Para tanto, deve dispor de uma estrutura organizacional adequada, recursos materiais necessários e profissionais devidamente capacitados¹.

No Brasil, dentre as principais causas de atendimento nas unidades de emergência, destacam-se: os acidentes de trânsito, a violência e as doenças do aparelho circulatório, em especial, as isquêmicas do coração. Estas são de grande acometimento na população, gerando muitos óbitos entre jovens e adultos. No último levantamento da Secretaria de Vigilância em Saúde, foi constatado que das doenças relacionadas aos atendimentos de emergência, as isquêmicas do coração estavam em primeiro lugar (80,02%), seguida de violência interpessoal (28,2 %) e os acidentes de trânsito (20,4 %)².

Neste contexto, ao dar entrada na emergência hospitalar, o paciente será avaliado e classificado de acordo com o quadro apresentado através do Sistema *Manchester* de Classificação de Risco². De acordo com esta, o enfermeiro prioriza o atendimento do paciente mais crítico, utilizando critérios clínicos. De acordo com o Ministério da Saúde, Art. 2º da Portaria n.º 354 de 2011:

"Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental"^{3:1}.

Todavia, caso seja considerado um paciente clinicamente instável ou grave, será prestada a assistência necessária para estabilizá-lo. Tal assistência deve buscar identificar a sua gravidade e fornecer o atendimento mais efetivo. A partir disso, no intuito de organizar a sistematização do atendimento de emergência e urgência prestados, estabelecer atendimentos prioritários e de forma sinérgica a esses pacientes, o Ministério da Saúde implantou no Sistema Único de Saúde, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que tem como objetivo principal qualificar os atendimentos, realizando a promoção integral da saúde, no qual o paciente é assistido desde a atenção básica até a hospitalar. Porém, mesmo com esta composição, ainda é possível perceber uma superlotação em hospitais, principalmente, nas salas de emergência, assim como a falta de insumos, inadequação de estrutura física, equipes reduzidas e muitos pacientes no mesmo setor, circulação excessiva no local, falta de comunicação interpessoal e o esgotamento da equipe podem contribuir para possíveis erros no cuidado, o que pode levar a uma série de eventos adversos¹.

Esses desafios do Sistema podem impactar diretamente para a segurança do paciente nas unidades de emergência, tema que vem ganhando destaque durante a última década. Após um estudo realizado pelo *Institute of Medicine (IOM)* intitulado *"To err is Human"*, foi descoberto

que erros relacionados ao cuidado à saúde causaram muitos óbitos nos hospitais dos EUA. Conseqüentemente, foram realizados outros estudos em diversos países, incluindo o Brasil, onde foi constatada uma alta incidência de eventos adversos. Estes são definidos pela Organização Mundial de Saúde como incidentes que resultam danos ao paciente explicitando, então, a necessidade de atenção para a qualidade do cuidado, visto que 50% dos casos apresentados poderiam ser evitados⁴.

Portanto, com o objetivo de prevenir riscos e reduzir danos aos pacientes, a Organização Mundial de Saúde definiu a segurança do paciente como uma prioridade global de saúde. Para tanto, algumas metas foram pactuadas internacionalmente visando a redução de erros das práticas em saúde, sendo elas: identificação correta do paciente; comunicação clara e efetiva; segurança na administração de medicamentos; maior segurança em cirurgias, diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente⁵.

Um estudo realizado em 2018 na França, 840 pacientes que foram atendidos e analisados em seis unidades de emergência e apresentaram pontos de interesse à segurança do paciente. Desse quantitativo, 8,6% sofreram algum tipo de evento adverso a partir do descumprimento de práticas estabelecidas nas metas internacionais. Mesmo sendo um país com melhor estrutura em seus hospitais, os índices continuam altos, o que requer uma atenção, já que tais eventos adversos, em sua maioria, são de responsabilidade dos profissionais de saúde⁶.

Para o melhor desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente e de sua inserção no cuidado, é necessário um profissional que esteja constantemente em contato com o paciente, como o enfermeiro. Desde a entrada do paciente com a aplicação da classificação de risco, para definir a prioridade de atendimento de acordo com a gravidade do quadro clínico apresentado pelo paciente, o enfermeiro já atua neste contexto, além da execução de intervenções voltadas a estabilização e monitoramento dos pacientes mais graves⁷. Entretanto, quais são as intervenções do enfermeiro diretamente associadas ao atendimento seguro do paciente crítico na unidade de emergência? A partir disso, este estudo apresenta como objetivo identificar na literatura as intervenções do enfermeiro relacionadas a assistência segura ao paciente crítico na Unidade de Emergência.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa que possibilita um entendimento mais amplo sobre um tema específico de forma organizada, sintetizando pesquisas, e, de acordo com a busca realizada, posteriormente, resulta em práticas baseada em evidência⁸.

Este estudo foi conduzido pela questão norteadora: quais são as intervenções do enfermeiro associadas ao atendimento seguro do paciente crítico na unidade de emergência? A partir disso, as variáveis consideradas foram: 1) intervenções do enfermeiro do paciente crítico, a partir das listadas na especialidade de Enfermagem em emergência da *Nursing Interventions Classifications*⁹; e 2) atendimento seguro a partir da associação com as metas



internacionais de segurança do paciente: identificação correta do paciente; comunicação efetiva; segurança na administração de medicamentos; cirurgias seguras, diminuição dos riscos de infecção e de queda do paciente⁵.

Foi executada uma busca por publicações de enfermagem e saúde em base de dados científicos nos meses de fevereiro a agosto de 2021. Este processo consistiu em seguir as seis etapas da revisão integrativa: escolha, definição do tema e questão norteadora; busca na literatura (critérios de inclusão e exclusão); coleta de dados; avaliação dos estudos incluídos nos resultados; discussão do resultado e apresentação da revisão integrativa. Para sintetizar de forma organizada a extração desses dados, foi escolhido o *checklist: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)*⁸.

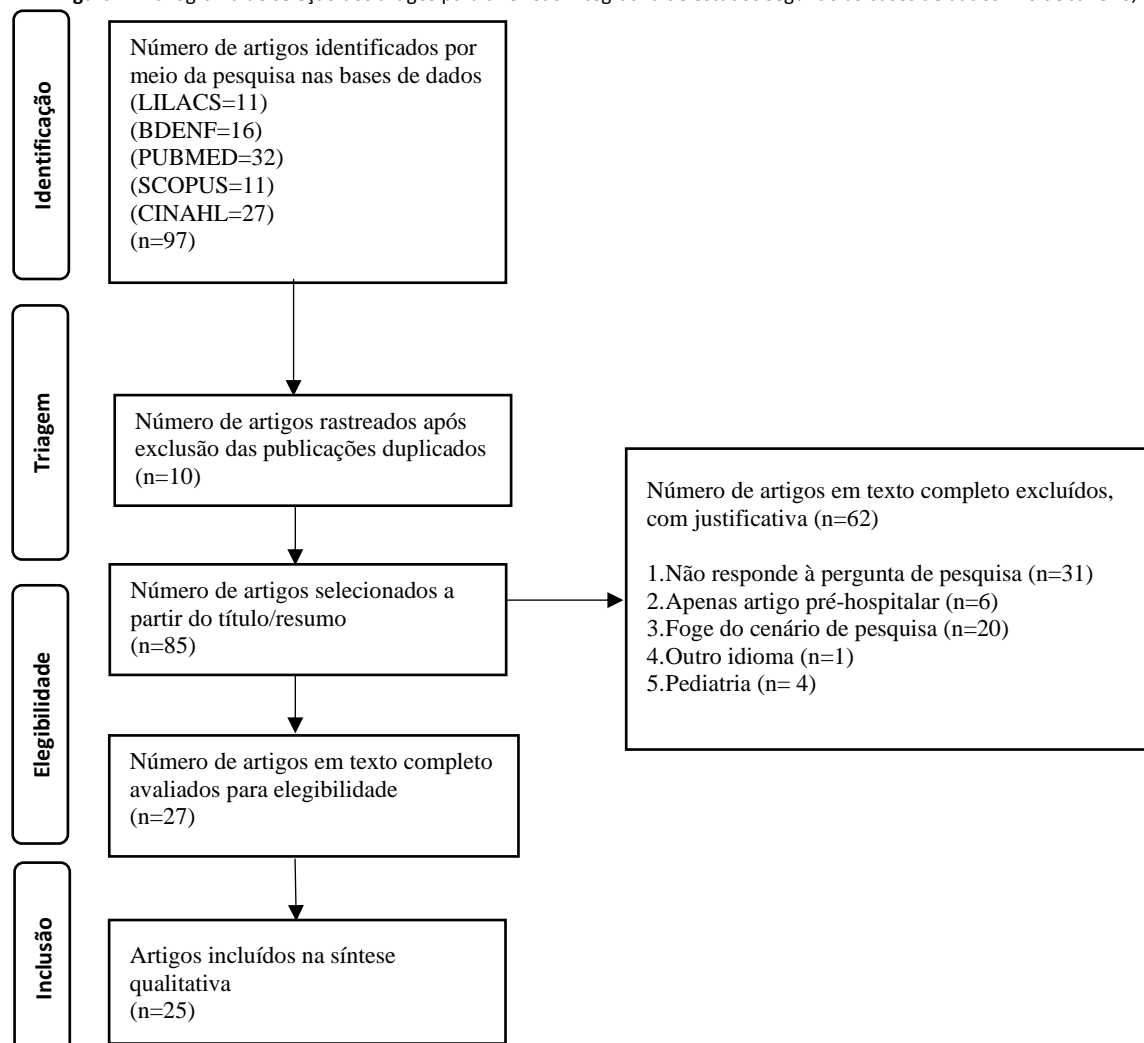
Para a seleção dos artigos, foram consultadas cinco bases de dados: LILACS (Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde), PUBMED (*U.S National Library of Medicine National Institutes of Health*), BDNF (Banco de dados em enfermagem), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e SCOPUS. Como estratégia de rigor na busca nas bases de dados, dois revisores enfermeiros, com expertise no tema em estudo e no método utilizado realizaram a pesquisa nas bases de dados de modo independente. Os artigos foram incluídos a

partir do consenso. Em caso de discordância, um terceiro avaliador foi utilizado para análise da inclusão.

Através do Banco de Descritores de Ciência em Saúde (DeCS), foram escolhidos os seguintes descritores controlados: cuidados de enfermagem, segurança do paciente e serviço hospitalar de emergência. No *Medical Subject Headings (MESH)*: “*nursing care*”, “*patient safety*”, “*emergency service*”, “*hospital*” e “*emergency department*”, sendo este último escolhido como alternativa em algumas bases para evitar excesso de artigos que não condiziam com a pesquisa nos resultados.

Para a busca nas bases da PUBMED e SCOPUS foram utilizadas aspas nos descritores, e o operador booleano utilizado foi o “AND”. Sendo essa estratégia de busca exemplificada, de acordo com a base, estratégia e número de referências recuperadas: LILACS – “Cuidados de Enfermagem AND Segurança do Paciente AND Serviço Hospitalar de Emergência” – 11; PubMed - “Nursing Care AND Patient Safety AND Emergency Service, Hospital” – 32; SCOPUS - “Nursing Care AND Patient Safety AND Emergency Department” – 11; BDNF – “Cuidados de enfermagem AND Segurança do paciente AND Serviço hospitalar de emergência” – 16; CINAHL – “Nursing Care AND Patient Safety AND Emergency Service Hospital” – 27.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa de estudos segundo as bases de dados. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016-2021



Após a coleta de dados, a pesquisa foi submetida à primeira etapa de seleção, por meio da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Dos critérios de inclusão, foram selecionadas as pesquisas publicadas em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratem a temática referente, publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos (julho de 2016 a julho de 2021). Dentre os critérios de exclusão, estão os editoriais, artigos duplicados, relatos de experiência, teses e dissertações, atendimentos pré-hospitalares e estudos relacionados ao atendimento em outros departamentos hospitalares, além de estudos com animais e crianças.

A partir disso, o diagrama *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis for Scoping Reviews (PRISMA)*⁹ foi utilizado para apresentar as etapas de seleção dos artigos (Figura 1).

Obteve-se uma amostra de 97 artigos distribuídos entre as bases selecionadas. Após utilizar os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos acima, a amostra final foi composta por 25 artigos. Após leitura do título/resumo, foram excluídos 23 artigos, após a leitura do texto completo 46, dentre eles: 10 foram excluídos por estarem duplicados, 4 por serem medidas em crianças, 31 por não responderem à questão norteadora e 18 não tratarem da temática abordada. Além de 6 se referirem apenas ao atendimento pré-hospitalar e 1 estar em outro idioma.

A análise dos dados foi descritiva, com a codificação dos artigos em números arábicos de acordo com a identificação nas bases de dados. Além disso, realizou-se a

categorização temática a partir do conteúdo das intervenções de enfermagem identificadas no estudo relacionadas as metas internacionais de segurança do paciente. Portanto, as categorias elaboradas foram: 1) identificação do paciente e prática segura na administração segura de medicamentos; 2) Comunicação efetiva com a equipe de atendimento pré-hospitalar (APH) e intra-hospitalar; 3) gestão do enfermeiro e desempenho organizacional da equipe na qualidade do atendimento.

Para o nível de evidência, utilizou-se a classificação: nível 1 – evidências de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências oriundas de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências procedentes de um único, estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 – evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁹.

Resultados

A síntese das evidências dos 25 estudos incluídos nessa revisão foi distribuída de acordo com a base de dados, autor/periódico/país/ano, nível de evidência (NE) e tipo de estudo (Quadro 1).

Quadro 1. Seleção dos artigos pela revisão integrativa da literatura de acordo com as bases de dados PUBMED, CINAHL, LILACS e SCOPUS. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016-2021

n.º	Base	Autor/periódico/país/ano	NE	Tipo de estudo
01	LILACS	Santos et al./Revista Gaúcha de Enfermagem. /Brasil/2019	6	Estudo qualitativo
02	LILACS	Paixão et al./Revista Brasileira de Enfermagem /Brasil/2018	6	Estudo qualitativo
03	LILACS	Olino et al./Rev.gaúch.enf. /Brasil/2019	6	Estudo descritivo
04	LILACS	Dias et al./ Revista da Escola de Enfermagem da USP/Brasil/2020	6	Estudo qualitativo
05	LILACS	Gomes et al./ Revista Brasileira de Enfermagem /Brasil/2019	6	Estudo descritivo
06	LILACS	Miorin et al./ Texto & contexto de enfermagem/Brasil/2020	6	Estudo qualitativo
07	LILACS	Melo C.L./ Repositório. UFMG/Brasil/2019	6	Estudo qualitativo
08	BDENF	Bampi et al/Revista de enfermagem da UFPE on line/ Brasil/2017	6	Estudo qualitativo
09	BDENF	Oliveira et al./ Revista de enfermagem da UFPE on line/Brasil/2019	6	Estudo descritivo
10	BDENF	Pagliotto et al./ Cuidado, arte, e enfermagem/Brasil/2019	6	Estudo descritivo
11	BDENF	Rubim et al./ Revista de enfermagem da UFPE on line /Brasil/2017	6	Estudo qualitativo
12	CINAHL	Yoo HJ et al/ PLoS One/Coreia/2020	6	Estudo qualitativo
13	CINAHL	Twigg et al./ Online Journal of Rural Nursing & Health Care/Austrália/2016	6	Estudo qualitativo
14	SCOPUS	Curtis et al./ Australasian Emergency Care/ Austrália/2020	6	Estudo descritivo

15	SCOPUS	Ausserho fer et al./ International Journal of Nursing Studies/ Itália/2021	6	Estudo descritivo
16	SCOPUS	Kerr et al./ International Journal of Nursing Practice/ Austrália/2016	6	Estudo descritivo
17	SCOPUS	Jones,A.Johnstone,M.J./Australian College of Nursing/Austrália/2019	4	Estudo coorte
18	SCOPUS	McFarlan et al./ Journal of Emergency Nursing/ Estados Unidos/2019	4	Estudo qualitativo
19	SCOPUS	Jaggi et al./ Applied Nursing Research/ Canadá/2018	4	Estudo de coorte
20	SCOPUS	Jones et al./ Journal of clinical nursing/Austrália/2016	6	Estudo descritivo
21	SCOPUS	Eriksson et al./ Journal of Clinical Nursing/ Suíça/2018	6	Estudo qualitativo
22	PUBMED	Olofin biyi et al./ The Pan African medical journal / África do Sul/2020	6	Estudo qualitativo
23	PUBMED	Mendes et al./ Einstein (São Paulo) /Brasil/2018	6	Estudo descritivo
24	PUBMED	Husebø, S. E.& Olsen, Ø. E/ Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine / Escandinávia/ 2019	6	Estudo qualitativo
25	PUBMED	Castilho et al./ Revista latino-americana de enfermagem/ Brasil/2020	6	Estudo descritivo

A seleção dos estudos que compõe a amostra da presente revisão integrativa parte do ano de 2016 e a maioria é de 2019. A maior concentração dos artigos é oriunda do Brasil. Os principais tipos de estudos que compuseram esta amostra foram descritivos e qualitativos. Com relação aos níveis de evidências dos referidos estudos,

a maioria são de nível 6, o que traz a lacuna de estudo de efetividade das intervenções realizadas.

No Quadro 2 são apresentadas as intervenções de enfermagem relacionadas ao atendimento seguro através das metas internacionais de segurança do paciente crítico na unidade de emergência.

Quadro 2. Intervenções de enfermagem relacionadas às metas internacionais de segurança do paciente crítico na unidade de emergência. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2016-2021

Categorias temáticas	Metas	Intervenções de enfermagem	Referência
Identificação do paciente e prática segura na administração segura de medicamentos	Identificação correta do paciente	Identificação do paciente.	01; 09; 23.
	Segurança na administração de medicamentos	Higienização das mãos; assepsia dos materiais; identificação de alergias; administração de medicamentos; monitorização e vigilância após a administração; dupla checagem; análise de compatibilidade medicamentosa.	01; 09; 23.
Comunicação efetiva com a equipe de atendimento pré-hospitalar (APH) e intra-hospitalar	Comunicação efetiva	Utilização de SBAR ou passômetro; interação com equipe multidisciplinar; Triagem, protocolos de segurança e <i>bundles</i> ; Capacitação dos protocolos utilizados; implementação de protocolos existentes; incentivo a relação interpessoal da equipe.	02; 03; 06; 07; 10; 14, 15; 16; 17; 18; 22.
Gestão do enfermeiro e desempenho organizacional da equipe na qualidade do atendimento	Diminuição dos riscos de infecção	Higienização das mãos; assepsia dos materiais.	01; 09; 23.
	Diminuição do risco de queda e lesão por pressão	Organização do setor; prevenção de quedas e de úlcera por pressão; SAE; provir materiais e insumos; gestão e capacitação da equipe de enfermagem; Coaching de equipe.	04;05;08;11;12; 13; 17; 19; 20; 21; 24; 25.

Os artigos analisados trouxeram dados atualizados que refletem a relação da rotina do enfermeiro que atua na emergência às metas internacionais de segurança do paciente, seja na triagem, no atendimento direto ao paciente, ou no gerenciamento e organização da equipe e da unidade em questão. Nas categorias elaboradas não foi

incluída a meta de cirurgia segura, já que não foi associada nos estudos incluídos nesta revisão.

Discussão

A maioria dos estudos que abordava intervenções do enfermeiro no atendimento seguro do paciente crítico na



unidade de emergência apresentava caráter descritivo ou qualitativo. Este achado traz a necessidade de novos estudos que analisem a efetividade dessas intervenções e aproximar a prática baseada em evidências de modo aplicado ao contexto. Por se tratar de pacientes graves que necessitam de atendimento precoce, considera-se emergente este desenvolvimento, de modo a embasar e qualificar a prática.

Por outro lado, os estudos analisados trouxeram contribuições no sentido de identificação do que já é disponível na literatura científica sobre o tema e foram organizados em categorias apresentadas a seguir.

Identificação do paciente e prática segura na administração segura de medicamentos

Os riscos e os incidentes relacionados a segurança do paciente envolvem erros na administração de medicamentos na unidade de emergência. Estão relacionados a erros individuais, organizacionais e ao número elevado de atendimentos e procedimentos, além da sobrecarga de trabalho na emergência. Uma estratégia de mitigação destes erros é o gerenciamento de riscos relacionados à administração de medicamentos, que incluem as etapas de identificação do paciente através da pulseira; levantamento do risco de possíveis alergias a medicamentos; informatização da prescrição médica; adoção de sistemas de dispensação seguros; conferência dos dados referentes à medicação a ser administrada e envolvimento do paciente e equipe em todo o processo⁵.

Além disso, o setor de emergência requer educação continuada à equipe de profissionais sobre condutas adequadas durante a utilização de medicamentos, principalmente na realização de cálculos e na mensuração das doses. Esta medida seria uma forma de evitar que os eventos adversos na administração dos fármacos aconteçam. Além disso, evitar fatores externos que possam interferir nessa execução como: ruídos, locais com grande fluxo de pessoas podem favorecer o cuidado seguro⁸.

Os principais erros identificados, neste contexto, estão relacionados à higienização das mãos no preparo e na administração dos medicamentos, na assepsia dos materiais, na diluição e no horário de infusão que, por muitas vezes, acontece com antecedência ao horário aprazado. Também foi percebida a não identificação correta do medicamento e do paciente antes da administração. Isso pode ocorrer por tratar de um cenário que tem pacientes com risco iminente de morte e requer uma realização rápida de procedimentos. Com isso, as possíveis estratégias que o enfermeiro pode executar para diminuir os riscos aos pacientes incluem a implementação da dupla checagem pela equipe de enfermagem e médica. A possibilidade de o enfermeiro também assumir o preparo de algumas medicações, assim como, a necessidade do conhecimento da incompatibilidade medicamentosa, a vigilância e a monitorização contínua dos pacientes após a administração de fármacos, sobretudo, realizar a supervisão da equipe de enfermagem¹⁰.

Quando reflete sobre a participação do enfermeiro na administração de medicação, traz-se a necessidade da experiência profissional e do conhecimento como fatores intrínsecos para um cuidado seguro. O treinamento também

é sugerido como uma forma de aumentar o nível de conhecimento, habilidade e melhora no cuidado de enfermagem. O enfermeiro deve garantir os nove “certos” básicos em todos os momentos ao administrar medicamentos preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): paciente, medicamento, via, hora, dose, registro correto da administração do medicamento, orientação, forma e resposta certos. O treinamento regular para os enfermeiros sobre novos medicamentos e protocolos de administração, sistemas computadorizados de prescrição, e enfermeiros gerentes e formuladores de políticas para implementação de medidas eficazes pode reduzir a incidência de erros de medicação⁹.

Entretanto, um achado de interesse é que os estudos apontaram a identificação do paciente somente associada a administração de medicamentos. Considerando que em boa parte das situações graves de emergência o paciente é admitido com alterações no nível de consciência e incapaz de fornecimento de dados de identificação, é um achado válido no apontamento de estudos futuros.

Comunicação efetiva com a equipe de atendimento pré-hospitalar (APH)

O atendimento na emergência pode incluir diferentes formas de abordagem, devido a necessidade de percepção da deterioração clínica do paciente para o acionamento da equipe do Time de Resposta Rápida (TRR), sendo um dos membros o enfermeiro. O TRR favorece o atendimento seguro no ambiente hospitalar, visto que favorece a comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar e oferece a possibilidade de atendimento no intuito de evitar eventos adversos em pacientes internados em leitos externos à unidade de terapia intensiva¹¹.

Além disso, antes de o paciente dar entrada na emergência, ele é atendido pela equipe do APH, de modo que o paciente pode estar exposto a diversos riscos que afetam a sua segurança. Ao chegar no hospital, ele é recebido pela equipe intra-hospitalar que deve colher as informações necessárias e realizar o atendimento adequado o mais rápido possível. O enfermeiro recebe o caso desse paciente, para, então, colocar em prática suas determinadas ações e protocolos intra-hospitalares¹².

Nessa comunicação entre as equipes podem ocorrer falhas que refletem de uma forma negativa sobre a segurança do paciente. A transferência de cuidado, também conhecida como *Handoff* ou *Handover*, pode ser dividida em dois tipos. No primeiro, é uma transferência entre diferentes tipos de unidades de saúde ou de uma mesma unidade. Já no segundo, é sobre a transferência entre passagens de plantão. O enfermeiro deve estar atento à situação geral e instabilidade clínica do paciente; não deve ser interferida independentemente do profissional que está passando as informações, e de qual profissional está recebendo. Esse processo pode interferir na continuidade do cuidado. Caso o diagnóstico do paciente esteja errado, prescrições verbais, interferem no desempenho de procedimentos e na sua segurança. Quando o enfermeiro recebe a admissão do paciente, ele se responsabiliza por aquele cuidado integral, é indicado o uso do método SBAR (*Situation- Background-*



Assessment- Recommendation), que é um instrumento validado e eficaz nessa comunicação e cuidado, a fim de padronizar a comunicação efetiva entre os enfermeiros. O *passômetro* também foi relatado como uma alternativa de transferência de dados, por ser simples e conter informações importantes¹².

Os enfermeiros se preocupam com essa troca de informações e é por isso que devem estar sempre atualizados sobre novas formas de realizar a comunicação efetiva com os integrantes da equipe do APH e sua própria equipe interdisciplinar. Isso ocorre no intuito de planejar e organizar o cuidado com cada um, exercendo seu papel e trabalhando em conjunto, para, assim, diminuir os riscos ao paciente na emergência^{12,13}.

Por outro lado, a adoção de barreiras de segurança, implantação de estratégias e protocolos amenizam os riscos de erros na assistência. O programa nacional de segurança do paciente (PNSP) constitui de práticas básicas de segurança no atendimento de emergência e é indicado para uso em unidades de pronto atendimento (UPA) para investigação de procedimentos invasivos¹⁴.

Em um estudo realizado em um hospital na Austrália foi aplicado uma nova forma de transferência de plantão na finalidade de diminuir os eventos adversos e melhorar a prestação da qualidade do cuidado de enfermagem. Após os enfermeiros auditores implementarem esse novo método, em uma abordagem padronizada, foi possível obter resultados positivos na passagem de plantão dos enfermeiros no departamento de emergência, no qual foi constatado que pode ocorrer de melhor forma no leito do paciente, onde já é possível averiguar a identificação da pulseira do paciente e identificação de possíveis alergias, o que ajuda a prevenir eventos adversos relacionados a medicação¹⁵.

Em um hospital de ensino, foi adotada uma ferramenta de comunicação para facilitar na continuidade do cuidado entre a equipe da emergência e a equipe do setor que receberá o paciente. Eles usaram as ferramentas *Modified Early Warning Score* (MEWS) e o registro da nota de transferência (NT), que o enfermeiro preenche antes da transferência. Essas propostas asseguram que exista uma continuidade do cuidado, o que gera a qualidade e aumenta a segurança do paciente, gerando, inclusive, uma diminuição de custos. O MEWS é utilizado para avaliação de deterioração clínica de pacientes graves, seu *score* é baseado em cinco parâmetros fisiológicos: nível de consciência, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica e temperatura. Essa ferramenta possibilita a comunicação sobre a gravidade do paciente, caso seja uma pontuação alta, requer a presença de uma equipe multidisciplinar com médicos e enfermeiros para transportá-lo com segurança¹⁶.

Existem ferramentas que são utilizadas para avaliação de pacientes na emergência, elas têm como estratégia diminuir a superlotação e identificar quem está em risco iminente de morte, como o sistema de triagem de *Manchester*, onde se classifica a ordem de prioridade através de cores. Os pacientes mais emergenciais, sendo representados pela cor vermelha, devem ser atendidos

imediatamente. O enfermeiro é um profissional responsável por realizar essa triagem e cabe ao mesmo dominá-la e ser qualificado para uma atuação que configure no atendimento mais seguro aos pacientes que adentram no acolhimento. Para realizar essa função, é requerido o exame físico, avaliação dos sinais vitais, dos sintomas apresentados e o histórico de enfermagem. Devem ser considerados fatores individuais do paciente para essa avaliação, como idade e doenças crônicas. Caso não sejam considerados os fatores de forma correta, a classificação é prejudicada. Também é possível criar ferramentas, utilizando protocolos já existentes, como foi feito em um hospital na Austrália, onde foi implementada uma lista eletrônica para a realização de triagem dos pacientes de emergência com foco em quedas utilizando o *Ontário Modified Stratify (Sydney Scoring) Falls Risk Screening* da OMS, lesão por pressão (escala de *Waterlow*) e uso de substâncias, fatores esses que levavam pacientes a internação. Essa triagem utilizada pelos enfermeiros possibilitou uma avaliação dos pacientes com monitoração contínua, o que gera a um *feedback* positivo e possibilita a identificação de possíveis eventos adversos¹⁷⁻¹⁹.

A triagem liderada pelo enfermeiro é bem-sucedida quando desempenhada conforme o protocolo, ajuda nas tomadas de decisões sobre tratamentos de enfermagem, orientações ao paciente, tornando o papel do enfermeiro altamente indispensável^{13,19-21}.

Gestão do enfermeiro e desempenho organizacional da equipe na qualidade do atendimento

A equipe de enfermagem demonstra preocupação com a estrutura do serviço interferir em um cuidado seguro ao paciente. Isso também inclui a organização do setor e da equipe e a falta de insumos e materiais, apontados em associação aos cuidados com lesões. É necessário que o enfermeiro veja o indivíduo como um ser único e complexo, visando atender suas necessidades individuais. Para isso, é necessária uma avaliação do paciente, devido à superlotação dos ambientes de emergência, casos de pacientes idosos e/ou em longo tempo de espera, deve-se planejar cuidados preventivos como a mudança de decúbito, aplicar a escala de *Braden* e a implementação de programas de prevenção de quedas no setor^{7,12}.

No contexto geral, a gestão é necessária para que aconteça um cuidado seguro, com disponibilização de materiais adequados ao cuidado e prevenção de lesões pela unidade. No que cabe ao enfermeiro, a ele compete a prestação do cuidado, mas precisa ser capacitado e possuir destreza. Ele terá que se preocupar com a higienização correta das mãos, terá de intervir através de capacitação e treinamento dos profissionais de enfermagem, utilizar de rotinas e protocolos, sistematização da assistência de enfermagem e incentivar metas de segurança do paciente. Além disso, possui papel de gestor, no que tange o provimento de materiais e insumos, e ao desempenhar liderança, através do diálogo com a equipe e de orientação aos pacientes e familiares^{7,22,23}.

Quando retratado o gerenciamento do trabalho, foi possível identificar que enfermeiros com tempo médio de atuação no hospital, apresentam mais dificuldade em



exercer essa competência, principalmente em cuidados considerados menos urgentes como prevenção de quedas e lesões. O profissional, por falta de tempo ou pela sobrecarga de trabalho, pode “criar lacunas” no atendimento, deixando de realizar algum tipo de cuidado essencial. Para evitar tal comportamento, deve-se realizar uma vigilância de enfermagem, criar métodos ou instrumentos que viabilizem revelar possíveis lacunas que induzam o erro no setor da emergência, a fim de reduzir eventos adversos, como lesão por pressão e quedas. Devem-se propor políticas de saúde para dimensionamento de pessoal, revendo as escalas de trabalho, juntamente com os gestores das instituições de saúde e estimular a aprendizagem organizacional através dos erros^{11,24-27}.

Outro método implementado por uma pesquisa em Missouri nos EUA, líder em um pronto socorro hospitalar, foi a da ronda de “hora em hora” diariamente e *rounds* de enfermeiros. Sobre o processo de rondas, estava incluso cumprimentar o paciente, diminuir a sua ansiedade e diminuir a quantidade de solicitações deles. Auxiliar a ir ao banheiro e a mudança de decúbito foram fatores que auxiliaram na diminuição dos eventos de quedas e de lesão por pressão. Enquanto nos *rounds* dos enfermeiros à beira leito, os benefícios são de conectarem-se diretamente com os pacientes da unidade, não focando na parte fisiológica, mas nas necessidades de serviço, no cuidado provido pela equipe, conquistando assim o respeito e confiança dos pacientes e da equipe assistencial¹⁸.

A liderança clínica é necessária para cuidar, de forma segura, os pacientes críticos. Essa liderança pode ser adquirida com a busca de especializações que envolvam gestão de comunicação e *coaching* de equipe. Além disso, o enfermeiro com esse conhecimento pode aplicar métodos para gerir melhor o setor, onde pode realizar coleta de documentação de sinais vitais, identificação precoce e

prevenção de lesões, além de desenvolver a escuta ativa buscando saber as aflições do paciente e utilizar dessas informações para pesquisas futuras, a fim de contribuir no avanço de melhorias no atendimento seguro^{12,28-31}.

Aponta-se como limitação do estudo a seleção de quatro bases de dados. Além disso, a limitação temporal na busca de estudos também pode ter excluído literaturas de interesse publicadas após o refinamento nas bases. Por outro lado, a lacuna em estudos que abordasse a cirurgia segura não era esperada, mas será de interesse em estudos futuros, principalmente na avaliação pré-operatória em situações de emergência e prevenção de riscos intra e pós-operatórios.

Conclusão

O presente estudo identificou as intervenções do enfermeiro relacionadas a assistência segura ao paciente crítico na Unidade de Emergência. De acordo com os dados apresentados, poucos estudos citam intervenções diretas do enfermeiro ao atendimento do paciente crítico, mas há ênfase nos cuidados com a administração segura de medicamentos em situações de emergência.

Por outro lado, há participação do enfermeiro na unidade de emergência na gestão e desempenho organizacional da equipe na qualidade do atendimento, além da organização da triagem, protocolos de segurança e *bundles*, bem como no estabelecimento de comunicação efetiva com a equipe de APH.

Portanto, faz-se necessários estudos que apontem para a efetividade de intervenções diretas relacionadas ao atendimento do paciente crítico em emergência, bem como propostas organizacionais de estruturação da equipe de enfermagem nesses serviços, buscando escalas que favoreçam o atendimento de qualidade do paciente.

Referências

1. Brasil. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das doenças não transmissíveis. Principais Causas de Morte. 2017. [cited:2020 Jun 4] Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>
2. Anziliero, F S, Bárbara S, Bárbara T, Thaíla B, Mariur. Sistema Manchester: tempo empregado na classificação de risco e prioridade para atendimento em uma emergência. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(4):1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.64753>.
3. Brasil. Portaria n.º 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. 3 de out 2011.
4. Santos PRAD, Rocha FLR, Sampaio CSJC. Ações para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos em unidades de pronto atendimento. Rev Gaúcha Enferm. 2019 40(spe):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180347>
5. Dias AO, Bernardes S, Chaves LDP, Sonobe HM, Grion CMC, Haddad CMFL. Critical incidents as perceived by rapid response teams in emergency services. Rev. esc. enferm. USP. 2020; 54(e03595):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018027903595>.
6. Oliveira BHS, Sousa VM de, Fernandes KJSS, Urtiga VLSC, Carvalho LJAR; Carvalho REFL et al. Erros de dose de medicamento em unidade de urgência hospitalar. Rev enferm UFPE on line; 2019;13(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239792>.
7. Gomes ATL, Ferreira MA, Salvador PTCO, Bezerril MS, Chiavone FBT, Santos VEP. Safety of the patient in an emergency situation: perceptions of the nursing team. Rev. Bras. Enferm. 2019;72(3):788-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>.
8. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME rev mi. enferm 2014; 18(1): 09-11. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
9. Melnyk BM, Fineoutoverholt E. making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineoutoverholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: aguide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2005. p. 324.
10. Mendes JR, Lopes MCBT, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Types and frequency of errors in the preparation and administration of drugs. Einstein (Sao Paulo). 2018;16(3):eAO4146. doi: 10.1590/S1679-45082018AO4146.



11. Castilho DEC, Silva AEBC, Gimenes FRE, Nunes RLS, Pires ACAC, Bernardes CA. Factors related to the patient safety climate in an emergency hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020; 28:e3273. doi: 10.1590/1518-8345.3353.3273.
12. Jaggi P, Tomlinson R, McLelland K, Ma W, Manson-McLeod C, Bullard MJ. Nursing duties and accreditation standards and their impacts: The nursing perspective. *Appl Nurs Res*. 2018; 40:61-67. doi: 10.1016/j.apnr.2017.12.009.
13. Miorin JD, Pai DD, Ciconet RM, Lima MADS, Gerhardt LM, Indruczaki NS. Transfer of pre-hospital care and its potential risks for patient safety. *Texto contexto - enferm*. 2020;29:1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0073>.
14. Paixão DPDSSD, Batista J, Maziero ECS, Alpendre FT, Amaya MR, Cruz EDA. Adhesion to patient safety protocols in emergency care units. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 1):577-584. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0504.
15. Kerr D, Klim S, Kelly AM, McCann T. Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: a pre- and post-implementation study. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(1):89-97. doi: 10.1111/ijn.12365.
16. Olino L, Gonçalves AC, Strada JKR, Vieira LB, Machado MLP, Molina KLM et al. Comunicação efetiva para a segurança do paciente: nota de transferência e modified early warning score. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019;40(esp):e20180341. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180341>.
17. Pagliotto LF, Souza PB; Thomazini JO, Ortega JBA, Vavra SMF. Classificação de risco em uma unidade de urgência e emergência do interior paulista. *CuidArte, Enferm*; 2016;10(2): 148-155. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/148-155.pdf>.
18. Curtis K, Qian S, Yu P, White J, Ruperto K, Sharyn Balzer, et al. Does electronic medical record redesign increase screening of risk for pressure injury, falls and substance use in the emergency department? An implementation evaluation. *Australas Emerg Care*. 2021 Mar;24(1):20-27. doi: 10.1016/j.auec.2020.04.002.
19. Ausserhofer D, Zaboli A, Pfeifer N, Solazzo P, Magnarelli G, Marsoner T et al. Errors in nurse-led triage: an observational study. *Int J Nurs Stud*. 2021; 113:103788. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103788.
20. Olofinbiyi OB, Dube M, Mhlongo EM. A perception survey on the roles of nurses during triage in a selected public hospital in Kwazulu-Natal Province, South Africa. *Pan Afr Med J*. 2020; 2;37:9. doi: 10.11604/pamj.2020.37.9.22211.
21. Melo CL. Transferência de cuidado realizada pelos profissionais de saúde em um serviço de urgência e emergência. *Belo Horizonte; REME Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1194. doi: 10.5935/1415-2762.20190042
22. Eriksson J, Gellerstedt L, Hillerås P, Craftman AG. Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *J Clin Nurs*. 2018;27(5-6):e1061-e1067. doi: 10.1111/jocn.14143.
23. Bampi R, Lorenzini E, Krauzer I, Ferraz L, Silva EFD, Dall'Agnol CM. Perspectivas da equipe de enfermagem sobre a segurança do paciente em unidade de emergência. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(2):584-91. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201713
24. Rubim MM, Cardoso LS, Silva JJS, Gelati TR, Rodrigues JR, Cezar-Vaz MR. Possibilidades profissionais e materiais em serviço intra-hospitalar de urgência e emergência: relato de experiência. *Rev. enferm. UFPE on line*; 2017; 11(supl.5): 2231-7. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i5a23380p2231-2237-2017>
25. Twigg D, Cramer J, Pugh J. Nurse staffing and workload drivers in small rural hospitals: an imperative for evidence. *Online J Rural Nurs Health Care*. 2016;16:97-101. doi: 10.14574/ojrnhc.v16i1.370.
26. Jones A., Johnstone MJ. Managing gaps in the continuity of nursing care to enhance patient safety. *Collegian*. 2018;1(2): 1-7. doi:10.1016/j.colegn.2018.06.006
27. Jones A, Johnstone MJ, Duke M. Recognising and responding to 'cutting corners' when providing nursing care: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016;25(15-16):2126-33. doi: 10.1111/jocn.13352.
28. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: a qualitative study. *PLoS One*. 2020;15(7):e0235694. doi:10.1371/journal.pone.0235694
29. Husebø SE, Olsen ØE. Actual clinical leadership: a shadowing study of charge nurses and doctors on-call in the emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27(1):2. doi: 10.1186/s13049-018-0581-3
30. Taveira RPC, Silva JLL, Souza RD, Rego VTSM, Lima VF, Soares RS. Atuação do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar de emergência. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(3):e156. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200156>
31. McFarlan S, O'Brien D, Simmons E. Nurse-leader collaborative improvement project: improving patient experience in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2019;45(2):137-143. doi: 10.1016/j.jen.2018.11.007