



TRANSIÇÃO DO CUIDADO DO PACIENTE ADULTO SUBMETIDO À CIRURGIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA¹

Larissa Frigo Dal Soto², Júlia Glowacki³, Jaqueline Arboit⁴

¹Pesquisa “Transição do cuidado intra-hospitalar do paciente adulto crítico: perspectivas de profissionais da equipe de enfermagem”

²Estudante do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. E-mail: larissa.soto@acad.ufsm.br

³Estudante do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem do, Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. E-mail: glowacki.julia@acad.ufsm.br

⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, docente do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. E-mail: jaqueline.arboit@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A transição do cuidado entre Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico visa a continuidade dos cuidados em saúde, especialmente nas intervenções cirúrgicas de urgência/emergência. **Objetivo:** Conhecer o processo de transição do cuidado de pacientes adultos que necessitam de intervenção cirúrgica de urgência/emergência. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido em hospital do Rio Grande do Sul, com 17 profissionais da equipe de enfermagem, entre agosto e outubro de 2024. Aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Emergiu da análise a categoria “Transição do cuidado entre Unidade de Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico”, e os núcleos de sentido: Organização para transferência de pacientes; Transporte de pacientes para o Centro Cirúrgico; Comunicação entre equipes; Informações priorizadas na continuidade do cuidado; Desafios na transição do cuidado. **Conclusão:** A transição do cuidado entre as unidades embora apresente um fluxo organizado, é limitada principalmente por falhas na comunicação, comprometendo a recuperação do paciente.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Urgência e Emergência (UEE) é a porta de entrada para pacientes em condições de instabilidade que oferecem risco iminente à vida. Diversas condições, como apendicite aguda, colecistite aguda calculosa, obstrução intestinal, hérnias encarceradas, e abdomes agudos hemorrágicos, apresentam grande potencial de complicações e óbitos em um curto espaço de tempo (PARREIRA *et al.*, 2020).



Nesses casos, os pacientes necessitam de intervenções cirúrgicas urgentes ou emergenciais para estabilização do seu quadro. De acordo com a classificação das cirurgias quanto à urgência, as cirurgias de urgência exigem pronta atenção e devem ser realizadas dentro de 24 a 48 horas. Já as cirurgias de emergência requerem atendimento imediato, pois envolvem situações críticas com risco de vida (POSSARI, 2009).

A partir das condições do paciente e respectivo nível de urgência cirúrgica, ocorre a transição do cuidado da UUE para o Centro Cirúrgico (CC). A transição do cuidado envolve um conjunto de ações destinadas a garantir a continuidade dos cuidados em saúde, conforme os pacientes são transferidos entre diferentes setores de uma mesma instituição, ou até mesmo para outros locais (COLEMAN; BOULT, 2003).

Esse processo transição é complexo, principalmente no que se diz respeito à segurança do paciente. A quantidade de profissionais envolvidos, a gravidade do caso, o volume de informações necessárias, a urgência com que devem ser processadas e as exigências técnicas sobre os profissionais de saúde contribuem para aumentar os riscos durante o processo de transição do cuidado (BRASIL, 2009).

Além disso, fatores como carga de trabalho elevada, estresse, fadiga, estruturas hierárquicas e características organizacionais podem tornar esse momento mais propenso a erros. Assim, percebe-se que a comunicação é essencial para evitar resultados adversos ao paciente. Nesse contexto, a comunicação efetiva foi destacada como um aspecto crucial pelo Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente, relacionado à cirurgia segura, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2009).

Portanto, dada a relevância da temática para a segurança do paciente, o objetivo deste estudo é conhecer o processo de transição do cuidado de pacientes adultos que necessitam de intervenção cirúrgica de urgência/emergência.

METODOLOGIA



Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa (MINAYO, 2014; GIL, 2022), cujo cenário foi um hospital de médio porte de um município do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes foram profissionais da equipe de enfermagem da UUE e CC. Como critérios de inclusão foram estabelecidos: ser profissional de nível superior ou técnico, estar lotado na UUE ou CC há pelo menos três meses. O critério de exclusão foi estar em licença no período da coleta de dados.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada (MINAYO, 2014), conduzida por acadêmicas do curso de Graduação em enfermagem previamente capacitadas. As entrevistas foram realizadas presencialmente durante o turno de trabalho dos profissionais, após recebimento de orientações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tiveram duração média de 23,8 minutos. Foram audiogravadas, transcritas no software *Google Docs* e posteriormente analisados pela Análise Temática proposta por Minayo (2014). O período de coleta de dados compreendeu os meses de agosto a outubro de 2024.

A pesquisa foi realizada de acordo com a legislação vigente no que diz respeito a pesquisa com seres humanos no Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº80119724.4.0000.5346. Para a proteção da identidade dos participantes, seus depoimentos foram codificados de acordo com códigos apresentando a unidade que atuam seguidos do número cardinal referente a ordem de realização da entrevista.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 17 profissionais da equipe de enfermagem, sendo nove (52,9%) profissionais da UUE e oito (47,1%) do CC. Com relação à formação profissional, 13 (76,5%) eram técnicos de enfermagem e quatro (23,5%) eram enfermeiros. O tempo mínimo de atuação nas unidades foi de quatro meses, e o máximo alcançou 20 anos.

Emergiu da análise de conteúdo a categoria temática “Transição do cuidado entre Unidade de Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico”; E os seguintes núcleos de sentido: Organização para transferência de pacientes; Transporte de pacientes para o Centro Cirúrgico; Comunicação



entre equipes; Informações prioritizadas na continuidade do cuidado; Desafios na transição do cuidado.

Transição do cuidado entre Unidade de Urgência e Emergência e Centro Cirúrgico

Organização para transferência de pacientes

Na rotina de organização para transferência de um paciente da UUE para realização de cirurgia de urgência ou emergência no CC, incluem-se os cuidados pré-operatórios, como a inserção de dispositivos venosos e colocação de vestimentas adequadas no paciente. Os profissionais também referem a necessidade de entrar em contato com o médico cirurgião para avaliação do paciente. Além disso, é fundamental comunicar os outros setores envolvidos, como o setor de imagens e laboratório, para a realização de exames complementares, e o CC, a fim de informar a equipe sobre o procedimento: *“Tem que ter um acesso [venoso] calibroso, retirar os adornos [...]o paciente vai só de camisola [...] já faz essa preparação inicial aqui [na UUE]”*. (UUE3); *“O médico [plantonista da UUE] avalia [o paciente] se acha que tem necessidade, chama o cirurgião, que avalia o paciente e, se tem critérios cirúrgicos, manda internar”*. (UUE 4);

“[...] avisa o pessoal do bloco [equipe de enfermagem do CC] para eles irem se organizando. [Equipe da UUE] Chama setor de imagem, chama cirurgião que está de plantão [...] Sobe [para o CC] com paciente de maca, com a ficha [Ficha de Atendimento Ambulatorial] direto para o bloco [...] se der pede até a internação, se não eles pedem lá pelo bloco.” (UUE8).

A equipe do CC, por sua vez, destaca que, ao ser informada sobre o procedimento, iniciará o preparo da sala de cirurgia, comunicará o restante da equipe e fará a recepção do paciente. Como relatado por um dos membros da equipe: *“Nós vamos organizar a sala, avisar o anestesista. O cirurgião provavelmente está sabendo”*. (CC2); *“Quando vem da emergência é bem intenso [...] a primeira coisa é arrumar a sala, arrumar as coisas para o anestesista [...] pegar o material, receber o paciente”*. (CC4).



Transporte de pacientes para o Centro Cirúrgico

No transporte de pacientes para o CC, os profissionais da UUE referem que o encaminhamento é feito conforme o tipo de procedimento necessário, podendo o paciente ser transportado deambulando, em cadeira de rodas ou maca, conforme apontado por alguns profissionais: “A gente leva [o paciente] até deambulando depende do procedimento. Agora, se é um paciente intubado, precisa de toda equipe [...]” (UUE2); “Se o paciente está em uso de oxigênio, ele vai de maca, de cadeira de rodas e a gente vai levar o torpedão no transporte”. (UUE9).

Os participantes da equipe de enfermagem do CC mencionam que, em algumas ocasiões, pacientes foram transportados de maneira inadequada, considerando a gravidade do caso, o que poderia comprometer o cuidado em caso de intercorrências:

“Já recebi paciente [risos] bem crítico em cadeira de rodas da emergência. Foi uma questão que eu conversei com o profissional que estava lá embaixo [na UUE] para se possível, trazer pacientes urgentes em maca [...] é um paciente grave, se o paciente de cadeira de rodas para [referindo-se a parada cardiorrespiratória] dentro do elevador, faz o quê? Então eu já recebi pacientes críticos de forma bem crítica.” (CC1).

Quanto aos profissionais envolvidos nesse transporte, percebe-se que existem diferenças nos discursos. Alguns participantes referem sempre a presença do enfermeiro, enquanto outros afirmam que apenas os técnicos de enfermagem participam desse momento. Um participante sinaliza: “Da emergência os que vieram para mim, críticos, vieram pelos técnicos [técnicos de enfermagem]”. (CC1). Outro acrescenta: “Normalmente, quando a gente recebe o paciente, o enfermeiro e os técnicos estão sempre juntos.” (CC3). Um terceiro participante complementa: “Uma técnica, ou um enfermeiro e uma técnica, depende. Às vezes vem em cadeira [de rodas], às vezes vem de maca [...]”. (CC8).

Comunicação entre equipes

Em relação à forma de comunicação e ao local em que ela ocorre, os participantes da UUE destacam principalmente a comunicação verbal, realizada por meio de contato telefônico; e pessoalmente, no momento em que o paciente é recebido no CC. A comunicação escrita



também é mencionada, especialmente por meio de aplicativo de mensagens nos celulares da instituição e do prontuário impresso do paciente. De acordo com os relatos, os enfermeiros de ambas as equipes são os principais responsáveis pela comunicação, especialmente por telefone. Na impossibilidade do enfermeiro da UUE de se deslocar até o CC, os técnicos de enfermagem assumem a responsabilidade pela comunicação: *“É falada. Ela (enfermeira da UUE) liga, passa para enfermeira [do CC] como vai o paciente. Se ela [enfermeira da UUE] não pode ir [até o CC], a gente [técnicos de enfermagem] sempre fala entre nós [...]”* (UUE1);

“São eles [equipe do CC] que decidem o momento de subir [com o paciente], eles ligam: ‘pode subir com o paciente [...] A gente chega lá [no CC] a enfermeira já vai estar sabendo, mas mesmo assim, passo o caso verbalmente novamente: ‘foi feito isso, isso e aquilo’ [...] Geralmente por telefone, WhatsApp, verbalmente.” (UUE2).

Alguns participantes acreditam que a comunicação é responsabilidade do cirurgião, e que os profissionais da equipe de enfermagem apenas reiteram aspectos que já foram informados: *“Na verdade, é o cirurgião que avisa a equipe [do CC] ‘vai ter uma laparotomia’, e ele manda preparar o bloco. Mas a gente comunica da mesma forma [...]”* (UUE4).

Do ponto de vista da equipe do CC, alguns relatos apontam que não há uma comunicação eficiente entre as equipes, e, ao receber o paciente é na unidade, é necessário iniciar uma coleta de dados sobre o caso:

“Não existe uma troca [de informações] [...] o paciente chega aqui, eu tenho que começar a descobrir tudo [...] ‘ah, foi coletado laboratoriais?’, ‘ah, qual é o tipo sanguíneo?’ [...] ainda bem que os que eu já recebi [pacientes] vieram ainda conscientes, então a gente faz toda a entrevista aqui novamente [...] é muito ruim porque já poderia estar iniciando com as condutas [...] porque perde um tempão fazendo toda essa coleta de dados, vai para o sistema, liga para o laboratório, para o médico e enfermeira que estavam lá [na UUE]”. (CC1).

Alguns participantes acreditam que a comunicação ocorre principalmente entre os enfermeiros, enquanto outros afirmam que ela ocorre entre os médicos. Ademais, alguns participantes mencionam que a equipe da UUE realiza uma comunicação breve, de forma verbal: *“Na verdade, quem passa é o enfermeiro ou o médico. Geralmente, passa médico para médico [...]”*



(CC5); *“Eles [equipe da UUE] ligam para cá [CC] ‘chegou um politrauma, vai ter cirurgia de emergência’, entre enfermeiros [...] às vezes na vinda, quando vem trazer [o paciente] eles fazem essa troca de informação”*. (CC6); *“Normalmente os colegas [da UUE] passam meio que tudo ‘geralção’”*. (CC7).

Informações priorizadas na continuidade do cuidado

Entre as informações priorizadas durante a transição entre as unidades, os participantes da UUE referem que priorizam repassar o que ocorreu com o paciente, suas comorbidades, medicações de uso contínuo, alergias, e outros aspectos que possam influenciar no procedimento cirúrgico: *“O que aconteceu, comorbidades do paciente, medicamentos que faz uso contínuo, essas coisas”*. (UUE5); *“Medicação, alergias, comorbidades, paciente hipertenso tem que ter um pouco mais de cuidado na sedação, alguma coisa mais específica mesmo”*. (UUE6). A equipe enfatiza a necessidade de verificar aspectos relacionados à anestesia: *“Paciente grave a gente tenta saber se ele se alimentou ou não, por causa da anestesia, o risco de aspiração, se é alérgico, se já teve algum procedimento anteriormente [...]”* (UUE9).

Os participantes do CC, por sua vez, relatam que, durante a comunicação questionam informações semelhantes, acrescentando detalhes relacionados às condutas que foram adotadas na UUE, exames realizados no setor e os sinais vitais apresentados pelo paciente:

“[...] desde quando? O que foi feito na emergência? O que iniciaram de assistência? Que patologias têm [o paciente] se é cardiopata, se é hipertenso. Que medicações faz uso? Tem alguma alergia? Tipagem sanguínea, sinais vitais, é o que eu vou questionando conforme o que vai vir [...] alergias, se faz uso de algum anticoagulante [...] para estar vendo o que se faz, e de que forma faz. Para também trocar informação com o anestesista.” (CC1).

Desafios na transição do cuidado

Ao serem questionados sobre os desafios para a transição do cuidado, alguns participantes da UUE e do CC reconhecem que informações podem ser perdidas durante a comunicação, especialmente devido à gravidade do quadro do paciente e à necessidade de agilidade nesse



momento: *“Daqui a pouco alguma informação pode deixar de ser passada. A gente está naquela adrenalina de passar [o paciente] e o quanto antes ir pra cirurgia. Então às vezes alguma coisa, por ser verbal, pode esquecer”.* (UUE6); *“É um desafio [...] às vezes tu chega ali, pega o paciente, elas [equipe da UUE] falam rápido porque tu tem que pegar o paciente e já levar na sala [de cirurgia]”* (CC4); *“Às vezes falam tanta coisa que, a gente acaba ‘o que ele [equipe da UUE] falou mesmo?’”* (CC7)

Alguns participantes também sinalizam a necessidade de comunicação entre os enfermeiros para agilizar a assistência ao paciente. Também, há reflexões sobre a necessidade de um instrumento estruturado para a comunicação entre as equipes: *“O que mais prejudica é a questão da agilidade no processo da assistência [...] comunicação, principalmente de enfermeiro para enfermeiro [...] para poder agilizar, discutindo o caso junto com o médico.”* (CC1).

“Eu acho que seria importante a questão de ter um papel, como se fosse uma passagem de plantão, para poder explicar, exemplo ‘paciente tem tal acesso, paciente tem um problema, alergia’. A gente não sabe se o paciente tem alergia, às vezes não tem o familiar junto e o paciente normalmente que é o crítico não tem como explicar que tipo de alergia tem, fica complicado.” (CC3).

DISCUSSÃO

O paciente que está na UUE e necessita de procedimento cirúrgico encontra-se em fase pré-operatória, que compreende desde a véspera da cirurgia até o momento em que é recebido no CC (POSSARI, 2009). Dessa forma, os cuidados pré-operatórios nessas unidades são essenciais para assegurar que os pacientes estejam adequadamente preparados para procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência. Além disso, esses cuidados permitem identificar e minimizar fatores de risco que possam aumentar as complicações durante a cirurgia, evitar atrasos, esclarecer dúvidas dos pacientes e assegurar a disponibilidade de todos os recursos necessários (DOMINGUES; SANTOS, 2025).



No cenário do estudo, os participantes da UUE reconhecem sua atuação no período pré-operatório, realizando o preparo inicial do paciente para sua entrada no CC. Nesse momento, também solicitam exames complementares e comunicam o CC sobre a chegada do paciente, possibilitando com que a equipe se organize. Essas práticas estão alinhadas à literatura, indicando que a UUE possui um fluxo estruturado e bem definido, amplamente conhecido por todos os profissionais envolvidos.

Quanto à rotina do CC para a recepção do paciente, a unidade também segue um processo de trabalho bem definido. De acordo com o tipo de cirurgia, os profissionais organizam a sala cirúrgica e comunicam o restante da equipe. Corroborando com esses achados, Tanaka *et al.*, (2022) afirma que a montagem da sala cirúrgica, bem como a preparação dos materiais e instrumentais, ocorre conforme o procedimento a ser realizado. Esse processo é conduzido pelos técnicos de enfermagem (circulante de sala e instrumentador), sob a supervisão de um enfermeiro.

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução nº 7 de fevereiro de 2010, todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo de, no mínimo, um médico e um enfermeiro, ambos com habilidade e experiência comprovada no atendimento de urgência e emergência (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). Pacientes que necessitam de intervenções cirúrgicas imediatas apresentam um quadro de instabilidade, e portanto, são considerados pacientes graves. Todavia, os participantes do estudo referem que, frequentemente, o enfermeiro não acompanha esse transporte, e o profissional médico sequer é mencionado. Ademais, as condições do transporte revelam falhas importantes na segurança do paciente, uma vez que, em algumas ocasiões, foi transportado até mesmo em cadeira de rodas.

Outro estudo obteve resultados semelhantes, ao avaliar eventos adversos durante o transporte de pacientes. Identificou problemas relacionados à equipe de profissionais, sendo a ausência de acompanhamento adequado um dos principais desafios. Constatou também, um grande número de notificações relacionadas à não conformidades, mobiliário e equipamentos insuficientes para o transporte adequado de pacientes (SILVA, 2022). Esses achados sinalizam fragilidades como



dimensionamento insuficiente de pessoal e também a escassez de materiais, o que impõem riscos à segurança do paciente.

A comunicação, seja verbal ou não verbal, é indispensável para a prática da enfermagem, influenciando diretamente a continuidade do cuidado e a troca efetiva de informações entre os profissionais. A comunicação também contribui para reduzir erros e minimizar danos, tanto para a equipe quanto para o paciente (MENDES *et al.*, 2020). Pesquisa realizada em um CC no estado de São Paulo identificou a preocupação da equipe de enfermagem em manter uma comunicação multiprofissional eficiente, reconhecendo-a como um fator primordial para a segurança do paciente (SOUZA *et al.*, 2020).

No entanto, os relatos dos participantes evidenciam fragilidades na comunicação entre as equipes, sugerindo a ausência de um processo bem definido e amplamente difundido. A Resolução nº 7 de fevereiro de 2010 da ANVISA determina que, em situações de transporte intra-hospitalar, os dados do prontuário do paciente devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). Da mesma forma, a Resolução nº 588 de 2018 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) define que, durante a fase preparatória do transporte intra-hospitalar deve haver comunicação entre as unidades envolvidas, garantindo a preparação adequada para o recebimento do paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Entretanto, conforme os relatos, por se tratar de situações de urgência e emergência, os profissionais nem sempre conseguem registrar as informações do paciente no prontuário eletrônico antes da transferência para o CC. Isso compromete o atendimento na unidade de destino, que recebe o paciente sem acesso prévio a dados fundamentais. Além das características intrínsecas da UUE como a gravidade e complexidade dos casos atendidos, outros fatores como sobrecarga dos profissionais, superlotação e ausência de protocolos institucionais agravam as dificuldades na comunicação (COIFMAN *et al.*, 2021). Ainda assim, em conformidade com a legislação, cabe à equipe do CC autorizar a chegada do paciente, garantindo que estejam preparados para recebê-lo.



Observa-se no cenário do estudo que os participantes da UUE não possuem um papel bem definido na comunicação. Dessa forma, tendem a delegar responsabilidades a outras categorias ou ainda, assumem que a comunicação já foi realizada, e assim repassam informações de forma superficial, o que abre lacunas durante a transição do cuidado.

No que se refere às informações priorizadas para a continuidade do cuidado, a Resolução do COFEN nº 588 de 2018 prevê que a comunicação entre o setor que está enviando o paciente e o setor que irá receber deve contemplar informações sobre a condição clínica do paciente e aquelas necessárias à continuidade da assistência de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2018).

Os profissionais da UUE relatam que buscam repassar as informações gerais sobre o ocorrido, sinais vitais, comorbidades, alergias, entre outros. Ainda, demonstram cuidado em repassar informações que podem interferir no procedimento anestésico-cirúrgico, como informar se o paciente se alimentou, revelando certa preocupação para garantir a segurança e a continuidade do cuidado.

Entre os desafios apontados pelos participantes, a comunicação se destaca. Eles reconheceram que, devido à transmissão verbal das informações no momento da chegada ao CC, dados importantes podem ser perdidos. Ainda, evidenciam a necessidade de um recurso escrito para sistematizar essa comunicação. Nesse sentido, a adoção de um instrumento estruturado pode ser um aliado fundamental, garantindo que a transição ocorra de forma padronizada, objetiva e eficiente, promovendo a continuidade do cuidado (NASCIMENTO *et al.*, 2022).

Um instrumento formal assegura que as informações fiquem registradas, minimizando o risco de serem esquecidas no momento da recepção do paciente no CC, mesmo durante uma transição rápida de um paciente grave. Isso também garante respaldo às equipes, pois documenta as informações compartilhadas durante o processo de transição.

Por fim, destaca-se que o enfermeiro é um profissional de referência para a equipe, devendo participar ativamente da comunicação durante a transição do cuidado e incentivando a participação de toda a equipe nesse processo. Nesse aspecto, a liderança dos enfermeiros exerce



um impacto significativo na implementação de políticas institucionais e na melhoria contínua dos processos de cuidado (BISPO *et al.*, 2023).

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram conhecer como ocorre o processo de transição do cuidado dos pacientes adultos que necessitam de cirurgia de urgência ou emergência. Observou-se que, embora o fluxo de trabalho esteja relativamente estruturado, ainda há desafios significativos, especialmente em relação às falhas de comunicação e à ausência de protocolos padronizados. Como contribuições do estudo, espera-se que a visão dos profissionais da UUE e do CC possa incentivar os estudos sobre essa temática ainda pouco explorada, promovendo a busca por instrumentos que auxiliem no cotidiano de trabalho das equipes. Com isso, espera-se também melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir a segurança do paciente nas situações de cirurgias de urgência e emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Transferência da Responsabilidade pelo Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Centros Cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010:** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 04 mar. 2025.

BISPO, Cleidiane Alves *et al.* Atuação do enfermeiro na qualidade e segurança do paciente. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Brasil, São Paulo, v. 6, n. 13, p. 1741–1754, 2023. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/783>. Acesso em: 29 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas.** Brasil: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em:



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_cirurgia_salva_manual.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

COIFMAN, Alyne Henri Motta *et al.* Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e03781, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6b3gxp5DL5YJy5ZQPGtgnv/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

COLEMAN, Eric A.; BOULT, Chad. Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, Nova York, v. 51, n. 4, p. 556–557, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12657079/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 588, de 15 de outubro de 2018**: Atualiza e normatiza a atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DOMINGUES, Andreia; SANTOS, Cátia. O Enfermeiro do serviço de urgência e os cuidados pré-operatórios: proposta de melhoria. **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**, [S. l.], v. 6, p. 293–302, 2025. Disponível em: <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/article/view/278>. Acesso em: 25 mar. 2025.

GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 7. ed. Barueri, SP: Atlas, 2022. E-book. ISBN 978-65-597-7164-6.

MENDES Juliana Lindonor Vieira *et al.* Importância da comunicação para uma assistência de enfermagem de qualidade: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [S. l.] v. 32, n.2, p.169-174, 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_093012.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane *et al.* Elaboração e validação de instrumento para transição do cuidado do paciente de emergência. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 13, e-202250, 2022. Disponível em: https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-13-e-202250/2357-707X-enfoco-13-e-202250.pdf. Acesso em: 25 mar. 2025.

PARREIRA, José Gustavo *et al.* Conduta nas urgências e emergências cirúrgicas não traumáticas durante a pandemia COVID-19. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 47, e20202614, 2020. Disponível em:



<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/PdC6LXHg6pXrTw5hvw4DqtR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 mar. 2025.

POSSARI, João F. **Centro Cirúrgico - Planejamento, Organização e Gestão**. 5. ed. Rio de Janeiro: IÁTRIA, 2009. *E-book*. ISBN 9788576140887. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788576140887/>. Acesso em: 26 mar. 2025.

SILVA, Marianne Pereira Dos Anjos. **Análise de eventos adversos relacionados ao transporte hospitalar em um EAS público**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Engenharia Biomédica) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/36054>. Acesso em 25 mar. 2025.

SOUZA, Aline Tamiris Gonçalves *et al.* Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 75–82, 2020. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/593>. Acesso em: 25 mar. 2025.

TANAKA, Ana Karina Silva da Rocha *et al.* **Manual de rotinas do centro cirúrgico**. Porto Alegre: UFRGS, 2022. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/239620>. Acesso em: 25 mar. 2025.