



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem
à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição

Estágio com Relatório Final em contexto de Urgência/Cuidados Intensivos

Motivos para cuidados omissos de enfermagem em unidades de
cuidados intensivos de adultos: uma revisão scoping

Cláudia Patrícia Simões Correia Ramos

Março de 2026



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, 2ª edição

Estágio com Relatório Final em contexto de Cuidados Intensivos/Urgência

Motivos para cuidados omissos de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos: uma revisão scoping

Cláudia Patrícia Simões Correia Ramos Nº6027

Trabalho efetuado sob orientação do Professor Eduardo Santos

Março de 2026

"O segredo do sucesso não é evitar falhas, mas persistir através delas."

Aisha Tyler

Agradecimentos

A concretização deste percurso académico só foi possível graças ao apoio, incentivo e compreensão de muitas pessoas que contribuíram para que este objetivo se tornasse realidade.

Ao meu Lino, meu marido, meu pilar e meu companheiro em todos os momentos. Obrigada por todo o apoio, paciência e amor incondicional. A tua presença e a tua força foram essenciais para superar os desafios profissionais, académicos e familiares.

À minha filha, minha Diana, o meu mais profundo e sentido agradecimento. Que este percurso te sirva de exemplo e que vejas que com força e perseverança tudo se consegue alcançar. A ti, que nos dias mais difíceis me deste a força necessária para superar todos os desafios.

Aos meus pais, por me ensinarem a lutar pelos meus objetivos e por me apoiarem em cada fase desta longa caminhada.

À minha sogra, que é uma segunda mãe e que tanto me apoiou ao longo destes meses.

Ao Professor Eduardo Santos, o meu sincero agradecimento pela orientação generosa, disponibilidade e contributos que enriqueceram este trabalho.

Aos Senhores Enfermeiros Especialistas Inês Almeida; Magda Guerra; Alberto Ferreira; Rui Cunha; Marta Pereira; José Paulo Silva por me terem orientado ao longo deste caminho. Pela amizade e compreensão e, sobretudo, pelas aprendizagens. Sem dúvida que foram um pilar essencial para o sucesso desta caminhada.

A todos os que me apoiaram, celebraram cada conquista e estiveram presentes com uma palavra amiga a cada novo desafio, o meu obrigada. Este caminho seria muito mais sinuoso sem o vosso apoio e amizade.

A todos vós, o meu mais sincero reconhecimento e gratidão!

Resumo

Introdução: A enfermagem à pessoa em situação crítica implica a prestação de cuidados altamente diferenciados, dirigidos a indivíduos com risco real ou potencial de falência de funções vitais. Neste contexto, a complexidade assistencial, associada a constrangimentos organizacionais e humanos, pode comprometer a prestação integral dos cuidados, conduzindo à ocorrência de cuidados de enfermagem omissos. Este fenómeno assume particular relevância nas unidades de cuidados intensivos, pela sua associação a resultados adversos e à qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo: O presente relatório tem como objetivo desenvolver uma análise crítico-reflexiva do percurso formativo realizado, evidenciando as competências adquiridas em contexto de estágio, bem como apresentar a componente de investigação desenvolvida. Esta centra-se na identificação dos fatores associados à ocorrência de cuidados omissos de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos.

Métodos: O trabalho encontra-se estruturado em duas partes. A primeira integra o enquadramento e análise das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, desenvolvidas em contexto de urgência e cuidados intensivos. A segunda corresponde à componente de investigação, desenvolvida através de uma revisão scoping intitulada: “Motivos para cuidados omissos de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos”. Os métodos adotados seguiram os princípios das revisões scoping, permitindo mapear a evidência disponível sobre o fenómeno.

Resultados: A análise da evidência permitiu identificar múltiplos fatores associados à ocorrência de cuidados omissos, destacando-se a carga de trabalho, a escassez de recursos humanos, a complexidade clínica, a comunicação ineficaz e constrangimentos organizacionais. Os cuidados omissos demonstram impacto significativo na segurança da pessoa, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde, assumindo-se como um indicador sensível à prática de enfermagem.

Conclusão: O percurso formativo permitiu consolidar competências especializadas fundamentais para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A compreensão dos fatores associados aos cuidados omissos reforça a importância da liderança clínica, da gestão adequada de recursos e da implementação de estratégias organizacionais que promovam a qualidade e segurança dos cuidados. Os cuidados omissos emergem como um fenómeno

multifatorial, exigindo uma abordagem integrada que articule práticas clínicas, gestão e políticas de saúde.

Palavras-chave: Cuidados omissos; enfermagem; cuidados intensivos; pessoa em situação crítica; revisão scoping.

Abstract

Introduction: Nursing care for critically ill patients involves highly specialized interventions directed at individuals with actual or potential life-threatening conditions. In this context, the complexity of care, combined with organizational and human constraints, may compromise the delivery of comprehensive nursing care, leading to the occurrence of missed nursing care. This phenomenon is particularly relevant in adult intensive care units, given its association with adverse patient outcomes and the overall quality of care.

Objective: This report aims to develop a critical-reflective analysis of the clinical training pathway, highlighting the competencies acquired during the internship, as well as to present the research component undertaken. The study focuses on identifying factors associated with missed nursing care in adult intensive care units.

Methods: The report is structured into two parts. The first part includes the framework and analysis of common and specific competencies of the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, developed in emergency and intensive care settings. The second part presents the research component, conducted through a scoping review entitled: “Reasons for missed nursing care in adult intensive care units”. The adopted methods follows the principles of scoping reviews, aiming to map the available evidence on this phenomenon.

Results: The analysis of the evidence identified multiple factors associated with missed nursing care, including workload, staffing shortages, patient complexity, ineffective communication, and organizational constraints. Missed nursing care has a significant impact on patient safety, quality of care, and health outcomes, emerging as a sensitive indicator of nursing practice.

Conclusion: The clinical training pathway allowed the consolidation of specialized competencies essential for the provision of safe, ethical, and evidence-based care to critically ill patients. Understanding the factors associated with missed nursing care highlights the importance of clinical leadership, effective resource management, and the implementation of organizational strategies aimed at improving quality and safety. Missed nursing care emerges as a multifactorial phenomenon, requiring an integrated approach that articulates clinical practice, management, and health policies.

Keywords: Missed nursing care; nursing; intensive care; critically ill patient; scoping review.

Sumário

Lista de tabelas	15
Lista de figuras	17
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos.....	19
Introdução.....	21
PARTE I Componente de estágio	23
1- Contexto de aprendizagem	25
2 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista.....	27
2.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal.....	27
2.2 – Melhoria contínua da qualidade	30
2.3 – Gestão de cuidados.....	32
2.4 – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	35
3- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica.....	37
3.1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	38
3.2 - Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	41
3.3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.....	43
PARTE II Componente de investigação.....	47
1- Métodos	57
1.1- Localização dos estudos.....	57
1.2- Seleção dos estudos e critérios de Elegibilidade.....	59
1.3- Extração e síntese dos dados.....	61
2- Resultados	63
2.1 – Caracterização dos estudos incluídos	64
2.2 - Síntese dos fatores associados à omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos.....	69
2.3 - Fatores organizacionais e relacionados com recursos.....	70
2.4 - Fatores interpessoais e de trabalho em equipa	70
2.5 - Fatores individuais e profissionais.....	71
2.6 - Fatores emocionais, psicológicos e éticos.....	71
2.7 - Fatores relacionados com a complexidade e instabilidade da pessoa	71
2.8 - Fatores associados à tomada de decisão clínica e priorização do cuidado.... Erro! Marcador não definido.	

2.9 - Fatores culturais, institucionais e sistêmicos.....	Erro! Marcador não definido.
3- Discussão.....	73
3.1 - Fatores organizacionais: núcleo explicativo do fenómeno.....	73
3.2 - Trabalho em equipa e relações interprofissionais	74
3.3 - Fatores individuais e profissionais: contributo condicionado	74
3.4 - Dimensão emocional e sofrimento moral.....	75
3.5 - Tomada de decisão clínica e racionamento implícito	75
3.6. Integração conceptual: uma perspetiva multinível	76
Conclusão	77
Referências Bibliográficas	79
Apêndice 1- Formação SBV a TAS do SMI	87
Apêndice 2 - Estudo caso SUP	97

Lista de tabelas

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa. 58

Tabela 2 - Características dos estudos incluídos. 65

Lista de figuras

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos	63
---	----

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

AHA – *American Heart Association*

ANEPC – Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil

ATLS – *Advanced Trauma Life Support*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BIS – Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CAM-ICU – *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNR – *Do Not Resuscitate*

EE – Enfermeiro Especialista

EMC PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERC – *European Resuscitation Council*

ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MNC – *Missing Nursing Care*

NAS – *Nursing Activities Score*

NEWS – *National Early Warning Score*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PBCI – Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SV – Sonda Vesical

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TAS – Técnicos Auxiliares de Saúde

TOT – Tubo Orotraqueal

ULS RA – Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro

ULS VDL – Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

WHO – *World Health Organization*

Introdução

O presente Relatório Final foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Opção 8 – Estágio com Relatório Final em Contexto de Urgência/Cuidados Intensivos, integrada no 2.º ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Este estágio constituiu um momento estruturante no processo de consolidação da minha identidade profissional enquanto futura Enfermeira Especialista (EE), desafiando-me a integrar conhecimento científico, raciocínio clínico avançado e tomada de decisão ética em contextos reais de elevada complexidade.

Com um total de 360 horas, a prática clínica decorreu no Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULS RA) e no Serviço de Urgência Polivalente (SUP) da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões (ULS VDL), dois contextos exigentes e complementares. No SUP, destacou-se a imprevisibilidade, a necessidade de priorização imediata e a tomada de decisão sob pressão. No SMI, evidenciou-se a vigilância contínua, a interpretação de dados complexos e a antecipação de complicações em pessoas com falência orgânica instalada ou iminente.

Neste enquadramento, importa clarificar o conceito central da área de especialização. “Entende-se que a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta definição evidencia a complexidade e responsabilidade inerentes ao cuidado nestes contextos. Cuidar da pessoa em situação crítica implica atuar perante risco iminente de vida, mobilizando competências avançadas, decisão clínica fundamentada e monitorização contínua, com vista não apenas à sobrevivência, mas à recuperação e limitação de incapacidades.

Estes cenários permitiram-me compreender que o cuidado à pessoa em situação crítica ultrapassa a dimensão técnica, exigindo capacidade de leitura clínica, liderança situacional, comunicação eficaz em equipa multidisciplinar e presença humanizada junto da pessoa e família, mesmo em ambientes altamente tecnológicos.

Nos termos do Aviso n.º 4511/2021 da Ordem dos Enfermeiros, o estágio nesta área deve decorrer em contextos com idoneidade formativa reconhecida, assegurando supervisão especializada e contacto com situações clínicas complexas. Esta exigência reforça a

responsabilidade inerente à formação nesta área, onde a tomada de decisão tem impacto direto na sobrevivência e qualidade de vida da pessoa.

Ao longo do estágio, evidenciei progressão do raciocínio clínico, num percurso que encontra sustentação no modelo de aquisição de competências de Patricia Benner, no qual a experiência clínica significativa transforma conhecimento teórico em julgamento contextualizado e seguro. Simultaneamente, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba reforça que, mesmo em ambientes altamente tecnológicos, a essência do cuidado permanece centrada na pessoa e na sua experiência de vulnerabilidade.

O Relatório Final assume uma natureza crítico-reflexiva e científica, não se limitando à descrição das atividades desenvolvidas, mas integrando a análise fundamentada do percurso de aquisição de competências especializadas, articulando prática clínica, enquadramento normativo e evidência científica atual.

A componente de investigação emergiu da vivência em contexto de cuidados intensivos, onde a elevada carga assistencial e a necessidade constante de priorização suscitaram reflexão sobre o fenómeno dos cuidados de enfermagem omissos. Este fenómeno, reconhecido como indicador sensível à qualidade dos cuidados, motivou a formulação da seguinte questão de investigação: “Motivos para cuidados omissos de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos.”

O presente trabalho organiza-se em duas componentes complementares: uma componente clínica, centrada na análise do desenvolvimento de competências especializadas, e uma componente de investigação, desenvolvida através de uma revisão scoping orientada para a melhoria da prática clínica.

Mais do que a conclusão de uma unidade curricular, este relatório representa a consolidação de um percurso exigente e transformador. Ao longo do estágio, evolui de uma prática predominantemente orientada pelo conhecimento teórico para uma atuação sustentada em julgamento clínico especializado, reflexão crítica e liderança responsável. Este trabalho traduz a capacidade de integrar ciência, ética e humanização no cuidado à pessoa em situação crítica, afirmando a minha identidade enquanto Enfermeira Especialista comprometida com a excelência, a segurança e a qualidade dos cuidados.

Este trabalho foi redigido de acordo com as orientações do Guia Orientador de Trabalhos Escritos da ESSV (2024).

PARTE I Componente de estágio

1- Contexto de aprendizagem

O presente relatório integra a descrição e análise crítico-reflexiva das experiências de aprendizagem desenvolvidas ao longo da componente de estágio, realizada no SUP da ULS VDL e no SMI da ULS RA. Estes contextos, embora distintos na sua tipologia e organização funcional, assumem-se como unidades altamente diferenciadas na resposta à pessoa em situação crítica, constituindo ambientes privilegiados para o desenvolvimento e consolidação das competências específicas do EE.

Do ponto de vista da tipologia dos serviços, o SMI enquadra-se como uma unidade de cuidados altamente diferenciados, destinada à prestação de cuidados a pessoas com falência, ou risco de falência, de uma ou mais funções vitais, que necessitam de vigilância contínua e suporte avançado de vida. De acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Intensiva, estas unidades são dotadas de recursos humanos especializados e tecnologia diferenciada, assegurando monitorização invasiva e intervenção terapêutica complexa (DGS, 2016). Por sua vez, o SUP constitui o nível mais diferenciado da rede de serviços de urgência hospitalar, garantindo a receção, triagem, avaliação, diagnóstico e estabilização de pessoas em situação aguda, urgente ou emergente, funcionando de forma contínua e articulada com outros níveis de cuidados (DGS, 2018).

O contexto do SMI destacou-se pela prestação de cuidados altamente especializados, dirigidos a pessoas com falência de uma ou mais funções vitais, num ambiente tecnologicamente diferenciado, onde a monitorização contínua, a interpretação de parâmetros clínicos complexos e a intervenção em tempo útil assumem um papel central. A experiência neste contexto permitiu o desenvolvimento de raciocínio clínico avançado, promovendo uma abordagem antecipatória, crítica e sustentada na evidência científica, em consonância com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2018).

Por sua vez, o SUP evidenciou-se pela sua natureza dinâmica, complexa e imprevisível, caracterizada pela elevada afluência de pessoas e pela necessidade de priorização constante, avaliação rápida e tomada de decisão célere perante situações de gravidade variável. A organização destes serviços assenta, nomeadamente, na utilização de sistemas estruturados de triagem, como o Sistema de Triagem de Manchester, que permite priorizar o atendimento de acordo com a gravidade clínica, garantindo segurança e equidade na prestação de cuidados (Grupo Português de Triagem, 2021). Este contexto exigiu a mobilização integrada de

conhecimentos técnico-científicos, capacidade de adaptação, gestão do tempo e competências comunicacionais, fundamentais para uma intervenção eficaz e segura em situações críticas.

Importa ainda referir que ambos os contextos de estágio se inserem em unidades do SNS, cuja missão assenta na prestação de cuidados de saúde de qualidade, seguros e centrados na pessoa, orientados para a melhoria contínua dos resultados em saúde. Os valores institucionais, nomeadamente o respeito pela dignidade humana, a equidade no acesso, a qualidade dos cuidados e a excelência profissional, constituíram referenciais orientadores da prática desenvolvida, contribuindo para a consolidação de uma atuação ética, responsável e humanizada.

Deste modo, a vivência nestes dois contextos complementares — o SUP, enquanto porta de entrada e resposta imediata à pessoa em situação aguda, e o SMI, enquanto unidade de suporte avançado e continuidade de cuidados à pessoa em situação crítica — permitiu uma visão integrada do percurso da pessoa em situação crítica no sistema de saúde. Esta experiência contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências especializadas, nomeadamente ao nível do raciocínio clínico, da tomada de decisão em contextos complexos e da prestação de cuidados diferenciados, seguros e baseados na evidência, em conformidade com o enquadramento normativo definido pela OE (2018).

2 – Competências comuns do Enfermeiro Especialista

O desenvolvimento de competências comuns do EE constitui um eixo estruturante da prática avançada, refletindo a capacidade de integrar conhecimento científico, raciocínio clínico, tomada de decisão ética e intervenção autônoma em contextos de elevada complexidade. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, estas competências organizam-se em domínios fundamentais — responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais — que sustentam uma prática segura, eficaz e centrada na pessoa.

No contexto da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, a mobilização das competências assume particular relevância, dada a instabilidade clínica das pessoas, a necessidade de decisões céleres e a exigência de cuidados altamente diferenciados. Assim, o presente capítulo visa analisar, de forma crítico-reflexiva, o desenvolvimento destas competências ao longo do estágio, evidenciando a sua aplicação em contexto real e a sua relevância para a construção de uma prática especializada.

2.1 – Responsabilidade profissional, ética e legal

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE deve desenvolver uma prática sustentada em normas legais, princípios éticos e deontológicos, garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao longo da componente clínica, procurei assumir uma postura profissional responsável, proativa e crítica, orientando a minha prática pelo respeito pela dignidade humana, pelos direitos da pessoa e pela qualidade dos cuidados prestados. A tomada de decisão foi constantemente sustentada nos princípios éticos fundamentais — autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça — particularmente relevantes em contextos de elevada complexidade clínica.

A vivência em contexto de SUP da ULS VDL evidenciou desafios éticos significativos, nomeadamente relacionados com a sobrelotação do serviço. A necessidade de alocar pessoas em espaços não individualizados, como corredores, compromete frequentemente a privacidade e confidencialidade da informação clínica, constituindo um constrangimento à prestação de cuidados centrados na pessoa. Nestes contextos, práticas como a passagem de turno junto à

pessoa, embora clinicamente pertinentes, podem expor informação sensível a terceiros, exigindo uma reflexão crítica sobre estratégias de mitigação.

Neste âmbito, e decorrente da reflexão crítica sobre as limitações estruturais do SUP, foi desenvolvido um projeto de proposta para a criação de um espaço dedicado à comunicação com a pessoa e família, particularmente em situações de transmissão de más notícias. A inexistência de um local adequado comprometia a privacidade, a confidencialidade da informação e a qualidade da relação terapêutica. Este projeto visou promover um ambiente estruturado, humanizado e eticamente adequado à comunicação em saúde, reconhecendo que a transmissão de informação sensível constitui um momento crítico do cuidado. A sua conceptualização refletiu a compreensão de que o Enfermeiro Especialista deve assumir um papel ativo na identificação de necessidades e na implementação de melhorias organizacionais, contribuindo para a qualidade e humanização dos cuidados prestados.

De forma semelhante, no SMI da ULS da RA, a garantia da privacidade revelou-se igualmente desafiante, sobretudo devido à organização estrutural em open space e à necessidade frequente de exposição corporal da pessoa para realização de cuidados. Estas limitações estruturais reforçam a importância do enfermeiro como agente ativo na salvaguarda da dignidade da pessoa em situação crítica.

Neste sentido, a promoção da privacidade e da intimidade assumiu-se como uma prioridade transversal à minha prática. Foram adotadas estratégias como a utilização de espaços individualizados sempre que possível, a adequação do local e momento de transmissão de informação clínica, a utilização de biombos durante a prestação de cuidados e a modulação do tom de voz, de forma a minimizar a exposição desnecessária da pessoa. Estas intervenções refletem o cumprimento dos deveres profissionais consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no que respeita ao dever de confidencialidade e à salvaguarda da intimidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A complexidade ética do cuidado à pessoa em situação crítica é reforçada pela sua própria condição clínica, frequentemente incapazes de expressar a sua vontade, exigindo decisões rápidas em contextos de incerteza. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, a pessoa em situação crítica apresenta risco de falência de funções vitais, dependendo de meios avançados de vigilância e terapêutica, o que pode dificultar a aplicação plena do princípio da autonomia.

Neste contexto, tive oportunidade de vivenciar uma situação particularmente marcante, que reforçou a complexidade da tomada de decisão ética em cuidados intensivos. Perante uma pessoa que entrou em PCR, foram iniciadas manobras de reanimação de acordo com os protocolos instituídos. No entanto, após verificação da existência de uma DNR, previamente definida e documentada, as manobras foram suspensas. Esta decisão, sustentada no respeito pela vontade previamente expressa pela pessoa e pelos princípios éticos da autonomia e da dignidade da pessoa, encontra enquadramento nas orientações da DGS relativas às diretivas antecipadas de vontade e decisões de limitação do esforço terapêutico (DGS, 2014).

A vivência desta situação permitiu-me refletir sobre o equilíbrio entre a intervenção técnica e o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa, compreendendo que, em contexto de pessoa em situação crítica, nem sempre a intervenção máxima corresponde ao melhor cuidado. O respeito pelas decisões previamente estabelecidas constitui uma expressão fundamental da autonomia da pessoa, exigindo do enfermeiro uma atuação consciente, ética e fundamentada.

Neste sentido, tornou-se essencial refletir sobre estratégias promotoras da autonomia, nomeadamente através da comunicação clara e adaptada, do envolvimento da família no processo de decisão e da promoção do autocuidado sempre que possível. A evidência sugere que a valorização da autonomia contribui para ganhos em saúde e para uma maior humanização dos cuidados (Damion & Moreira, 2018).

Durante o estágio no SMI, foi possível observar a importância do envolvimento da família como elemento central no processo de cuidar. A partilha de informação sobre hábitos, preferências e contexto prévio da pessoa revelou-se fundamental para a individualização dos cuidados. Paralelamente, a comunicação contínua com os familiares permitiu gerir expectativas, reduzir ansiedade e promover uma abordagem mais centrada na pessoa.

Em contexto de urgência, a gestão da informação de saúde assume particular relevância. O acesso à informação constitui um direito fundamental da pessoa, devendo ser assegurado com respeito pelos princípios da confidencialidade e do sigilo profissional. A existência de um enfermeiro dedicado à comunicação com familiares permitiu consolidar competências nesta área, nomeadamente ao nível da comunicação terapêutica, gestão emocional e transmissão de informação clara e adequada.

Neste domínio, reconheci o papel diferenciador do EE, que, através de competências comunicacionais avançadas, é capaz de estabelecer relações de confiança, gerir situações emocionalmente exigentes e atuar como elo de ligação entre a equipa, a pessoa e a família.

Em síntese, os objetivos definidos para este domínio permitiram desenvolver uma prática mais consciente e fundamentada, orientada para a promoção da privacidade, respeito pela autonomia e garantia da confidencialidade. Este percurso contribuiu para a consolidação de uma atuação ética, responsável e alinhada com os referenciais normativos da profissão, evidenciando a importância do EE na salvaguarda da dignidade da pessoa em situação crítica.

2.2 – Melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE assume um papel central na promoção de práticas seguras, na identificação de áreas de melhoria e na implementação de estratégias que contribuam para a excelência dos cuidados, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 140/2019 da OE.

A qualidade em enfermagem não se limita à conformidade com normas e protocolos, mas traduz-se num processo dinâmico, sustentado na reflexão crítica sobre a prática e na capacidade de introduzir melhorias contínuas, orientadas para ganhos em saúde. Neste sentido, os padrões de qualidade definidos pela OE (2001) reforçam a necessidade de os profissionais assumirem um papel ativo na análise e melhoria do seu desempenho, promovendo cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

A segurança da pessoa constitui um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados, sendo reconhecida como uma prioridade estratégica nas políticas de saúde. O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021–2026 enfatiza a importância da construção de uma cultura de segurança, baseada na aprendizagem com a prática, na comunicação eficaz e na responsabilização dos profissionais (Direção-Geral da Saúde, 2022).

Em contexto de SUP, caracterizado por elevada afluência de pessoas, sobrecarga assistencial e constante necessidade de adaptação, a garantia da qualidade dos cuidados assume particular complexidade. A imprevisibilidade dos casos clínicos e a pressão temporal exigem do enfermeiro uma capacidade contínua de priorização e organização dos cuidados, sendo estes fatores determinantes na prevenção de eventos adversos.

A vivência neste contexto permitiu-me compreender que a gestão eficaz de prioridades constitui uma competência crítica para a segurança da pessoa. A tomada de decisão rápida, baseada na avaliação clínica e na identificação precoce de focos de instabilidade, revelou-se essencial para garantir intervenções oportunas e adequadas. A reflexão sobre estas práticas evidenciou que a qualidade dos cuidados depende, em grande medida, da capacidade do profissional em gerir a complexidade e a variabilidade do contexto clínico, evitando omissões e atrasos na prestação de cuidados.

Neste contexto, e de forma a colmatar uma lacuna do serviço, verificou-se a necessidade de investir na capacitação da equipa como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade. A formação em SBV, desenvolvida e dirigida a Técnicos Auxiliares de Saúde, constituiu uma intervenção relevante neste domínio. A sua implementação resultou da identificação de necessidades formativas relacionadas com a resposta a situações de PCR, reconhecendo que a atuação precoce é determinante para o prognóstico da pessoa (European Resuscitation Council, 2021).

A estruturação desta formação implicou a seleção de conteúdos baseados na evidência, a adaptação da linguagem ao público-alvo e a integração de momentos práticos de simulação, permitindo não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas. A nível reflexivo, esta experiência evidenciou a importância do EE enquanto elemento formador e dinamizador da equipa, capaz de promover a aprendizagem contínua e contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança. A apresentação desenvolvida no âmbito desta intervenção encontra-se disponível no Apêndice 1.

Para além da capacitação da equipa, a prevenção de complicações assumiu-se como uma dimensão central da qualidade dos cuidados, particularmente em contexto de cuidados intensivos. A pessoa em situação crítica apresenta elevada vulnerabilidade, sendo frequentemente exposta a múltiplos fatores de risco que podem comprometer a sua recuperação.

Neste sentido, a implementação de bundles de prevenção baseados na evidência revelou-se fundamental. Destacam-se, neste contexto, as estratégias de prevenção da Pneumonia Associada à Intubação (PAI), que incluem medidas como a elevação da cabeceira a 30º/45º, a higiene oral com antissépticos, a avaliação diária da pressão do cuff e a mobilização precoce (Klompas et al., 2014; World Health Organization, 2016). Paralelamente, a prevenção da infeção associada à sonda vesical implica a adoção de boas práticas como a correta indicação para cateterização, técnica asséptica na inserção, manutenção do sistema fechado, fixação

adequada da SV e avaliação diária da necessidade de permanência da sonda (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Durante o estágio no SMI, a aplicação sistemática destas intervenções permitiu consolidar uma abordagem mais antecipatória do cuidado, centrada na redução de eventos adversos e na promoção da segurança da pessoa. A utilização de escalas de avaliação e a monitorização contínua do estado clínico contribuíram para a identificação precoce de sinais de deterioração, permitindo uma intervenção mais eficaz e atempada.

A reflexão crítica sobre estas práticas permitiu compreender que a melhoria contínua da qualidade exige não apenas conhecimento técnico, mas também capacidade de vigilância, análise crítica e compromisso com a excelência. Neste processo, o EE assume um papel determinante na integração da evidência científica na prática, na supervisão das intervenções e na promoção de ambientes terapêuticos seguros.

Importa ainda destacar que a melhoria da qualidade se constrói de forma coletiva, exigindo a colaboração entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar. A comunicação eficaz, a partilha de conhecimento e a articulação entre profissionais revelaram-se elementos essenciais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Em síntese, a vivência em contexto de estágio permitiu desenvolver uma compreensão aprofundada da melhoria contínua da qualidade enquanto processo transversal à prática clínica. A identificação de necessidades, a implementação de estratégias formativas, a gestão eficaz de prioridades e a adoção de práticas preventivas baseadas na evidência contribuíram para a consolidação de uma prática mais segura, eficiente e centrada na pessoa, reforçando o papel do EE como agente ativo na promoção da qualidade e segurança dos cuidados.

2.3 – Gestão de cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o EE tem um papel determinante na organização, coordenação e otimização dos recursos, com vista à prestação de cuidados seguros, eficazes e de qualidade, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Este domínio implica a mobilização de competências ao nível da liderança, tomada de decisão, comunicação e supervisão, exigindo uma adaptação contínua às exigências e à complexidade dos contextos clínicos.

Com vista ao desenvolvimento de competências nesta área, defini como objetivos específicos conhecer os procedimentos inerentes à gestão do SUP e participar ativamente na dinâmica organizacional do SMI.

A gestão dos cuidados em contexto de SUP caracteriza-se pela elevada complexidade e imprevisibilidade, exigindo uma constante capacidade de priorização e organização. A elevada afluência de pessoas, associada à limitação de recursos e à pressão assistencial, implica a tomada de decisões rápidas e fundamentadas, sendo determinante a capacidade do enfermeiro em identificar precocemente situações de maior gravidade e adequar os recursos disponíveis às necessidades assistenciais.

Neste contexto, a gestão eficaz de prioridades revelou-se uma competência central, diretamente relacionada com a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados. A reflexão sobre a prática permitiu compreender que a organização dos cuidados não se limita à distribuição de tarefas, mas implica a capacidade de antecipar necessidades, gerir fluxos e minimizar o risco de omissões ou atrasos na intervenção.

A distribuição dos recursos humanos pelas diferentes áreas do serviço constitui outro elemento fundamental da gestão dos cuidados. A adequação dos profissionais às exigências de cada área requer conhecimento das competências, experiência e perfil dos elementos da equipa, permitindo uma resposta mais eficiente e ajustada à complexidade dos casos clínicos.

No que concerne à organização da sala de emergência, esta assume-se como uma área crítica, exigindo disponibilidade permanente de recursos humanos qualificados e capacidade de resposta imediata. De acordo com a OE (2018), a resposta a situações emergentes deve ser assegurada por profissionais com competências diferenciadas, sendo desejável a presença de um enfermeiro especialista dedicado a esta área, de forma a garantir a qualidade e segurança da intervenção. No entanto, nem sempre é possível que assim seja.

No decorrer do estágio, tive ainda a oportunidade de acompanhar diretamente enfermeiros em funções de coordenação, tanto em contexto de SUP como de SMI, o que constituiu uma experiência particularmente relevante para o desenvolvimento de competências na área da gestão dos cuidados. Em contexto de SUP, realizei um turno com o enfermeiro chefe de equipa, no qual participei ativamente na gestão de material clínico, na realização de pedidos de medicação à farmácia e na distribuição dos enfermeiros pelas diferentes áreas de trabalho, incluindo o planeamento dos turnos subsequentes. Paralelamente, colaborei no apoio às

diferentes áreas do serviço, permitindo uma visão global e integrada da dinâmica organizacional.

Esta experiência permitiu-me compreender, de forma prática, a complexidade inerente à função de coordenação, evidenciando a necessidade de competências ao nível da organização, comunicação e tomada de decisão em tempo real. A gestão simultânea de recursos humanos, materiais e necessidades assistenciais revelou-se um desafio constante, reforçando a importância de uma liderança estruturada, flexível e adaptativa.

De igual forma, em contexto de SMI, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro coordenador de equipa durante um turno, participando nas atividades inerentes à gestão do serviço. Para além da gestão de material e equipamentos, destaco a participação na distribuição das pessoas pelos enfermeiros do turno seguinte, tendo por base a avaliação da carga de trabalho através da escala Nursing Activities Score (NAS).

A utilização da NAS permitiu compreender a importância da integração de instrumentos objetivos na gestão dos cuidados, contribuindo para uma distribuição mais equitativa e ajustada à complexidade clínica das pessoas. Este instrumento assume-se como um recurso fundamental na otimização dos cuidados e na adequação dos recursos humanos, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Macedo et al., 2021; Sardo et al., 2023).

Adicionalmente, participei na reunião multidisciplinar, momento privilegiado de partilha de informação e tomada de decisão clínica, onde foi possível reconhecer a importância da articulação entre os diferentes profissionais na definição do plano terapêutico. A integração neste contexto reforçou a perceção do papel do enfermeiro enquanto elemento ativo na equipa multidisciplinar, contribuindo não apenas para a execução de cuidados, mas também para a tomada de decisão clínica fundamentada.

A reflexão sobre estas experiências permitiu compreender que a gestão dos cuidados ultrapassa a dimensão organizacional, integrando competências de liderança clínica, comunicação eficaz e tomada de decisão sustentada na evidência. O EE assume, assim, um papel central na coordenação da equipa, na gestão dos recursos e na promoção de ambientes terapêuticos seguros.

Em síntese, o desenvolvimento de competências neste domínio permitiu consolidar uma visão mais abrangente e integrada da gestão dos cuidados em contextos de elevada complexidade, reconhecendo o papel do EE como líder clínico e agente facilitador da qualidade e segurança dos cuidados à pessoa em situação crítica.

2.4 – Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE assume um papel fundamental enquanto agente promotor da aprendizagem contínua, sustentada na evidência científica, e enquanto facilitador do desenvolvimento individual e coletivo das equipas. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o EE deve evidenciar consciência de si enquanto profissional, capacidade de adaptação aos diferentes contextos de prática e compromisso com a atualização permanente do conhecimento, contribuindo ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A aprendizagem ao longo da vida constitui um princípio estruturante da prática de enfermagem, particularmente em contextos de elevada complexidade, como os cuidados intensivos e a urgência, onde a evolução constante do conhecimento científico exige uma atualização contínua e sistemática (Benner et al., 2021; Melnyk & Fineout-Overholt, 2019). Neste sentido, os contextos de estágio revelaram-se ambientes privilegiados para o desenvolvimento de competências, dada a sua exigência clínica, diversidade de situações e necessidade de tomada de decisão rápida e fundamentada.

Ao longo do estágio, procurei adotar uma postura proativa, reflexiva e orientada para a aprendizagem, reconhecendo as minhas limitações e mobilizando estratégias para a sua superação, nomeadamente através da pesquisa de evidência científica, da observação da prática clínica e da discussão com enfermeiros mais experientes. Este processo encontra suporte no modelo de desenvolvimento de competências de Benner, que descreve a evolução do enfermeiro desde níveis iniciais até níveis de prática especializada, sustentada na experiência e na reflexão crítica sobre a ação (Benner et al., 2021).

Neste âmbito, a componente de investigação assumiu um papel central no desenvolvimento das minhas aprendizagens, nomeadamente através da realização de uma revisão scoping sobre os motivos para cuidados de enfermagem omissos em unidades de cuidados intensivos. A articulação entre investigação e prática clínica permitiu aprofundar a compreensão deste fenómeno, reconhecendo o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados, e reforçando a importância da prática baseada na evidência como suporte à tomada de decisão clínica (Melnyk & Fineout-Overholt, 2019).

Paralelamente, procurei assumir um papel ativo na promoção da aprendizagem em contexto clínico, destacando-se a conceção e implementação de uma formação em SBV dirigida aos TAS do SMI. Esta experiência permitiu-me mobilizar competências pedagógicas, de

liderança e de gestão do conhecimento, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente facilitador da aprendizagem e promotor da segurança dos cuidados.

Adicionalmente, tive oportunidade de participar em diversas formações em serviço no contexto do SMI, que contribuíram significativamente para a atualização de conhecimentos e consolidação da prática clínica. Estas formações abordaram temáticas relevantes para o cuidado à pessoa em situação crítica, nomeadamente: Precauções Básicas de Controlo de Infecção; Colheita de amostras biológicas, com atualização do procedimento de colheita de hemoculturas e urina; Prevenção da pneumonia associada à intubação da pessoa entubada; Cuidados a pessoas com ostomias respiratórias; e aplicação da Escala de Morse para avaliação do risco de queda. A participação nestas ações formativas permitiu reforçar conhecimentos técnico-científicos, promover a adoção de boas práticas e aumentar a segurança na prestação de cuidados, evidenciando a importância da formação contínua em contexto clínico.

A reflexão sobre estas experiências permitiu compreender que o desenvolvimento profissional vai além da aquisição de conhecimento, implicando a sua integração na prática clínica, a adaptação às necessidades da pessoa em situação crítica e a capacidade de questionar e melhorar continuamente a prática. Este processo exige uma atitude de aprendizagem contínua, abertura à mudança e compromisso com a excelência, características essenciais ao exercício profissional especializado (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2013).

Em síntese, o percurso desenvolvido ao longo da componente clínica contribuiu para a consolidação de competências essenciais ao exercício especializado, nomeadamente ao nível da reflexão crítica, integração da evidência científica na prática, desenvolvimento de competências pedagógicas e capacidade de promover a aprendizagem em contexto clínico. Este domínio revelou-se determinante para a construção da minha identidade profissional enquanto futura EE, comprometida com a qualidade, segurança e desenvolvimento contínuo da prática de enfermagem.

3- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

As competências específicas do EE em EMC PSC encontram-se definidas no Regulamento n.º 429/2018 da OE, publicado em Diário da República a 16 de julho de 2018, e constituem um guia orientador para uma prática profissional diferenciada, autónoma e altamente especializada. De acordo com este enquadramento normativo, compete ao EE prestar cuidados à pessoa, família e/ou cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, desde a conceção até à ação, e maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência aos antimicrobianos, assegurando respostas seguras, eficazes e atempadas face à elevada complexidade clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A concretização destas competências exige não apenas a aquisição de conhecimentos técnico-científicos avançados, mas também o desenvolvimento de capacidades de raciocínio clínico complexo, tomada de decisão em contextos de incerteza, gestão de situações críticas e integração de princípios éticos na prática assistencial. Neste sentido, a prática clínica em contexto real assume um papel central, permitindo a articulação entre o saber teórico e a ação, numa perspetiva de aprendizagem experiencial e reflexiva. Tal como descrito por Benner et al. (2021), o desenvolvimento de competências em enfermagem ocorre de forma progressiva, através da experiência clínica e da reflexão sobre a prática, permitindo a transição de níveis iniciais para níveis de desempenho especializado.

Paralelamente, a prática do EE deve estar sustentada na melhor evidência científica disponível, promovendo cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa, o que implica uma constante atualização do conhecimento e uma atitude crítica face à prática instituída (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Assim, o estágio configura-se como um espaço privilegiado para a consolidação destas competências, possibilitando a mobilização integrada de saberes, o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e ético-legais, e a construção de uma identidade profissional autónoma e diferenciada.

Neste enquadramento, o presente capítulo tem como objetivo evidenciar o percurso desenvolvido ao longo do estágio, através da descrição, análise crítica e reflexão das atividades realizadas, demonstrando de que forma contribuíram para a aquisição e consolidação progressiva das competências específicas do EE assim, não apenas descrever a prática

desenvolvida, mas também evidenciar a sua fundamentação teórica e o seu contributo para a construção de uma prática especializada, crítica e baseada na evidência.

3.1 - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

O desenvolvimento desta competência constituiu um eixo central ao longo do percurso de estágio, evidenciando o papel do EE em EMC PSC na prestação de cuidados diferenciados, integrados e centrados na pessoa e na sua família. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 da OE, compete ao enfermeiro especialista cuidar da pessoa, família/cuidador que vivenciam processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, mobilizando conhecimento científico, raciocínio clínico avançado e capacidade de decisão em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A prática em contextos como o SUP e SMI implica a mobilização de competências que permitam a identificação precoce de focos de instabilidade, a definição de prioridades e a implementação de intervenções dirigidas, com vista à prevenção da deterioração clínica e falência orgânica. Neste âmbito, a abordagem sistematizada baseada no método ABCDE revelou-se fundamental para a organização do raciocínio clínico e para a prestação de cuidados seguros e eficazes, sendo amplamente reconhecida na literatura como determinante na abordagem à pessoa em situação crítica (American College of Surgeons, 2018; Resuscitation Council UK, 2021).

No contexto do SUP, particularmente na SE, destaca-se a integração na dinâmica da Via Verde AVC, estratégia organizacional que visa a rápida identificação e intervenção terapêutica em pessoas com suspeita de AVC. Neste âmbito, tive oportunidade de prestar cuidados a uma pessoa admitida com alterações neurológicas súbitas, compatíveis com AVC. Após ativação do protocolo, foi realizada uma abordagem célere, com estabilização inicial, monitorização e encaminhamento para tomografia computadorizada, garantindo a continuidade dos cuidados ao longo de todo o percurso intra-hospitalar. Após confirmação diagnóstica, foi iniciada terapêutica fibrinolítica de forma imediata, ainda na sala de TAC.

Esta situação evidenciou a importância da atuação rápida e estruturada, reforçando o conceito de que “time is brain”. A evidência científica demonstra que a administração precoce de fibrinólise está associada a melhores resultados neurológicos e menor incapacidade funcional, sendo determinante a eficiência dos circuitos assistenciais e a redução do tempo

porta-agulha (Powers et al., 2019; Emberson et al., 2014). A atuação do enfermeiro revelou-se essencial na monitorização contínua, preparação da pessoa e da terapêutica e garantia da segurança ao longo de todo o processo.

Ainda no contexto do SUP, destaca-se a prestação de cuidados a uma pessoa vítima de politraumatismo grave na sequência de acidente de viação (choque frontal), admitida por helitransporte do INEM. À admissão, a pessoa encontrava-se consciente e orientada, apresentando um escalpe craniano, tendo sido prontamente solicitada a colaboração da equipa cirúrgica, que procedeu ao controlo da hemorragia e sutura da ferida. A abordagem inicial foi conduzida segundo o método ABCDE, permitindo uma avaliação rápida, sistematizada e orientada para a identificação de lesões potencialmente fatais. A realização de TAC evidenciou fraturas múltiplas dos arcos costais associadas a volet costal e pneumotórax, tendo sido instituídas medidas imediatas, nomeadamente a colocação de dois drenos torácicos, entubação orotraqueal para proteção da via aérea e início de ventilação mecânica invasiva, bem como a inserção de acesso venoso central e cateter arterial para monitorização hemodinâmica contínua. Face à necessidade de cuidados intensivos e à inexistência de vagas na instituição, foi realizada transferência inter-hospitalar por via aérea, exigindo uma preparação rigorosa, monitorização contínua e garantia da estabilidade clínica durante o transporte. Esta experiência constituiu uma oportunidade relevante de consolidação de competências na abordagem à pessoa politraumatizada, destacando-se a importância da atuação coordenada, da comunicação eficaz em equipa multidisciplinar e da capacidade de antecipação de complicações. A evidência científica reforça que a abordagem estruturada ao trauma é determinante na redução da morbilidade e mortalidade associadas (American College of Surgeons, 2018).

Neste sentido, e visando sustentar uma análise crítica e reflexiva da prática desenvolvida, foi elaborado um estudo de caso relativo à situação descrita, que se encontra apresentado no Apêndice 2. Este permite evidenciar o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a mobilização de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica.

No contexto do SMI, destaca-se a prestação de cuidados a uma pessoa em situação de sépsis grave, com evolução para falência multiorgânica. A pessoa foi admitida no serviço proveniente do BO durante o turno da noite, evidenciando já um quadro clínico de elevada complexidade e instabilidade.

No início do turno da manhã, foi equacionada a necessidade de iniciar técnica de substituição renal contínua, tendo sido preparada a pessoa e reunidos os recursos materiais necessários para a sua implementação. Contudo, face à instabilidade hemodinâmica

progressiva, esta intervenção foi protelada. Perante a evolução clínica desfavorável, a equipa médica optou por nova abordagem cirúrgica, sendo a pessoa novamente encaminhada para o BO.

Após a intervenção, verificou-se agravamento do estado clínico, com instalação de falência multiorgânica irreversível, tendo sido posteriormente tomada a decisão de suspensão de medidas terapêuticas, após avaliação global da situação clínica e discussão em equipa multidisciplinar.

Esta situação evidenciou a elevada complexidade da tomada de decisão em contexto de cuidados intensivos, particularmente na transição de uma abordagem curativa para uma abordagem centrada nos cuidados de fim de vida. Acompanhei este processo, participando na prestação de cuidados orientados para o conforto, nomeadamente na gestão da dor, na adequação da sedoanalgesia e na promoção da dignidade da pessoa.

Paralelamente, foi contactado o familiar de referência, que se deslocou ao serviço, tendo sido assegurado o seu acolhimento e integração neste momento crítico. Participei na comunicação do quadro clínico global, contribuindo para a transmissão de informação de forma clara, empática e ajustada às necessidades do familiar, bem como no seu acompanhamento junto da pessoa. Foi permitida a permanência do familiar à cabeceira, garantindo-se, dentro das possibilidades do contexto, a privacidade e a dignidade da pessoa, reconhecendo a importância da presença familiar neste processo.

Tal como evidenciado na situação vivenciada, em contexto de doença crítica irreversível, os cuidados devem centrar-se na promoção do conforto, dignidade e qualidade de vida, integrando a família como elemento essencial no processo de cuidados. A evidência científica demonstra que a presença familiar, associada a uma comunicação clara e apoio emocional, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma melhor adaptação ao processo de doença, sendo determinante na promoção de uma morte digna e humanizada (Davidson et al., 2017; Papathanassoglou et al., 2022). Neste âmbito, o enfermeiro especialista assume um papel central na mediação da comunicação, no apoio à família e na promoção de cuidados humanizados, particularmente em situações de elevada vulnerabilidade.

Para além destas experiências, a prática no SMI permitiu o desenvolvimento de competências na gestão da dor, sedação e delírio, com recurso a instrumentos validados, bem como na implementação de estratégias não farmacológicas, incluindo controlo ambiental e

promoção do ritmo circadiano. Estas intervenções demonstram impacto significativo na redução de complicações e melhoria dos resultados clínicos (Vincent & Creteur, 2023).

A inclusão da família no processo de cuidados revelou-se igualmente fundamental, sendo o enfermeiro um elemento chave na facilitação de processos de transição. A teoria das transições de Meleis (2019) permitiu compreender a experiência vivida pela pessoa e família, reforçando a importância de intervenções que promovam adaptação e continuidade de cuidados.

Em síntese, o percurso desenvolvido permitiu a consolidação desta competência, evidenciando a importância de uma prática antecipatória, integrada, ética e baseada na evidência. O enfermeiro especialista assume um papel central na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família, contribuindo para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados em contextos de elevada complexidade, consolidando simultaneamente a construção da minha identidade profissional enquanto futura EE:

3.2 - Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação

Em Portugal, a ocorrência de eventos com potencial de elevada disrupção social e impacto na saúde pública, como acidentes graves, incêndios florestais e urbanos, cheias, inundações, bem como fenómenos extremos como ondas de calor e vagas de frio, exige das instituições de saúde uma capacidade de resposta organizada, flexível e eficaz. Ainda que a declaração formal de situações de catástrofe seja pouco frequente, a gestão destas situações de exceção implica a existência de planeamento prévio, definição de circuitos e articulação interinstitucional, de forma a garantir uma resposta coordenada e segura (Direção-Geral da Saúde, 2019; World Health Organization, 2017; Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil, 2020).

Neste âmbito, a Direção-Geral da Saúde enfatiza a importância da implementação de planos estruturados que assegurem a preparação das organizações de saúde para responder a eventos adversos com impacto significativo na prestação de cuidados (Direção-Geral da Saúde, 2019). De forma complementar, a OMS destaca que a capacidade de resposta hospitalar a situações de emergência e catástrofe depende da existência de sistemas organizados, treino das equipas e gestão eficiente de recursos, sendo estes elementos determinantes para a resiliência dos sistemas de saúde (World Health Organization, 2017).

Durante o percurso de estágio, não tive oportunidade de presenciar a ativação de um plano de emergência ou catástrofe. Contudo, foi possível desenvolver conhecimentos e refletir criticamente sobre a organização institucional da resposta a estas situações. No contexto do SUP, tive acesso ao Plano de Emergência e Catástrofe, compreendendo a sua estrutura e organização, bem como a definição de áreas funcionais previamente estabelecidas no serviço, identificadas por cores, destinadas à gestão diferenciada de vítimas em situações de afluxo massivo. Esta organização permite uma resposta mais eficiente, facilitando a triagem, a priorização e a distribuição das pessoas de acordo com a gravidade clínica.

A existência de áreas previamente definidas e sinalizadas evidencia a importância da estruturação organizacional e da preparação antecipada, fundamentais para garantir uma resposta coordenada e eficaz em cenários de elevada complexidade. Neste sentido, o EE assume um papel relevante na dinamização da resposta, nomeadamente na gestão de fluxos, na priorização de cuidados e na articulação com a equipa multidisciplinar.

No que respeita ao SMI, importa referir que, durante o período de estágio, encontrava-se em fase de desenvolvimento e implementação a Equipa de Emergência Interna na ULS RA. Alguns elementos da equipa do SMI iriam integrar esta equipa, evidenciando o papel estratégico dos SMI na resposta à pessoa em situação crítica em contexto intra-hospitalar, nomeadamente na monitorização avançada, suporte diferenciado e apoio às restantes unidades. No entanto, este processo encontrava-se ainda em fase inicial, não tendo sido possível observar a sua operacionalização.

Ainda assim, foi possível compreender a importância destas equipas na deteção precoce da deterioração clínica e na resposta rápida a situações emergentes dentro da instituição.

De acordo com a OE (2018), os Serviços de Medicina Intensiva assumem responsabilidade pela pessoa em situação crítica independentemente da sua localização na instituição, nomeadamente através da participação em equipas de emergência interna e do exercício de consultadoria, reforçando a importância da articulação entre serviços na resposta a situações de emergência.

Do ponto de vista do desenvolvimento de competências, esta experiência permitiu compreender que a resposta eficaz a situações de emergência, exceção e catástrofe não se limita ao momento da ocorrência, dependendo fortemente da estruturação organizacional, da preparação e do treino contínuo das equipas. Neste contexto, estratégias como a simulação

clínica assumem particular relevância, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, como a comunicação, liderança e trabalho em equipa.

Em síntese, embora não tenha vivenciado diretamente a ativação de um plano de emergência ou catástrofe, o percurso desenvolvido permitiu adquirir conhecimentos e refletir criticamente sobre a importância da estruturação organizacional, da preparação e do treino das equipas na resposta a estas situações. O EE assume, assim, um papel central na antecipação, organização e operacionalização da resposta a situações de emergência e catástrofe, afirmando-se como elemento-chave na garantia da segurança, eficiência e qualidade dos cuidados em contextos de elevada exigência..

3.3 – Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No domínio da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos, espera-se que o EE demonstre capacidade para integrar conhecimento científico atualizado na prática clínica, identificar necessidades no contexto assistencial e promover estratégias proativas, baseadas na evidência, que contribuam para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Neste sentido, defini como objetivos específicos a incorporação de diretivas e conhecimentos atualizados, bem como o domínio dos feixes de intervenção na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde.

No contexto do SUP, a prevenção e controlo da infeção assumem particular relevância, atendendo à elevada rotatividade de pessoas e à necessidade de intervenção rápida. Durante o estágio, observou-se um aumento significativo da incidência de infeções por vírus Influenza A, o que exigiu a implementação rigorosa de medidas de controlo da infeção. Neste âmbito, participei na aplicação de precauções baseadas na via de transmissão, nomeadamente isolamento respiratório, utilização adequada de EPI e reforço da higiene das mãos, reconhecida como a medida mais eficaz na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (World Health Organization, 2009). A elevada afluência de pessoas com patologia respiratória evidenciou a importância de práticas sistematizadas, de forma a prevenir a infeção cruzada e garantir a segurança de pessoas e profissionais (World Health Organization, 2023; Direção-Geral da Saúde, 2023).

Paralelamente, tive oportunidade de aplicar medidas de controlo de infeção em procedimentos invasivos, nomeadamente na inserção e manutenção de cateteres venosos

periféricos e na colheita de hemoculturas, assegurando técnica asséptica e correta manipulação dos dispositivos.

No contexto do SMI, a prevenção e controlo da infeção assumem particular relevância, dada a complexidade clínica das pessoas, frequentemente submetidos a ventilação mecânica invasiva, dispositivos invasivos e terapêuticas diferenciadas (Sinésio et al., 2018; Vincent & Creteur, 2023). Neste âmbito, apliquei de forma sistemática os feixes de intervenção preconizados pela DGS, integrando intervenções técnicas e raciocínio clínico na prevenção das principais infeções associadas aos cuidados de saúde.

A prevenção da PAI constituiu uma área central de intervenção, sendo esta uma das complicações mais frequentes na pessoa ventilada. Tive oportunidade de implementar de forma sistemática intervenções como a elevação da cabeceira do leito a 30–45°, a monitorização da pressão do cuff do tubo orotraqueal, a realização de higiene oral e a aspiração de secreções com técnica adequada. Para além destas intervenções, desenvolvi uma reflexão crítica sobre a importância da avaliação contínua da necessidade de ventilação mecânica e da promoção do desmame ventilatório precoce, sempre que clinicamente indicado, reconhecendo que a prevenção da PAI depende da articulação entre cuidados técnicos, vigilância contínua e tomada de decisão clínica fundamentada (Direção-Geral da Saúde, 2022; Klompas et al., 2022).

No que concerne à prevenção da infeção urinária associada ao cateter vesical, assegurei a manutenção de sistema de drenagem fechado, a correta posição do saco coletor abaixo do nível da bexiga e a realização de cuidados de higiene adequados. A manipulação do sistema foi realizada com técnica limpa, sendo assegurada a monitorização do débito urinário e o esvaziamento adequado dos sacos coletores. A prática permitiu compreender a importância da avaliação diária da necessidade de manutenção do cateter, reconhecida na literatura internacional como uma das medidas mais eficazes na redução da infeção associada a este dispositivo (Direção-Geral da Saúde, 2022; Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

Relativamente ao cateter venoso central, observei o cumprimento rigoroso das práticas recomendadas, incluindo a higiene das mãos, desinfeção dos acessos e utilização de técnica assética, bem como a avaliação diária da necessidade de manutenção do dispositivo. No contexto perioperatório, implementei intervenções dirigidas à prevenção da infeção do local cirúrgico, nomeadamente a promoção da normotermia e controlo glicémico.

Ainda no contexto perioperatório, destaca-se a utilização da checklist de verificação de segurança cirúrgica, instrumento fundamental na promoção da segurança da pessoa e na

prevenção de complicações, incluindo infecções do local cirúrgico. Durante o estágio no SMI, tive oportunidade de acompanhar a sua aplicação, reconhecendo a sua importância na padronização de práticas, na melhoria da comunicação entre equipas e na garantia do cumprimento de medidas essenciais, como a confirmação da profilaxia antibiótica, condições de assepsia e identificação correta da pessoa e procedimento. A evidência demonstra que a utilização sistemática desta ferramenta está associada à redução de eventos adversos e infecções cirúrgicas, reforçando o seu papel na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (World Health Organization, 2009; Haynes et al., 2009).

Para além das intervenções específicas, destacou-se a aplicação rigorosa das Precauções Básicas de Controlo da Infecção, incluindo a higiene das mãos, etiqueta respiratória e utilização adequada de equipamentos de proteção individual, refletindo uma cultura de segurança consolidada na equipa. A avaliação do risco de infeção na admissão e a realização de rastreios microbiológicos evidenciam uma abordagem preventiva e sistematizada (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Adicionalmente, tive oportunidade de conhecer os processos de reproprocessamento de dispositivos médicos, controlo ambiental e gestão de resíduos, compreendendo a sua importância na prevenção da infeção cruzada. A existência de protocolos institucionais e a formação contínua dos profissionais contribuem para a uniformização das práticas e melhoria da qualidade dos cuidados.

Em síntese, o percurso desenvolvido permitiu consolidar competências no domínio da prevenção e controlo da infeção, evidenciando a importância de uma prática baseada na evidência, sistematizada e orientada para a segurança da pessoa. O EE assume um papel determinante na promoção de boas práticas, na capacitação das equipas e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, contribuindo para a redução da infeção associada aos cuidados de saúde e da resistência aos antimicrobianos, reconhecida como uma das principais ameaças à saúde global (European Centre for Disease Prevention and Control, 2023), com impacto direto na qualidade, segurança e outcomes em saúde.

PARTE II Componente de investigação

MOTIVOS PARA CUIDADOS OMISSOS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS: UMA REVISÃO SCOPING

RESUMO

Introdução: A omissão de cuidados de enfermagem, frequentemente designada como *missed nursing care*, constitui um fenómeno relevante e crescente nos sistemas de saúde, estando associada à não realização, realização parcial ou atraso de cuidados essenciais. Em unidades de cuidados intensivos (UCI), caracterizadas pela elevada complexidade assistencial, instabilidade clínica e necessidade de vigilância contínua, este fenómeno assume particular importância, podendo comprometer a segurança da pessoa, aumentar o risco de eventos adversos e influenciar negativamente os resultados em saúde. Apesar da sua relevância, a evidência relativa aos motivos associados à omissão de cuidados em UCI encontra-se dispersa na literatura.

Objetivos: Mapear os motivos associados à omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos.

Métodos: Foi realizada uma revisão scoping de acordo com a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute e orientada pelas recomendações do PRISMA-ScR. A pesquisa foi efetuada em bases de dados eletrónicas (MEDLINE, CINAHL e EMBASE) e literatura cinzenta (RCAAP), sem restrições temporais ou linguísticas. A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, com base nos critérios PCC (População, Conceito e Contexto). Os dados foram extraídos e sintetizados de forma narrativa.

Resultados: Os estudos analisados identificam múltiplos fatores associados à omissão de cuidados de enfermagem em UCI, destacando-se os fatores organizacionais (escassez de recursos humanos, carga de trabalho elevada), fatores relacionados com o ambiente de trabalho (interrupções frequentes, exigências administrativas), fatores individuais/profissionais e fatores relacionados com a complexidade clínica da pessoa. Estes fatores contribuem para a priorização de cuidados, levando à omissão de intervenções consideradas menos urgentes, nomeadamente relacionadas com conforto, comunicação e apoio emocional.

Conclusão: A omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos é um fenómeno multifatorial, fortemente influenciado por determinantes organizacionais e contextuais. A identificação destes fatores constitui um passo fundamental para o desenvolvimento de estratégias que promovam a qualidade, segurança e integralidade dos cuidados, sendo essencial investir em dotação segura, melhoria das condições de trabalho e

valorização do papel do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem Omissos; Missed Nursing Care; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermagem; Segurança do Doente

ABSTRACT

Introduction: Missed nursing care, also referred to as unfinished or omitted nursing care, is a significant and growing concern in healthcare systems, defined as the partial, delayed, or complete omission of necessary nursing interventions. In adult intensive care units (ICUs), characterized by high clinical complexity, patient instability, and the need for continuous monitoring, this phenomenon is particularly critical. It has been associated with adverse patient outcomes, increased risk of complications, and compromised quality and safety of care. Despite its relevance, evidence regarding the underlying reasons for missed nursing care in ICU settings remains fragmented.

Objectives: To map the reasons associated with missed nursing care in adult intensive care units.

Methods: A scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute methodology and reported following PRISMA-ScR guidelines. A comprehensive search was performed in electronic databases (MEDLINE, CINAHL, and EMBASE) and grey literature sources (RCAAP), with no restrictions on language or publication date. Study selection was carried out independently by two reviewers based on PCC (Population, Concept, Context) criteria. Data was extracted and synthesized using a narrative approach.

Results: The included studies identified multiple factors associated with missed nursing care in ICU settings. Key determinants include organizational factors (e.g., inadequate staffing levels, high workload), work environment-related factors (e.g., frequent interruptions, administrative demands), individual/professional factors, and patient-related complexity. These factors contribute to care prioritization, often leading to the omission of less urgent interventions, particularly those related to patient comfort, communication, and emotional support.

Conclusion: Missed nursing care in adult intensive care units is a multifactorial phenomenon strongly influenced by organizational and contextual determinants. Identifying these factors is essential for developing targeted strategies to enhance the quality, safety, and comprehensiveness of care. Investment in adequate staffing, improved working conditions, and the strengthening of the critical care nurse specialist's role are key elements in mitigating care omissions.

Keywords: Missed Nursing Care; Intensive Care Units; Nursing; Patient Safety; Critical Care

Introdução

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde constituem atualmente prioridades centrais nos sistemas de saúde, sendo amplamente reconhecido que a prática de enfermagem desempenha um papel determinante na prevenção de eventos adversos e na promoção de resultados positivos em saúde (Falk et al., 2022; Mainz et al., 2024). Neste contexto, a omissão de cuidados de enfermagem tem vindo a surgir como um fenómeno crítico, associado a falhas na prestação de cuidados essenciais e a consequências negativas para as pessoas, profissionais e organizações de saúde (Fan et al., 2026)

O conceito de cuidados de enfermagem omissos, descrito usualmente na literatura como *missed nursing care*, *unfinished nursing care*, *errors of omission* ou *rationing of nursing care*, refere-se à não realização, realização parcial ou atraso de cuidados de enfermagem necessários ou planeados (Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2009). Estes cuidados incluem intervenções fundamentais para a vigilância clínica, conforto, prevenção de complicações e continuidade dos cuidados, cuja omissão pode comprometer significativamente a segurança da pessoa cuidada. Kalisch e Xie (2014) salientam que os erros por omissão são frequentemente menos visíveis do que os erros por comissão, mas apresentam impacto clínico igualmente relevante, tornando o fenómeno particularmente difícil de identificar e monitorizar na prática clínica.

A evidência científica tem demonstrado que a omissão de cuidados de enfermagem está associada a resultados adversos, tais como aumento da incidência de infeções, deterioração clínica não reconhecida atempadamente, maior risco de eventos adversos, aumento do tempo de internamento e aumento da mortalidade (Schubert et al., 2008; Jones et al., 2015). Para além do impacto nas pessoas, este fenómeno tem também repercussões nos profissionais, contribuindo para níveis mais elevados de stresse, insatisfação profissional e desgaste emocional, bem como para implicações organizacionais relacionadas com a qualidade dos cuidados e os custos em saúde.

No contexto das unidades de UCI de adultos, a problemática da omissão de cuidados de enfermagem assume particular relevância. As UCI caracterizam-se por uma elevada complexidade assistencial, instabilidade clínica das pessoas, necessidade de vigilância contínua e utilização intensiva de tecnologia avançada. Neste ambiente altamente exigente, os enfermeiros são confrontados com múltiplas exigências simultâneas, elevada carga de trabalho e necessidade constante de priorização de cuidados, fatores que aumentam a probabilidade de

omissão de intervenções de enfermagem consideradas menos urgentes face a situações de risco vital imediato (Schubert et al., 2009).

Estudos realizados em contextos hospitalares e de cuidados intensivos evidenciam que a escassez de recursos humanos, a inadequação da dotação segura, a complexidade clínica das pessoas, as interrupções frequentes, as exigências administrativas e a cultura organizacional são alguns dos principais motivos associados à omissão de cuidados de enfermagem (Schubert et al., 2008; Jones et al., 2015). Em UCI, onde a prestação de cuidados é altamente especializada e centrada na pessoa em situação crítica, a omissão de cuidados relacionados com vigilância, conforto, comunicação ou apoio emocional pode comprometer a integralidade dos cuidados e a humanização da assistência, dimensões essenciais da prática de enfermagem especializada.

Apesar do reconhecimento crescente da importância deste fenómeno, a evidência científica sobre os motivos associados à omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos encontra-se dispersa, recorrendo a diferentes enquadramentos conceptuais, metodologias e contextos de estudo. Esta heterogeneidade dificulta uma compreensão integrada do fenómeno, limitando a capacidade de os profissionais e decisores utilizarem a evidência disponível para fundamentar estratégias eficazes de prevenção da omissão de cuidados e de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, a realização de uma revisão *scoping* é justificada porque este tipo de revisão permite mapear de forma abrangente a evidência existente, identificar os principais motivos associados à omissão de cuidados de enfermagem em UCI de adultos e evidenciar lacunas do conhecimento que necessitam de investigação futura (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020). Esta sistematização constitui um contributo relevante para a prática de enfermagem, para a gestão e organização dos cuidados em contextos de elevada complexidade e para o desenvolvimento do papel do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica.

Importa referir que, antes do desenvolvimento desta revisão, foi realizada uma pesquisa prévia nas bases de dados PubMed e PROSPERO com o objetivo de identificar revisões sistemáticas publicadas sobre os motivos para cuidados omissos de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos. Não foram encontrados estudos sistemáticos que abordassem especificamente esta problemática, o que evidencia uma lacuna significativa na literatura científica.

Deste modo, o presente estudo pretende contribuir para uma compreensão aprofundada dos fatores que influenciam a omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos, fornecendo suporte científico à implementação de estratégias organizacionais e profissionais que promovam cuidados mais seguros, integrais e centrados na pessoa em situação crítica.

Esta revisão tem como objetivo: mapear os motivos para cuidados omissos de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos.

1- Métodos

Esta revisão *scoping* foi conduzida tendo por base o método proposto pelo Instituto *Joanna Briggs* (Peters et al., 2015; Peters et al., 2020a) e foi redigida cumprindo o *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Os métodos propostos pela Instituto *Joanna Briggs* têm sido amplamente utilizados e reconhecidos em múltiplas áreas do conhecimento e por revisores experientes, representando uma abordagem essencial para apoiar a tomada de decisões com base na melhor evidência disponível (Khalil et al., 2020).

A extensão PRISMA-ScR fornece uma lista de verificação de reporte para este tipo específico de revisão e é consistente com a proposta integrada proposta pela Colaboração *Joanna Briggs* (Peters et al., 2020b). Globalmente os passos que devem ser seguidos são: formular a questão de revisão, definir critérios de inclusão e exclusão, localizar estudos através de pesquisa, selecionar estudos para inclusão, extrair, analisar e sintetizar os estudos relevantes (Peters et al., 2020b).

O protocolo desta revisão não foi registado, nem alvo de publicação, mas foi realizado e seguido pelos autores podendo ser fornecido mediante pedido dirigido aos autores.

1.1- Localização dos estudos

Nesta revisão foi conduzida uma estratégia de pesquisa em três etapas. Foi realizada uma pesquisa inicial limitada de MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) para identificar artigos sobre o tema. As palavras de texto contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos indexados utilizados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa preliminar. Posteriormente foi formalmente proposta uma estratégia definitiva para cada uma das bases de dados incluídas, sendo a mesma ajustada tendo por base os léxicos e especificidades de cada uma. As bases de dados incluídas foram: a MEDLINE (via PubMed), a CINAHL (via EBSCO) e a EMBASE. Para a pesquisa de estudos não publicados foi incluído o RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Finalmente, numa terceira fase, as listas de referência dos artigos incluídos na revisão foram analisadas para eventual adição de estudos potencialmente relevantes.

Não foram excluídos estudos com base no idioma de publicação. Também não existiram limites temporais aplicáveis à pesquisa por se pretender ter uma visão integrada de toda a evidência disponível sobre o tema em apreço.

As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas na seguinte tabela.

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa.

Base de dados	Fórmula de pesquisa	Resultados
Embase: Pesquisado a 07/02/2026	('nursing care'/exp OR 'nursing care':ab,ti OR 'nursing intervention*':ab,ti) AND ('missed care':ab,ti OR 'missed':ab,ti OR 'omission':ab,ti OR 'care omission*':ab,ti OR 'omitted care':ab,ti OR 'neglected care':ab,ti OR 'care negligence':ab,ti OR 'unfinished nursing care':ab,ti OR 'unfinished care':ab,ti OR 'miss care':ab,ti) AND ('intensive care unit'/exp OR 'intensive care unit*':ab,ti OR 'icu':ab,ti OR 'intensive care'/exp OR 'critical care':ab,ti OR 'intensive care':ab,ti) ("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing intervention*"[Title/Abstract]) AND ("missed care"[Title/Abstract] OR "missed"[Title/Abstract] OR "omission"[Title/Abstract] OR "care omission*"[Title/Abstract] OR "omitted care"[Title/Abstract] OR "neglected care"[Title/Abstract] OR "care negligence"[Title/Abstract] OR "unfinished nursing care"[Title/Abstract] OR "unfinished care"[Title/Abstract] OR "miss care"[Title/Abstract]) AND ("intensive care units"[MeSH Terms] OR "intensive care unit*"[Title/Abstract] OR "icu"[Title/Abstract] OR "critical care"[MeSH Terms] OR "critical care"[Title/Abstract] OR "intensive care"[Title/Abstract])	134
PubMed: Pesquisado a 07/02/2026	XB ("nursing care" OR "nursing intervention*") AND AB ("nursing care" OR "nursing intervention*") AND XB ("missed care" OR missed OR omission OR "care omission*" OR "omitted care" OR "unfinished nursing care" OR "unfinished care" OR "neglected care" OR "care negligence") AND AB ("missed care" OR missed OR omission OR "care omission*" OR "omitted care" OR "unfinished nursing care" OR "unfinished care" OR "neglected care" OR "care negligence") AND XB ("intensive care unit*" OR ICU OR "intensive care" OR "critical care") AND AB ("intensive care unit*" OR ICU OR "intensive care" OR "critical care")	125
CINAHL (via EBSCO): Pesquisado a 10/02/2026	XB ("nursing care" OR "nursing intervention*") AND AB ("nursing care" OR "nursing intervention*") AND XB ("missed care" OR missed OR omission OR "care omission*" OR "omitted care" OR "unfinished nursing care" OR "unfinished care" OR "neglected care" OR "care negligence") AND AB ("missed care" OR missed OR omission OR "care omission*" OR "omitted care" OR "unfinished nursing care" OR "unfinished care" OR "neglected care" OR "care negligence") AND XB ("intensive care unit*" OR ICU OR "intensive care" OR "critical care") AND AB ("intensive care unit*" OR ICU OR "intensive care" OR "critical care")	77

1.2- Seleção dos estudos e critérios de Elegibilidade

Após a pesquisa, todos os registos identificados foram recolhidos e transferidos para o EndNote X9.3.3 (Clarivate Analytics, PA, EUA) e os duplicados removidos.

Os títulos e resumos foram revistos por dois revisores independentes para avaliar a elegibilidade dos estudos em relação aos critérios de inclusão inicialmente definidos. Um processo piloto de análise inicial foi conduzido independentemente por ambos os revisores, com base em 25 títulos e resumos. Os resultados da análise foram comparados e discutidos, permitindo ao mesmo tempo alterações aos critérios de elegibilidade para assegurar que ambos os revisores concordam. Este processo piloto continuou até se atingir uma concordância de pelo menos 75% entre os revisores (Peters et al., 2020b).

O texto integral dos artigos incluídos que potencialmente cumpriam os critérios de inclusão foi avaliado com base nos seguintes critérios de inclusão de acordo com o acrónimo PCC (**P**opulação, **C**onceito e **C**ontexto) (Peters et al., 2020b):

- **Participantes:** Foram considerados todos os estudos que incluíssem enfermeiros enquanto participantes, independentemente da categoria profissional, tempo de experiência ou formação específica, desde que envolvidos na prestação direta de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos.

- **Conceito:** Para a presente *scoping*, o conceito em análise corresponde aos cuidados de enfermagem omissos, entendidos como os cuidados de enfermagem necessários ou planeados que não são realizados, são parcialmente realizados ou são realizados com atraso, no contexto da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. Este conceito inclui fenómenos descritos na literatura sob diferentes designações, tais como *missed nursing care*, *unfinished nursing care*, *errors of omission* e *rationing of nursing care*, desde que se refiram à não realização ou adiamento de intervenções de enfermagem essenciais. No âmbito desta revisão, foram considerados os motivos, fatores, causas ou determinantes associados à ocorrência da omissão de cuidados, incluindo fatores organizacionais, relacionados com recursos humanos, fatores individuais/profissionais, fatores associados à complexidade das pessoas e fatores

relacionados com o ambiente e cultura organizacional. O conceito de cuidados de enfermagem omissos tem sido amplamente descrito na literatura como a não realização, realização parcial ou atraso de cuidados necessários, resultando em constrangimentos organizacionais, de recursos ou de tomada de decisão clínica, sendo reconhecido como um fenómeno com impacto na segurança e qualidade dos cuidados (Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2009; Kalisch & Xie, 2014).

- **Contexto:** Corresponde às unidades de cuidados intensivos de adultos, inseridas em contexto hospitalar, destinadas à prestação de cuidados especializados a pessoas em situação crítica, que necessitam de vigilância contínua, suporte avançado de funções vitais e intervenção terapêutica altamente diferenciada. Foram consideradas unidades de cuidados intensivos de adultos de diferentes tipologias, incluindo unidades médico-cirúrgicas, polivalentes ou especializadas, independentemente da sua designação institucional ou nível de diferenciação. A delimitação deste contexto justifica-se pela elevada complexidade assistencial, carga de trabalho e exigência técnica, fatores reconhecidamente associados ao risco de omissão de cuidados de enfermagem (Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2009; Jones et al., 2015). Foram excluídos estudos realizados em unidades de cuidados intensivos pediátricos ou neonatais, bem como estudos desenvolvidos noutros contextos assistenciais.

Relativamente aos tipos de estudos foram incluídos todos os tipos de estudos quantitativos (por exemplo, experimental, quase-experimental, coorte, controlo de casos, transversal, séries de casos, estudos de casos individuais, estudos descritivos transversais). Foram incluídos estudos de métodos mistos e revisões sistemáticas apenas para extração de componentes quantitativos. Isto permite uma maior sensibilidade na pesquisa, o que é desejável para esta tipologia de revisões.

Esta análise do texto integral foi realizada por dois revisores independentes. Quaisquer desacordos entre os revisores em cada fase do processo de seleção foram mitigados através de uma discussão construtiva ou por recurso a um terceiro revisor. O processo de seleção e revisão dos estudos foi operacionalizado com recurso ao EndNote X9.3.3 (Clarivate Analytics, PA, EUA). Os resultados da pesquisa foram comunicados na sua totalidade e apresentados sob a forma de fluxograma (Page et al., 2021).

1.3- Extração e síntese dos dados

Os dados foram extraídos dos estudos incluídos na revisão por dois revisores independentes, utilizando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelos revisores. A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com a inclusão de um terceiro revisor.

Os dados extraídos incluíram detalhes sobre a população, o conceito, o contexto, métodos de estudo e objetivos específicos.

Em todo o processo mencionado nesta seção, e se necessário, os autores dos estudos incluídos foram contactados para providenciar mais informações ou esclarecimento de dados.

Por fim, os dados extraídos foram apresentados em forma de tabela e foi realizada uma síntese narrativa, descrevendo como os resultados se relacionam com o objetivo e a questão formulada para esta revisão.

2- Resultados

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi conduzido de acordo com as recomendações PRISMA, sendo apresentado no fluxograma correspondente (Figura 1), que sintetiza as diferentes etapas do processo de seleção dos estudos, desde a identificação inicial até à inclusão final dos artigos na revisão.

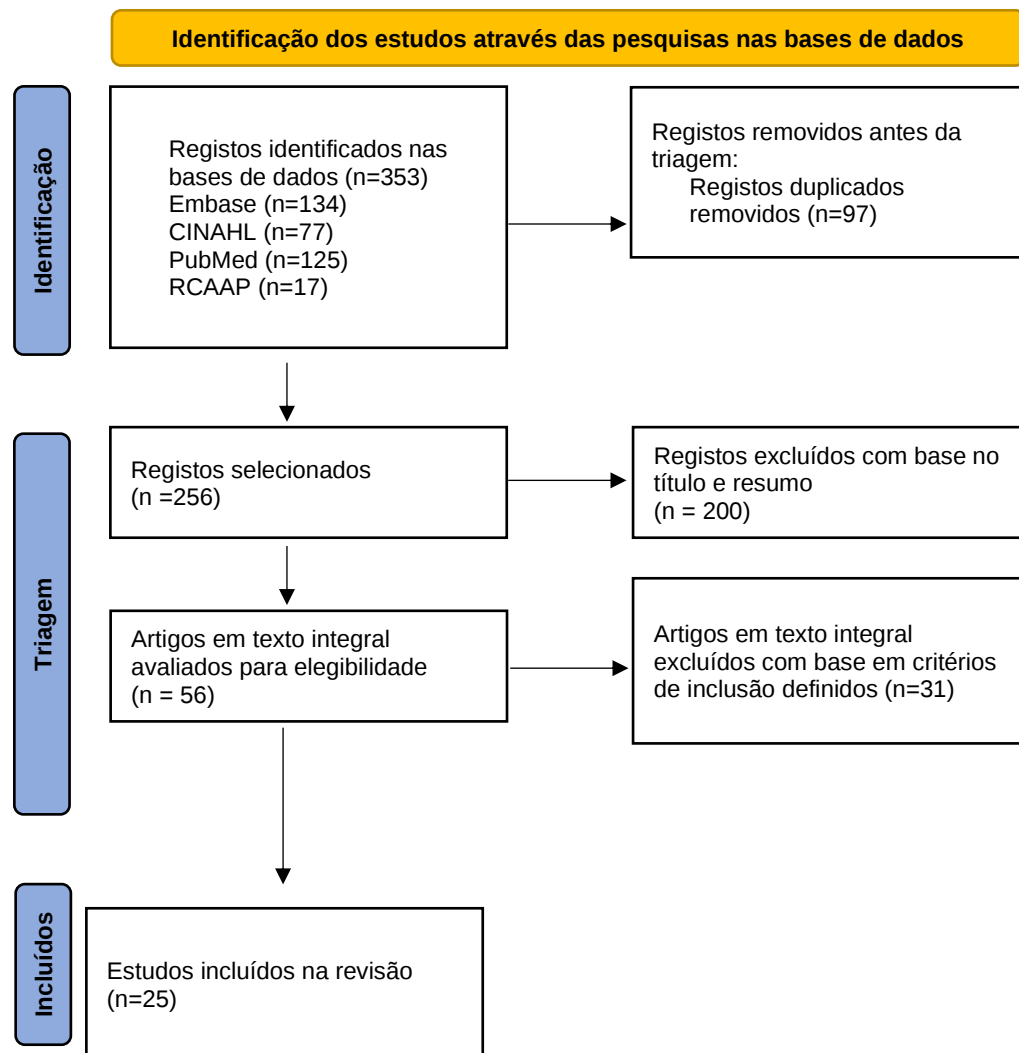


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi conduzido de acordo com as recomendações PRISMA, sendo apresentado no fluxograma correspondente (Figura 1).

Inicialmente, foram identificados 353 registos através da pesquisa nas bases de dados. Após a remoção de 97 registos duplicados, foram considerados 256 estudos para triagem. Posteriormente, e com base na análise do título e resumo, foram excluídos 200 artigos, por não cumprirem os critérios de inclusão definidos. Assim, 56 artigos foram selecionados para leitura integral. Destes, 31 estudos foram excluídos, por não cumprirem os critérios estabelecidos, nomeadamente ao nível do contexto, população ou conceito. Por fim, foram incluídos 25 estudos na presente scoping review.

2.1 – Caracterização dos estudos incluídos

De forma a sistematizar as principais características dos estudos incluídos, apresenta-se na Tabela 2 a sua síntese descritiva.

Tabela 2 - Características dos estudos incluídos.

Autor/Ano	País	Desenho	Amostra	Fatores principais	Achados-chave
Vincelette et al., 2023	Canadá	Transversal correlacional	493 enfermeiros, 42 hospitais	Ambiente de trabalho; qualidade e segurança percebidas	Melhor ambiente de trabalho associa-se a menor omissão; cuidados básicos, como mobilização, foram os mais omitidos.
Yang et al., 2025	China	Transversal descritivo	550 enfermeiros	Burnout; inadequação de recursos humanos; competência insuficiente; gênero/cargo	As omissões foram frequentes sobretudo em necessidades fisiológicas e emocionais; burnout e escassez de recursos surgiram como causas centrais.
Młynarska et al., 2020	Polónia	Transversal	150 enfermeiros	Fadiga; satisfação profissional	Quanto maior a fadiga, maior o racionamento dos cuidados e menor a satisfação no trabalho.
Pereira Lima Silva et al., 2020	Brasil	Transversal	Enfermeiros de 3 UCI	Carga de trabalho; ambiente de prática; número inadequado de profissionais; pluriemprego	Ambulação foi o cuidado mais omitido; carga de trabalho e ambiente de prática foram preditores da omissão.
Nobahar et al., 2023	Irão	Transversal	200 enfermeiros	Trabalho em equipa; sensibilidade moral; experiência clínica; idade	Melhor trabalho em equipa associa-se a maior sensibilidade moral e menor omissão de cuidados.
Berdida, 2024	Filipinas	Transversal correlacional com SEM	335 enfermeiros ICCU	Segurança da pessoa; qualidade dos cuidados; autoeficácia profissional	Qualidade dos cuidados e autoeficácia mediarão a relação entre segurança da pessoa e omissão de cuidados.
Mohammadi et al., 2023	Irão	Observacional prospetivo	301 pessoas / enfermeiros UCI	Carga de trabalho (NAS); experiência profissional	Maior carga de trabalho associou-se a maior omissão em avaliação, higiene das mãos e controlo de infeção; experiência funcionou como fator protetor.

Jing et al., 2026	China	Revisão sistemática convergente integrada	13 estudos	Recursos pessoais, energéticos, sociais e materiais; acuidade	A omissão de cuidados foi conceptualizada como resultado do desequilíbrio entre exigências clínicas e reservas de recursos.
El-Sayed et al., 2025	Egito	Transversal	270 enfermeiros	Trabalho em equipa; atitudes de segurança	Trabalho em equipa e atitudes de segurança explicaram grande parte da variância do cuidado racionado.
Crowe et al., 2025	Canadá	Métodos mistos	Enfermeiros de cuidados críticos	Priorização; acuidade; rotinas; lacunas de conhecimento; apoio limitado; cultura da unidade	A omissão/atraso de cuidados relacionados com delirium foi explicada por priorização, recursos limitados e cultura da unidade.
Fang et al., 2025	China	Qualitativo	18 enfermeiros	Tomada de decisão; priorização; tempo; escassez de recursos	A omissão foi descrita como processo adaptativo, intuitivo e situacional perante restrições sistémicas.
Yang et al., 2025	China	Transversal	1162 enfermeiros, 30 hospitais	Liderança clínica; atitudes de segurança; idade; posição; relações interpessoais; educação em segurança	Liderança clínica e atitude de segurança associaram-se a menor omissão; fatores sociodemográficos também influenciaram.
Jafari-Koulaee et al., 2024	Irão	Transversal	249 enfermeiros	Burnout; intenção de sair; género; estado civil; turno; vínculo laboral	A omissão de cuidados associou-se ao burnout e à intenção de abandonar a profissão.
Bruyneel et al., 2023	Bélgica	Transversal nacional	2183 enfermeiros	Staffing; adequação de recursos; ambiente de trabalho; burnout	A omissão funcionou como mediadora entre adequação de pessoal/recursos e qualidade percebida/burnout.
Akçoban et al., 2026	Turquia	Correlacional descritivo	210 enfermeiros	Altruísmo; escassez de materiais; carga de trabalho	Maior altruísmo associou-se a menor omissão; persistiram fatores organizacionais como materiais e sobrecarga.
Jia et al., 2024	China	Transversal	Enfermeiros de 2 hospitais	Trabalho em equipa; sensibilidade moral; turnos de 12 h; tipo de vínculo	Sensibilidade moral e trabalho em equipa surgiram como protetores;

					turnos prolongados aumentaram a omissão.
Fan et al., 2026	China	Meta-síntese qualitativa	6 estudos	Pressões sistêmicas; priorização; sofrimento emocional; intervenções organizacionais	Reformula a omissão como fenômeno sistêmico previsível, e não falha individual.
Lan et al., 2025	China	Transversal	304 enfermeiros	Segurança da pessoa; comportamento de cuidado; autoeficácia	Comportamento cuidadoso e autoeficácia mediarão a relação entre segurança percebida e omissão.
Eghbali et al., 2024	Irão	Transversal descritivo	255 enfermeiros	Falta de pessoal; avaria de equipamentos; emergência/deterioração clínica	Os principais fatores foram estruturais: staffing insuficiente, falhas de equipamento e gravidade clínica.
Lan et al., 2025	China	Transversal	185 enfermeiros	Tipo de UCI; sobrecarga de trabalho; eventos de emergência; transferências; características profissionais	Todos relataram pelo menos um caso de omissão; reabilitação precoce, analgesia/sedação e avaliação psicossocial foram os cuidados mais omitidos.
Guo et al., 2025	China	Scoping review	14 estudos	Níveis intrapessoal, interpessoal, institucional e político; carga emocional	Estruturou os fatores num modelo socioecológico e descreveu a experiência emocional dos enfermeiros.
Jia et al., 2025	China	Transversal	226 enfermeiros	Fadiga por compaixão; trabalho emocional; deep acting	Fadiga por compaixão e trabalho emocional associaram-se a maior omissão; deep acting teve efeito protetor.
Fang et al., 2025	Turquia	Qualitativo descritivo	20 enfermeiros	Carga de trabalho; falta de pessoal/equipamentos; confusão interdisciplinar; falha de priorização	Os enfermeiros perceberam a omissão como produto de fatores sistêmicos, institucionais e organizacionais.
Gholampour et al., 2025	Irão	Transversal	180 enfermeiros	Relação enfermeiro-médico; fundamentos para qualidade; ambiente de prática	A relação interprofissional e os fundamentos para qualidade dos

					cuidados mostraram capacidade preditiva sobre a omissão.
Shabani et al., 2025	Irão	Transversal	200 enfermeiros	Burnout ocupacional; género; situação económica	Maior burnout associou-se a maior omissão; o estudo reforça a dimensão psicossocial do fenómeno.

A análise dos estudos incluídos evidencia o predomínio de investigações de natureza quantitativa, maioritariamente com desenho transversal, orientadas para a avaliação da omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos. Foram igualmente identificados estudos qualitativos e revisões de literatura, permitindo integrar diferentes abordagens metodológicas na análise do fenómeno.

Do ponto de vista geográfico, verifica-se uma distribuição internacional dos estudos, com maior concentração em países da Ásia e do Médio Oriente. Esta diversidade geográfica contribui para a inclusão de diferentes contextos organizacionais e assistenciais, potencialmente associados a variações na ocorrência e caracterização da omissão de cuidados.

Esta análise permitiu ainda identificar um conjunto alargado de fatores associados à omissão de cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos. Atendendo à diversidade e heterogeneidade dos achados, procedeu-se à sua organização em categorias temáticas, com base na natureza dos fatores descritos e na sua recorrência nos diferentes estudos. Esta categorização permitiu estruturar os resultados em diferentes níveis de análise — organizacional, relacional, individual, clínico e sistémico — facilitando a compreensão da complexidade do fenómeno.

2.2 - Síntese dos fatores associados à omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos

Os resultados evidenciam, de forma consistente, que a omissão de cuidados de enfermagem é um fenómeno frequente em contexto de cuidados intensivos. Em alguns estudos, todos os participantes referiram ter omitido pelo menos uma intervenção durante o turno de trabalho, o que reforça a sua natureza transversal e recorrente (Lan et al., 2025). Este fenómeno não ocorre de forma aleatória, sendo influenciado por processos de priorização clínica que orientam a ação dos enfermeiros em contextos de elevada exigência assistencial.

Os cuidados mais frequentemente omitidos correspondem, predominantemente, a intervenções consideradas não urgentes ou de menor prioridade imediata, nomeadamente a mobilização e reabilitação precoce, os cuidados psicossociais e o apoio emocional à pessoa (Yang et al., 2025; Lan et al., 2025). Estes cuidados, embora fundamentais para a recuperação global da pessoa em situação crítica, tendem a ser adiados ou omitidos em contextos de sobrecarga assistencial. Em contraste, os cuidados de natureza técnica, associados à vigilância

clínica e à manutenção da estabilidade hemodinâmica, apresentam menor probabilidade de omissão, sugerindo um padrão de priorização centrado na segurança imediata da pessoa.

2.3 - Fatores organizacionais e relacionados com recursos

Os fatores organizacionais emergem como os determinantes mais consistentes da omissão de cuidados de enfermagem. A carga de trabalho elevada é amplamente referida como um fator crítico, contribuindo para a necessidade de seleção e priorização de intervenções, com consequente omissão de cuidados considerados menos urgentes (Mohammadi et al., 2023; Yang et al., 2025). De igual modo, a inadequação do rácio enfermeiro/pessoa e a escassez de recursos humanos são identificadas como variáveis estruturais que condicionam a capacidade de resposta dos enfermeiros (Lan et al., 2025; Eghbali et al., 2024).

Para além disso, a indisponibilidade de materiais e o mau funcionamento de equipamentos são apontados como obstáculos adicionais à prestação de cuidados, evidenciando a influência das condições estruturais no desempenho profissional. Importa ainda salientar que a adequação de recursos humanos e materiais se encontra associada não apenas à frequência de omissão de cuidados, mas também à perceção da qualidade dos cuidados e ao risco de burnout dos profissionais (Bruyneel et al., 2024).

2.4 - Fatores interpessoais e de trabalho em equipa

Os resultados evidenciam igualmente a importância dos fatores relacionais e da dinâmica de equipa na ocorrência da omissão de cuidados. O trabalho em equipa, a comunicação eficaz e o apoio mútuo entre profissionais surgem como elementos fundamentais para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. Estudos demonstram que ambientes de trabalho caracterizados por níveis elevados de colaboração e coesão apresentam menores taxas de omissão de cuidados (Nobahar et al., 2023; Safdari et al., 2025).

Por outro lado, dificuldades na comunicação e fragilidades nas relações interprofissionais, nomeadamente entre enfermeiros e médicos, podem comprometer a coordenação dos cuidados e aumentar a probabilidade de omissão, evidenciando a relevância da articulação interdisciplinar na prática clínica (Gholampour et al., 2025).

2.5 - Fatores individuais e psicossociais

Os fatores individuais e psicossociais assumem um papel significativo na explicação da omissão de cuidados de enfermagem. O burnout, a fadiga por compaixão e o trabalho emocional são consistentemente associados a níveis mais elevados de omissão, refletindo o impacto do desgaste físico e emocional na capacidade de prestação de cuidados (Shabani et al., 2025; Jia et al., 2025; Jafari-Koulaee et al., 2024).

Em sentido inverso, características como a autoeficácia profissional, a sensibilidade moral e o altruísmo demonstram um efeito protetor, estando associadas a menores níveis de omissão de cuidados (Berdida, 2024; Akçoban & Tosun, 2026; Lan et al., 2025). Estes resultados sugerem que a dimensão ética e psicológica da prática de enfermagem desempenha um papel relevante na tomada de decisão em contextos complexos.

2.6 - Fatores clínicos e contextuais

Os fatores clínicos e contextuais, inerentes à especificidade das unidades de cuidados intensivos, constituem igualmente determinantes importantes da omissão de cuidados. A instabilidade clínica e a ocorrência frequente de situações de emergência contribuem para o aumento das exigências assistenciais, condicionando a priorização de cuidados (Jing et al., 2026; Eghbali et al., 2024).

Adicionalmente, a elevada rotatividade de pessoas e as transferências frequentes entre unidades aumentam a complexidade do ambiente clínico, potenciando situações de sobrecarga e favorecendo a omissão de intervenções consideradas menos prioritárias (Lan et al., 2025).

2.7 - Fatores sistémicos

Alguns estudos propõem uma abordagem conceptual mais abrangente, enquadrando a omissão de cuidados como um fenómeno sistémico. A meta-síntese de Fan et al. (2026) evidencia que a omissão de cuidados resulta de pressões sistémicas multinível que influenciam os processos de tomada de decisão dos enfermeiros. De forma semelhante, a revisão sistemática de Jing et al. (2026) descreve o fenómeno como sendo o resultado de um desequilíbrio entre as exigências clínicas e os recursos disponíveis.

Por sua vez, a revisão de Guo et al. (2026) organiza os fatores associados em diferentes níveis — intrapessoal, interpessoal, institucional e político — evidenciando a complexidade e interdependência das variáveis envolvidas.

Os resultados demonstram que a omissão de cuidados de enfermagem tem implicações significativas em múltiplas dimensões. Ao nível da pessoa, associa-se à diminuição da qualidade dos cuidados e ao aumento do risco de eventos adversos, comprometendo a segurança e os resultados clínicos (Jing et al., 2026).

Ao nível dos profissionais, a omissão de cuidados está relacionada com o aumento do burnout, sofrimento emocional e moral, bem como com a intenção de abandono da profissão (Shabani et al., 2025; Jafari-Koulaee et al., 2024; Fan et al., 2026).

Por fim, ao nível organizacional, verifica-se uma diminuição da qualidade percebida dos cuidados e potenciais implicações na segurança da pessoa e na eficiência dos serviços de saúde (Bruyneel et al., 2024).

Em síntese, os estudos incluídos evidenciam que a omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos é um fenómeno frequente e multifatorial, resultante da interação complexa entre fatores organizacionais, relacionais, individuais, clínicos e sistêmicos. A predominância dos fatores organizacionais, particularmente a carga de trabalho e a escassez de recursos, destaca-se como elemento central, sendo acompanhada pela influência de fatores psicossociais e contextuais que condicionam os processos de tomada de decisão dos enfermeiros em ambientes de elevada complexidade.

3- Discussão

Os resultados da presente revisão scoping confirmam que a omissão de cuidados de enfermagem em UCI constitui um fenómeno complexo, multifatorial e sistémico, resultante da interação entre fatores organizacionais, profissionais e contextuais. Esta evidência é consistente com a conceptualização clássica de cuidados de enfermagem omissos proposta por Beatrice Kalisch, que define o fenómeno como a não realização, realização parcial ou atraso de cuidados necessários devido a limitações de recursos e constrangimentos organizacionais (Kalisch, 2006; Kalisch et al., 2009; Kalisch & Xie, 2014).

Os achados desta revisão reforçam a ideia de que a omissão de cuidados não deve ser interpretada como uma falha individual, mas como um fenómeno emergente da interação entre o enfermeiro e o sistema de prestação de cuidados. Esta perspetiva é corroborada por Renate Schubert, que demonstrou que a omissão de cuidados está fortemente associada ao ambiente de prática e à organização dos cuidados, refletindo limitações estruturais mais do que défices de competência profissional (Schubert et al., 2008; Schubert et al., 2009).

Adicionalmente, os resultados são consistentes com abordagens mais recentes que conceptualizam a omissão de cuidados como um fenómeno adaptativo, resultante de processos de priorização clínica em contextos de elevada exigência (Jones et al., 2015; Griffiths et al., 2018).

3.1 - Fatores organizacionais: núcleo explicativo do fenómeno

Os fatores organizacionais emergem como o principal eixo explicativo da omissão de cuidados, particularmente no que respeita à dotação de enfermeiros, carga de trabalho e disponibilidade de recursos materiais. Esta evidência está amplamente documentada na literatura internacional, sendo sustentada por estudos de Linda Aiken, que demonstram que rácios enfermeiro/pessoa inadequados estão associados a aumento da mortalidade, eventos adversos e omissão de cuidados (Aiken et al., 2012; Aiken et al., 2014).

De forma semelhante, Peter Griffiths evidencia que a insuficiência de recursos humanos compromete a prestação de cuidados completos, conduzindo à omissão de intervenções essenciais, sobretudo aquelas consideradas menos urgentes (Griffiths et al., 2018; Griffiths et al., 2020).

Os estudos incluídos nesta revisão corroboram estes achados, demonstrando que a elevada carga de trabalho, frequentemente associada a rácios superiores a 1:3 ou 1:4 em contexto de UCI, aumenta significativamente a probabilidade de omissão de cuidados, nomeadamente em domínios como a mobilização, cuidados psicossociais e educação da pessoa.

Importa ainda destacar que o ambiente de prática profissional, conceptualizado através do modelo PES-NWI, assume um papel determinante na ocorrência de cuidados omissos. Ambientes caracterizados por liderança eficaz, suporte organizacional e participação dos enfermeiros na tomada de decisão estão associados a menores níveis de omissão (Lake, 2002; Aiken et al., 2012).

3.2 - Trabalho em equipa e relações interprofissionais

A qualidade do trabalho em equipa e das relações interpessoais constitui outro determinante relevante identificado nesta revisão. Os resultados evidenciam que ambientes colaborativos, com comunicação eficaz e liderança funcional, estão associados a menor incidência de omissão de cuidados, o que é consistente com a literatura sobre segurança da pessoa (Manojlovich & DeCicco, 2007; O'Leary et al., 2012).

A relação enfermeiro-médico assume particular relevância em contexto de UCI, onde a coordenação dos cuidados depende de processos decisórios partilhados. Estudos incluídos demonstram que relações profissionais disfuncionais podem comprometer a fluidez dos cuidados e aumentar a probabilidade de omissão.

A evidência recente sugere que o trabalho em equipa está diretamente associado à sensibilidade moral dos enfermeiros, funcionando como um fator protetor face à omissão de cuidados, ao promover ambientes de apoio e reflexão ética.

3.3 - Fatores individuais e profissionais: contributo condicionado

Os fatores individuais, como experiência, formação e autoeficácia, foram identificados como influentes, embora com menor peso relativo face aos fatores organizacionais. Esta evidência é consistente com a literatura que sugere que a competência profissional pode mitigar, mas não eliminar, o impacto das limitações estruturais (Benner, 2001; Kalisch & Lee, 2014).

Enfermeiros mais experientes demonstram maior capacidade de priorização e gestão do tempo. No entanto, em contextos de elevada pressão assistencial, mesmo profissionais altamente qualificados enfrentam limitações na prestação de cuidados completos.

Este achado reforça a necessidade de evitar abordagens centradas na responsabilização individual, privilegiando intervenções ao nível organizacional.

3.4 - Dimensão emocional e sofrimento moral

A associação entre omissão de cuidados e fatores emocionais, como burnout, fadiga por compaixão e sofrimento moral, constitui um dos achados mais relevantes desta revisão. Estes resultados são consistentes com estudos que demonstram que o desgaste emocional compromete a capacidade de decisão e a qualidade dos cuidados prestados (Dyrbye et al., 2017; Moss et al., 2016).

A meta-síntese incluída nesta revisão reforça esta perspetiva ao evidenciar que os enfermeiros desenvolvem estratégias adaptativas de priorização sob pressão, que, embora necessárias, geram tensão ética e sofrimento moral.

Este fenómeno está alinhado com o conceito de “moral distress”, descrito na literatura como a incapacidade de agir de acordo com os valores profissionais devido a constrangimentos externos, sendo particularmente relevante em contextos de cuidados intensivos (Jameton, 1984; Epstein & Hamric, 2009).

3.5 - Tomada de decisão clínica e racionamento implícito

A omissão de cuidados emerge, nesta revisão, como um resultado direto de processos de tomada de decisão clínica em contextos de limitação de recursos. Os enfermeiros recorrem a estratégias de priorização para gerir múltiplas exigências simultâneas, concentrando-se em cuidados de natureza vital.

Este processo, conceptualizado como racionamento implícito dos cuidados, foi descrito por Schubert et al. (2008) e aprofundado por Jones et al. (2015), sendo reconhecido como uma resposta adaptativa à escassez de recursos.

Importa salientar que estas decisões são frequentemente racionais e orientadas para a segurança da pessoa, ainda que impliquem a omissão de cuidados considerados menos

prioritários. Assim, a omissão de cuidados não deve ser interpretada como negligência, mas como um produto da gestão da complexidade assistencial.

3.6. Integração conceptual: uma perspectiva multinível

Os resultados permitem compreender a omissão de cuidados como um fenómeno influenciado por diferentes níveis de fatores, incluindo determinantes estruturais associados às políticas de saúde e organização dos sistemas, fatores institucionais relacionados com o ambiente de prática e disponibilidade de recursos, e fatores individuais e relacionais inerentes aos profissionais de enfermagem. Esta abordagem reforça a necessidade de intervenções integradas, que atuem simultaneamente nos diferentes níveis do sistema de saúde (Kalisch et al., 2009; Griffiths et al., 2018).

Conclusão

A presente revisão scoping permitiu identificar e sistematizar os fatores associados à omissão de cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos de adultos, evidenciando tratar-se de um fenómeno complexo, multifatorial e profundamente influenciado por condições organizacionais e contextuais. Os resultados demonstram que a omissão de cuidados emerge da interação entre fatores estruturais, institucionais e individuais, refletindo a elevada exigência assistencial, a limitação de recursos e a necessidade constante de priorização clínica.

De forma consistente com a literatura, verifica-se que os fatores organizacionais, particularmente a carga de trabalho e a dotação de enfermeiros, assumem um papel central na ocorrência de cuidados omissos, condicionando a capacidade dos profissionais para prestar cuidados completos e individualizados. Paralelamente, elementos como o trabalho em equipa, o ambiente de prática, o bem-estar emocional dos enfermeiros e os processos de tomada de decisão clínica revelam-se determinantes na forma como os cuidados são organizados e priorizados em contexto de cuidados intensivos.

Importa destacar que a omissão de cuidados não deve ser interpretada como uma falha individual, mas como um fenómeno adaptativo, resultante da necessidade de gerir múltiplas exigências em contextos de elevada complexidade e recursos limitados. Esta perspetiva reforça a importância de abordagens sistémicas e integradas, centradas na melhoria das condições de trabalho e na organização dos cuidados.

Os resultados desta revisão evidenciam a necessidade de implementação de intervenções estruturais e organizacionais orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em unidades de cuidados intensivos. Neste sentido, destaca-se a importância da adequação dos rácios enfermeiro/pessoa, reconhecida como determinante para a segurança e qualidade dos cuidados (Aiken et al., 2012), bem como a promoção de ambientes de prática positivos, caracterizados por suporte organizacional, liderança eficaz e participação dos profissionais (Lake, 2002). Adicionalmente, torna-se fundamental o reforço do trabalho em equipa e da liderança clínica, assim como a implementação de estratégias de suporte emocional aos enfermeiros, atendendo ao impacto das exigências do contexto assistencial no seu bem-estar. Evidencia-se, ainda, a importância de desenvolvimento de políticas organizacionais que minimizem a necessidade de racionamento implícito dos cuidados, promovendo condições que permitam a prestação de cuidados completos, seguros e centrados na pessoa.

Por último, esta revisão realça a necessidade de desenvolvimento de investigação futura que aprofunde os mecanismos de tomada de decisão clínica e avalie o impacto de intervenções organizacionais na redução da omissão de cuidados, contribuindo para a produção de conhecimento aplicável à prática e para a melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem em contexto de pessoa em situação crítica.

Referências Bibliográficas

- Akçoban, S., & Tosun, B. (2026). Altruism and missed nursing care among intensive care unit nurses: A descriptive correlational study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 32(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/jep.70381>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Strømseng Sjetne, I., Smith, H. L., & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kozka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- American College of Surgeons. (2018). *Advanced trauma life support (ATLS) student course manual* (10th ed.). American College of Surgeons.
- Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil. (2020). *Sistema integrado de operações de proteção e socorro*. <https://www.prociv.pt>
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2021). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Jossey-Bass.
- Berdida, D. J. E. (2024). Patient safety, quality of care, professional self-efficacy, and missed nursing care: A structural equation model analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 21(5), 493–504. <https://doi.org/10.1111/wvn.12741>
- Bruyneel, A., Bouckaert, N., Pirson, M., Sermeus, W., & Van den Heede, K. (2024). Unfinished nursing care in intensive care units and the mediating role of the association between nurse working environment, quality of care and nurses'

wellbeing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 81, 103596.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103596>

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections*. <https://www.cdc.gov>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Healthcare-associated infections (HAIs) guidelines*. <https://www.cdc.gov>

Crowe, S., & Howard, A. F. (2025). Critical care nurses' prioritisation of patient care, including delirium prevention and management strategies: A mixed-method study. *Australian Critical Care*, 38(3), 101154. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.101154>

Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., & Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Diretivas antecipadas de vontade: Testamento vital*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Rede de referência hospitalar de medicina intensiva*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistema de triagem de Manchester: Orientações nacionais*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano nacional de emergência e resposta na saúde pública*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano nacional para a segurança do doente 2021–2026*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Normas de prevenção e controlo da infeção*. <https://www.dgs.pt>

- Dyrbye, L. N., West, C. P., & Shanafelt, T. D. (2017). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009–2010.
- El-Sayed, B. K. M., & El-Sayed, A. A. I. (2025). Mitigating nursing care rationing in critical care: The power of teamwork dynamics and safety attitudes. *Nursing in Critical Care*, 30(4), e70093. <https://doi.org/10.1111/nicc.70093>
- Emberson, J., Lees, K. R., Lyden, P., Blackwell, L., Albers, G., Bluhmki, E., Brott, T., Cohen, G., Davis, S., Donnan, G., Grotta, J., Howard, G., Kaste, M., Koga, M., von Kummer, R., Lansberg, M., Lindley, R. I., Murray, G., Norrving, B., Parsons, M., Tilley, B., Toni, D., Toyoda, K., Wahlgren, N., & Wardlaw, J. (2014). Effect of treatment delay on thrombolysis. *The Lancet*, 384(9958), 1929–1935.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Antimicrobial resistance in the EU/EEA*. <https://www.ecdc.europa.eu>
- European Resuscitation Council. (2021). *European resuscitation council guidelines 2021*. <https://www.erc.edu>
- Falk, A.-C., Nymark, C., Göransson, K. E., & von Vogelsang, A.-C. (2022). Missed nursing care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 72, 103302.
- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge*. F. A. Davis.
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., Ball, J., & Missed Care Study Group. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487.
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J., Jones, J., Pattison, N., & Monks, T. (2020). Nursing workload and staffing methodologies. *International Journal of Nursing Studies*, 103, 103487.
- Gholampour, M. H., Hajihosseini, F., Nazari, R., & Sharif Nia, H. (2025). Investigating the relationship between physician and nurse in predicting missed nursing care in intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Journal of Critical Care Nursing*, 17(3), 49–58. <https://doi.org/10.30491/JCC.17.3.49>

- Guo, R., Li, Y., Jing, J., Yang, Q., Wan, H., & Qiao, W. (2026). Status quo and real experiences of missed nursing care in intensive care units: A scoping review. *Nursing in Critical Care*, 31(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/nicc.70243>
- Jafari-Koulaee, A., Heidari, T., Khorram, M., Rezaei, S., Nikbakht, R., & Jafari, H. (2024). Missed nursing care and relationship to burnout and leave the profession. *Critical Care Nursing Quarterly*, 47(3), 193–201. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000508>
- Jia, W., Chen, X., Fang, J., & Cao, H. (2025). Association of teamwork, moral sensitivity and missed nursing care in ICU nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 34(5), 1801–1807. <https://doi.org/10.1111/jocn.17439>
- Jia, W., Zhang, Z., Zhang, Q., Chen, X., Fang, J., & Cao, H. (2025). A cross-sectional study on the relationship between nurse-reported missed nursing care, emotional labour, and compassion fatigue in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 81(9), 5892–5902. <https://doi.org/10.1111/jan.16725>
- Jing, H., Bai, X., Wen, W., Yang, N., Zhai, J., & Gao, Y. (2026). A mixed-methods systematic review of factors affecting missed nursing care in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 93, 104344. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2026.104344>
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517.
- Khalil, H., Bennett, M., Godfrey, C. M., McInerney, P., Munn, Z., & Peters, M. D. J. (2020). Evaluation of scoping reviews methodology. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 18(1), 95–100.
- Kolcaba, K. (2021). *Comfort theory and practice* (2nd ed.). Springer.
- Lan, L., He, N., Chen, X., & Li, H. (2025). Missed nursing care in ICU and related factors in Chinese hospitals: A cross-sectional survey. *Nursing in Critical Care*, 30(6), 1–9. <https://doi.org/10.1111/nicc.70178>

- Lan, Y., Qin, Y., Zhou, Y., Jiang, Z., Liu, Q., Huang, D., & Tan, W. (2025). Relationship between ICU nurses' perceptions of patient safety, caring behavior, professional self-efficacy, and nursing care deficits: A multiple mediation analysis. *Nursing in Critical Care*, 30(2), 1–9. <https://doi.org/10.1111/nicc.13294>
- Mohammadi, F., Nogueira, L. de S., Hanifi, N., & Bahraminejad, N. (2023). A comparison of the means of nursing activity score for dimensions of missed care in intensive care unit patients. *Nursing Forum*, 58(4), 1–11. <https://doi.org/10.1155/2023/9913092>
- Młynarska, A., Krawuczka, A., Kolarczyk, E., & Uchmanowicz, I. (2020). Rationing of nursing care in intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6944. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196944>
- Nobahar, M., Ameri, M., & Goli, S. (2023). The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. *BMC Nursing*, 22(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01400-y>
- Safdari, A., Ramezani, F., Ayubi, E., & Sadeghian, E. (2025). The relationship between teamwork and the workload of nurses with missed nursing care in intensive care units in Iran: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 25(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12583-2>
- Shabani, S., Sheikhzakaryae, N., Ghasemi, S. S., & Azadnia, A. (2025). The relationship between missed nursing care and job burnout in intensive care units. *Journal of Medicine and Life*, 18(11), 1037–1043. <https://doi.org/10.25122/jml-2024-0347>
- Vincelette, C., D'Aragon, F., Stevens, L. M., & Rochefort, C. M. (2023). Characteristics and factors associated with missed nursing care in the intensive care unit: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 75, 103343. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103343>
- Yang, L., Liu, L., Hu, X., & Gan, X. (2025). Prevalence and reasons for missed nursing care in adult intensive care units. *Scientific Reports*, 15(1), 39712. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-23369-1>
- Yang, Y., Zhou, L., Zhang, L., Wang, M., & Hu, S. (2025). Current status and influencing factors of nursing care insufficiency in intensive care units. *Risk Management and Healthcare Policy*, 18, 1407–1417. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S494860>

Apêndices

Apêndice 1- Formação SBV a TAS do SMI



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO



Politécnico
de Viseu
Saúde

Suporte Básico de Vida



Suporte Básico de Vida

Plano de sessão

Objetivo geral:

- Capacitar os Técnicos Auxiliares de Saúde no rápido reconhecimento de uma vítima em paragem cardiopulmonar (PCR) no contexto do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) da Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro (ULRSA) e na execução das manobras de Suporte Básico de Vida (SBV).

Objetivos específicos:

- Identificar os elos da cadeia de sobrevivência e as ações esperadas em cada um deles.
- Realizar SBV em condições de segurança.
- Realizar compressões torácicas e insuflações de alta qualidade.
- Posicionar a vítima inconsciente em Posição Lateral de Segurança (PLS).

Suporte Básico de Vida

O Suporte Básico de Vida

Suporte Básico de Vida (SBV) é um conjunto de procedimentos e atitudes que têm por objectivo **reconhecer** as situações em que há perigo de vida eminente, **saber pedir ajuda** quando justificado e **iniciar de imediato** as intervenções que permitem manter circulação e oxigenação dos órgãos nobres até chegar ajuda especializada



Suporte Básico de Vida

A Cadeia de Sobrevivência

LIGAR 112

REANIMAR

DESFIBRILHAR

ESTABILIZAR

1. Pronto reconhecimento e pedido de ajuda (112), para prevenir a PCR;
2. SBV precoce e de qualidade, para ganhar tempo;
3. Desfibrilhação precoce, para restabelecer a actividade eléctrica do coração;
4. Cuidados pós-reanimação (SAV), para melhorar qualidade de vida.

Suporte Básico de Vida

Segurança

O local de uma ocorrência normalmente é muito confuso, podendo inclusivamente existir alguns riscos.

Existe uma regra básica que nunca deve ser esquecida: o reanimador não deve expor-se a si, nem a terceiros, a riscos que possam comprometer a sua integridade física.

Ambiental – choque eléctrico, derrocadas, explosão, tráfego, etc.

Toxicológico – exposição a gás, fumo, tóxicos, etc.;

Infeccioso – tuberculose, hepatite, HIV, etc.

Suporte Básico de Vida

Ver se a pessoa se encontra **consciente**.

Abanar ligeiramente os ombros.

Se Responder

Deixa-la na mesma posição em que estava.

Tente saber o que aconteceu com a pessoa, ver se tem ferimentos e procurar ajuda se for necessário e ligar 112.

Reavaliar regularmente.

Suporte Básico de Vida

Se Não Responde

Gritar por ajuda (se estiver sozinho) ou avisar a pessoa que está consigo

As manobras de SBV devem ser feitas com a deitada de barriga para cima, no chão ou num plano duro.

Suporte Básico de Vida

Desapertar a roupa à volta do pescoço da pessoa e expor o tórax;

Se conseguir ver corpos estranhos na boca (comida, dentaduras soltas, secreções) deve tirá-los. Não perder tempo a inspecionar a boca;

Colocar a palma de uma mão na testa da pessoa e os dedos indicador e médio da outra mão no queixo;

Fazer ao mesmo tempo a **extensão da cabeça** (inclinação da cabeça para trás) e **elevação do queixo**.

Suporte Básico de Vida

Colocar a mão na testa da pessoa e delicadamente incline a cabeça para trás, mantendo o dedo indicador e polegar livres para fechar o nariz caso seja necessário fazer respiração de suporte (insuflar ar para dentro dos pulmões)



Suporte Básico de Vida



Suporte Básico de Vida



Suporte Básico de Vida

Mantendo a via aérea aberta **V**er, **O**uvir e **S**entir se apresenta uma respiração normal, durante 10 segundos.

Ver os movimentos de inspiração e expiração do tórax (peito);

Ouvir junto à boca da pessoa os sons da respiração;

Sentir o ar proveniente da respiração a bater na cara.

Ruídos Respiratórios!!!



Suporte Básico de Vida

Ver, **O**uvir e **S**entir por não mais do que 10 segundos.

Aquando da avaliação do **VOS** deve procurar a existência de movimentos respiratórios normais.

Gasping ou respiração agônica.

Um curto período de movimentos semelhantes a convulsões pode ocorrer no início da paragem cardiorrespiratória.

Em caso de dúvida agir como se a pessoa estivesse em paragem respiratória!

14

Suporte Básico de Vida

Se A Pessoa Respira Normalmente

e não existe suspeita de traumatismo da coluna cervical

Colocá-lo na Posição Lateral de Segurança (PLS)



15

Suporte Básico de Vida

Se A Pessoa Não Está A Respirar Normalmente

Se estiver sozinho, após verificar que a pessoa não respira, efetue o pedido de ajuda, ligando 112. Colocar o dispositivo em modo de "mãos-livres", enquanto inicia manobras de reanimação cardiorrespiratória.

Se estiver alguém junto de si, deve pedir a essa pessoa que ligue 112

Se tiver que abandonar a vítima, primeiro pedir ajuda (112) e depois iniciar manobras de reanimação cardiorrespiratória.

Pessoa inconsciente que não respira normalmente, dizendo o local exacto onde se encontra.

16

Suporte Básico de Vida

Iniciar compressões torácicas da forma que se segue:

Ajoelhe-se ao lado da pessoa;

Coloque a base de uma das mãos no centro do peito da pessoa.



17

Suporte Básico de Vida

Colocar a base da outra mão por cima da primeira mão.

Entrelace os dedos das mãos e assegurar-se de que a pressão não é aplicada em cima das costelas da pessoa.



18

Suporte Básico de Vida

Posicionar-se por cima do peito da pessoa, com os braços esticados na vertical, cotovelos estendidos e pressionar para baixo provocando uma depressão de pelo menos 5 cm e no máximo 6 cm.



19

Suporte Básico de Vida

Após cada compressão, libertar toda a pressão exercida no peito sem perder o contacto entre as mãos e o esterno da pessoa.

Repetir este procedimento (compressão/descompressão) a um ritmo de cerca de 100-120 compressões por minuto.

Recomenda-se que comprima com "força e rapidez".

Compressão e descompressão devem demorar aproximadamente o mesmo tempo.

20



Suporte Básico de Vida

Combinar compressões torácicas com ventilações

Após 30 compressões abrir novamente a via aérea usando a inclinação da cabeça e elevação do queixo.

Apertar e manter fechada a parte mole do nariz, usando o dedo indicador e o polegar da mão colocada sobre a testa da pessoa.



21

Suporte Básico de Vida

Inspirar normalmente e colocar os lábios à volta dos lábios da pessoa, tendo a certeza de conseguir um bom isolamento.

Soprar firmemente para dentro da boca da pessoa enquanto verifica a elevação do peito, demorando cerca de 1 segundo como numa insuflação normal.



Suporte Básico de Vida

Mantendo a inclinação da cabeça e a elevação do queixo, retirar a boca da boca da pessoa e verificar a descida do tórax à medida que o ar sai.

Inspirar normalmente e soprar para dentro da boca da pessoa novamente, para atingir um total de 2 ventilações efetivas. A seguir, e sem demora, voltar a colocar as mãos na posição correcta sobre o esterno e fazer mais 30 compressões torácicas.



Continuar com compressões torácicas e ventilações num rácio de 30 compressões para 2 ventilações.

Parar para reavaliar a pessoa só se ela começar a respirar normalmente; caso contrário, não interromper a reanimação.

Suporte Básico de Vida



As manobras uma vez iniciadas devem ser continuadas sem interrupção até que:

- * chegue ajuda diferenciada e tome conta da ocorrência;
- * a vítima recupere: inicie respiração normal, movimento ou abra os olhos;
- * exaustão do reanimador.

Suporte Básico de Vida

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Condições de segurança

Estado de consciência

Permeabilizar a via aérea

Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)

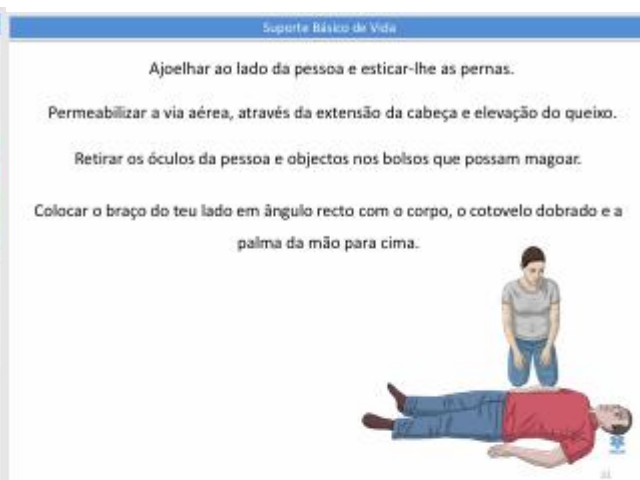
Ligar 112

30 Compressões

2 Insuflações

27

28



Suporte Básico de Vida

Cruzar o braço mais distante da pessoa sobre o tórax e apoiar a parte dorsal da mão na cara do seu lado.



Suporte Básico de Vida

Mantendo o dorso da mão apoiado na face, puxar a perna, fazendo rolar o corpo da pessoa até a colocar de lado.

Ajustar a posição da perna superior, de forma a que a anca e o joelho formem ângulos rectos entre si e com o eixo do corpo.



Suporte Básico de Vida

Com a mão livre, segurar na coxa da perna mais distante, logo acima do joelho, dobrá-la, mantendo o pé no chão.



Suporte Básico de Vida

Confirmar a hiperextensão da cabeça e a permeabilidade da via aérea.

Fazer pequenos ajustamentos na mão que se encontra sob o queixo para manter a cabeça em hiperextensão.

Reavaliar a ventilação periodicamente.

Vigiar a circulação no braço que fica por baixo do corpo e evitar zonas de pressão.



Suporte Básico de Vida

Se houver necessidade de manter a PLS por mais de 30 minutos a posição deve ser desfeita e refeita para o lado contrário.

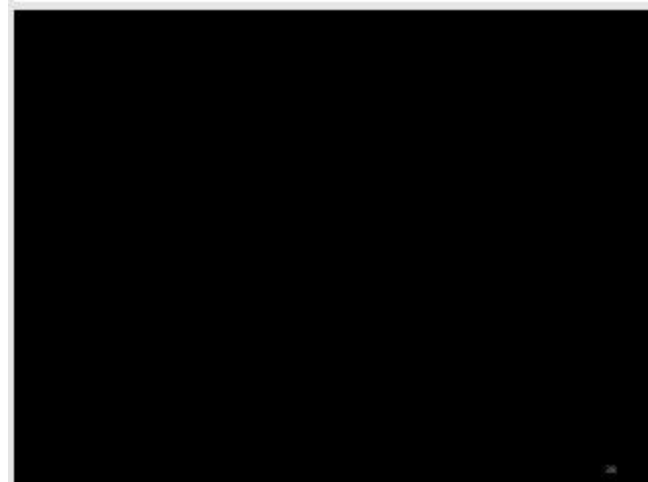


27

Suporte Básico de Vida



28



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
REGIÃO DE AVEIRO

Politécnico
de Viseu
Saúde

**Suporte
Básico de
Vida**



Obrigada pela vossa presença!

Trabalho realizado por: Cláudia Correia Ramos (Aluna do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica, na Área de Intervenção à Pessoa em Situação Crítica)
Sob a orientação do Enfermeiro Especialista Rui Cunha

30

Apêndice 2 - Estudo caso SUP

Estudo de Caso Clínico – Pessoa Politraumatizada com Volet Costal

Caracterização do caso

Uteute do sexo feminino, 45 anos, sem antecedentes pessoais relevantes conhecidos, deu entrada no SUP através de helitransporte, acompanhada por médico e enfermeiro, na sequência de um acidente de viação por choque frontal. Apresentava escalpe na região frontal e parietal direita e traumatismo torácico grave, tendo sido encaminhada de imediato para a Sala de Emergência.

Avaliação inicial – Abordagem ABCDE

À admissão foi realizada avaliação primária segundo a abordagem ABCDE.

A – Via aérea: Via aérea permeável, pessoa consciente, orientada e comunicativa.

B – Respiração: Instabilidade torácica com suspeita de volet costal à esquerda e diminuição dos murmúrios vesiculares.

C – Circulação: Potencial compromisso circulatório; puncionadas duas veias periféricas de grande calibre.

D – Défice neurológico: Consciente, orientada, sem défices focais.

E – Exposição: Exposição completa permitiu identificar lesões; preveniu-se hipotermia.

Exames complementares e evolução

Após estabilização inicial, a pessoa foi transportada para exames complementares, que confirmaram fraturas de todos os arcos costais à esquerda, configurando volet costal, associado a hemotórax esquerdo.

Intervenções avançadas

Perante agravamento respiratório, foi realizada entubação orotraqueal com tubo n.º 7, fixado a 22 cm à comissura labial. Procedeu-se à colocação de drenos torácicos à esquerda, linha arterial e cateter venoso central, com o objetivo de estabilização clínica.

Transferência inter-hospitalar

Por inexistência de vaga em cuidados intensivos, a pessoa foi helitransportada para outra unidade hospitalar, sedada, ventilada e monitorizada, garantindo continuidade de cuidados.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Principais diagnósticos de enfermagem identificados:

- Compromisso da ventilação espontânea
- Risco de troca gasosa comprometida
- Dor aguda
- Risco de instabilidade hemodinâmica
- Risco de infeção
- Risco de integridade cutânea comprometida
- Risco de comunicação comprometida com a família

As intervenções incluíram monitorização contínua, apoio a procedimentos invasivos, controlo da dor, prevenção de infeções, gestão de dispositivos e comunicação empática com a família.

Articulação com competências do Enfermeiro Especialista

Este caso permitiu mobilizar competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente avaliação avançada, intervenção em emergência, gestão de cuidados, promoção da segurança e humanização dos cuidados.

Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções e Resultados Esperados

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções e Resultados Esperados

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Resultados Esperados
Compromisso da ventilação espontânea	Avaliar padrão respiratório; monitorizar SpO ₂ e gasometria; apoiar entubação; vigiar posição e permeabilidade do TOT.	Ventilação eficaz e parâmetros respiratórios estabilizados.
Risco de troca gasosa comprometida	Monitorizar ventilação; apoiar colocação de drenos torácicos; vigiar sistema de drenagem.	Melhoria da oxigenação e prevenção de agravamento respiratório.
Dor aguda	Avaliar dor sistematicamente; administrar analgesia prescrita; reavaliar resposta.	Redução da dor e melhoria do conforto.
Risco de instabilidade hemodinâmica	Monitorizar sinais vitais; vigiar perfusão; manter acessos e linha arterial.	Estabilidade hemodinâmica mantida.
Risco de infecção	Aplicar técnica asséptica; vigiar dispositivos invasivos; monitorizar sinais de infecção.	Prevenção de infecções associadas a cuidados de saúde.
Risco de integridade cutânea comprometida	Avaliar pele; proteger proeminências; vigiar locais de fixação.	Integridade cutânea preservada.

Esta tabela sintetiza a complexidade do cuidado prestado à pessoa politraumatizada, evidenciando a articulação entre avaliação clínica, intervenção de enfermagem e resultados esperados, em consonância com as competências do Enfermeiro Especialista em EMC – EPSC.

Reflexão final

O presente estudo de caso permitiu analisar a abordagem à pessoa politraumatizada em contexto de SUP, evidenciando a complexidade clínica e organizacional inerente à prestação de cuidados em situações emergentes. A avaliação sistematizada segundo o método ABCDE

revelou-se fundamental para a identificação precoce de lesões graves, como o traumatismo torácico com volet costal e hemotórax, permitindo a priorização de intervenções e a implementação atempada de medidas de estabilização, nomeadamente a entubação orotraqueal e a drenagem torácica, determinantes para a segurança e sobrevivência da pessoa.

Este caso evidenciou ainda o papel central do enfermeiro na vigilância contínua, na antecipação de complicações e na coordenação dos cuidados, incluindo a preparação da transferência inter-hospitalar. A identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, articuladas com as competências do Enfermeiro Especialista em EMC – EPSC, permitiu uma atuação integrada, segura e humanizada, reforçando a importância da prática especializada na resposta à pessoa em situação crítica e no apoio à família em contexto de urgência.